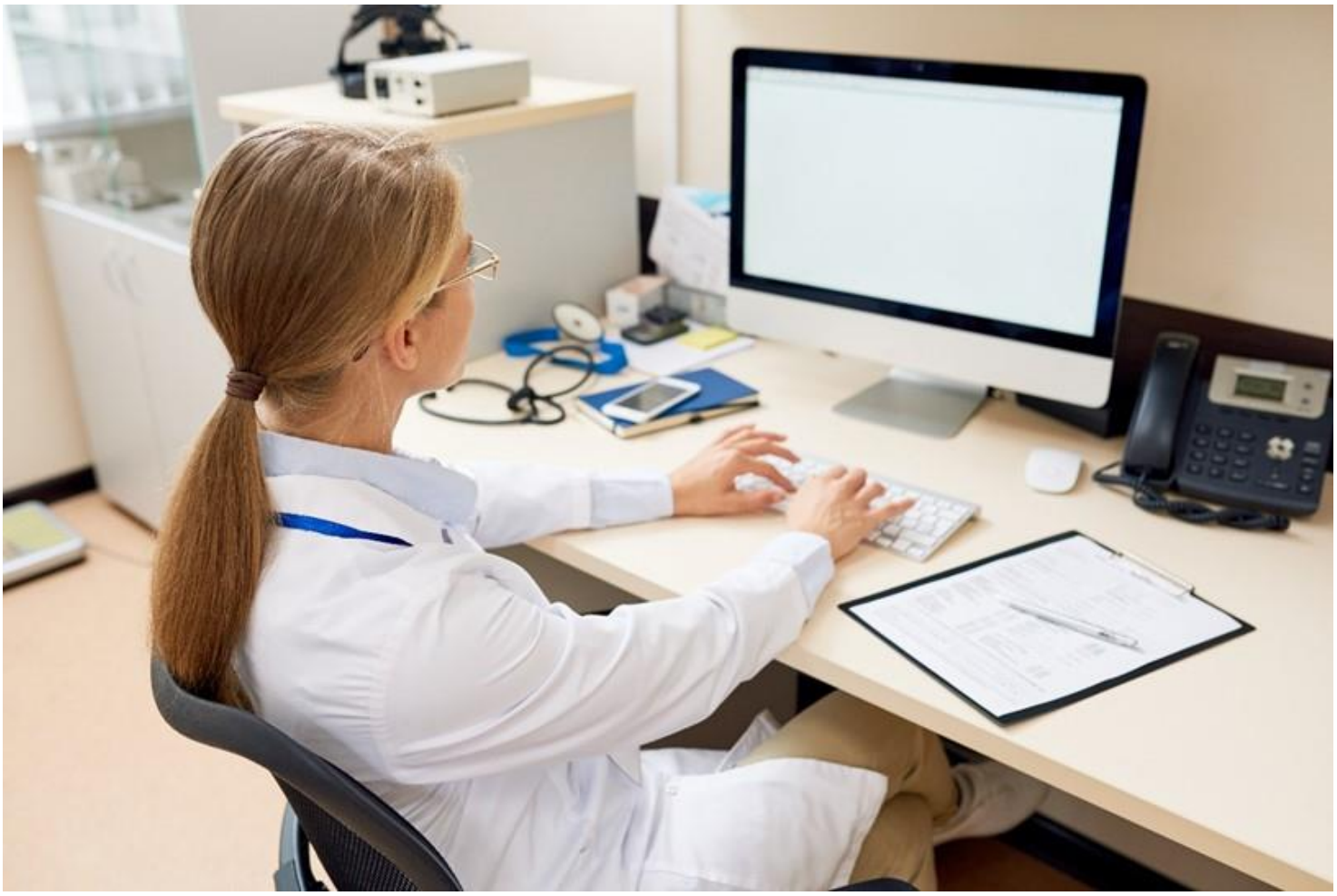
RAPPORT

EVALUERING AV MEDISINSTART



MENON-PUBLIKASJON NR. 44/2022

Ole Magnus Stokke, Morten Vogt, Caroline Vinter, Hanna Meidell Sjule, Per Olav Kormeset, Erland Skogli og Ken Tesaker

Forord

På oppdrag fra Helsedirektoratet har Menon og Teriak gjennomført en evaluering av tjenesten Medisinstart. Oppdragsansvarlig hos direktoratet har vært Kirsti Bjerke Sæthre. Vi takker for et spennende oppdrag. Forfatterne står ansvarlig for alt innhold i rapporten.

_____

April 2022

Ole Magnus Stokke
Prosjektleder
Menon Economics

Innhold

KORT SAMMENDRAG **4**

SAMMENDRAG **5**

Tjenestens bidrag til riktig legemiddelbruk 5

Implementering og utbredelse av tjenesten 5

Utforming og erfaringer med tjenesten 6

Økonomiske og administrative konsekvenser 6

Anbefalinger 7

1. INNLEDNING **10**

1.1. Bakgrunn for etablering av Medisinstart 10

1.2. Innføring og utforming av tjenesten Medisinstart i Norge 11

1.3. Evaluering av Medisinstart 12

2. METODISK EVALUERINGSRAMMEVERK OG INFORMASJONSINNHENTING **14**

2.1. Evalueringsrammeverk 14

2.2. Informasjonsinnhenting 15

3. BIDRAG TIL RIKTIG LEGEMIDDELBRUK **16**

3.1. Utfordringsbildet knyttet til feil legemiddelbruk 16

3.2. Resultater fra forprosjekt «Oppstartsveiledning» 17

3.3. Resultater fra tidligere analyser og evalueringer 18

3.4. Erfaringer fra lignende tjenester i andre land 19

3.5. Erfaringer fra Medisinstart 21

3.6. Vurdering av tjenestens bidrag til riktig legemiddelbruk 22

4. UTVIKLING OG BRUK AV TJENESTEN **24**

4.1. Utvikling i antall samtaler 24

4.2. Utvikling i antall apotek 28

4.3. Apotekets omsetning og antall samtaler 28

4.4. Utvikling fordelt på ulike apotekkjeder 29

4.5. Vurdering av utvikling og bruk av tjenesten 30

5. TILGJENGELIGHET **31**

5.1. Geografisk utbredelse gjennom perioden 31

5.2. Tilgjengelighet i apotekene 35

5.3. Vurdering av tilgjengelighet 36

6. UTFORMING OG ERFARINGER **37**

6.1. Tjenestens ulike trinn 37

6.2. Opplæring i Medisinstart 38

6.3. Forskjeller mellom medisinstartsamtale 1 og 2 38

6.4. Ulike kommunikasjonsformer 39

6.5. Initiering av samtale 40

6.6. Øvrige erfaringer med tjenesten 41

6.7. Dokumentasjon av Medisinstart 42

7. ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER **44**

7.1. Ressursbruk for apotekene 44

7.2. Økonomiske konsekvenser for staten 48

7.3. Øvrige samfunnsøkonomiske kostnader 49

8. EVALUERING AV MEDISINSTART **50**
8.1. Nytteverdi og kvalitet, i lys av målsetningen om å bidra til riktig legemiddelbruk 50
8.2. Tjenestens tilgjengelighet 52
8.3. Kommunikasjonsform 54
8.4. Konsekvenser av at tjenesten kan initieres av pasient 54
8.5. Overordnet vurdering av om tjenesten bør videreføres eller avsluttes 56
8.6. Vurdering av justeringer av tjenesten 57
8.7. Vurdering av større endringer i utformingen av tjenesten 58

9. REFERANSER **61**

VEDLEGG **65**
Intervjuer 65
Resultater fra spørreundersøkelsen rettet mot apotek 65
Litteraturgjennomgang 75

Kort sammendrag

Medisinstart er et lavterskeltilbud rettet mot et betydelig samfunnsproblem – manglende etterlevelse av legemiddelbehandling. Små effekter kan bidra til å realisere samfunnsgevinster. Det er ikke dokumentert langvarige positive effekter i form av økt legemiddeletterlevelse som følge av Medisinstart, men erfaringene med tjenesten er gode. Tjenesten er også relativt godt implementert, og benyttes av et stort antall pasienter årlig, til en relativt lav kostnad.

Basert på denne helhetlige vurderingen anbefaler vi at tjenesten videreføres, men at det kan gjøres endringer som forbedrer tjenesten. Det inkluderer to mindre endringer, samt tre mer fundamentale endringer som bør sees i sammenheng med hverandre. Vi anbefaler to justeringer i utformingen av tjenesten:

1. **Endringer knyttet til samtale 2:** Samtale 2 benyttes i langt mindre grad enn samtale 1, og det anbefales derfor en mer fleksibel tilnærming til tidspunkt for gjennomføring av samtale 2.
2. **Endringer knyttet til kompensasjon:** Dagens refusjonsbeløp er 235 kroner per samtale, som skal representere en offentlig fullfinansiering av apotekenes ressursbruk på gjennomføring av tjenesten. Gitt at tjenesten faktisk skal være fullfinansiert anbefales det at refusjonsbeløpene endres til henholdsvis 360 kroner og 270 kroner for samtale 1 og 2. Samtidig bør det gjøres en vurdering av om tjenesten skal fortsette å være offentlig fullfinansiert. Uavhengig av vurdering om fullfinansiering anbefales det en differensiering i refusjonsbeløpet mellom samtale 1 og 2.

De mer fundamentale endringene omfatter å utvide tilbudet til nye pasientgrupper, innføring av lege-initierte samtaler og sentralisering av gjennomføringen av samtaler. Disse endringene bør vurderes i sammenheng.

Det er trukket frem flere ulike legemiddel-/pasientgrupper som vil kunne være aktuelle, eller ikke aktuelle for medisinstartsamtale. Argumentene for hvilke grupper som eventuelt bør inkluderes i et utvidet tilbud varierer, og går i noen tilfeller imot hverandre. Dette viser at det er mange viktige hensyn som må legges til grunn for en utvidelse. En eventuell utvidelse av tilbudet vil igjen reise spørsmål om ansvarsforhold og tilgang på relevant informasjon, og bør derfor sees i sammenheng med om tjenesten bør initieres av lege.

Mens dagens utforming, hvor pasienten kan initiere tjenesten, gir et lavterskeltilbud med en bred tilnærming til pasientgruppen, vil en initiering av lege kunne gi en mer målrettet tilnærming med fokus på risikopasienter. En vellykket implementering av den lege-initierte tilnærmingen vil innebære lavere ressursbruk, uten at det påvirker eventuelle positive effekter som tjenesten har på pasientenes etterlevelse. Med en videreføring av dagens pasientgruppe vil en endring i hvem som initierer tjenesten potensielt ha betydelig negative virkninger for en tjeneste som har fått fotfeste og som høster overveiende positive erfaringer. Vi anbefaler derfor ikke å endre på ansvar for initiering uten at det også gjøres endringer knyttet til hvilke pasientgrupper som skal inngå.

Selv om utbredelse og implementering av tjenesten på et overordnet nivå har vært god, er det likevel flere områder av landet med innbyggere som ikke har tilgang på apotek som tilbyr medisinstartsamtale. Den geografiske utbredelsen er også sårbar for en utvikling som er preget av økende spesialisering. Samtidig viser erfaringer fra gjennomføring av medisinstartsamtaler under covid-19-pandemien, at tjenesten er godt egnet til å gjennomføres over telefon. Gjennomføring av samtaler over telefon eller via videokommunikasjon reduserer samtidig eventuelle utfordringer knyttet til tilgang (særlig for skrøpelige pasienter og på steder hvor det ikke finnes apotek) og kapasitet.

En sentralisering av tjenesten til sentre med tilgang på farmasøytisk fagkompetanse, eventuelt nettapotek, vil kunne løse utfordringene. Samtidig vil samtalene gjennomføres av farmasøyter som får god trening i å utføre samtaler, noe som potensielt kan øke kvaliteten på tjenesten ytterligere.

Sammendrag

Medisinstart er et lavterskeltiltak med tilbud om veiledningssamtale i apotek til pasienter med oppstart av ny legemiddelbehandling knyttet til høyt blodtrykk, høyt kolesterol eller anvendelse av blodfortynnende legemidler. Tjenesten ble etablert som en midlertidig prøveordning i 2018, med formål om å redusere de negative konsekvensene av feil legemiddelbruk.

Tjenestens bidrag til riktig legemiddelbruk

I effektstudien til tjenesten fra 2014-2015 ble det dokumentert positive effekter på pasientenes selvrapporterte etterlevelse av legemiddelbehandling ved 7 og 18 uker etter reseptekspedering. Studien finner imidlertid ingen virkning etter 52 uker. Funnene i denne studien samsvarer godt med studier og erfaringer fra andre land. Vi kan ikke finne at det har kommet nye studier eller dokumentasjon siden tjenesten ble etablert i 2018 som gir ny kunnskap om eventuelle effekter på pasienters etterlevelse.

Tjenestens bidrag til riktig legemiddelbruk mangler godt vitenskapelig dokumentasjon på effekt. Tjenestens bidrag til riktig legemiddelbruk må derfor ansees som usikker.

Implementering og utbredelse av tjenesten

Siden Medisinstart ble etablert i mai 2018 og frem til utgangen av 2021 har det totalt blitt gjennomført 53 729 medisinstartsamtaler. Gjennom hele perioden har det vært et økende antall samtaler på årlig basis. Justert for at tjenesten ikke var tilgjengelig i de første månedene av 2018, har det vært en gjennomsnittlig årlig vekst på 44 prosent. Denne veksttakten har vært stabil gjennom perioden.

I 2018 ble det gjennomført minst én medisinstartsamtale ved apotek i 170 kommuner. Det vil si at det ble gjennomført minst én medisinstartsamtale i 70 prosent av alle kommuner som har minst ett apotek i 2018. I 2021 var denne andelen økt til 76 prosent.

Veksten i antall samtaler har imidlertid en trend mot økte forskjeller mellom apotekene. Hvert år har det vært i overkant av 600 apotek som gjennomfører minst én medisinstartsamtale. Av disse er det i overkant av 200 apotek som utpeker seg med mange og stadig flere gjennomførte samtaler år for år. Dette viser at veksten i antall gjennomførte samtaler drives av egenskaper eller forhold ved disse apotekene. Analysene viser at antall gjennomførte samtaler ikke har sammenheng med omsetningen i apoteket, men ser i stedet ut til å være sterkt koblet til apotekenes kjedetilknytning.

Apotek tilknyttet Apotek 1 kjeden skiller seg fra andre apotek i antall gjennomførte samtaler. Naturlige forklaringer kan være knyttet til forskjeller i kapasitet for gjennomføring av samtaler eller ulik praksis for hvordan samtalene initieres mellom apotekene.

Selv om den overordnede veksten og utbredelsen av tjenesten vurderes som relativt god, vitner de økende forskjellene om en svakhet i tilbudet av tjenesten. Sannsynligheten for at en vilkårlig pasient mottar en medisinstartsamtale virker i større grad å være betinget av kjedetilknytningen til apoteket som pasienten henvender seg til, enn pasientens behov for en medisinstartsamtale.

Vi finner utfordringer knyttet til apotekenes kapasitet til å gjennomføre samtaler. Særlig er dette knyttet bemanningsutfordringer, hvor det er for få farmasøyter på jobb samtidig til at én av de kan avse tid til en medisinstartsamtale. Dette kan ha vært spesielt utfordrende i forbindelse med covid-19. En annen faktor er at det kan være en høy terskel for å gjennomføre medisinstartsamtaler for farmasøyter som ikke har gjennomført samtaler tidligere, eller at det er lang tid mellom gjennomførte samtaler.

Utforming og erfaringer med tjenesten

I apotekene er det generelt sett svært positive erfaringer med tjenesten siden oppstart i 2018. Apotekansatte opplever at opplæringen er god og at de generelt er godt kvalifiser og har relevant kompetanse for å gjennomføre samtalene på en god måte. Basert på apotekenes erfaring, er det også høy grad av tilfredshet blant pasientene som mottar tjenesten.

Representanter for fastlegene beskriver at de ikke har et godt vurderingsgrunnlag for erfaringer omkring Medisinstart, men at det er flere konkrete eksempler på at intervensjon i apotek har gitt en uheldig effekt på pasientens etterlevelse. Det presiseres fra legenes side at det er ukjent hvor vidt episodene er relatert til medisinstartsamtaler, samt at de gjerne kun får formidlet de negative, og ikke de positive, opplevelsene med intervensjon i apotek.

Det er avdekket utfordringer knyttet til samtale 2. I 2021 var det kun 38,7 prosent av pasientene som gjennomførte samtale 1, som også gjennomførte samtale 2. Det er pekt på at samtalene kan komme for tett på hverandre, eller at tidspunktet for samtale 2 faller i samme tidsrom som oppfølgingssamtale med fastlege. Flere pasienter ønsker heller ikke å gjennomføre samtale 2.

På grunn av covid-19 skjedde det et skifte i hvordan samtalene gjennomføres, med en overgang fra fysiske samtaler til samtaler over telefon. Flere apotek beskriver det som en fordel å kunne tilby å ringe pasientene for å gjennomføre samtalen, siden dette gir økt fleksibilitet for begge parter. De opplever ikke at dette har gått på bekostning av kvaliteten i samtalene.

Ved oppstart av Medisinstart var det knyttet uenighet omkring medisinstartsamtaler skulle initieres av lege eller om tjenesten skulle kunne initieres av pasienten selv. Stortinget besluttet i 2018, mot anbefaling fra blant annet Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Norsk allmennlegeforening, at tjenesten skulle kunne initieres av pasient. Vi har ikke kunnet dokumentere negative erfaringer fra noen parter knyttet til denne beslutningen i ettertid. Vi vurderer at det trolig har vært av avgjørende betydning for utbredelsen av tjenesten at ikke initiering av tjenesten er forbeholdt lege. Legeinitierte samtaler ville kunne ført til at medisinstartsamtaler ble konsentrert til pasienter med særlig høy risiko for feil legemiddelbruk. På den annen side ville trolig antallet samtaler vært for lavt til å gjennomføre opplæring i apotek.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Apotekene mottar refusjon fra Helfo for gjennomførte medisinstartsamtaler. Fra 2018 til 2020 har taksten per gjennomførte samtale vært satt til 225 kroner. I 2021 ble taksten hevet til 230 kroner, og for 2022 er taksten satt til 235 kroner. Beløpet gjelder for både Medisinsamtale 1 og 2. De årlige utbetalingene har økt år for år, fra 1,1 millioner kroner i 2018 til 5,2 millioner kroner i 2021. Totalt er det utbetalt 12,2 millioner kroner i refusjon til apotekene i perioden 2018 til 2021.

Det økonomiske bidraget fra Medisinstart er av en marginal økonomisk betydning for enkeltapotek. Blant apotekene som gjennomførte medisinstartsamtaler i 2021 var medianen for antall samtaler 22. Det tilsvarer et samlet refusjonsbeløp på 5 170 kroner. Heller ikke for apotekene som gjennomfører flest samtaler utgjør refusjonsutbetalinger fra Medisinstart et betydelig økonomisk bidrag. For P90, det vil si at 90 prosent av apotekene har færre samtaler, ble det gjennomført 71 samtaler i 2021. Det tilsvarer en refusjonsutbetaling på 16 685 kroner for året.

Refusjonsbeløpet er utarbeidet med utgangspunkt i at tjenestene skal være fullfinansiert med offentlige midler. Til grunn for dagens refusjon ligger en antakelse om en samlet tidsbruk på 30 minutter for samtale 1 og 2, inkluder for- og etterarbeid. Vår kartlegging tyder på at apotekenes tidsbruk knyttet til gjennomføring av samtale 1 og 2 overgår de tidsestimatene som ble lagt til grunn ved innføring, spesielt knyttet til for- og etterarbeid.

Med dagens kompensasjonsordning er samtale 1 underkompensert. Dette kompenseres for ved en overkompensasjon for samtale 2. Dette er uheldig av to årsaker. For det første er det mindre enn 40 prosent av førstegangssamtalene som også fører til en samtale 2, noe som resulterer i en samlet underkompensasjon til apotekene. For det andre kan det gi uheldige økonomiske incentiver til å legge press på pasienter til å gjennomføre samtale 2, selv om pasienten selv ikke er interessert i dette. Det bør derfor etterstrebes at kompensasjonen i større grad reflekterer reell tidsbruk hos apotekene.

Anbefalinger

Medisinstart er et lavterskeltilbud mot et betydelig samfunnsproblem – manglende etterlevelse av legemiddelbehandling. Små effekter kan bidra til å realisere samfunnsgevinster. Det er ikke dokumentert langvarige effekter på økt etterlevelse av Medisinstart, men de overordnede erfaringene med tjenesten er gode. Tjenesten er også relativt godt implementert, og benyttes av et stort antall pasienter årlig, til en relativt lav økonomisk kostnad.

Basert på denne helhetlige vurderingen anbefaler vi at tjenesten videreføres, men at det kan gjøres endringer som forbedrer tjenesten.

Endringer knyttet til samtale 2

Andelen av pasientene som gjennomfører samtale 1 som også gjennomfører samtale 2 har blitt lavere år for år. I 2021 var andelen mindre enn 40 prosent. Det er flere utfordringer som beskrives knyttet til gjennomføringen av samtale 2. To eksempler er at pasientene i mange tilfeller uttrykker lite behov for å gjennomføre samtalen fordi de ikke opplever problemer med legemiddelbruken og at tidspunkt for samtale 2 i en del tilfeller faller sammen med tidspunkt for kontroll hos fastlegen.

En pragmatisk tilnærming til hvorvidt samtale 2 gjennomføres og tidspunkt for denne samtalen basert på ulikt behov hos den enkelte pasient anbefales.

Endringer knyttet til kompensasjon

Som utgangspunkt for «riktig nivå» legger vi til grunn at det innebærer at tidligere estimert ressursbruk hos apotekene, stemmer overens med faktisk ressursbruk. I hva som er «riktig nivå», er det nødvendig å ta stilling til om det bør være en offentlig fullfinansiering av tjenesten som gjennomføres i apotek, eller om apotekene bør bære en andel av kostnaden av å tilby tjenesten selv. I vår vurdering tar vi ikke eksplisitt stilling til dette spørsmålet, men noterer at dagens refusjonsbeløp er beregnet med utgangspunkt i en forutsetning om fullfinansiering.

Til grunn for dagens refusjon ligger en antakelse om en samlet tidsbruk på 30 minutter for samtale 1 og 2, inkluder for- og etterarbeid. Ifølge vår kartlegging vil en samlet estimert tidsbruk på 35 minutter i større grad reflektere apotekenes tidsbruk for de to samtalene, inkludert for- og etterarbeid. Videre finner vi at det er god grunn til å differensiere mellom refusjonsbeløp på samtale 1 og samtale 2. Fremfor en jevn fordeling mellom samtale 1 og 2, vil det være hensiktsmessig med en større andel til samtale 1.

Dette gir i så fall en kompensasjon på 360 kroner for samtale 1 og 270 kroner for samtale 2. Det presiseres at denne kompensasjonen tar utgangspunkt i en offentlig fullfinansiering av tjenesten. Det er verdt å vurdere om tjenesten bør være fullfinansiert med offentlige midler.

Endringer knyttet til utvidelse av tilbudet til nye legemiddel-/pasientgrupper

Det er trukket frem flere ulike legemiddel-/pasientgrupper som vil kunne være aktuelle, eller ikke aktuelle for medisinstartsamtale. Argumentene for hvilke grupper som eventuelt bør inkluderes i et utvidet tilbud varierer, og går i noen tilfeller imot hverandre. Dette viser at det er mange viktige hensyn som må legges til grunn for en utvidelse.

En eventuell utvidelse av tilbudet vil igjen reise spørsmål om ansvarsforhold, tilgang på relevant informasjon, og initiering av tjenesten. Vi anbefaler derfor at det bør utredes nærmere hvilke grupper som kan være relevant for en utvidelse, og at en eventuell utvidelse bør settes på hold frem til digitale plattformer for kommunikasjonsdeling mellom lege og apotek er etablert. Vi vurderer også at en eventuell utvidelse bør sees i sammenheng med eventuell initiering av lege, som er beskrevet i neste anbefalingspunkt.

Endringer knyttet til initiering av medisinstartsamtaler

Mens dagens utforming, hvor pasienten kan initiere tjenesten, gir et lavterskeltilbud med en bred tilnærming til pasientgruppen, vil en initiering av lege kunne gi en mer målrettet tilnærming med fokus på risikopasienter. En vellykket implementering av den lege-initierte tilnærmingen vil innebære lavere ressursbruk, uten at det påvirker eventuelle positive effekter som Medisinstart har på pasientenes etterlevelse.

Dersom tjenesten initieres av lege vil det redusere behovet for å avgrense hvilke pasientgrupper som er aktuelle for medisinstartsamtale. I dette tilfellet vil lege kunne gjøre en vurdering av hvert individuelle tilfelle opp mot potensielle fordeler og ulemper som en medisinstartsamtale kan medføre.

Med en videreføring av dagens pasientgruppe vil en endring i hvem som initierer tjenesten potensielt ha betydelig negative virkninger for en tjeneste som har fått fotfeste og som høster overveiende positive erfaringer. Vi anbefaler derfor ikke å endre på ansvar for initiering uten at det også gjøres endringer i hvilke pasientgrupper som kan motta tjenesten. Dersom det åpnes for flere pasientgrupper, vil det kunne være hensiktsmessig at ansvaret for initiering legges til lege. Argumentene for dette er at det demper utredningsbehovet for hvilke pasient-/legemiddelgrupper som er aktuelle, men at det heller gjøres vurdering av lege av om pasienten er relevant for medisinstartsamtale uavhengig av pasientens legemiddelbruk.

Endringer knyttet til sentralisering/distribuering av medisinstartsamtaler

Denne rapporten har avdekket at det er utfordringer knyttet til tilgjengeligheten for medisinstartsamtaler. Om lag 40 prosent av apotekene gjennomfører ikke medisinstartsamtaler, og mange apotek gjennomfører svært få samtaler. I dette ligger det både en geografisk dimensjon, en kapasitetsdimensjon, samt en trend mot mer spesialisering på gjennomføringen.

Selv om den geografiske utbredelsen er god, er det likevel flere områder av landet med innbyggere som ikke har tilgang på apotek som tilbyr medisinstartsamtale. Den geografiske utbredelsen er også sårbar for en utvikling som er preget av økende spesialisering. Spesialiseringen innebærer at utviklingen går mot en todeling, med apotek som gjennomfører mange samtaler på den ene siden og apotek som gjennomfører få eller ingen samtaler på den andre siden.

Samtidig viser erfaringer fra gjennomføring av medisinstartsamtaler under covid-19-pandemien, at tjenesten er godt egnet til å gjennomføres over telefon. Gjennomføring av samtaler over telefon eller via videokommunikasjon, fjerner samtidig utfordringer knyttet til det å besøke et apotek fysisk (spesielt utfordrende for skrøpelige samt de som ikke har et apotek i sin kommune).

En mulig løsning på de beskrevne utfordringene er at dersom apoteket som ekspederer resepten ikke har mulighet til å gjennomføre medisinstartsamtalen selv, så kan en henvise til, eller reservere gjennomføring av,

medisinstartsamtale hos et apotek med ledig kapasitet. Dette vil trolig bidra til å forsterke den allerede eksisterende spesialiseringstrenden.

Et alternativ er at gjennomføringen av samtalene sentraliseres. Med en slik innordning er det også naturlig å vurdere om gjennomføringen bør ligge hos apotek, eller et annet senter med tilgang på farmasøytisk fagkompetanse, eventuelt nettapotek. Dette kan igjen sees i sammenheng med en eventuell utvidelse av hvilke legemiddel-/pasientgrupper som omfattes og en eventuell omlegging til initiering av lege.

Begge disse alternativene vil øke tilgjengeligheten av tjenesten, og vil få noen tjenestefarmasøyter som gjennomfører flere samtaler. Med flere samtaler vil erfaringsgrunnlaget til tjenestefarmasøytene bli enda bedre og vil kunne være med å øke kvaliteten på tjenesten.

1. Innledning

Feil legemiddelbruk, gjerne omtalt som manglende etterlevelse[1], er et stort og omfattende samfunnsproblem med alvorlige konsekvenser for både pasienter og samfunnet for øvrig. Medisinstart ble i 2018 etablert som en midlertidig veiledningstjeneste i apotek, med formål om å redusere de negative konsekvensene av feil legemiddelbruk. I dette kapittelet gis en kortfattet redegjørelse for bakgrunnen for etableringen av Medisinstart og rammene for evalueringen av tjenesten som presenteres i denne rapporten.

1.1. Bakgrunn for etablering av Medisinstart

Ved utlevering av nye medisiner har apotekene en informasjonsplikt overfor pasient, og skal gi tilstrekkelige opplysninger om legemiddelet til at det brukes riktig. Både i Norge og internasjonalt beskrives likevel feil legemiddelbruk som et omfattende samfunnsproblem. I flere ulike land er det etablert tilbud om oppstartsamtaler i apotek for pasienter som starter på nye legemidler. Dette danner også bakgrunnen for at det ble iverksatt forsøk med veiledningssamtaler i Norge, som senere ble utvidet til et nasjonalt tilbud i form av Medisinstart.

1.1.1. Apotekenes informasjonsplikt

Apotek og apotekansatte har, uavhengig av Medisinstart, en sentral rolle når det gjelder å veilede i riktig bruk av legemidler. Apotekene plikter å gi informasjon om legemiddelet til kunden før utlevering. I Apotekloven § 6-6 står det beskrevet *«ved utlevering mot resept skal apoteket bidra til at kunden får tilstrekkelig med informasjon om legemidlet til at det brukes riktig».*[2] Det samme gjelder ved utlevering av legemidler uten resept. I Apotekloven § 6-7 er følgende beskrevet *«ved salg av legemidler som kan utleveres uten resept, skal apoteket bidra til at kunden får nødvendig informasjon om legemidlet, herunder kontrollere at:*

a. Legemidlet er forsynt med tilstrekkelige opplysninger om bruk, oppbevaring og holdbarhet
b. Kunder har tilstrekkelige opplysninger om legemidlet til at det brukes riktig og
c. Kunder er opplyst om mulige skadelige effekter.»

Apotekets informasjonsplikt strekker seg imidlertid kun til at de sørger for at pasienten har nok informasjon til å bruke legemidlene riktig. En strukturert veiledning med oppfølgingssamtaler er ikke en del av denne plikten.[3]

Forskjellen mellom den normale informasjonsplikten og Medisinstart er hovedsakelig at Medisinstart er strukturelle samtaler mellom pasient og farmasøyt som skal bidra til ytterligere kunnskap om hvordan legemidlene skal brukes. Dette skal bidra til økt etterlevelse av legens rekvirering.

1.1.2. Etablering av oppstartsamtaler i andre land

I 2011 utviklet National Health Service (NHS) en oppstartsveiledning i England i form avr en strukturert samtaleguide som skal øke pasientens forståelse og viktighet av riktig legemiddelbruk. Ordningen heter *New Medicine Service* (NMS). Tjenesten NMS kan bli initiert av legen, pasienten selv eller farmasøyten kan invitere pasienten til å være med på NMS intervensjon.

---

[1] *Norsk legemiddelhåndbok (2021): G25 Etterlevelse av legemiddelbruk*
[2] *Helse- og omsorgsdepartementet (2022): Lov om apotek (apotekloven)*
[3] *Helsedirektoratet (2017): Vurdering av oppstartsveiledning*

I Danmark har de en tjeneste som heter «*Medicinsamtale».*[4] Tjenesten er et tilbud til to ulike pasientgrupper. Alle som har blitt diagnostiert med en ny kronisk sykdom de siste 6 måneder og får et eller flere nye legemidler får tilbud om en oppstartsamtale som skal hjelpe de med å komme godt i gang med legemiddelbruken. Pasienter som har fått et legemiddel i minst 12 måneder mot en kronisk sykdom og har problemer med etterlevelsen av legemiddelbruken får også tilbud om en *«Medicinsamtale»*.

1.1.3. Tidligere utprøving med veiledningssamtaler i Norge

I perioden 2014 – 2015 ble det gjennomført en studie for veiledningssamtaler i apotek i Norge.[5] Studien ble gjennomført som en randomisert, kontrollert, klinisk studie som omfattet 67 norske apotek. Studien var ledet av Apokus på oppdrag for Apotekforeningen. Utformingen av den kliniske studien i Norge var inspirert av tjenestens utforming i England. Formålet med den kliniske studien var å undersøke om apotektjenesten øker etterlevelse og tiltro til behandling hos pasientene som starter på nytt legemiddel. Endring i etterlevelse ble målt basert på selvrapportert etterlevelse, uten kliniske endepunkter.

Resultatene fra studien viste en bedre, selvrapportert etterlevelse i tiltaksgruppen enn i kontrollgruppen ved målepunktene 7 og 18 uker etter reseptekspedering. Studien viste imidlertid ingen signifikant forskjell i etterlevelse mellom tiltaks- og kontrollgruppen etter 52 uker. Vi går grundigere inn på denne og andre relevante studier og diskuterer resultatene fra disse i kapitel 3.

1.2. Innføring og utforming av tjenesten Medisinstart i Norge

Stortinget besluttet oppstart av tjenesten Medisinstart gjennom en bevilgning på 4 millioner kroner i statsbudsjettet for 2018.[6] Veien frem mot beslutningen avdekket flere motstridende meninger om hvordan tjenesten burde utformes.

1.2.1. Motstridende meninger om tjenesten før innføring

Ved planleggingen av utformingen av Medisinstart ble en rekke parter involvert i arbeidet, blant annet Norsk forening for allmennmedisin (NFA), Apotekforeningen, Norges Farmaceutiske Forening og Statens legemiddelverk. I den forbindelse ble ulike syn på ansvarsforholdet av tjenesten synliggjort. Det var særlig knyttet uenighet til hvorvidt tjenesten skulle initieres av fastlege, eller om pasient selv skulle kunne initiere tjenesten.

I sin vurdering av oppstartsveiledning (Medisinstart) fra 2017 anbefalte Helsedirektoratet en midlertidig innføring av tjenesten under forutsetning om «*at tjenesten kun rekvireres av lege*».[7] Helsedirektoratet argumenterte for at tjenesten Medisinstart er «helsehjelp», som går utover apotekets informasjonsplikt, og at dette derfor bør gjennomføres i tett samarbeid med ansvarlig lege.

Helsedirektoratets vurderinger hadde støtte fra bl.a. NFA og Helse- og omsorgsdepartementet. NFAs oppfatning var at farmasøytene står utenfor informasjonen om hvorfor legemiddelet er rekvirert. Dette gjør det vanskelig å informere pasienten om hvordan legemiddelet skal brukes. I tillegg ble det argumentert for at

---

[4] *Danmarks Apotekforening (2019): Medicinsamtale*

[5] *Hovland mfl. (2019): Effect of a pharmacist-led intervention on adherence among patients with a first-time prescription for a cardiovascular medicine: a randomized controlled trial in Norwegian pharmacies*

[6] *Helse- og omsorgsdepartementet (2018): Prop. 1 S (2017-2018)*

[7] *Helsedirektoratet (2017): Vurdering av oppstartsveiledning*

ansvarsforholdet er uklart. NFA stilte spørsmål ved hvem som har ansvaret dersom det er blitt gitt legemiddelinformasjon på sviktende kunnskapsgrunnlag og noe skulle gå galt.[8]

Vurderingene ble imidlertid møtt med kritikk av Apotekforeningen og Norges Farmaceutiske Forening, som argumenterte for at tjenesten ville få lite omfang med en slik innordning.

Ved Stortingets beslutning om å innføre Medisinstart i behandling av Statsbudsjettet for 2018, ble det vedtatt at pasientene selv kunne be om veiledningssamtaler på apotek.

1.2.2. Utforming av tjenesten Medisinstart

Helsedirektoratet utarbeidet våren 2018 en veileder for praktisk gjennomføring av tjenesten sammen med blant annet Apotekforeningen og Legemiddelverket. NFA var invitert til å delta i arbeidet, men trakk seg som følge av Stortingets vedtak om at pasienten selv kunne initiere medisinstartsamtale.[9]

Medisinstart skal være et lavterskeltilbud som skal bidra til økt etterlevelse ved oppstart av ny legemiddelbehandling. Tjenesten gjennomføres som strukturerte samtaler mellom pasient og farmasøyt. Siden mai 2018 har tilbudet vært tilgjengelig for pasienter med hjerte- og karsykdommer som starter med et nytt legemiddel til behandling av høyt blodtrykk, høyt kolesterol eller blodfortynnende legemidler.

Veiledningen skal gi pasienten bedre kunnskap om hvordan legemidlene skal brukes og dermed skape økt trygghet og motivasjon til å følge behandlingen slik at legemidlene tas i samsvar med legens rekvirering. Medisinstart kan initieres av pasienten selv i apotek eller av pasientens fastlege og består av to separate samtaler som gjennomføres av farmasøyt med godkjent opplæring. Den første samtalen skjer 1-2 uker etter oppstart av legemidlet, og den andre samtalen skjer 3-5 uker etter oppstart av legemidlet. Samtalen kan enten gjennomføres i apotekets informasjonsrom eller på telefon. Samtale 1 kan gjennomføres inntil 3 måneder etter oppstarten med nytt virkestoff, og samtale 2 inntil 6 uker etter samtale 1.

Det skal føres journal fra samtalen, pasienten skal få med en kopi av epikrisen og legen skal få en kopi hvis legen har rekvirert samtalen eller i de tilfellene hvor det kommer frem problemer knyttet til etterlevelse, bivirkninger, feil bruk, legemidlet tas til andre tidspunkt, og tilfeller hvor pasienten ikke forstår eller har oversikt over hvorfor hen skal bruke legemidlet. Epikrisen skal inneholde relevante opplysninger for legens videre behandling. Det er et krav at alle landets apotek må kunne tilby tjenesten i apotekets åpningstid. Hver samtale er estimert til om lag 15 minutter og tilbys gratis til pasientene. Apotekene mottar en økonomisk kompensasjon per gjennomførte samtale med refusjon fra Helfo.

1.3. Evaluering av Medisinstart

I forbindelse med at Medisinstart ble innført som en midlertidig tjeneste i 2018, ble det også bestemt at tjenesten skulle evalueres. Det skulle da tas stilling til om og hvordan tjenesten skulle videreføres.

Til grunn for evalueringen ligger ni konkrete evalueringsspørsmål:

1. I evalueringen skal tjenestens nytteverdi og kvalitet vurderes, i lys av målsetningen om å bidra til riktig legemiddelbruk og bedre etterlevelse av behandlingen.
2. Det skal vurderes om tjenesten har fungert som forutsatt ved innføring og gitt forventede resultater

[8] *Ibid.*
[9] *Engen (2018): NFA trekker seg fra Medisinstart*

3. Evalueringen bør bl.a. se hen til om forutsetningen om tilgjengelighet i alle landets apotek i apotekets åpningstid er oppnådd, erfaring og tilfredshet blant hhv. pasient, apotek og fastlege, samt vurdere om kompetanse blant apotekpersonell og opplæring er tilstrekkelig.
4. Erfaringer med bruk av fysisk oppmøte kontra telefon og andre digitale løsninger skal vurderes.
5. Konsekvens av at pasient selv kan initiere tjenesten uten henvising fra lege skal belyses.
6. Det skal vurderes om dagens kompensasjon for Medisinstart er på riktig nivå
7. På bakgrunn av evalueringen skal det vurderes om tjenesten bør videreføres, og i så fall på hvilke vilkår.
8. Videre skal det vurderes om tjenesten bør utvides, og i så fall gis en begrunnelse for hvilke pasient-/legemiddelgrupper som ansees som aktuelle og hvilke konkrete vilkår som bør ligge til grunn.
9. Økonomiske og administrative konsekvenser for staten og for berøre aktører skal belyses.

2. Metodisk evalueringsrammeverk og informasjonsinnhenting

2.1. Evalueringsrammeverk

Som overordnet evalueringsmodell benyttes OECDs evalueringsrammeverk for offentlige virkemidler.[10] Modellen er et internasjonalt analytisk rammeverk og skisserer at tiltak skal evalueres etter følgende fire kriterier:

- **Relevans:** Er de gjennomførte tiltak og aktiviteter i tråd med målsetningene?
- **Effekt:** Hvilke effekter, positive eller negative, oppstår som følge av tiltaket?
- **Effektivitet:** Kunne man oppnådd tilsvarende eller bedre resultater med lavere eller tilsvarende ressursbruk?
- **Veien videre:** Tiltak og justeringer som må på plass for å bedre effekt og effektivitet fremover

I evalueringen benyttes en triangulering av kvalitative og kvantitative datakilder, samt litteraturgjennomgang. Dette inkluderer dokumentstudier, med en gjennomgang av bakgrunnsdokumenter og litteratur som er relevant for vurdering av tjenesten. Kvantitative datakilder omfatter analyse av refusjonsdata fra Helfo, samt en spørreundersøkelse rettet mot alle landets apotek i forbindelse med denne evalueringen.

2.1.1. Relevanskriteriet

I vurdering av tjenestens relevans vil vurdering av eksisterende informasjon fra litteratur- og dokumentstudier være den primære informasjonskilden. Metoden her er gjennomgang av litteratur og studier knyttet til vurdering av medisinstart-tjenester i Norge og andre land. Vi bygger særlig på norske vurderinger av tjenestens relevans for etterlevelse og pasientenes helsetilstand.[11] Vi legger også dokumentasjonen som Helsedirektoratet sammenstilte og la til grunn i forbindelse med vurdering av tjenesten og beslutning om oppstart: At tjenesten er relevant for å nå legemiddelpolitiske mål knyttet til etterlevelse.[12]

2.1.2. Effektkriteriet

Vurdering av effektkriteriet bygger også i noen grad på litteraturen som har blitt tilgjengeliggjort av Helsedirektoratet og Apotekforeningen samt offentlige tilgjengelige forskningsstudier. I tillegg til studien nevnt og dokumentasjonen fra Helsedirektoratet nevnt over (ifbm. relevanskriteriet) har vi benyttet studien som ble initiert av Apokus i 2014 og publisert som vitenskapelig artikkel i 2019.[13] Men effekt av tjenesten må også vurderes i lys av hvorvidt tjenesten er tatt i bruk slik det var tenkt. Dette er hovedfokus for denne evalueringen:

---

[10] https://www.oecd.org/dac/evaluation/daccriteriaforevaluatingdevelopmentassistance.htm

[11] *Oslo Economics. (2017). Apotektjenesten Medisinstart for statinbrukere - virkninger for pasienter, helsetjeneste og samfunn. KONFIDENSIELL.*

[12] *Helsedirektoratet. (2014). Vurdering av oppstartsveiledning. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-farmasoyttjenester-og-etterlevelse-av-legemiddelbehandling/Utredning%20farmas%C3%B8yttjenester%20og%20etterlevelse%20av%20legemiddelbehandling.pdf/_/attachment/inline/8d795251-840a-459b-ba91-b173b950072 og Helsedirektoratet. (2017, mai 22). Vurdering av oppstartsveiledning. KONFIDENSIELL.*

[13] *«Nytteeffekter av Medisinstart», Apokus: Hovland et al., 2019: Effect of a pharmacist-led intervention on adherence among patients with a first-time prescription for a cardiovascular medicine: a randomized controlled trial in Norwegian pharmacies. Effect of a pharmacist-led intervention on adherence among patients with a first-time prescription for a cardiovascular medicine: a randomized controlled trial in Norwegian pharmacies - Hovland - 2020 - International Journal of Pharmacy Practice - Wiley Online Library*

Gjennom intervjuer, spørreundersøkelser og workshops å avdekke hvorvidt tjenesten har realisert sitt fulle effektpotensial gjennom apotekenes implementering landet rundt og hvorvidt pasientene har tilgang til tjenesten (slik at den kan få ønsket effekt).

2.1.3. Effektivitetskriteriet

I hvor stor grad er effekten av tjenesten oppnådd på en effektiv måte? Her kommer spørsmål om effektiv implementering, offentlige kostnader og andre forhold som har med tjenestens effektivitet å gjøre til vurdering.

2.2. Informasjonsinnhenting

Vi har benyttet en lang rekke kilder til informasjon som empirisk grunnlag for denne studien.

2.2.1. Litteraturgjennomgang

Som nevnt har litteraturgjennomgang vært et viktig metodisk verktøy og en kilde til kunnskap om særlig relevans og effekt. For en full gjennomgang av litteraturen vi har identifisert, se eget vedlegg.

2.2.2. Intervjuer

Vi har videre gjennomført 10 intervjuer med sentrale informanter innledningsvis i prosjektet. Organisasjonene som har stilt til intervju er: Norsk forening for allmennmedisin, Apotekforeningen, Apokus, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), Norsk forening for allmennmedisin, Sykehusapoteket i Trondheim, Boots apotek Fyllingsdalen, Boots apotek Brønnøysund, Norges Farmaceutiske forening og Statens legemiddelverk.

2.2.3. Spørreundersøkelse

Vi har gjennomført en omfattende spørreundersøkelse til alle landets apotek for å vurdere omfang og implementering av tjenesten.

2.2.4. Rådslag

Det har også blitt gjennomført en større workshop, et rådslag, der representanter for både Legeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin, Apotekforeningen, Apokus, Norges Farmaceutiske forening, Norsk Helsenett, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet deltok. Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) og Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) var også invitert til rådslaget, men kunne ikke delta.

2.2.5. Refusjons- og regnskapsdata

Data fra Helfo knyttet til refusjon i forbindelse med utførelse av tjenesten i apotek har vært svært viktig for denne evalueringen. Sammen med foretaksdata knyttet til alle landets apotek har dette gitt oss grunnlag for å vurdere utbredelsen av tjenesten og utviklingen i denne over prøveperioden.

3. Bidrag til riktig legemiddelbruk

Medisinstart er et lavterskeltilbud som skal bidra til økt etterlevelse ved oppstart av ny legemiddelbehandling. Veiledningen skal gi pasienten bedre kunnskap om hvordan legemidlene skal brukes og dermed skape økt trygghet og motivasjon til å følge behandlingen slik at legemidlene tas i samsvar med legens rekvirering. Ulike analyser har vist at små effekter på bedre etterlevelse vil kunne realisere store samfunnsgevinster. Studier av Medisinstart og lignende tiltak tyder på en positiv midlertidig effekt, men det er ikke dokumentert langvarig effekt på pasientens etterlevelse.

3.1. Utfordringsbildet knyttet til feil legemiddelbruk

Som en veiledningstjeneste for personer med hjerte- og karsykdommer som skal starte på nye legemidler, adresserer Medisinstart et betydelig samfunnsproblem.

3.1.1. Konsekvenser og omfang av feil legemiddelbruk

I Norge, og i verden, er det dokumentert store konsekvenser for både pasient og samfunn knyttet til feil legemiddelbruk. Om lag 1000 personer dør hvert år på grunn av feil legemiddelbruk i Norge, viser tall fra Direktoratet for e-helse.[14] Videre beskriver de at rundt 12 prosent av alle pasientskader skyldes feil legemiddelbruk, noe som også er årsaken til 5-10 prosent av innleggelsene på medisinske avdelinger. Tall fra Legemiddelindustrien (LMI) bekrefter dette.[15] I tillegg har en ny studie ved akuttmottaket ved Diakonhjemmet Sykehus vist at hver femte innleggelse på akutten var knyttet til legemiddelbruk, og at 16 prosent av dette var tilknyttet feil bruk av legemiddelet.[16]

Etterlevelse i forbindelse med legemiddelbruk har vært et veldokumentert problem i flere tiår. Ved oppstart av nye legemidler møter pasienten ofte et problem tidlig i behandlingen som gjør at pasienten ikke etterlever legens rekvirering. Verdens helseorganisasjon skrev i 2003 en rapport der de vektlegger sosiale og samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til lav etterlevelse. Rapporten poengterer at etterlevelse blant pasienter med kroniske sykdommer er gjennomsnittlig 50 prosent i den vestlige verden, og at konsekvensene av lav etterlevelse vil fortsette å øke i takt med den globale økningen av kroniske syke.[17]

I rapporten fra WHO i 2003 siteres Haynes mfl.: «*effektive tiltak for å øke etterlevelsen kan ha en langt større innvirkning på befolkningens helse enn noen andre forbedringer av spesifikke medisinske behandlinger*».**Feil! Bokmerke er ikke definert.**[18] Helsedirektoratet har i flere år med utgangspunkt i stortingsmeldingene om legemidler, Meld. St. 18 2004/2005[19] og Meld. St. 28 2014-2015[20] arbeidet med problemstillingen «etterlevelse av legemiddelbehandling». Direktoratet utarbeidet i 2014 rapporten «Utredning farmasøyttjenester og etterlevelse av legemiddelbehandling».[21] Her ble flere ulike tiltak for å øke etterlevelsen beskrevet, inklusive mulige tiltak i apotek.

---

[14] *Nasjonalt senter for e-helseforskning (2021): Helsepersonell sliter med å få tak i informasjon om hvilke legemidler pasientene deres bruker*

[15] *Legemiddelindustrien (2014): TALL OG FAKTA 2015 - Legemidler og helsetjeneste*

[16] *Nymoen mfl. (2022): Drug-related emergency department visits: prevalence and risk factors*

[17] *World Health Organization (2003): Adherence to long-term therapies - Evidence for action*

[18] *Haynes (2002): Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications*

[19] *Helse- og omsorgsdepartementet (2005): Meld. St. nr 18 2004/2005 - Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk*

[20] *Helse- og omsorgsdepartementet (2015): Meld. St. 28 2014/2015 - Legemiddelmeldingen - Riktig bruk - bedre helse*

[21] *Helsedirektoratet (2014): Utredning farmasøyttjenester og etterlevelse*

3.1.2. Samfunnskostnader knyttet til hjerte- og karsykdommer

Hjerte- og karsykdommer er den største årsaken til dødelighet globalt og representerer 32 prosent av alle dødsfall i verden. Etter kreft er hjerte- og karsykdommer den vanligste dødsårsaken i Norge.[22] Antall dødsfall av hjerte- og karsykdommer per 100 000 innbyggere har hatt en sterk nedgang siden 1970 tallet, samtidig har antall brukere av legemidler for hjerte- og karsykdommer økt med tiden, og i 2020 var antall brukere nærmere 1,2 millioner.[23]

Hjerte- og karsykdommer påvirker pasienter og pårørende i hverdagen, men det er også en betydelig samfunnskostnad. Blant annet viser en rapport fra 2020 av Menon Economics at samfunnskostnadene i Norge forbundet med hjertesvikt er anslått til 47,4 milliarder kroner årlig. [24] I tillegg har Oslo Economics i en nyere rapport anslått samfunnskostnadene i knyttet til hjerte- og karsykdommer med høyt kolesterol i Norge til rundt 122 milliarder kroner årlig.[25] Legemiddelkostnadene representerer 0,5 milliarder kroner.

3.2. Resultater fra «Oppstartsveiledning»

Apokus, på vegne av Apotekforeningen, gjennomførte i 2014-2015 en randomisert, kontrollert klinisk studie kalt «Nytteeffekter av Medisinstart».[26] Studien kom på bakgrunn av en tilsvarende tjeneste i England, New Medicine Service. Utformingen av den kliniske studien i Norge var inspirert av tjenestens utforming i England. Formålet med den kliniske studien var å undersøke om apotektjenesten øker etterlevelse og tiltro til behandling hos pasientene som starter på nytt legemiddel. Endring i etterlevelse ble målt basert på selvrapportert etterlevelse, målt med MMAS-8 (Morisky 8-item Medication Adherence Scale). Studien har ikke kliniske endepunkter.[27]

3.2.1. Bedre selvrapportert etterlevelse etter 18 uker

Den kliniske studien omfattet pasienter med hjerte- og karsykdommer som skulle begynne på perorale antitrombotika, antihypertensiva og/eller statiner (hjerte- og karlegemidler). Deltakerne i studien ble delt inn i en intervensjonsgruppe som fikk oppfølgingssamtaler i apotek (Medisinstart)[28], samt en kontrollgruppe som fikk vanlig oppfølging fra apoteket, i likhet med dagens praksis.

Legemiddelrelaterte problemer ble avdekket av farmasøytene hos 37 og 32 prosent av pasientene i henholdsvis første og andre oppfølgingssamtale.

Studien avdekker at etterlevelsen er høyere i Norge enn det som ble funnet i England i forbindelse med evaluering av New Medicine Service. 10 uker etter veiledningssamtale i apotek i England var etterlevelsen til intervensjon- og kontrollgruppen henholdsvis 70,7 prosent og 60,5 prosent.[29,30] I Norge var etterlevelsen 88,7 prosent i intervensjonsgruppen og 83,7 prosent i kontrollgruppen 18 uker etter veiledningssamtale i apotek.

---

[22] Folkehelseinstituttet (2020): Dødsårsaksregisteret - statistikkbank

[23] Folkehelseinstituttet (2021): Folkehelserapporten - Hjerte- og karsykdommer i Norge

[24] Menon Economics (2019): Hjertesvikt i Norge - Omfang og samfunnskostnader

[25] Oslo Economics (2022): Hjerte- og karsykdom relatert til høyt kolesterol

[26] Apokus (i.d.): Utviklingsprosjekter - Nytteeffekter av Medisinstart

[27] Hovland mfl. (2019): Effect of a pharmacist-led intervention on adherence among patients with a first-time prescription for a cardiovascular medicine: a randomized controlled trial in Norwegian pharmacies

[28] Pasientene i intervensjonsgruppen fikk en oppfølgingssamtale 1-2 uker etter oppstart av nytt legemiddel, og deretter en ny oppfølgingssamtale 3-5 uker etter oppstart av legemiddelet.

[29] Elliott mfl. (2014): Understanding and Appraising the New Medicines Service in NHS in England

[30] Elliot mfl. (2016): Supporting adherence for people starting a new medication for a long-term condition through community pharmacies: a pragmatic randomised controlled trial of the New Medicine Service

Derimot er den prosentvise endringen mellom intervensjon- og kontrollgruppen større i England sammenlignet med resultatene vist i Norge.

3.2.2. Ingen dokumenterte langvarige virkninger

Til tross for at studien viste signifikant forskjell i etterlevelse mellom intervensjon- og kontrollgruppen 18 uker etter reseptekspedering, viste reseptregisterdata ingen signifikant forskjell i etterlevelse mellom intervensjon- og kontrollgruppen etter 52 uker.[31] Det foreligger ingen dokumenterte langvarige virkninger av Medisinstart i Norge.

3.3. Resultater fra tidligere analyser og evalueringer

Medisinstart har tidligere vært gjenstand for vurdering, med evalueringer som er initiert av apotekene.

3.3.1. Evaluering gjennomført av Oslo Economics

Medisinstart ble i 2017 evaluert av Oslo Economics på vegne av Apokus.[32] Data benyttet i evalueringen var basert på resultater fra effektstudien gjennomført av Apokus. I Oslo Economics sin analyse ble nytte- og kostnadsvirkninger av Medisinstart for pasienter, helsetjeneste og samfunn vurdert. Analysen var begrenset til å gjelde brukere av statiner, en gruppe kolesterolsenkende legemidler. Grunnlaget for dette var at statiner har veldokumentert helseeffekt, tilgjengelig kostnadsdata fra Norge samt at pasienter som bruker statiner har lav etterlevelse.

Resultatene fra effektstudien viser økt etterlevelse av statiner for Medisinstart-gruppen sammenlignet med kontrollgruppen på 10,2 prosentpoeng 18 uker etter reseptekspedisjon.[33] Derimot er langtidseffektene av Medisinstart for statinbrukere ikke dokumentert. Oslo Economics benyttet en antakelse om en varig effekt av Medisinstart på etterlevelse på 2 prosentpoeng i sin analyse.

Resultatene fra analysen gjennomført av Oslo Economics viser at Medisinstart gir helsegevinster og sparte kostnader for helsetjenesten og samfunnet. I et samfunnsperspektiv gir Medisinstart for statinbrukere noe økte legemiddelkostnader, men samtidig en gevinst i form av flere gode leveår og redusert bruk av helsetjenester. Til tross for kostnadene ved å gjennomføre medisinstartsamtaler, viser resultatene fra analysen at tiltaket samlet sett gir en samfunnsøkonomisk gevinst.

Oslo Economics beregner den samfunnsøkonomiske lønnsomheten av Medisinstart til 48 millioner kroner per år. I dette ligger verdien av vunne leveår på 32,2 millioner kroner per år som følge av økt bruk av statiner, samt 25,5 millioner kroner per år i kostnadsbesparelser i helsevesenet. De beregner den økte ressursbruken i apotekene til 9,8 millioner kroner per år.

Økt livskvalitet, økt trygghet og færre legemiddelrelaterte problemer er ikke prissatt i analysen, men behandlet som ikke-prissatte effekter.

---

[31] *Hovland mfl. (2019): Effect of a pharmacist-led intervention on adherence among patients with a first-time prescription for a cardiovascular medicine: a randomized controlled trial in Norwegian pharmacies*

[32] *Oslo Economics (2017): Apotektjenesten Medisinstart for statinbrukere – virkninger for pasienter, helsetjeneste og samfunn*

[33] *Hovland mfl. (2019): Effect of a pharmacist-led intervention on adherenc eamong patients with a first-time prescription for a cardiovascular medicine: a randomized controlled trial in Norwegian pharmacies*

Rapportens verdi som beslutningsgrunnlag

I Helsedirektoratets vurdering av rapporten blir det argumentert for at analysen utført av Oslo Economics har begrenset verdi som beslutningsgrunnlag. Begrunnelsen for dette var blant annet at analysen inkluderer skattefinansieringskostnaden. Skattefinansieringskostnaden er verken med i Helsedirektoratets veileder for økonomisk evaluering eller prioriteringsmeldingen som gir føring for hvordan analyser skal utføres. Videre beskrives det at det ikke er utført en kostnadseffektivitetsanalyse, men et forsøk på en nytte-kostnadsanalyse, som dermed ikke gjør det mulig å sammenligne tiltaket med andre helsetiltak. I analysen er det heller ikke vurdert andre relevante tiltak. Dersom det finnes alternative tiltak som kan innføres og som kan gi tilsvarende besparelser, er det uvisst om det er Medisinstart som er metoden som bør velges. Videre argumenteres det for at beregningen i analysen er basert på modeller og ikke kliniske data.

3.3.2. Evaluering gjennomført av Apokus

På oppdrag fra Apotekforeningen gjennomførte Apokus en evaluering av Medisinstart i perioden april 2019 til februar 2020.[34] Evalueringen undersøkte hvordan pasienter og tjenestefarmasøyter syntes Medisinstart fungerer, i tillegg til å evaluere implementeringen av tjenesten i praksis.[35] Studien hadde et fokus på å dokumentere pasienttilfredshet, opplæring, implementering og gjennomføring av tjenesten i apotek. Data benyttet i evalueringen var basert på elektroniske spørreskjema rettet mot farmasøyter og pasienter.

Evalueringen konkluderte med at apotekene i svært stor grad hadde implementert Medisinstart. 92,9 prosent av apotekene kunne tilby tjenesten, og 77,2 prosent av apotekene hadde gjennomført minst én medisinstartsamtale. Farmasøytene var fornøyde med gjennomføringen av samtalene, samt opplæringsmateriellet for å utføre tjenesten. Praksis for gjennomføring av medisinstartsamtale 2 ble trukket frem som noe som burde følges opp videre. Funn i evalueringen viser at samtale 2 avtales hovedsakelig bare hvis pasient og/eller farmasøyt opplever behov for dette etter samtale 1.

Evalueringen fant at pasientene som hadde fått medisinstartsamtaler, var svært fornøyde med samtalene. Det ble observert en signifikant reduksjon i legemiddelrelatert bekymring etter samtale 1 og etter samtale 2, sammenlignet med før samtale 1.

3.4. Erfaringer fra lignende tjenester i andre land

Internasjonalt finnes det lignende lavterskeltiltak for bedre etterlevelse av legemiddelbruk. I det følgende ser vi nærmere på de tilsvarende tjeneste som Medisinstart i utvalgte land.

England

I 2011 utviklet National Health Service (NHS) en oppstartsveiledning i England. Oppstartsveiledningen er en strukturert samtaleguide som skal øke pasientens forståelse og viktighet av riktig legemiddelbruk. Tjenesten heter *New Medicine Service* (NMS). Tjenesten NMS kan bli initiert av legen, pasienten selv eller farmasøyten kan invitere pasienten til å være med på NMS intervensjon. Første oppfølgingssamtale med pasienten var etter 1-2 uker og andre oppfølgingssamtale 2-3 uker etter første samtale.[36] En samtale varer normalt sett fra 10-15 minutter.[37]

[34] *Apokus (2019): Evaluering av Medisinstart*

[35] *Apokus (2019): Evaluering av Medisinstart*

[36] *Elliott (2017): Cost Effectiveness of Support for People Starting a New Medication for a Long-Term Condition Through Community Pharmacies: An Economic Evaluation of the New Medicine Service (NMS) Compared with Normal Practice*

[37] *NHS services (2019): New Medicine Service (NMS)*

Målet for tjenesten var å øke etterlevelsen av legemiddelbruken fra dagens nivåer opp til 80 prosent. I dag er etterlevelsen varierende fra legemiddelgruppe til legemiddelgruppe – legemiddelgruppene med lavest etterlevelse er fra om lag 30 prosent og høyere. Ved å øke etterlevelsen av legemiddelbruk for pasienter med astma, diabetes type 2, høyt kolesterol/koronar hjertesykdom, høyt blodtrykk og schizofreni fra dagens nivåer opp til 80 prosent, er det beregnet at NHS sparer £500 millioner/år.[38] Det er viktig å understreke at tallene er fremskrevet og basert på en rekke antagelser.

En evaluering av tjenesten finner en signifikant forskjell mellom intervensjon- og kontrollgruppen 10 uker etter veiledningssamtale. Selvrapportert etterlevelse i intervensjon- og kontrollgruppen var henholdsvis 70,7 prosent og 60,5 prosent.[39,40] Til tross for dette funnet er det ikke blitt dokumentert en signifikant forskjell mellom intervensjon- og kontrollgruppen dersom man evaluerer tjenesten i et lenger tidsperspektiv. En evaluering av tjenesten 26 uker etter reseptekspedering viser at etterlevelsen mellom intervensjon- og kontrollgruppen var 9 prosent, men denne forskjellen ble ikke funnet å være statistisk signifikant.[41] Endring i etterlevelse ble også i denne evalueringen målt basert på selvrapportert etterlevelse, målt med MMAS-8.

NMS i England har i dag blitt utvidet, og omfatter områdene astma, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), diabetes type 2, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, osteoporose, gikt, glaukom, epilepsi, Parkinsons sykdom, inkontinens, urinretensjon, hjertesvikt, koronar hjertesykdom, atrieflimmer, ustabil angina, hjerteinfarkt, slag, drypp (transitorisk iskemisk infarkt), langtids risiko for blodpropper, blokkerte blodårer eller dyp venetrombose (DVT). Samtalestrukturen er også endret, og inneholder nå tre samtaler: første er ved utlevering av legemidlet, den andre er to uker senere, og den tredje er ytterligere to uker senere.[42]

Danmark

I Danmark har de en tjeneste som heter «*Medicinsamtale*».[43] Alle som har diagnostisert med en ny kronisk sykdom de siste 6 måneder og får et eller flere nye legemidler, får tilbud om en oppstartssamtale. I tillegg tilbys pasienter som har fått et legemiddel i minst 12 måneder mot kronisk sykdom og har problemer med etterlevelsen av legemiddelbruken, et tilbud om en «*Compliancesamtale*».[44]

Samtalene skal hjelpe pasienten med å få gode praktiske rutiner rundt legemiddelbruken, informasjon om eventuelle bivirkninger og få pasient til å forstå viktigheten av å ta legemidlet riktig. Pasienten blir enten bedt av legen å oppsøke apoteket for å ta samtalen, eller pasienten får tilbud om samtalen i dialog med apoteket. Det er to samtaler som hver varer 10 minutter og skjer med 3-4 ukers mellomrom. Første del av samtalen holdes enten i apoteket eller på en videosamtale med farmasøyt. Den andre samtalen skjer i apoteket, som videosamtale eller på telefon.[45] For hver medisinstartsamtale og compliencesamtale mottar apotek DKK 160.[46]

Sverige

I 2015 forsøkte Apoteket AB[47] sammen med et konsulentselskap å implementere en tjeneste som het "Statinstödet" i Stockholmsregionen. Pasientene ble rekruttert på Apoteket AB sine apotek i Stockholm. Første

---

[38] Elliott mfl. (2017): Cost Effectiveness of Support for People Starting a New Medication for a Long-Term Condition Through Community Pharmacies: An Economic Evaluation of the New Medicine Service (NMS) Compared with Normal Practice

[39] Elliott mfl. (2014): Understanding and Appraising the New Medicines Service in NHS in England

[40] Elliot mfl. (2016): Supporting adherence for people starting a new medication for a long-term condition through community pharmacies: a pragmatic randomized controlled trial of the New Medicine Service

[41] R. Elliott mfl. (2019): 'New Medicine Service': supporting adherence in people starting a new medication for a long-term condition: 26-week follow-up of a pragmatic randomised controlled trial

[42] NHS services (2019): New Medicine Service (NMS)

[43] Danmarks Apotekforening (2019): Medicinsamtale

[44] B. Abrahamsen mfl. (2020): Evidens for apotekspraksis

[45] Danmarks Apotekforening (2019): Medicinsamtale

[46] Sundhedsministeret (2021): Bekendtgørelse om beregning af afgift og ydelse af tilskud til apotekere m.v.

[47] Apotek AB er et svensk statseid selskap som eier og driver apotek i Sverige

samtale ble gjennomført på telefon, og andre samtale ble gjennomført i apoteket ved andre gangs uthenting av legemidlet. Det har enda ikke kommet noen resultater fra tjenesten. Region Stockholm oppgir det var vrient å både få rekruttert pasientene, i tillegg til at apotekene ikke hadde ressurser til å gjennomføre samtalen i apotek. [48]

Arbeidet fortsetter i Sverige med å skulle starte et forsøk med Medisinstart til høsten i ca. 150 av Sveriges drøyt 1 400 apotek. Medisinstart skal tilpasse seg svenske forhold og bruke internasjonal erfaring knyttet til utforming av tjenesten og rette tjenesten mot en pasientgruppe med behov for støtte. Tjenesten skal tilbys av et utvalg egnede apotek over hele landet, inkludert nettapotek. Gjennom forsøket skal de samtidig dokumentere effekten av tjenesten, og få bedre kunnskap hvordan apotekbransjen skal evaluere tjenester i apotek.[49]

Nederland

Også i Nederland er det iverksatt prøvetiltak i apotekene for å håndtere problemet med dårlig etterlevelse av legemidler. 20 apotek var i 2016 med på en randomisert kontrollert studie der målgruppen var pasienter i alderen 45-75 år som brukte blodtrykkslegemidler.[50] Kun personer som var ansett som ikke-etterlevende basert på data fra apotek og et selvrapporteringsskjema hadde mulighet til å delta i studien. Deltakerne ble fulgt i ni måneder.

Intervensjonsprogrammet besto av to konsultasjoner med en farmasøyt i et apotek for å identifisere personens barrierer for å etterleve legens rekvirering og råd til å overvinne disse barrierene.

Det primære utfallet med studien var selvrapportert etterlevelse. Sekundære utfall var livskvalitet, tiltro til legemidler, sykdomsoppfatninger og blodtrykk.

Resultatene fra studien viser at det ikke ble funnet signifikante forskjeller mellom intervensjon- og kontrollgruppen i selvrapportert etterlevelse, livskvalitet, tiltro til legemidler, sykdomsoppfatninger og blodtrykk. Derimot viste resultatene at intervensjonsgruppen hadde signifikant sterkere tro på nødvendigheten av å ta legemidlene sine sammenlignet med kontrollgruppen.

Studien konkluderer med at intervensjonsprogrammet, slik det var utformet i denne studien, ikke anbefales implementert for studiepopulasjonen.

3.5. Erfaringer fra Medisinstart

Gjennom vår evaluering av tjenesten Medisinstart har vi, basert på intervjuer og spørreundersøkelse rettet mot apotek, kartlagt hvordan Medisinstart antas å bidra til riktig legemiddelbruk. Det er viktig å understreke at dette kun er basert på erfaringer fra relevante aktører, og ikke harde endepunkter.

Resultatene fra spørreundersøkelsen rettet mot apotek viser at 93 prosent av apotekfarmasøytene mener at Medisinstart har «positiv effekt» eller «svært positiv effekt» for pasientenes etterlevelse av legens rekvirering. 4 prosent mener Medisinstart verken gir negativ eller positiv effekt på pasientens etterlevelse, mens 2 prosent oppgir at de ikke vet.

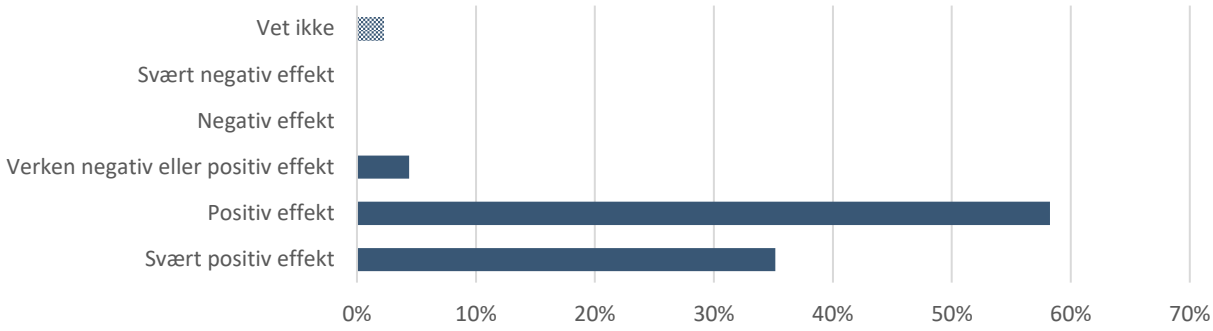
---

[48] *Tandvards- och läkemedelsförmånsverket (2022): Försöksverksamhet med farmaceutisk tjänst - Delrapport 1*

[49] *Ibid.*

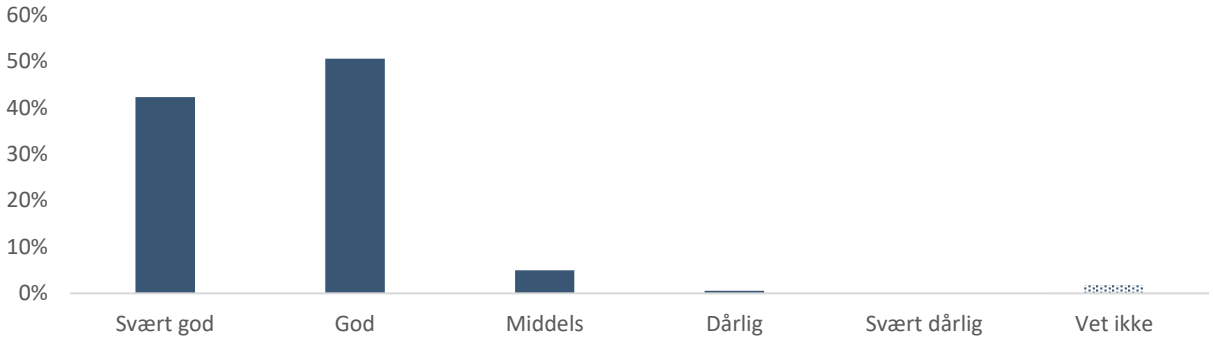
[50] *D. M. van der Laan mfl. (2018): Effectiveness of a Patient-Tailored, Pharmacist-Led Intervention Program to Enhance Adherence to Antihypertensive Medication: The CATI Study*

Figur 1: I hvilken grad apotekfarmasøyter opplever at medisinstartsamtalene har effekt for pasientens etterlevelse av legens rekvirering. Kilde: Spørreundersøkelse til apotek gjennomført av Menon Economics og Teriak



I spørreundersøkelsen rettet mot apotek får vi sammenfallende svar som i det foregående spørsmålet når vi stiller spørsmål om pasientenes nytte av medisinstartsamtalene. 93 prosent av apotekfarmasøytene oppgir at pasientene har «svært god» eller «god» nytte av medisinstartsamtalene. 5 prosent oppgir at pasientene har «middels» nytte av samtalene, mens 2 prosent oppgir at de ikke vet.

Figur 2: Spørsmålet i spørreundersøkelsen var: «Hvordan anslår du pasientens nytte av medisinstartsamtalene?».



Fra intervjuene vi har hatt med representanter for legene forklares det at de har et begrenset erfaringsgrunnlag med tjenesten, og at de ikke kan uttale seg om effekten av Medisinstart. Derimot trekkes det frem flere eksempler der intervensjon fra apotek har vært uheldig. Eksempelvis at pasienten har kommet tilbake til legen etter å ha vært innom apotek fordi farmasøyten har gjort pasienten usikker på om dette er riktig legemiddel for pasienten. Legene understreker at det er usikkert om disse tilfellene er knyttet til vanlig reseptekspedisjon i apotek eller til tjenesten Medisinstart. Legene etterlyser et godt kunnskapsgrunnlag knyttet til harde endepunkter som kan vise til effekt av tjenesten.

3.6. Vurdering av tjenestens bidrag til riktig legemiddelbruk

Vi vurderer at den viktigste kilden til effekter av Medisinstart på pasienters etterlevelse er effektstudien «Nytteeffekter av Medisinstart» som ble gjennomført av Apokus i 2014 – 2015. Studien viser positive effekter ved en økt selvrapportert etterlevelse ved 7 og 18 uker etter reseptekspedering. Studien finner imidlertid ingen virkning etter 52 uker.

Funnene i denne studien samsvarer godt med studier og erfaringer fra andre land. Erfaringer fra apotek innhentet i forbindelse med denne evalueringen, viser at farmasøyter har en opplevelse av at medisinstartsamtaler har en positiv effekt på pasientenes etterlevelse.

Helsedirektoratet vurderte i forbindelse med etablering i 2018 at Apokus og Apotekforeningen hadde gjennomført en grundig og systematisk forstudie og studie, men påpekte samtidig flere mulige svakheter.[51] Blant annet ble det ikke utført målinger når det gjaldt kliniske konsekvenser av manglende etterlevelse. Helsedirektoratet påpekte også at det er knyttet usikkerhet til hvor stor effekt oppstartsveiledning har på pasientenes etterlevelse over tid.

Vi finner ingen vesentlig ny informasjon om Medisinstarts bidrag til bedre etterlevelse av legemiddelbruk, sammenlignet med kunnskapsgrunnlaget som lå til grunn for å etablere tjenesten i 2018. I likhet med Helsedirektoratet vurderer vi at det er et begrenset kunnskapsgrunnlag omkring Medisinstarts bidrag til bedre etterlevelse. Spesielt mangler det dokumentert effekt på at tjenesten gir bedre etterlevelse over tid – effektstudien «Nytteeffekter av Medisinstart» viser at Medisinstart ikke gir langtidseffekter.

[51] *Helsedirektoratet (2017): Vurdering av oppstartsveiledning*

4. Utvikling og bruk av tjenesten

I dette kapittelet beskrives utviklingen i antall samtaler fra Medisinstart ble etablert i 2018. Tallene viser at det har vært en jevn vekst gjennom hele perioden. Samtidig vises det gjennom analyser fra ulike vinkler at veksten er drevet av forhold på apoteksiden, og ikke pasientsiden. Det drøftes videre hva implikasjonen av dette er for tjenestens nytteverdi, tilgjengelighet og videre utvikling.

4.1. Utvikling i antall samtaler

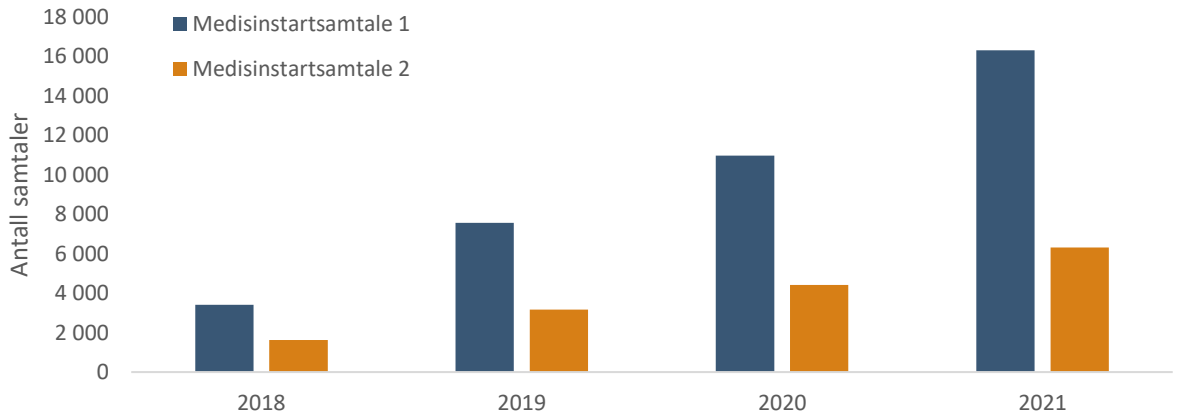
Utvikling i antall samtaler kan fortelle mye om hvordan Medisinstart er implementert som et tilbud i apotekene. I dette underkapittelet vises det først hvordan antallet medisinstartsamtaler har vært økende gjennom hele perioden, og videre hvordan denne veksten hovedsakelig drives av et mindre antall apotek. I de påfølgende delkapitlene analyseres denne utviklingen videre.

4.1.1. Årlig vekst i antall samtaler

Siden Medisinstart ble etablert i mai 2018 og frem til utgangen av 2021 har det totalt blitt gjennomført 53 729 medisinstartsamtaler. Gjennom hele perioden har det vært et økende antall samtaler på årlig basis. Justert for at tjenesten ikke var tilgjengelig i de første månedene av 2018, har det vært en gjennomsnittlig årlig vekst på 44 prosent. Denne veksttakten har vært stabil gjennom perioden.

I 2021 var det totalt 16 296 gjennomførte samtale 1. Til sammenligning estimerte Oslo Economics at det ville være om lag 20 000 årlige statinbrukere som benyttet seg av tjenesten, basert på erfaringer fra forstudien til Medisinstart.[52] Det er imidlertid langt færre som gjennomfører samtale 2. I 2021 var det kun 38,7 prosent av de som gjennomførte samtale 1, som også gjennomførte samtale 2. Funnene her er noe lavere enn det Apokus fant i deres evaluering av Medisinstart i 2020. Omtrent halvparten (53,5 prosent) av pasientene fikk da både samtale 1 og samtale 2.[53] For samtale 1 har den gjennomsnittlige årlige veksten i antall samtaler vært 47 prosent mellom 2018 og 2021, mens tilsvarende vekst i samtale 2 er 37 prosent. Den ulike veksttakten innebærer at forskjellene i antall samtale 1 og 2 øker år for år.

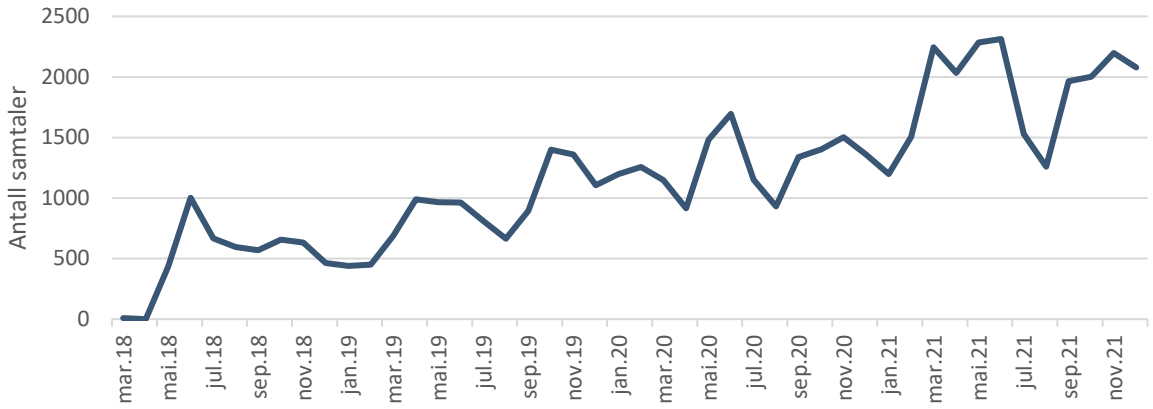
Figur 3: Antall gjennomført medisinstartsamtaler på årlig basis 2018 – 2021. Kilde: Helfo



[52] *Oslo Economics (2017): Apotektjenesten Medisinstart for statinbrukere – virkninger for pasienter, helsetjeneste og samfunn*
[53] *Apokus (2019): Evaluering av Medisinstart*

Selv om veksten har vært stabil på årlig basis, har det vært betydelige svingninger på månedlig basis. Til en viss grad ser svingningene ut til å kunne forklares med sesongmessige svingninger, med spesielt en nedgang i sommermånedene juli og august, og med topper i månedene før og etter sommeren. En annen forklaring vil være svingninger i tilbudet hos de enkelte apotek.

Figur 4: Utvikling i antall samtaler (1 og 2) på månedlig basis. Kilde: Helfo



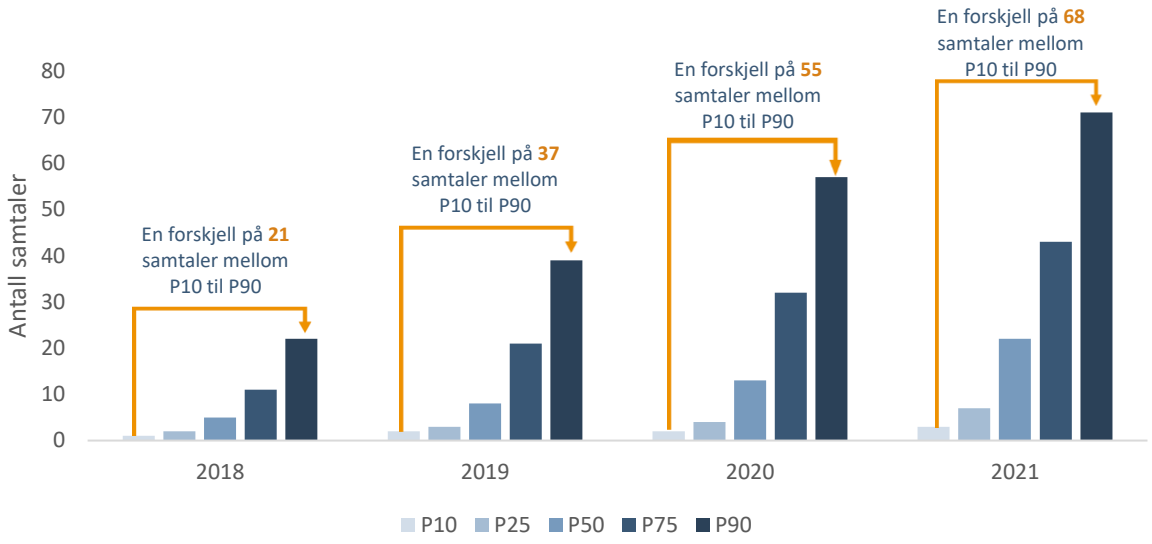
4.1.2. Økende spredning

Samtidig som det har vært en jevn vekst i antall samtaler totalt, har det også vært en økende forskjell mellom apotekene som gjennomfører mange og apotekene som gjennomfører få samtaler.

Figuren nedenfor viser antall gjennomførte samtaler i apotek fordelt på ulike persentiler. P50, det vil si medianen, innebærer her at blant alle apotek som gjennomførte samtaler i det angitte året, så gjennomførte halvparten av apotekene flere samtaler og halvparten færre samtaler enn P50 verdien. Tilsvarende innebærer P90 at 90 prosent av apotekene gjennomførte færre samtaler, og 10 prosent av apotekene gjennomførte flere samtaler.

I 2018 gjennomførte P10 én medisinstartsamtale, mens P90 gjennomførte 22 samtaler. Det gir en forskjell på 21 samtaler årlig mellom de apotekene som gjennomfører flest og de som gjennomfører færrest. Gjennom perioden har det relative forholdet mellom persentilene forholdt seg relativt stabilt. Det vil si at de har hatt en relativt lik årlig vekst. P10 har hatt en gjennomsnittlig årlig vekst på 26 prosent, for P50 har den gjennomsnittlige årlige veksten vært 43 prosent mens for P90 har den gjennomsnittlige årlige veksten vært 29 prosent. Men selv om veksten mellom P10 og P90 har vært relativt lik, fører det ulike utgangspunktet til at den absolutte forskjellen øker. I 2021 er dermed forskjellen mellom P10 og P90, målt i antall samtaler, økt til 68.

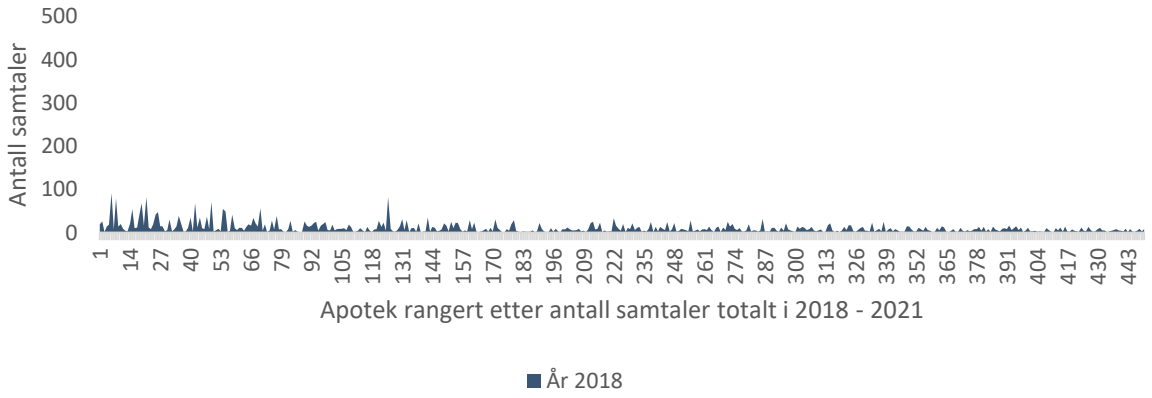
Figur 5: Antall samtaler fordelt på ulike persentiler for apotek etter gjennomførte samtaler. Kilde: Helfo



I de fire følgende figurene vises den årlig akkumulerte utviklingen i antall samtaler per apotek. I alle figurene er apotekene rangert etter antall gjennomførte samtaler i perioden 2018 til 2021, fra høyest til lavest. Denne serien med figurer illustrerer to poeng. For det første er det store årlige svingninger i årlig gjennomførte samtaler i samme apotek. For det andre er det en tydelig trend i at de som gjennomfører mange samtaler har en sterkere vekst enn de som gjennomfører få samtaler. Over tid akkumulerer dette mot en todeling. For å bevare lesbarheten er aksene i figurene kuttet.

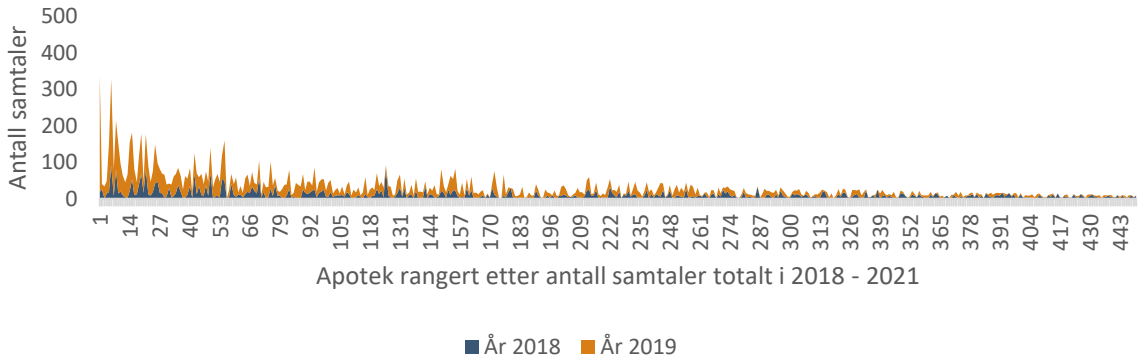
I 2018 ser vi allerede en trend til at enkelte apotek utmerker seg med å gjennomføre mange medisinstartsamtaler.

Figur 6: Antall samtaler per apotek i 2018, rangert etter samlet antall gjennomførte samtaler i perioden 2018 – 2021. Kilde: Helfo



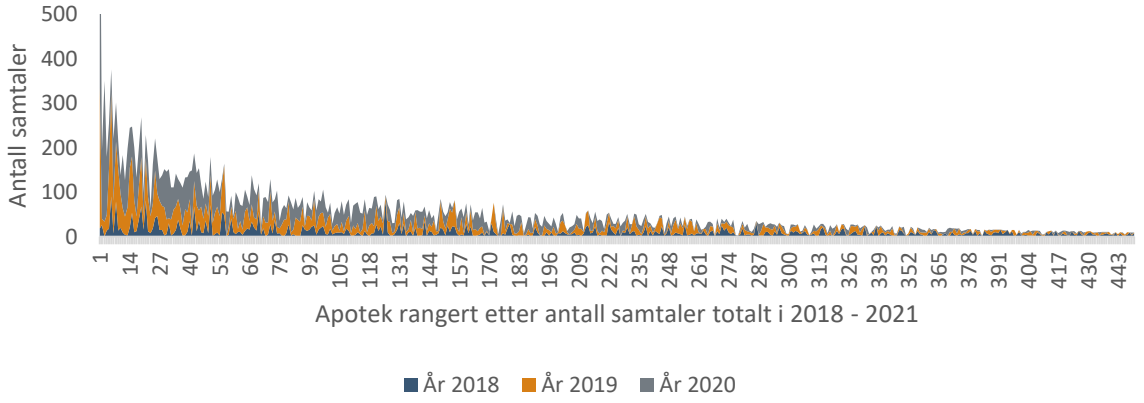
I 2019 forsterker bildet fra 2018 seg, hvor enkeltapotek utmerker seg med særlig mange samtaler. Apotekene til høyre i figuren har svært få samtaler. Samtidig er det flere av apotekene helt til venstre, altså de som har flest samtaler gjennom perioden, som har gjennomført få samtaler i løpet av 2018 og 2019.

Figur 7: Antall samtaler per apotek i 2019, rangert etter samlet antall gjennomførte samtaler i perioden 2018 – 2021. Kilde: Helfo



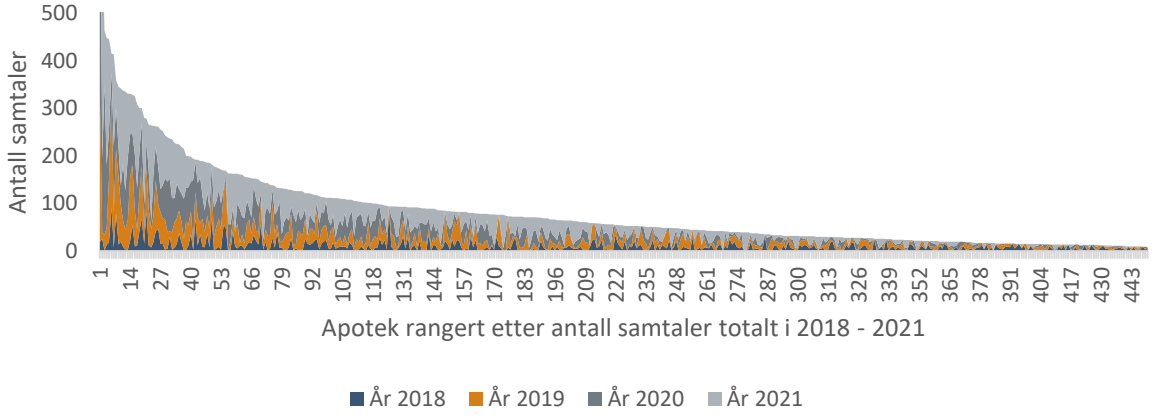
Den samme utviklingen fortsetter i 2020, hvor avstanden mellom høyre og venstre forsterkes.

Figur 8: Antall samtaler per apotek i 2018, rangert etter samlet antall gjennomførte samtaler i perioden 2018 – 2021. Kilde: Helfo



I 2021 har det begynt å tegne seg en todeling. Vi ser at det er om lag 200 apotek som gjennomfører stadig flere samtaler. Resterende apotek gjennomfører samtaler, men uten tegn til samme vekst i samtaler.

Figur 9: Antall samtaler per apotek i 2018, rangert etter samlet antall gjennomførte samtaler i perioden 2018 – 2021. Kilde: Helfo



Denne todelingen forteller at veksten i antall samtaler gjennom perioden, drives i stor grad av en gruppe apotek som satser på Medisinstart. Det er i utgangspunktet flere potensielle årsaker til forskjeller mellom ulike apotek i antall gjennomførte samtaler. En naturlig forklaring vil kunne være at apotekene har et ulikt antall relevante pasienter, og dermed også ulik forventning til antall gjennomførte samtaler. Ved en slik forklaring vil forskjellene også fremstå som hensiktsmessige, og være et positivt trekk ved implementeringen av tjenesten.

En annen forklaring vil være at det er systematiske og strukturelle forskjeller mellom apotekene som skaper disse forskjellene. Eventuelle systematiske forskjeller ved apotekenes tilbud innebærer også at sannsynligheten for at en vilkårlig pasient mottar medisinstartsamtale, først og fremst er betinget av egenskapene ved apoteket som vedkommende henvender seg til og ikke pasientens behov for medisinstartsamtale.

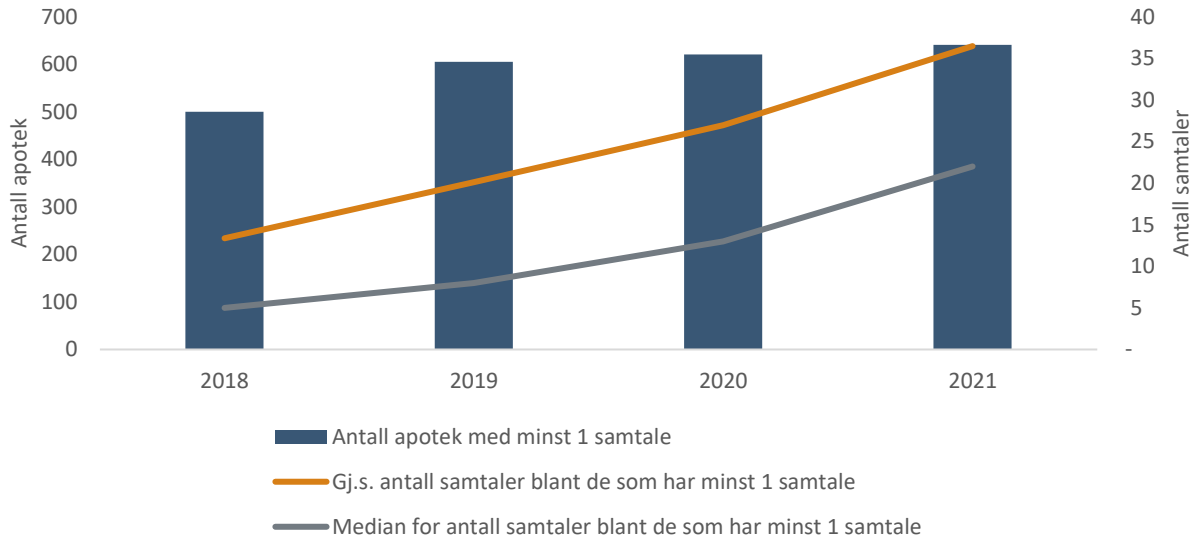
Slike systematiske forskjeller ved apotekene vil eksempelvis kunne innebære strukturelle forskjeller mellom tilbudet i apotek i ulike landsdeler, eller mellom apotek lokalisert i by eller distrikt. Eventuelt kan det skyldes at det er systematiske forskjeller i hvordan tjenesten er implementert mellom de ulike apotekkjedene.

I de videre delkapitlene analyseres forskjellene i antall gjennomførte samtaler nærmere. Analysene viser at forskjellene kan forklares med forskjeller mellom kjedene.

4.2. Utvikling i antall apotek

Antall apotek som gjennomfører samtaler har ligget stabilt på om lag 600 gjennom perioden, definert ved minst én gjennomført samtale. Til tross for at antallet er relativt stabilt er det en del rullering på hvilke apotek som gjennomfører og ikke.

Figur 10: Utvikling i antall apotek som gjennomfører medisinstartsamtaler og i antall samtaler per apotek: Kilde: Helfo



Utviklingen i antall samtaler per apotek har vært stigende gjennom perioden, både målt i gjennomsnitt og i median. Gjennomsnittet ligger noe høyere enn medianen som innebærer at enkelte apotek trekker opp gjennomsnittet med mange samtaler, som tidligere vist.

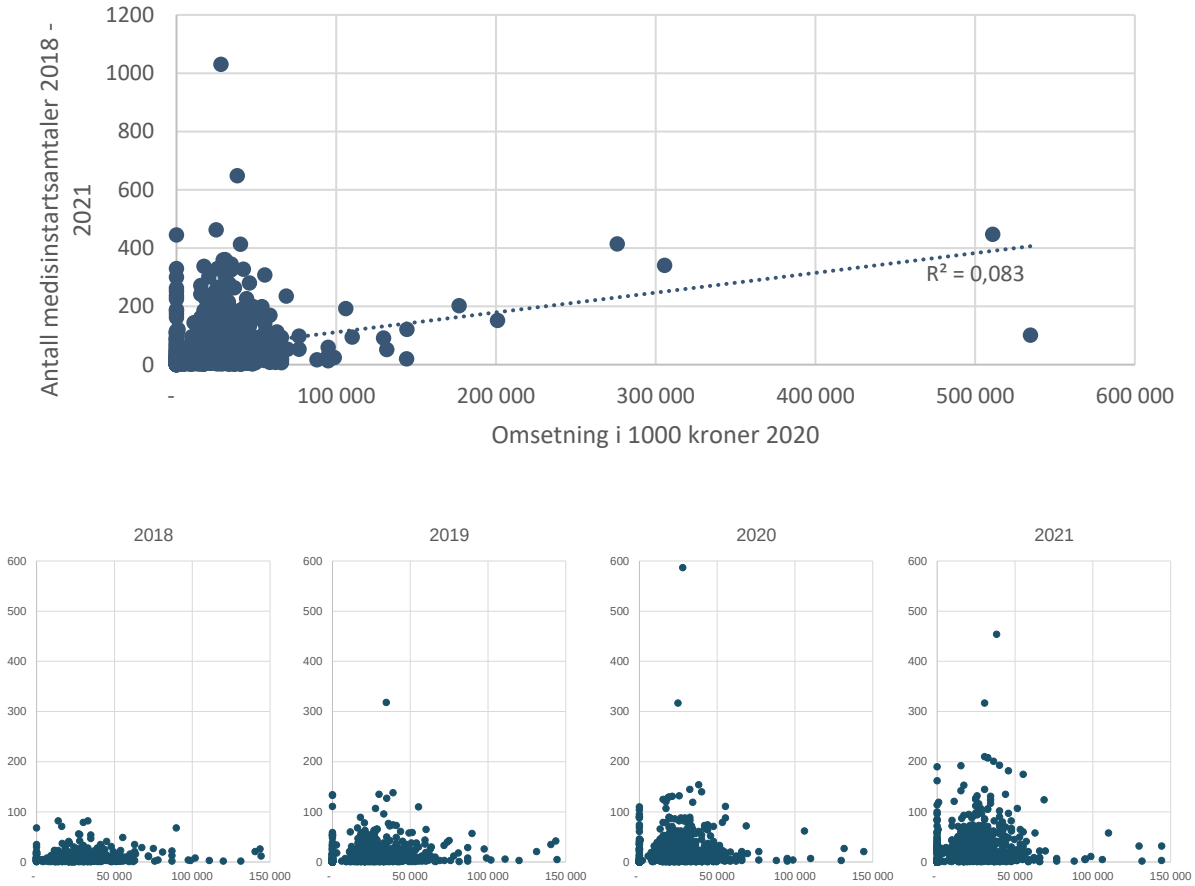
4.3. Apotekets omsetning og antall samtaler

Vi har koblet refusjonsdata fra Helfo med Menons regnskapsdatabase. I plottene nedenfor vises apotekenes årlige omsetning og antall gjennomførte samtaler. Apotekenes omsetning kan fungere som en indikator på

antall nye rekvisisjoner av hjertemedisin, og dermed en indikasjon på hvor mange personer som er aktuelle for Medisinstart.

Analysen viser ingen tydelig sammenheng mellom apotekenes omsetning og antall gjennomførte samtaler. Dette bygger opp om tidligere funn om at antall gjennomførte samtaler i stor grad bestemmes av forhold hos apoteket heller enn hos pasientene. Det kan eksempelvis være hvor vidt apotekene har et utviklet og etablert tilbud, heller enn å være behovsdrevet av pasientene.

Figur 11: Plott av apotekenes antall samlede samtaler og omsetning. Kilde: Helfo og Menons regnskapsdatabase

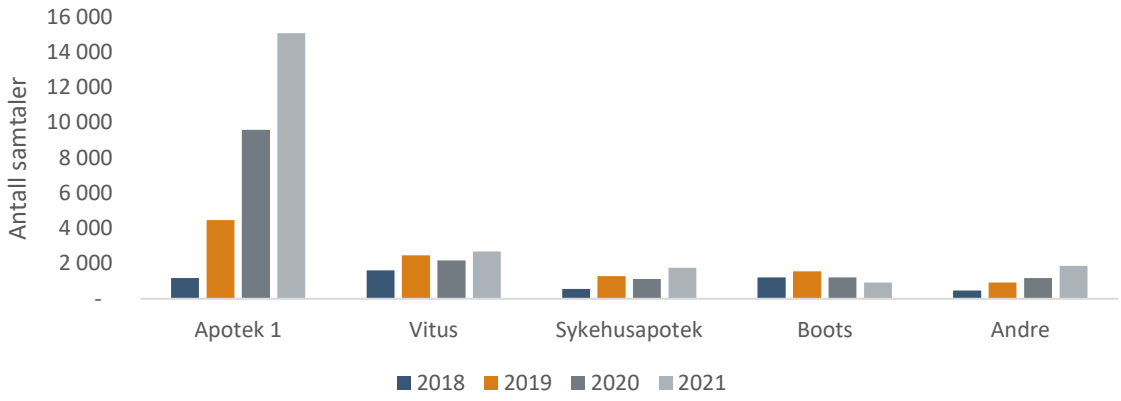


4.4. Utvikling fordelt på ulike apotekkjeder

Koblingen av refusjonsdata med Menons regnskapsdatabase gjør det mulig å knytte gjennomførte samtaler til apotekenes kjedetilhørighet. Det skilles mellom kjedene Apotek 1, Vitus, Boots, samt Sykehusapotekene. I tillegg er det en restkategori med andre apotek. Mange av apotekene i denne kategorien hører i realiteten inn under Apotek 1 gjennom en franchise-ordning. I tillegg er det enkelte frittstående apotek.

Samtaler fordelt på de ulike apotekenes kjedetilhørighet tegner et tydelig bilde av utviklingen gjennom perioden. I 2018 Gjennomført Vitus-apotekene flest samtaler, etterfulgt av Boots og Apotek 1. I årene etter 2018 har både Vitus, Boots og Sykehusapotekene opprettholdt et nokså stabilt antall samtaler, mens det har vært en sterk vekst i antall samtaler for apotekene knyttet til Apotek 1.

Figur 12: Antall samtaler 2018 – 2021 fordelt på apotekkjeder. Kilde: Helfo og Menons regnskapsdatabase



Dette bygger opp under funnene som er beskrevet tidligere i dette kapittelet, hvor det bygger seg opp et stadig større skille mellom de apotekene som tilbyr og de som ikke tilbyr og at dette skillet ikke kan forklares med utgangspunkt i apotekenes omsetning. Mens antall gjennomførte samtaler er uten sammenheng til omsetning, viser denne analysen at det er en sterk sammenheng mellom antall samtaler og apotekenes kjedetilknytning.

Veksten i antall medisinstartsamtaler er derfor sterkt knyttet til forhold ved apotekkjedene. Det gjør det vanskelig å predikere videre utvikling i antall samtaler. Mens etterspørselssiden for medisinstartsamtaler fra pasientenes side vil være stabil, med en utvikling som drives av demografiske endringer og andre relativt forutsigbare faktorer, er situasjonen annerledes for tilbudssiden av medisinstartsamtaler. Forhold ved apotekkjedene kan endre seg uforutsigbart, og få store konsekvenser for fremtidig antall samtaler.

Eksempelvis kan det skje endringer som innebærer at Apotek 1 begrenser tilbudet, som vil innebære en stor reduksjon i antall samtaler. Eventuelt vil én eller flere av de andre kjedene kunne øke tilbudet, og gi en sterk vekst i antall samtaler.

4.5. Vurdering av utvikling og bruk av tjenesten

Gjennom hele perioden har det vært et økende antall samtaler på årlig basis. Justert for at tjenesten ikke var tilgjengelig i de første månedene av 2018, har det vært en gjennomsnittlig årlig vekst på 44 prosent. Denne veksttakten har vært stabil gjennom perioden.

Veksten i antall samtaler har imidlertid en trend mot økte forskjeller mellom apotekene. Hvert år har det vært i overkant av 600 apotek som gjennomfører minst én medisinstartsamtale. Av disse er det i overkant av 200 apotek som utpeker seg med mange og stadig flere gjennomførte samtaler år for år. Dette viser at veksten i antall gjennomførte samtaler drives av egenskaper eller forhold ved disse apotekene. Analysene viser at antall gjennomførte samtaler ikke har sammenheng med omsetningen i apoteket, men ser i stedet ut til å være sterkt koblet til apotekenes kjedetilknytning.

Apotek tilknyttet Apotek 1 kjeden skiller seg fra andre apotek i antall gjennomførte samtaler. Naturlige forklaringer vil være knyttet til forskjeller i kapasitet for gjennomføring av samtaler eller ulik praksis for hvordan samtalene initieres mellom apotekene.

Vi har ikke data til å kunne fastslå hvilke av kjedene som har en mest hensiktsmessig praksis, men forskjellene vitner i seg selv om en svakhet i det overordnede tilbudet av tjenesten. Sannsynligheten for at en vilkårlig pasient mottar en medisinstartsamtale virker i større grad å være betinget av kjedetilknytningen til apoteket som pasienten henvender seg til, enn pasientens behov for en medisinstartsamtale.

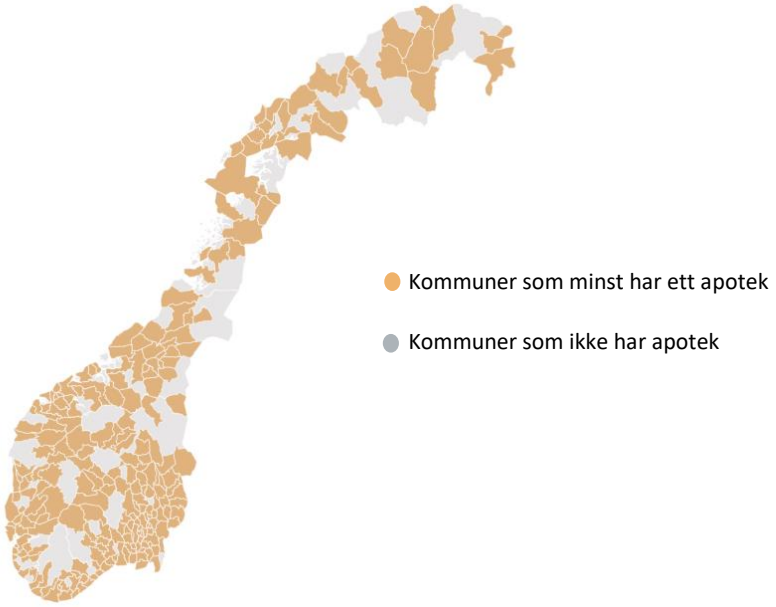
5. Tilgjengelighet

Medisinstart er en tjeneste som skal kunne tilbys i alle landets apotek. I tillegg er det krav til at tjenesten er tilgjengelig i hele apotekets åpningstid. I lys av dette vil vi i det følgende vise til den geografiske utbredelsen av Medisinstart gjennom perioden fra 2018 til 2021, samt tilgjengeligheten av Medisinstart i apotekene.

5.1. Geografisk utbredelse gjennom perioden

Ved vurdering av tjenestens geografiske utbredelse, har det vært viktig å først klarlegge antall kommuner i Norge som har et apotek. Som det fremkommer av kartet nedenfor, er det en rekke kommuner som ikke har apotek i kommunen, og innbyggerne i disse kommunene benytter dermed apotek i andre kommuner. Ifølge Legemiddelverkets oversikt er det 244 kommuner med apotek og 112 kommuner som ikke har apotek.[54] Utbredelsen av Medisinstart i kommunene må ses i lys av dette.

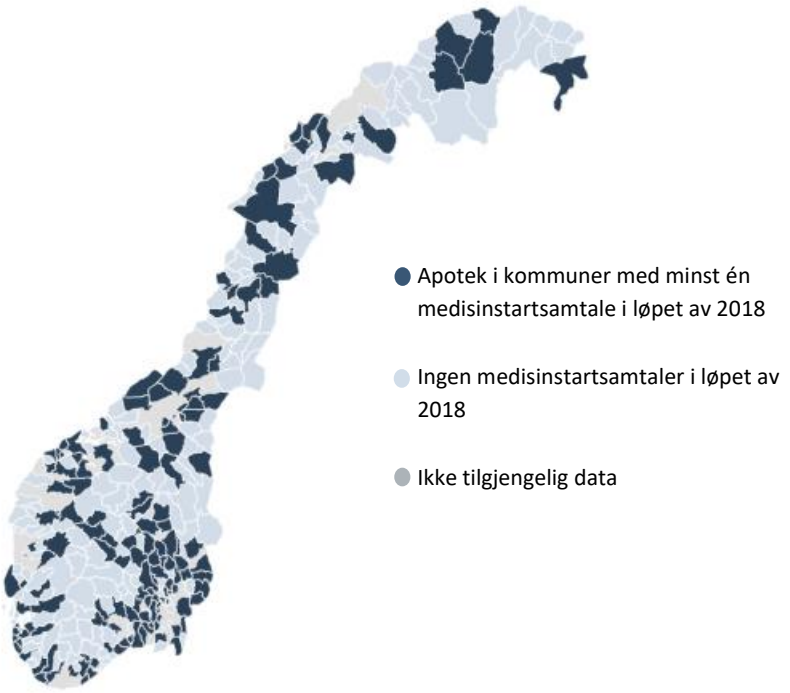
Figur 13: Kommuner i Norge som minst har ett apotek i 2020. Kilde: Menon og Teriak



I 2018 var det gjennomført minst én medisinstartsamtale ved apotek i 170 kommuner.[55] Det vil si at minst én medisinstartsamtale ble gjennomført i 70 prosent av alle kommuner som har minst ett apotek. Som kartet nedenfor illustrerer, var det allerede i 2018 en geografisk spredning i apotekene som har tatt i bruk tjenesten, illustrert med kommuner på kartet. Kommuner i alle regionene i Norge er representert på kartet, og ingen regioner skiller seg spesielt ut.

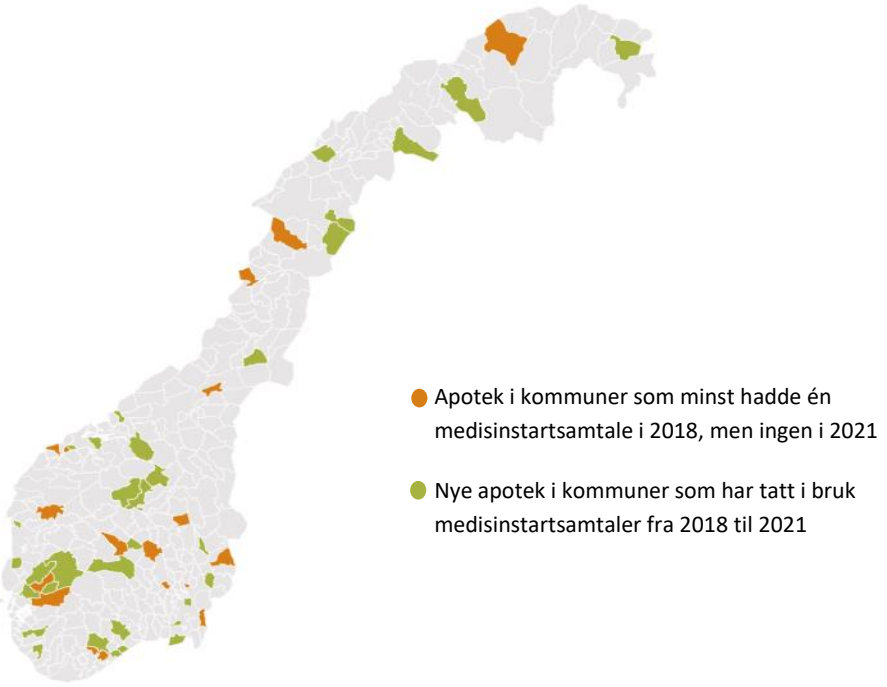
[54] *Apotekoversikt - Legemiddelverket per 4. april 2022*
[55] *Basert på kommunene vi har tilgjengelig data fra*

Figur 14: Apotek med minst én medisinstartsamtale i 2018, illustrert med kommuner. Kilde: Menon og Teriak



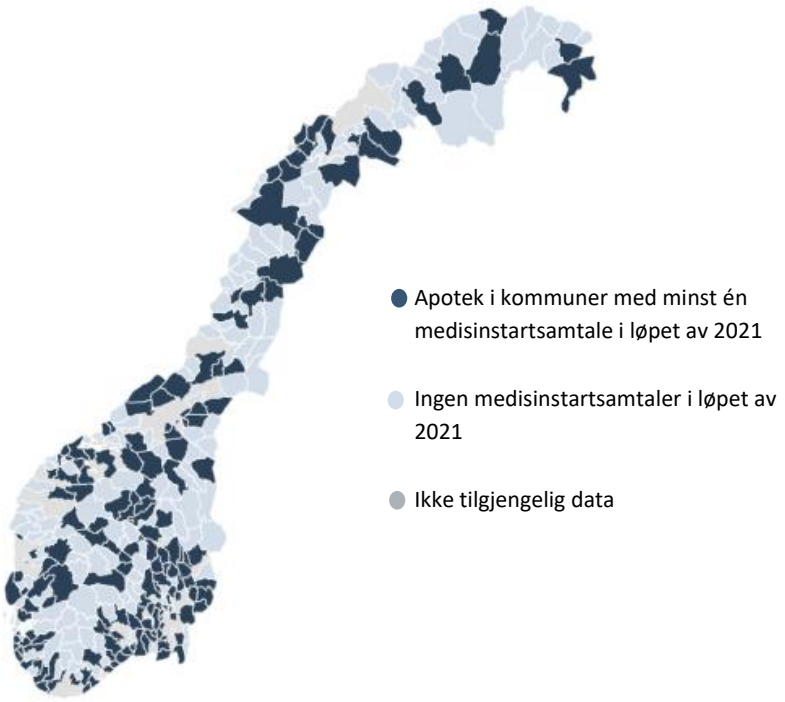
Til tross for at antall medisinstartsamtaler har økt hvert år i perioden, ser vi ikke en like sterk vekst i utbredelsen av tjenesten. Utbredelsen har vært nokså stabil, der noen apotek har begynt å ta i bruk Medisinstart, mens andre apotek som tidligere hadde medisinstartsamtaler, har falt fra. Allikevel ser vi en svak økning i antall apotek som har hatt minst én medisinstartsamtale fra 2018 til 2021. For å vise den geografiske endringen er dette illustrert med kommuner i kartet nedenfor.

Figur 15: Endring i geografisk utbredelse av medisinstartsamtaler mellom 2018 og 2021, illustrert med kommuner der minst ett apotek gjennomførte én medisinstartsamtale. Kilde: Menon og Teriak



I 2021 hadde apotek i om lag 190 kommuner gjennomført minst én medisinstartsamtale. Det vil si at i 76 prosent av kommunene med tilgang på et apotek ble det gjennomført minst én medisinstartsamtale. Den geografiske utbredelsen av tjenesten i 2021, som kartet nedenfor illustrerer, er nokså sammenlignbar med utbredelsen av tjenesten i 2018. Til tross for dette ser vi en svak økning i utbredelsen av Medisinstart. Sett i lys av antall kommuner som har minst ett apotek, samt dersom vi bruker minst én medisinstartsamtale som en indikator på utbredelsen av tjenesten, har tjenesten Medisinstart blitt utrullet i apotekene i en rekke norske kommuner.

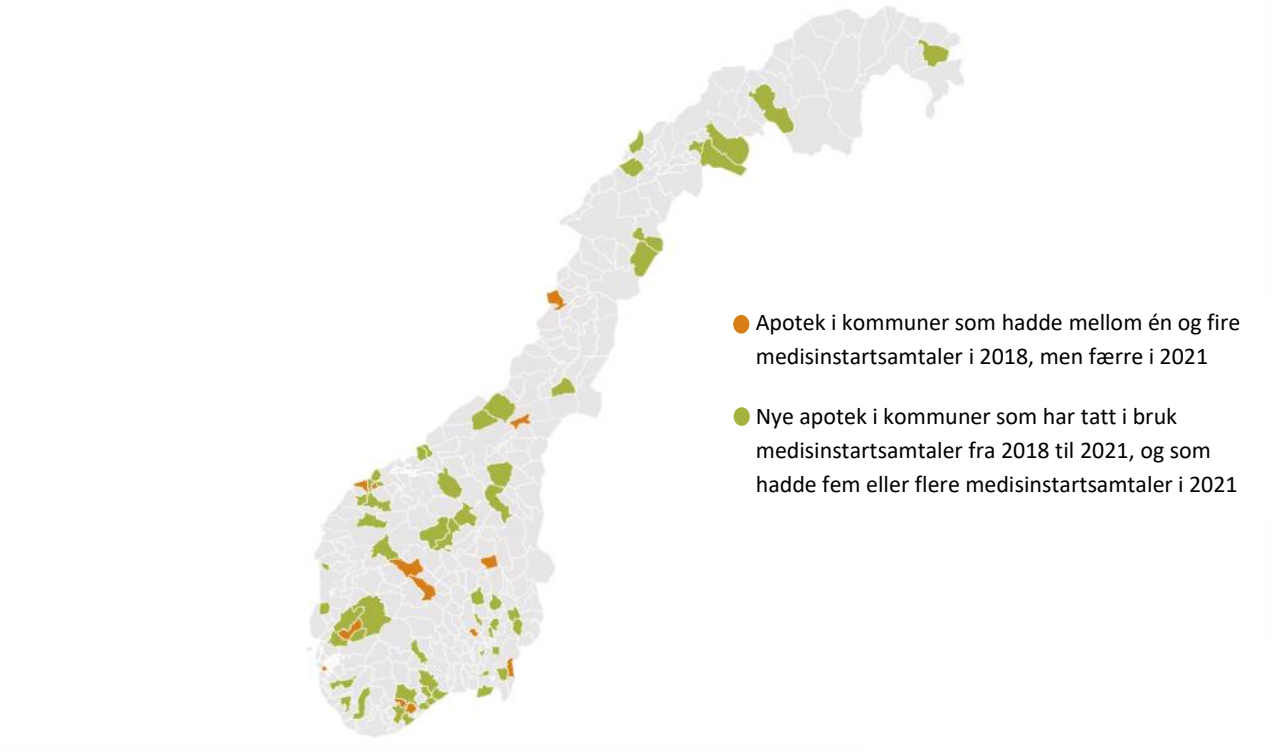
Figur 16: Kommuner med minst én medisinstartsamtale i løpet av 2021. Kilde: Menon og Teriak



5.1.1. Utbredelsen av Medisinstart dersom kriteriet for antall samtaler øker

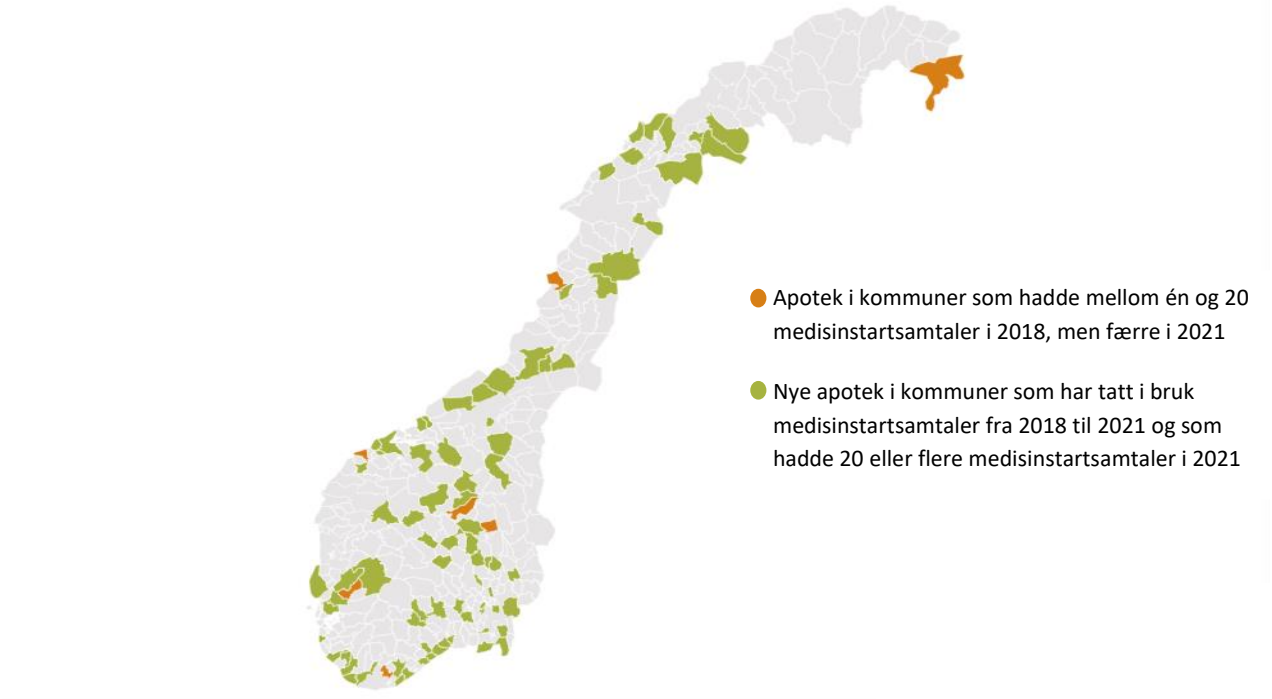
Så langt har vi sett på utbredelsen av Medisinstart ved å analysere antall kommuner der apotekene har gjennomført minst én medisinstartsamtale. Analysen viser at utbredelsen ikke er markant endret gjennom perioden. Til tross for dette ser vi en større forskjell i utbredelsen av Medisinstart i perioden fra 2018 til 2021 dersom vi øker kriteriet for antall medisinstartsamtaler gjennomført av apotekene som kreves for at kommunen skal bli synlig på kartet. Ved krav om fem eller flere medisinstartsamtaler, som kartet nedenfor illustrerer, kommer det frem at flere kommuner som tidligere var markert på kartet som en kommune hvor apotekene ikke hadde gjennomført medisinstartsamtaler, faller bort. Samtidig blir skillet mellom nye kommuner hvor apotekene har tatt i bruk tjenesten over perioden større sammenlignet med de tidligere resultatene der kun én medisinstartsamtale var kravet for å havne på kartet.

Figur 17: Endring i geografisk utbredelse av medisinstartsamtaler mellom 2018 og 2021, illustrert med kommuner der apotekene gjennomførte til sammen fem eller flere medisinstartsamtaler. Kilde Menon og Teriak



I 2018 hadde apotek i 130 kommuner gjennomført fem eller flere medisinstartsamtaler, sammenlignet med 175 kommuner i 2021. Det er en økning i antall kommuner på 35 prosent. Disse resultatene forsterker seg når kriteriet til antall medisinstartsamtaler øker ytterligere.

Figur 18: Endring i geografisk utbredelse av medisinstartsamtaler mellom 2018 og 2021, illustrert med kommuner der apotekene gjennomførte til sammen 20 eller flere medisinstartsamtaler. Kilde: Menon og Teriak



I 2018 hadde apotek i om lag 70 kommuner gjennomført over 20 medisinstartsamtaler. Til sammenligning hadde apotek i 145 kommuner i 2021 gjennomført 20 eller flere medisinstartsamtaler – en økning i antall kommuner på over 100 prosent. Disse resultatene gir en indikasjon på at utbredelsen av Medisinstart har økt gjennom perioden.

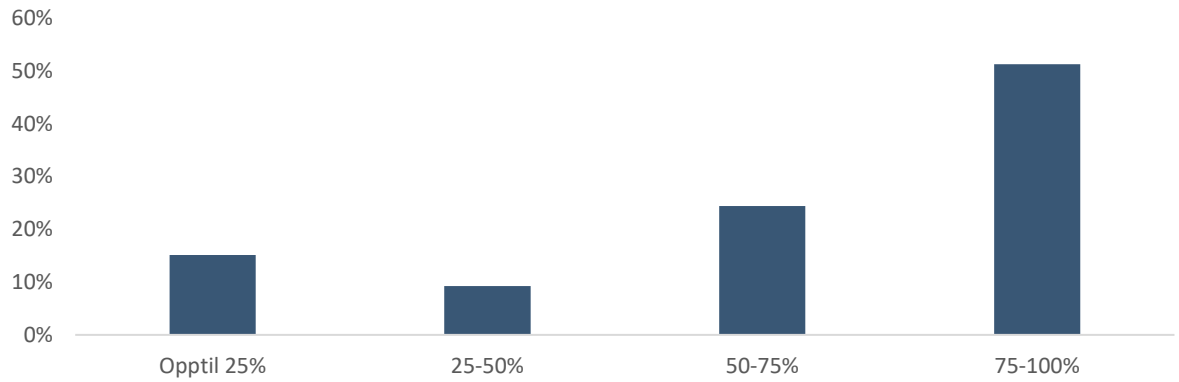
5.2. Tilgjengelighet i apotekene

I hvilken grad Medisinstart er tilgjengelig i apotekene, samt om apotekene tilbyr medisinstart gjennom hele apotekets åpningstid, har vi hovedsakelig vurdert gjennom spørreundersøkelsen rettet mot apotek og intervjuer.

Første medisinstartsamtale skal gjennomføres 1-2 uker etter at pasienten har begynt på nytt legemiddel. I vurderingen av tjenestens tilgjengelighet har vi dermed sett det som relevant å undersøke om apotekene klarer å gjennomføre medisinstartsamtalene innenfor tidsrommet på to uker. Dette er benyttet som en indikator for å svare på evalueringsspørsmålet.

Gjennom spørreundersøkelsen finner vi at 51 prosent av apotekene som gjennomfører medisinstartsamtaler klarer å gjennomføre 75-100 prosent av samtalene innenfor tidsrommet på to uker. Det vil si at om lag halvparten av apotekene ikke klarer å gjennomføre alle medisinstartsamtalene de gjennomfører innenfor dette tidsrommet. Videre oppgir 15 prosent av apotekene at de i over 75 prosent av tilfellene ikke klarer å gjennomføre samtalene innenfor tidsrommet på to uker.

Figur 19: Andel av første medisinstartsamtaler apotekene gjennomfører innen to uker etter at pasientene har startet på nytt legemiddel. Kilde: Spørreundersøkelse til apotek gjennomført av Menon og Teriak



Bemanningsutfordringer blir trukket frem som hovedgrunnen til at apotekene ikke klarer å gjennomføre første medisinstartsamtale innen to uker etter at pasienten har startet på nytt legemiddel. Funnene fra spørreundersøkelsen stemmer godt overens med informasjon som er innhentet gjennom intervju med apotek. Flere intervjuobjekter trekker også frem stabilitet knyttet til bemanning som en viktig faktor for at apotekene tilbyr tjenesten. Apotek som i stor grad opplever permisjoner og langtids sykefravær tilbyr i mindre grad medisinstartsamtaler. Fokuset blir i disse tilfellene rettet mot å vedlikeholde den normale driften i apoteket, fremfor Medisinstart.

I tillegg kommer det frem at det er det noen apotek som i den siste tiden har prioritert å rette sine ressurser til vaksinasjon mot covid-19. Medisinstart har som en konsekvens blitt nedprioritert i apotekene det gjelder. Til tross for dette forventer de at fokuset vil rette seg mer tilbake på Medisinstart nå som pandemien avtar.

Om lag en fjerdedel av respondentene fra spørreundersøkelsen oppgir også at en utfordring knyttet til tjenestens tilgjengelighet, er at ikke alle farmasøyter tilbyr medisinstartsamtaler, til tross for at de har

kompetansen til å gjennomføre samtalene. Det kan være ulike grunner til at noen farmasøyter ikke gjennomfører medisinstartsamtaler. Erfaringer som kommer frem gjennom intervjuene vi har gjennomført er at terskelen for å gjennomføre de første samtalene kan være høy, men opplevelsen etter man har gjennomført samtalene er gode. Dette kan lede til en god sirkel der terskelen for å gjennomføre samtaler reduseres.

5.3. Vurdering av tilgjengelighet

Tilgjengelighet er her vurdert i henhold til geografisk utbredelse, samt apotekenes kapasitet til å gjennomføre medisinstartsamtaler innenfor apotekets åpningstid.

I 2018 ble det gjennomført minst én medisinstartsamtale ved apotek i 170 kommuner. Det vil si at det ble gjennomført minst én medisinstartsamtale i 70 prosent av alle kommuner som har minst ett apotek i 2018. Analysen viser at tjenesten var utbredt til alle landets fylker. Tjenesten var altså raskt tilgjengelig i store deler av landet i løpet av det første året etter implementering.

Til tross for at antall medisinstartsamtaler har økt hvert år i perioden, ser vi ikke en like sterk vekst i utbredelsen av tjenesten. Utbredelsen har vært nokså stabil, der noen apotek har begynt å tilby Medisinstart, mens andre apotek som tidligere hadde medisinstartsamtaler, har falt fra. I 2021 hadde apotek i om lag 190 kommuner gjennomført minst én medisinstartsamtale. Det vil si at i 76 prosent av kommunene med tilgang på et apotek ble det gjennomført minst én medisinstartsamtale.

Om lag halvparten av apotekene som gjennomfører medisinstartsamtaler oppgir at de klarer å gjennomføre mer enn 75 prosent av samtalene innenfor det påkrevde tidsrommet på to uker. Bemanningsutfordringer blir trukket frem som hovedgrunnen til at apotekene ikke klarer å gjennomføre første medisinstartsamtale innen to uker etter at pasienten har startet på nytt legemiddel. I tillegg kommer det frem at flere apotek har prioritert å rette sine ressurser mot andre tjenester, som vaksinering, fremfor Medisinstartsamtaler. En annen utfordring er at mange farmasøyter gjennomfører ingen, eller svært få samtaler, og at dette skaper en terskel for å gjennomføre samtaler selv om den formelle opplæringen er gjennomført.

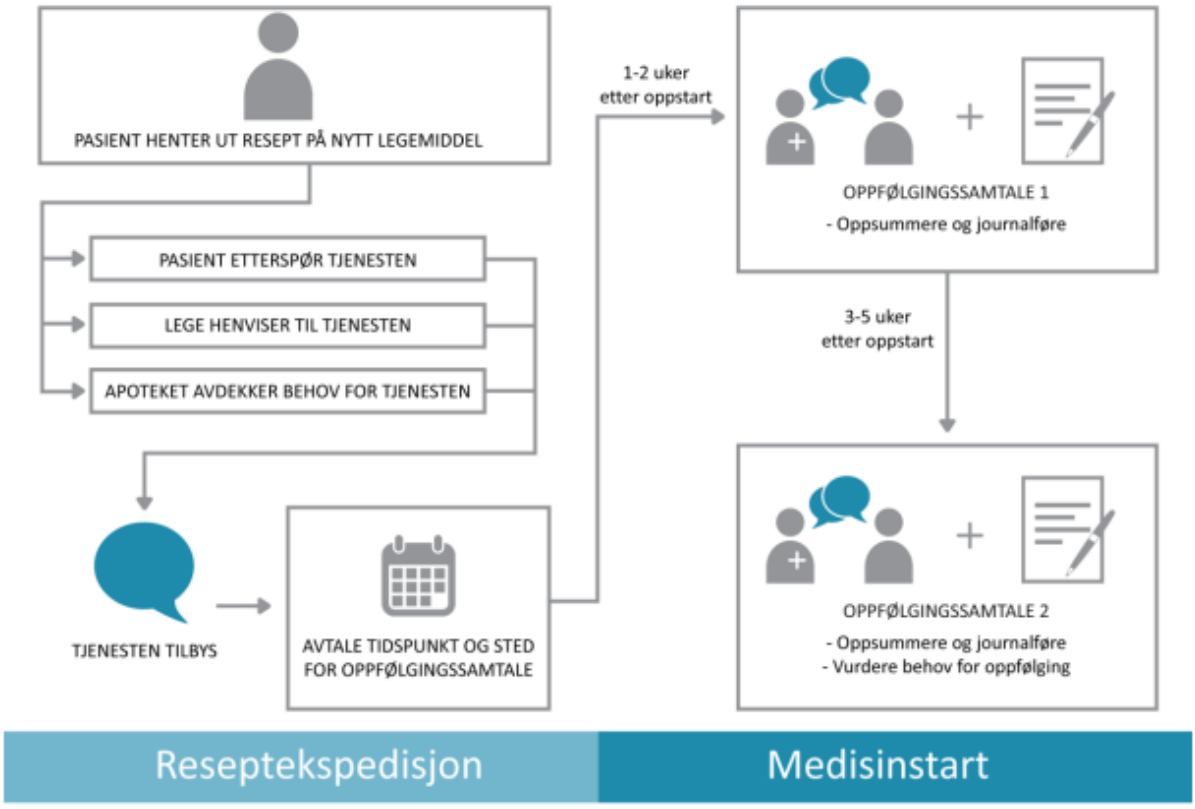
6. Utforming og erfaringer

I dette kapitlet ser vi nærmere på tjenesten utforming og hvordan tjenesten fungerer i praksis. Vi diskuterer videre kompetansebehov knyttet til tjenesten og vurderer erfaringene med tjenesten og innretning så langt.

6.1. Tjenestens ulike trinn

Figur 20 beskriver sammenhengen mellom reseptekspedisjon og tjenesten Medisinstart og gir også oversikt over hvordan tjenesten gjennomføres. Her kommer de ulike trinnene tydelig frem, hvor enten pasienten etterspør tjenesten, lege henviser til tjenesten, eller apoteket avdekker behov for tjenesten og informerer pasienten om tilbudet og pasienten takker deretter ja eller nei til tjenesten. Tjenestemanualen for Medisinstart beskriver at samtale 1 i utgangspunktet skal gjennomføres 1-2 uker etter oppstart, men kan gjennomføres inntil 3 måneder etter utlevering av legemidlet dersom pasienten etterspør tjenesten. Samtale 2 skal gjennomføres 3-5 uker etter oppstart, men kan gjennomføres inntil 6 uker etter samtale 1.[56]

Figur 20: Flytskjema som viser gangen i apotektjenesten Medisinstart. Kilde: Apokus og Apotekforeningen (2017)



[56] *Apotekforeningen (2022): Tjenestemanual for Medisinstart, versjon 7.0*

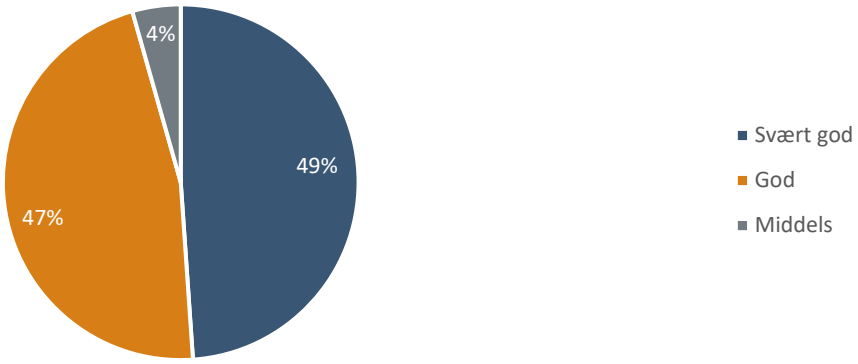
6.2. Opplæring i Medisinstart

Tjenesten Medisinstart skal ifølge bransjestandard fra Apotekforeningen[57] kun utføres av farmasøyter som har gjennomført standardisert opplæringsprogram og har kompetansebevis signert av apoteker. Opplæringsprogrammet er elektronisk og tilgjengelig for apotek på interne nettsider (Apotekinfo). Farmasøyter som gjennomfører opplæringen omtales som tjenestefarmasøyter.

I tillegg til opplæringsprogrammet for Medisinstart, må tjenestefarmasøyt som skal gjennomføre medisinstartsamtaler også dokumentere at han/hun er faglig oppdatert gjennom en bestått kunnskapstest innen hjerte- og karområdet. Kunnskapstesten må gjentas minimum hvert tredje år.

I spørreundersøkelsen til apotek oppgir 96 prosent av respondentene at opplæringen oppleves som «god» eller «svært god». Dette blir bekreftet gjennom intervju med apotekfarmasøyter. Apotekfarmasøytenes kommentarer er gjennomgående at opplæringen oppleves som god med et krevende pensum. Dette samsvarer godt med resultatene fra evalueringen gjennomført av Apokus der medianen av farmasøytene svarte at opplæringen var svært nyttig.[58]

Figur 21: Apotekfarmasøytenes vurdering av hvor god opplæringen til Medisinstart har vært. Kilde: Spørreundersøkelse til apotek gjennomført av Menon Economics og Teriak



6.3. Forskjeller mellom medisinstartsamtale 1 og 2

Tidspunkter for de to samtalene i Medisinstart ble implementert slik de ble gjennomført i effektstudien til Apotekforeningen. Samtale 1 gjennomføres 1-2 uker etter oppstart av behandlingen, samtale 2 gjennomføres 3-5 uker etter oppstart. Andelen der begge samtalene er gjennomført har sunket fra 48 prosent i 2018 til 39 prosent i 2021. Det kan være ulike årsaker til at samtale 2 ikke gjennomføres. I Apokus sin evaluering av Medisinstart kom det frem at samtale 2 sort sett kun ble gjennomført i de tilfellene der pasient og/eller farmasøyt opplevde et behov for det. Om lag halvparten av pasientene i studien hadde gjennomført både samtale 1 og samtale 2.[59]

Spørreundersøkelsen til pasienter som mottok Medisinstart utført av Apotekforeningen i effektstudien for tjenesten, viste at pasientene i stor grad var fornøyde med tjenesten. I våre intervjuer, anga farmasøyter ved et stort sykehusapotek som har gjennomført mange medisinsamtaler at samtale 2 tidsmessig gjerne falt sammen med tidspunkt for oppfølging hos fastlege, og at pasientene da får svar på sine spørsmål hos legen. Dette skyldes at pasienter som gjennomfører Medisinstart i sykehusapoteket gjerne henter ut sine nye legemidler på

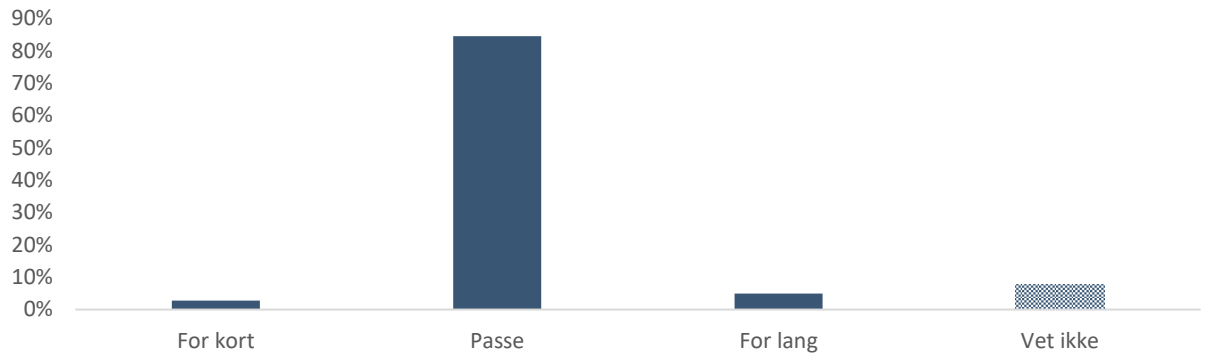
[57] *Apokus (2021): Medisinstart - opplæringsprogram*
[58] *Apokus (2019): Evaluering av Medisinstart*
[59] *Apokus (2019): Evaluering av Medisinstart*

sykehusapoteket i forbindelse med utskrivning fra sykehuset. De har ofte en kontroll hos fastlegen 3-4 uker etter utskrivning. Primærapotek vi har snakket med kommer med tilbakemelding om at enten har pasienten fått avklart sine spørsmål og dekket sine behov i samtale 1, eller så er samtale 2 sammenfallende med kontroll hos fastlegen.

I intervjuer med Apotekforeningen og apotek kommer tilsvarende problemstilling opp. Det kan se ut som tidsintervallet mellom samtale 1 og 2 er for kort til at nye behov oppstår for pasienten. De påpeker at det ikke finnes noen vitenskapelig dokumentasjon på dette.

I vår spørreundersøkelse rettet mot norske apotek, vurderer apotekene intervallet mellom samtalene som passe langt.

Figur 22: Apotekfarmasøytenes formening om tidsperioden mellom medisinstartsamtale 1 og medisinstartsamtale 2. Kilde: Spørreundersøkelse til apotek gjennomført av Menon Economics og Teriak



Vi har ingen kvalitative data på eventuelle sammenhenger mellom gjennomføring av begge samtaler og grad av etterlevelse av rekvirert legemiddelbehandling.

6.4. Ulike kommunikasjonsformer

I effektstudien av Medisinstart som ble gjennomført av Apotekforeningen, fikk pasientene valget mellom å gjennomføre samtalene i apoteket eller per telefon.[60] 62 prosent av pasientene valgte å gjennomføre første samtale i apotek, 56 prosent valgte å gjennomføre andre samtale i apotek.

Gjennom covid-19 pandemien ble majoriteten av samtalene gjennomført på telefon av smittevernhensyn. Det finnes ikke data på hvor mange samtaler som ble gjennomført fysisk.

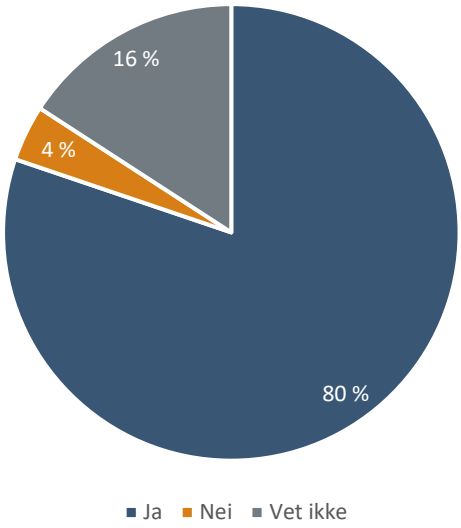
Refleksjonen i forkant av pandemien var at fysiske møter gir bedre muligheter til å oppnå god dialog, avdekke problemer og usikkerhet samt løse misforståelser enn telefonsamtaler. På den annen side gir åpning for å gjennomføre samtalene per telefon økt fleksibilitet og mulighet for å gjennomføre tjenesten både for apotek og kunde. I løpet av covid-19 har svært mange blitt mer trent i og komfortabel med å benytte Teams, Zoom og andre tilsvarende digitale plattformer til videokonferanse/møter. Det vil sannsynligvis være mulig og nyttig å øke bruken av digitale møter for gjennomføring av tjenesten.

I intervju oppgir flere apotek at det anses som en fordel å kunne tilby å ringe pasientene for å gjennomføre samtalen, siden dette gir økt fleksibilitet for begge parter med hensyn på tidspunkt for avvikling av samtalen.

[60] *Apokus og Apotekforeningen (2017): Nytteeffekter av Medisinstart*

I spørreundersøkelsen rettet mot farmasøyter i apotek oppgir 80 prosent av respondentene at telefon er like effektivt som fysisk oppmøte.

Figur 23: Apotekfarmasøytenes formening på om telefon fungerer like godt som fysisk oppmøte av pasienten i apotek. Kilde: Spørreundersøkelse til apotek gjennomført av Menon Economics og Teriak



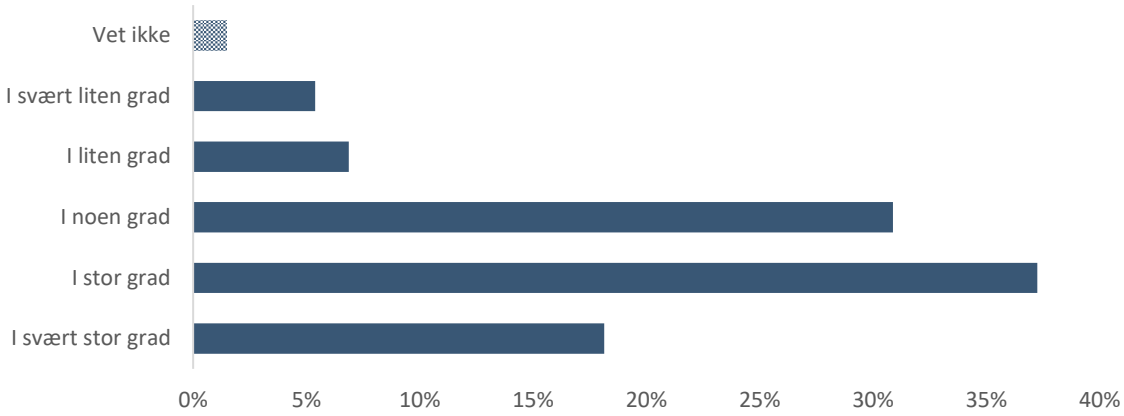
6.5. Initiering av samtale

Basert på våre intervjuer med apotek og fastleger, blir Medisinstart hovedsakelig initiert av kunden i apotek etter at apoteket har informert om tjenesten. I enkelte tilfeller etterspør kunden tjenesten. Tjenesten er i svært liten grad initiert av fastlege. Mulige årsaker til dette, som blir trukket frem av intervjuobjekter, kan være at legene ikke kjenner til tjenesten, hvordan den initieres eller at legene ikke ser tjenestens nytteverdi. Det finnes i dag ingen elektronisk løsning for henvisning til tjenesten fra lege, eksempelvis kan den ikke initieres i e-reseptløsningen i forbindelse med reseptrekvirering. Dette kan også være en årsak til at legene i svært liten grad rekvirerer tjenesten.

Selv om Apotek 1 er den største apotekkjeden med 43 prosent av landets apotek[61], forklarer ikke dette fullt ut den høye andelen av samtalene som gjennomføres av apotek tilknyttet kjeden. Dersom noen apotek jobber mer systematisk med å legge til rette for Medisinstart og gjøre kundene oppmerksom på at tjenesten finnes, vil dette kunne gi seg utslag i at etterspørselen etter tjenesten fra kundene øker. Dette kan være med på å forklare forskjellen mellom ulike apotek i antall gjennomførte samtaler. Spørreundersøkelsen i apotek indikerer at 55 prosent av apotekene i «stor» eller «svært stor» grad informerer aktuelle kunder om muligheten for en medisinstartsamtale. Intervjuer med apotekforeningen og apotek støtter opp om disse dataene.

[61] *Apotekoversikt - Legemiddelverket 7. april 2022*

Figur 24: I hvilken grad apoteket tilhørende respondentene informerer om muligheten til å gjennomføre medisinstartsamtale. Kilde: Spørreundersøkelse til apotek gjennomført av Menon Economics og Teriak



6.6. Øvrige erfaringer med tjenesten

6.6.1. Erfaringer fra apotek

Apotekene som vi har snakket med, samt Apotekforeningen, har god erfaring med gjennomføringen av Medisinstart. Tilbakemeldinger apoteket får fra kundene er at de er gjennomgående godt fornøyde.

Apotekene som gjennomfører tjenesten, mener de har god kompetanse til å tilby og gjennomføre tjenesten etter å ha gjennomført bransjefelles opplæring. I tillegg har Apotekforeningen utarbeidet en egen tjenestemanual som blir kontinuerlig oppdatert.[62] De peker på at alle har fått samme opplæring og at de skal benytte de samme verktøyene i gjennomføring av samtalen er en styrke for tjenesten.

For enkelte apotek er det utfordrende å gjennomføre medisinstartsamtaler på grunn av farmasøytbemanningen, og at tjenesten krever at en farmasøyt kan prate med en pasient i om lag 15 minutter uten å bli forstyrret. Dette blir trukket frem som utfordrende av flere apotekansatte vi har intervjuet. Intervjuobjektene forklarer at de prioriterer pasienten som er inne til medisinstartsamtale, og at kapasitetsutfordringen i hovedsak går på bekostning av kundene som er innom apoteket. Apotekene tilpasser tidsrom når de tilbyr tjenesten til bemanningen i apoteket.

Oppfølgingssamtaler som gjennomføres i apoteket, skal gjennomføres i informasjonsrommet.[63] Ifølge tjenestemanualen kan samtalene gjennomføres i andre rom, forutsatt at behovet for diskresjon blir ivaretatt. I intervjuer vi har hatt kommer det frem at de aller fleste apotek har et egnet rom til medisinstartsamtaler, men det er allikevel et fåtall apotek som ikke har det. Disse apotekene har ikke mulighet til å gjennomføre samtaler i apotek, og gjør det heller ikke. Apotekene understreker at konfidensialiteten ivaretas.

6.6.2. Erfaringer fra leger

Overordnet har legene hatt en mer negativ holdning til Medisinstart fra da tjenesten ble implementert sammenlignet med apotekansatte. Basert på intervjuer vi har hatt er legene skeptiske til Medisinstart. Skepsisen ser blant annet ut til å komme fra manglende informasjon om hva som skjer i samtalen med

[62] *Apotekforeningen (2022): Tjenestemanual for Medisinstart, versjon 7.0*
[63] *Ibid.*

farmasøyten på apoteket, og at legen kan oppleve å ikke motta all relevant informasjon fra apoteket knyttet til medisinstartsamtalen/reseptekspedisjonen. Skepsisen er også et resultat av opplevelser leger sitter igjen med etter at deres pasienter har vært hos apotek og deretter kommer tilbake til legen.

Fra intervjuene vi har hatt med representanter for legene forklares det at de har et begrenset erfaringsgrunnlag med tjenesten, og at de ikke kan uttale seg om effekten av Medisinstart. Derimot trekkes det frem flere eksempler der intervensjon fra apotek har vært uheldig. Eksempelvis at pasienten har kommet tilbake til legen etter å ha vært innom apotek fordi farmasøyten har gjort pasienten usikker på om dette er riktig legemiddel for pasienten. Til tross for dette understreker representanter for legene at det er usikkert om disse tilfellene er knyttet til vanlig reseptekspedisjon i apotek eller til tjenesten Medisinstart.

Gjennom intervju etterlyser legene et godt kunnskapsgrunnlag knyttet til harde endepunkter som kan vise til effekt av tjenesten.

6.6.3. Erfaringer fra pasient

Gjennom intervju med pasientforening har pasientenes synspunkter kommet frem. Overordnet synes de det er prisverdig med et oppfølgingstilbud knyttet til legemidler som kan være vanskelig å bruke riktig. De anser at farmasøytene har kunnskap og kompetanse til å gjennomføre tjenesten, og opplever at apotek har høyere tilgjengelighet enn legene.

Det poengteres at pasientene synes det er viktig at samtalene gjennomføres i en nøytral sone i apoteket, og ikke kombineres med press om mersalg.

Pasientforeningen mener at tjenesten fyller et behov som pasientene har – de har behov for å lære mer om legemidlene sine. De er positivt innstilt til flere tjenester i apotek som er rettet mot riktig legemiddelbruk. Derimot er de skeptiske til tjenester som omhandler diagnostisering. Pasientforeningen mener digitaliseringen av helsevesenet totalt sett gir mye bedre tjenester. Når Pasientens legemiddelliste blir implementert, vil det kunne bidra til bedre pasientsikkerhet.

Pasientforeningene etterlyser et grundig kunnskapsgrunnlag for å kunne gjøre en mer kvalifisert vurdering av tjenesten Medisinstart, og fremtidige tjenester i apotek.

6.7. Dokumentasjon av Medisinstart

I tillegg til opplæringsprogram og kunnskapstest for tjenestefarmasøyter, har Apotekforeningen som omtalt i kapittel 6.1 utarbeidet en egen «Tjenestemanual for Medisinstart». Denne er tilgjengelig for alle apotek via interne nettsider (Apotekinfo). Manualen oppdateres kontinuerlig, og gir blant annet oversikt over hvordan tjenesten skal utføres inkludert guide for forberedelse til og gjennomføring av samtalene samt registrering og journalføring av tjenesten og hvordan journalnotat skal håndteres.

Det skal gjøres journalnotat i FarmaPro umiddelbart etter gjennomført samtale. Utskrift av journalnotatet (epikrisen) skal gis til pasienten. Journalnotatet skal lagres i FarmaPro, tilgangen til lagringsmodulen er begrenset til farmasøyter på apoteket. Dersom det er aktuelt å sende journalnotatet til lege, skal pasienten informeres om dette. Ifølge manualen skal utskrift av journalnotat sendes til lege i de tilfeller legen har henvist, og ellers i de tilfeller der epikrisen inneholder opplysninger som er relevante for den videre oppfølgingen. Følgende eksempler på opplysninger som kan være relevante for den videre oppfølgingen er angitt i manualen:

- Pasienter som ikke bruker det nye legemidlet
- Pasienten har glemt eller av annen grunn unnlatt å ta en eller flere doser av legemidlet.
- Pasienten opplyser om bivirkninger som vurderes å ha betydning for behandlingen

- Avdekket feil bruk
- At legemidlet tas på annet tidspunkt enn det som er angitt på resepten
- Pasienten viser (særlig) manglende forståelse/oversikt over behandling/bruk

I manualen anbefales at epikriser for begge samtaler sendes til legen samtidig etter samtale 2, men de kan også sendes enkeltvis hvis farmasøyten vurderer det som hensiktsmessig. Det finnes i dag ingen teknisk løsning for å sende epikrisen elektronisk, epikrisen skal derfor sendes med post. Helsedirektoratet har utarbeidet et standard følgebrev som kan sendes med epikrisene.

Mangel på muligheter for elektronisk kommunikasjon mellom apotek og fastlege har blitt nevnt som en stor utfordring i mange av intervjuene som er gjennomført i arbeidet med evalueringen.

7. Økonomiske og administrative konsekvenser

I dette kapittelet presenteres kartlegging av de økonomiske og administrative konsekvensene av Medisinstart. Kartleggingen bygger på informasjon som er hentet inn gjennom spørreundersøkelse, intervjuer og refusjonsdata. Funnene sammenlignes med tidligere kartlegginger og estimater av ressursbruk.

7.1. Ressursbruk for apotekene

Apotekene har ressursbruk knyttet til opplæring av farmasøyter og tidsbruk i forbindelse med gjennomføring av medisinstartsamtaler.

7.1.1. Tidligere vurderinger av ressursbruk i apotek

I studien «Nytteeffekter av Medisinstart» ble apotekfarmasøytene bedt om å rapportere hvor lang tid de brukte på samtalene.[64] I gjennomsnitt ble det brukt 16 minutter på samtale 1 og 12 minutter på samtale 2. Tidsbruk til forberedelser og etterarbeid i studieperioden ble vurdert å ikke være representativt for en fremtidig implementering, og ble derfor utelatt.

Oslo Economics har tidligere vurdert ressursbruken i apotek og refusjonsutgifter.[65] I deres analyse forutsettes det at apotekansatte i gjennomsnitt bruker 30 minutter per oppstartsveiledning, det vil si for medisinstartsamtale 1 og 2 samlet. Den estimerte tidsbruken var fordelt på 15 minutter for gjennomføring av samtale 1, 10 minutter for samtale 2 og 5 minutter til samlede forberedelser og etterarbeid for de to samtalene.

Apotekansattes timepris ekskl. mva. ble estimert til 900 kroner, noe som innebærer at tidskostnaden per pasient i apotek er beregnet til 450 kroner.

I tillegg til en tidskostnad på 450 kroner per pasient vurdere Oslo Economics årlige opplæringskostnader i apotek til om lag 1 million kroner. Opplæringskostnadene forventes å være høyere i de første årene som tjenesten tilbys, og lavere når tjenesten er innført. Kostnaden på 1 million kroner beskrives som en sjablongmessig vurdering av gjennomsnittlig årlig kostnad.

På bakgrunn av innspill fra Apotekforeningen ble det anbefalt en refusjonssats per samtale på 225 kroner. Refusjonssats per samtale var begrunnet med at ikke alle pasienter ville være aktuelle for to samtaler.

7.1.2. Vurdering av tids- og ressursbruk

I spørreundersøkelsen som er gjennomført i forbindelse med denne evalueringen er tidsbruken i forbindelse med medisinstartsamtaler kartlagt.

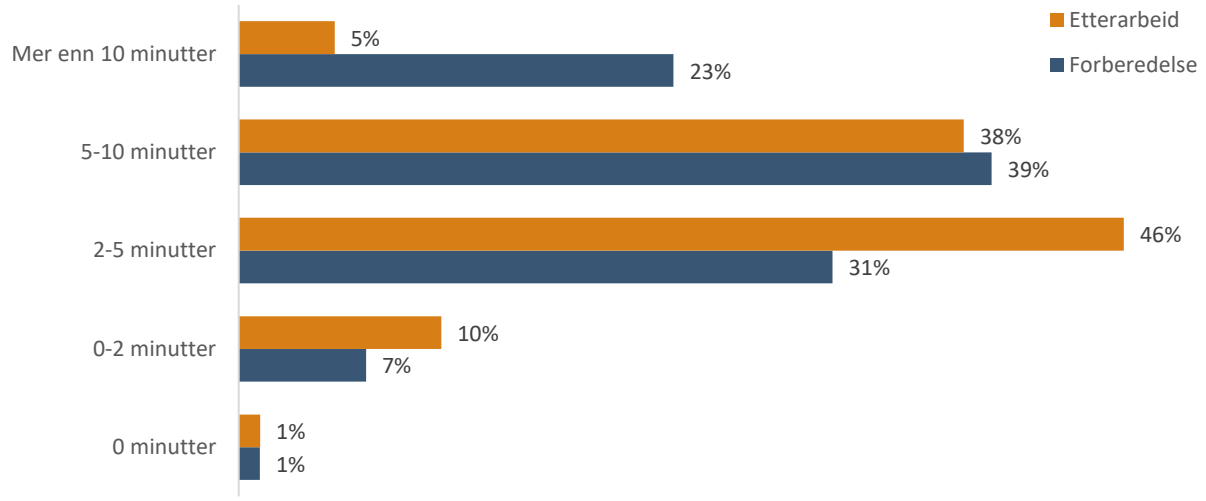
Svarene indikerer at farmasøytene i gjennomsnitt bruker om lag 6 minutter til å forberede en medisinstartsamtale. Kun 8 prosent oppgir å bruke mindre enn 2 minutter på forberedelser, mens 23 prosent oppgir å bruke mer enn 10 minutter. I forbindelse med etterarbeid oppgis en gjennomsnittlig tidsbruk på om lag 5 minutter. Fordelingen er illustrert i figuren nedenfor.

---

[64] *Apokus og Apotekforeningen (2017): Nytteeffekter av Medisinstart*

[65] *Oslo Economics (2017): Apotektjenesten Medisinstart for statinbrukere – virkninger for pasienter, helsetjeneste og samfunn*

Figur 25: Gjennomsnittlig tidsbruk på forberedelse og etterarbeid i forbindelse med en medisinstartsamtale. N=182



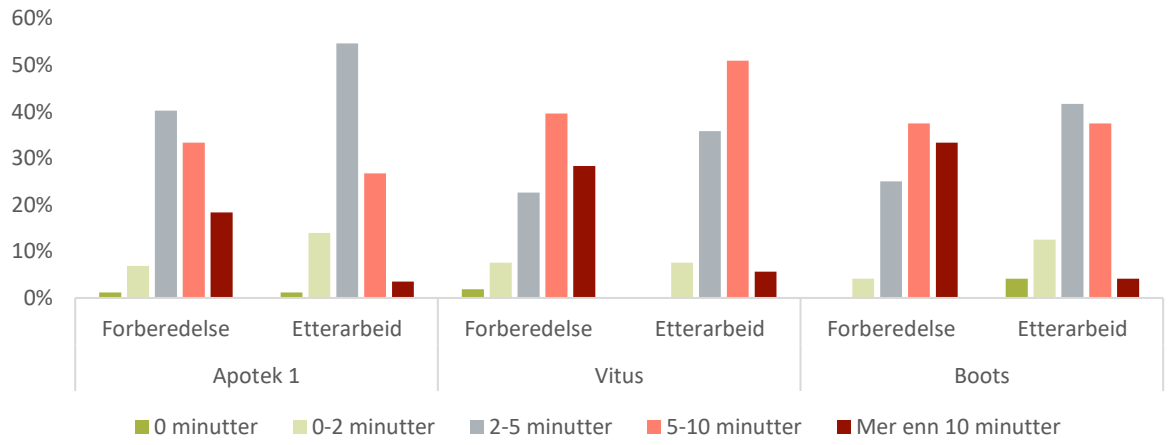
En viktig bemerkning fra intervjuene er at det er vesentlig forskjeller knyttet til tidsbruk til for- og etterarbeid i forbindelse med samtale 1 og samtale 2. Samtale 1 krever både mer forberedelser i møte med en ny pasient, og mer etterarbeid knyttet til dokumentasjon.

Basert på informasjonen fra spørreundersøkelsen kan det noe forenklet estimeres at farmasøytene i gjennomsnitt bruker 11 minutter per samtale til for- og etterarbeid. Altså 22 minutter samlet for samtale 1 og 2. Tidsbruken som kommer frem til etterarbeid og forberedelse reflekterer informasjonen som er hentet inn gjennom intervjuer med apotek. Den skiller seg imidlertid fra hva som var estimert før oppstart av tjenesten, hvor tidsbruken knyttet til forberedelse og etterarbeid ble estimert til 5 minutter samlet for samtale 1 og 2.

I forstudien til Medisinstart ble ikke tidsbruk til for- og etterarbeid rapportert med begrunnelse om at denne tidsbruken ikke ville være representativ for tjenesten dersom den implementeres som et fast tilbud. Når resultatene fra vår kartlegging viser at det brukes vesentlig mer tid til for- og etterarbeid enn hva som ble lagt til grunn ved innføring, kan det tyde på at enten tidsbruken ble undervurdert ved innføring eller overvurderes i spørreundersøkelse og intervjuer i denne informasjonsinnhentingen. En eventuell undervurdering av tidsbruk ved oppstart kan sees i sammenheng med at mange apotek gjennomfører få samtaler årlig.

I kapittel 4 ble det vist at det er betydelige forskjeller i omfanget av samtaler mellom de ulike kjedene, hvor Apotek 1 står for en overproporsjonal stor andel av totalt antall gjennomførte medisinstartsamtaler. I kartleggingen ser vi også tendenser til at Apotek 1 bruker mindre tid på for- og etterarbeid enn Vitus og Boots. I gjennomsnitt rapporterer Apotek 1 en tidsbruk knyttet til forberedelser på 5,4 minutter, mens tilsvarende for Vitus og Boots er 6,4 og 6,8 minutter. For tidsbruk knyttet til etterarbeid oppgir apotekene knyttet til Apotek 1 i gjennomsnitt 4 minutter per samtale, mens tilsvarende for Vitus og Boots er henholdsvis 5,3 minutter og 4,4 minutter. Dette kan indikere at apotek med flere samtaler er mer tidseffektive i for- og etterarbeid knyttet til samtalene. Figuren nedenfor illustrerer tidsbruken til for- og etterarbeid fordelt på ulike apotekkjeder.

Figur 26: Tidsbruk knyttet til for- og etterarbeid fordelt på ulike apotekkjeder. Apotek 1: N = 87, Vitus: N = 53 og Boots: N = 24.



Tidsbruk knyttet til selve gjennomføringen av samtalene oppgis å ta i gjennomsnitt 12 minutter per samtale. Fordelingene er gjengitt i figuren nedenfor.

Figur 27: Gjennomsnittlig tidsbruk per medisinstartsamtale. N=181

Funnene fra spørreundersøkelsen stemmer godt overens med informasjon som er innhentet gjennom intervju med apotek. I intervjuene beskrives det en relativt stor variasjon i varighet på samtale mellom de enkelte pasientene. Ikke minst beskrives det tydelige forskjeller mellom samtale 1 og samtale 2. I samtale 1 kan samtalene ofte bli lange ettersom pasientene har mange spørsmål. Mange av spørsmålene beskrives som relevante sett i forhold til retningslinjene for Medisinstart, men mange pasienter har også en rekke spørsmål som ikke er skal besvares i en Medisinstartsamtale. Selv om disse spørsmålene ikke besvares, krever det tid til å forklare hvorfor farmasøyten ikke kan svare pasienten på alle spørsmål. I intervjuene beskrives det at tidsbruken til gjennomføring av samtale 1 ofte tar om lag 15 minutter, men kan kreve opptil 30 minutter i enkelte tilfeller.

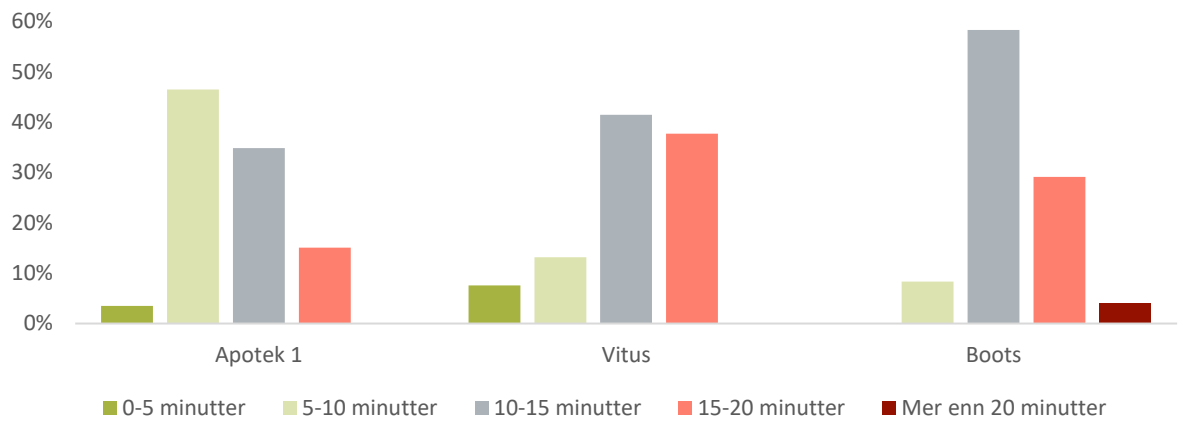
Til forskjell fra samtale 1, kan oppfølgingen i samtale 2 gjennomføres svært raskt. I intervjuene beskrives det at en del av samtalene kan gjennomføres ikke krever mer enn noen få minutter.

Sammenlignet med tidsestimatene for samtalene som ble lagt til grunn ved oppstart, henholdsvis 15 og 10 minutter for de to samtalene, samsvarer dette nokså godt med vår kartlegging. Flere innspill tyder imidlertid på at forskjellene mellom samtale 1 og 2 kan være noe større enn det opprinnelige estimatet. Som følge av pandemisituasjonen har gjennomføringen av samtalene blitt endret fra fysiske samtaler til telefonsamtaler. Denne omleggingen kan ha påvirket tidsbruken for farmasøytene for gjennomføring av samtale, mest trolig i

retning av kortere tidsbruk. Tidsestimatene i vår kartlegging skiller seg fra tidligere tidsestimater ved at det er tidsbruk i forbindelse med telefonsamtaler som kartlegges.

Fordelt på ulike apotekkjeder rapporteres det en gjennomsnittlig samtaletid på 10,1 minutter for apotek knyttet til Apotek 1, mens tilsvarende tidsbruk for Vitus og Boots er 12,5 minutter og 13,4 minutter. Dette kan indikere at apotek som gjennomfører mange samtaler årlig er mer trent i gjennomføringen, slik at samtalene er mer tidseffektive.

Figur 28: Tidsbruk knyttet til gjennomføring av samtaler fordelt på ulike apotekkjeder. Apotek 1: N = 87, Vitus: N = 53 og Boots: N = 24.

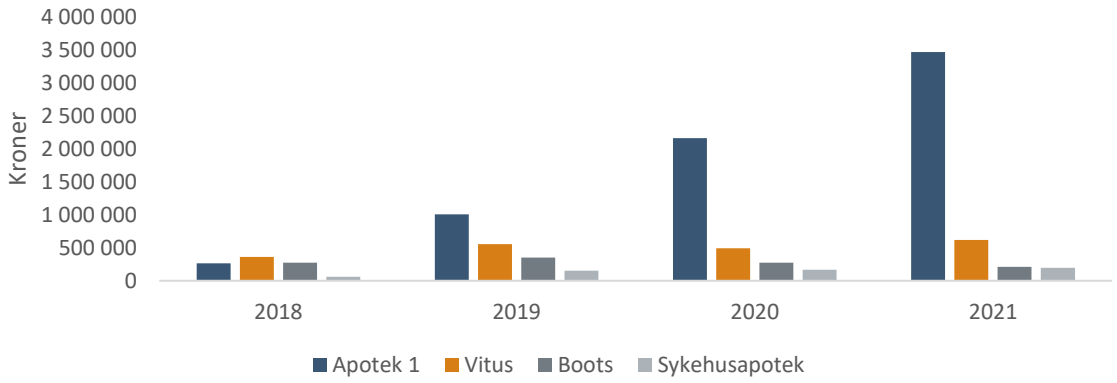


I intervjuene med apotek oppleves at refusjonsbeløpet ikke fullt ut dekker inn apotekenes ressursbruk knyttet til Medisinstart. Kartleggingen viser at dette særlig henger sammen med at det brukes vesentlig mer tid til for- og etterarbeid enn hva som var estimert ved oppstart (om lag 22 minutter fremfor 5 minutter for begge samtaler samlet). For selve tiden til gjennomførte samtaler samsvarer funnene i denne kartleggingen i større grad med den estimerte tidsbruken ved oppstart. Her bør det imidlertid legges til at vi har kartlagt tidsbruk knyttet til samtaler gjennomført over telefon, som ikke nødvendigvis er direkte sammenlignbart med tidsbruk ved fysiske samtaler.

En annen bidragsytende årsak til at apotekenes ressursbruk ikke dekkes er at det ikke differensieres i refusjonsbeløpet for samtale 1 og 2. Ved oppstart ble det estimert 30 minutter tidsbruk for samtale 1 og 2 samlet, hvor refusjonsbeløpet reflekterer 15 minutter til hver av samtalene. Selv om det var estimert med høyere tidsbruk i samtale 1 var det tenkt at dette ville kompenseres for gjennom lavere tidsbruk knyttet til samtale 2. Imidlertid ser vi at det gjennomføres færre samtaler 2, noe som innebærer at denne «kompensasjonen» gjennom samtale 2 faller bort. I 2021 var det færre enn 40 prosent av pasientene som gjennomførte samtale 1 som også gjennomførte samtale 2.

Refusjonsdata fra Helfo viser også at Medisinstart er av en marginal økonomisk betydning for enkeltapotek. Blant apotekene som gjennomførte medisinstartsamtaler i 2021 var medianen for antall samtaler 22. Det tilsvarer et samlet refusjonsbeløp på 5 170 kroner. Heller ikke for apotekene som gjennomfører flest samtaler utgjør refusjonsutbetalinger fra Medisinstart et betydelig økonomisk bidrag. For P90, det vil si at 90 prosent av apotekene har færre samtaler, ble det gjennomført 71 samtaler i 2021. Det tilsvarer en refusjonsutbetaling på 16 685 kroner for året.

Figur 29: Økonomisk kompensasjon for medisinstartsamtaler. Kilde: Helfo

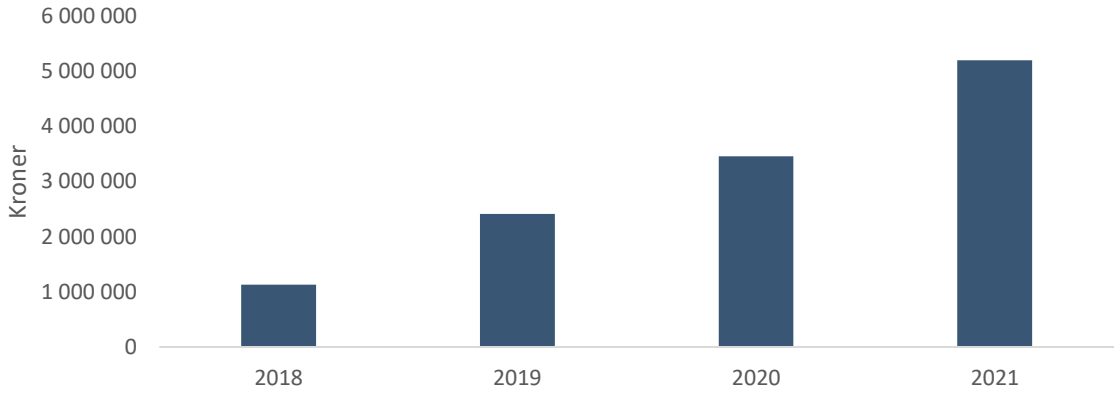


7.2. Økonomiske konsekvenser for staten

Utbetaling og kontroll av refusjon til apotekene gjennomføres automatisk, og det er derfor ikke knyttet variable administrative kostnader for staten til driften av Medisinstart. De offentlige kostnadene er derfor avgrenset til utgiftene til refusjon.

Fra 2018 til 2020 har taksten per gjennomførte samtale vært satt til 225 kroner. I 2021 ble taksten hevet til 230 kroner, og for 2022 er taksten satt til 235 kroner. Beløpet gjelder for både Medisinsamtale 1 og 2.

Figur 30: Årlige refusjonsbeløp ekskl. mva. utbetalt fra Helfo til apotek. Kilde: Helfo



De årlige utbetalingene har økt år for år, fra 1,1 millioner kroner i 2018 til 5,2 millioner kroner i 2021. Totalt er det utbetalt 12,2 millioner kroner i refusjon til apotekene i perioden 2018 til 2021. I 2017 estimerte Oslo Economics at det årlige utbetalte beløpet for Medisinstart (for statinbrukere) ville beløpe seg til 7,9 millioner kroner ved en delfinansiert løsning og 11,2 millioner kroner ved en fullfinansiert løsning.[66] Disse beløpene omfatter både inndekning av ressursbruk til opplæring og gjennomføring av medisinstartsamtaler. Dagens refusjonsbeløp tilsvarer om lag det Oslo Economics beskriver som fullfinansiering.

[66] *Oslo Economics (2017): Apotektjenesten Medisinstart for statinbrukere – virkninger for pasienter, helsetjeneste og samfunn*

Årsaken til at de årlige beløpene er lavere enn hva som ble estimert ved innføring er først og fremst knyttet til at tjenesten har vært benyttet i et mindre omfang enn hva som var forutsatt. Bruken av tjenesten er imidlertid fortsatt i vekst. Med utgangspunkt i utviklingstrendene som er beskrevet i kapittel 4, fremstår det som sannsynlig at de offentlige utgiftene vil stabiliseres på nivå med Oslo Economics estimater på 11,2 millioner kroner årlig.

Samtidig vil en framskrivning basert på historisk vekst være en svak indikator for den faktiske fremtidige utviklingen. Det skyldes at veksten i antall medisinstartsamtaler er sterkt knyttet til forhold ved apotekkjedene, noe som gjør det lite meningsfullt å predikere videre utvikling i antall samtaler basert på historiske data. Mens etterspørselssiden for medisinstartsamtaler fra pasientenes side vil være stabil, med en utvikling som drives av demografiske endringer og andre relativt forutsigbare faktorer, er situasjonen annerledes for de tilbudssiden av medisinstartsamtaler. Forhold ved apotekkjeden kan endre seg uforutsigbart over natten, og få store konsekvenser for fremtidig antall samtaler og dermed også refusjonskostnader.

7.3. Øvrige samfunnsøkonomiske kostnader

Direktoratet for økonomistyring (DFØ) beskriver skattefinansieringskostnad i deres veileder for samfunnsøkonomiske analyser. Ifølge veilederen innebærer skattefinansiering av offentlige tiltak en kostnad for samfunnet som må inkluderes i de samfunnsøkonomiske kostnadene som følger av tiltaket.[67] Skatter påvirker bruken av ressurser og kan føre til at det oppstår et effektivitetstap. I tillegg påløper administrative kostnader ved skatteinnkreving. For alle tiltak som finansieres over offentlige budsjetter, skal det derfor inngå en skattefinansieringskostnad i analysen. Rundskriv R-109/2021 fra Finansdepartementet fastsetter skattefinansieringskostnaden til 20 øre per krone.

Totalt for perioden 2018 til 2021 innebærer dette samfunnsøkonomiske kostnader på om lag 2,5 millioner kroner, hvor av om lag 1 million kroner tilskrives 2021.

[67] *Direktoratet for økonomistyring (2018): Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*

8. Evaluering av Medisinstart

I dette kapittelet vurderes Medisinstart i lys de konkrete evalueringsspørsmålene og den informasjonen som er fremlagt i tidligere kapitler.

8.1. Nytteverdi og kvalitet, i lys av målsetningen om å bidra til riktig legemiddelbruk

Medisinstart er et lavterskeltilbud som skal bidra til økt etterlevelse ved oppstart av ny legemiddelbehandling. Tjenesten gjennomføres som strukturerte samtaler mellom pasient og farmasøyt. Veiledningen skal gi pasienten bedre kunnskap om hvordan legemidlene skal brukes og dermed skape økt trygghet og motivasjon til å følge behandlingen slik at legemidlene tas i samsvar med legens rekvirering.

Den første delen av evalueringen går ut på å vurdere «*tjenestens nytteverdi og kvalitet, i lys av målsetningen om å bidra til riktig legemiddelbruk og bedre etterlevelse av behandlingen*» og om «*tjenesten har fungert som forutsatt ved innføring og gitt forventede resultater*».[68] Videre skal evalueringen vurdere «*erfaring og tilfredshet blant hhv. pasient, apotek og fastlege, samt vurdere om kompetanse blant apotekpersonell og opplæring er tilstrekkelig*».[69]

8.1.1. Oppsummering av informasjon til grunn for vurdering av nytteverdi og kvalitet

Som beskrevet i kapittel 3 ble det i forbindelse med etablering av Medisinstart i 2018 gjort vurderinger av tjenestens nytteverdi og effekter på etterlevelse av legemiddelbehandling.

I denne evalueringen har vi ikke tilgang på data for å kunne vurdere tjenestens effekt på pasientenes etterlevelse av legemiddelbruk. Den viktigste kilden til effekter av Medisinstart på pasienters etterlevelse er derfor effektstudien «Nytteeffekter av Medisinstart», som ble gjennomført av Apokus i 2014 – 2015. Studien viser positive effekter ved en økt selvrapportert etterlevelse ved 7 og 18 uker etter reseptekspedering. Studien finner imidlertid ingen virkning etter 52 uker. Funnene i denne studien samsvarer godt med studier og erfaringer fra andre land.

Helsedirektoratet vurderte i forbindelse med etablering i 2018 at Apokus og Apotekforeningen hadde gjennomført en grundig og systematisk forstudie og studie, men påpekte samtidig flere mulige svakheter.[70] Blant annet ble det ikke utført målinger når det gjaldt kliniske konsekvenser av manglende etterlevelse. Helsedirektoratet påpekte også at det er knyttet usikkerhet til hvor stor effekt oppstartsveiledning har på pasientenes etterlevelse over tid.

I en evaluering av Medisinstart fra 2020, gjennomført av Apokus på oppdrag for Apotekforeningen, konkluderes det med at apotekene i svært stor grad har implementert Medisinstart og at farmasøytene er fornøyde med opplæringen, materiellet og gjennomføringen av samtaler.[71] Evalueringen viser imidlertid utfordringer knyttet til samtale 2, hvor gjennomføringsgraden er relativt lav. Apokus finner at pasientene er svært fornøyde med oppfølgingssamtalene, og kan tenke seg å motta tjenesten igjen.

---

[68] *Se evalueringsspørsmål 1 og 2*

[69] *Se evalueringsspørsmål 3*

[70] *Helsedirektoratet (2017): Vurdering av oppstartsveiledning*

[71] *Apokus (2019): Evaluering av Medisinstart*

I denne evalueringen har vi ikke tilgang på data for å kunne vurdere tjenestens effekt på pasientenes etterlevelse av legemiddelbruk. Vi har imidlertid kartlagt erfaringer med tjenesten fra farmasøytenes, legenes og pasientenes perspektiv, gjennom spørreundersøkelse og intervjuer. Resultatene fra denne kartleggingen viser at apotekene generelt har positive erfaringer og høy grad av tilfredshet med medisinstart. Fra spørreundersøkelsen mot alle landets apotek oppgir 92 prosent av respondentene at de opplever gjennomføringen av medisinstartsamtalene som «god» eller «svært god». Basert på farmasøytenes egen erfaring, vurderer 93 prosent av respondentene at samtalene har en «positiv» eller «svært positiv» effekt på pasientenes etterlevelse av legens rekvirering.

Basert på apotekenes erfaring, er det også høy grad av tilfredshet blant pasientene som mottar tjenesten. 93 prosent av respondentene vurderer pasientens nytte av medisinstartsamtale som «god» eller «svært god». Informasjonen fra spørreundersøkelsen reflekteres også i intervjuer med farmasøyter i apotek og fra apotekenes/farmasøytenes interesseorganisasjoner.

Intervjuene viser at legene har et mer begrenset erfaringsgrunnlag med tjenesten. Det trekkes frem at det finnes flere eksempler der intervensjon fra apotek har gitt en uheldig effekt, med blant annet økt usikkerhet hos pasient. Episodene kan imidlertid ikke knyttes direkte til Medisinstart, men kan like gjerne være knyttet til vanlig reseptekspedisjon. Både fra legene og andre interessenter trekkes behovet for bedre kommunikasjonssystemer mellom lege og apotek frem som noe som ville styrket Medisinstart.

I spørreundersøkelsen til apotek oppgir 96 prosent av respondentene at opplæringen oppleves som «god» eller «svært god». Dette blir bekreftet gjennom intervju med apotekfarmasøyter. Apotekfarmasøytenes kommentarer er gjennomgående at opplæringen oppleves som god med et krevende pensum. Dette samsvarer godt med resultatene fra evalueringen gjennomført av Apokus der medianen av farmasøytene svarte at opplæringen var svært nyttig.[72]

8.1.2. Vurdering av nytteverdi og kvalitet

Vi vurderer at det er høy grad av usikkerhet omkring tjenestens nytteverdi med tanke på målsetning «*om å bidra til riktig legemiddelbruk og bedre etterlevelse av behandling*». I effektstudien til tjenesten fra 2014-2015 ble det ikke påvist at tjenesten har langvarige effekter. Vi kan ikke finne at det har kommet nye studier eller dokumentasjon siden tjenesten ble etablert i 2018 som gir ny kunnskap om eventuelle effekter på pasienters etterlevelse.

I vurdering av om «*tjenesten har fungert som forutsatt ved innføring og gitt forventede resultater»* vurderer vi at det ved innføring var knyttet stor grad av usikkerhet knyttet til hvilke resultater en kunne forvente av tjenesten med tanke på pasientenes etterlevelse. Vi finner at det fortsatt er høy grad av usikkerhet knyttet til hvilke resultater tjenesten har hatt. Vi finner imidlertid at tjenesten har fungert godt, forstått som en bred implementering av tilbudet av tjenesten samt positive vurderinger av opplæringen av tjenestefarmasøytene.

I vurdering av «*erfaring og tilfredshet blant hhv. pasient, apotek og fastlege*», finner vi at det generelt er høy grad av tilfredshet med tjenesten. Spesielt er det positive erfaringer med tjenesten fra apotekenes side. Basert på apotekenes erfaring, er det også høy grad av tilfredshet blant pasientene som mottar tjenesten. Representanter for fastlegene beskriver at de ikke har et godt vurderingsgrunnlag for erfaringer omkring Medisinstart, men at det er flere konkrete eksempler på at intervensjon i apotek har gitt en uheldig effekt på pasientens etterlevelse. Det presiseres fra legenes side at det er ukjent hvor vidt episodene er relatert til medisinstartsamtaler, samt at de gjerne kun får formidlet de negative, og ikke de positive, opplevelsene med intervensjon i apotek.

[72] *Apokus (2019): Evaluering av Medisinstart*

I vurdering av om «*kompetanse blant apotekpersonell og opplæring er tilstrekkelig*» tyder både resultater fra denne og tidligere kartlegginger at det er høy grad av tilfredshet med opplæringen blant apotekansatte. Vi finner imidlertid at mange apotekansatte gjennomfører svært få samtaler, og at dette kan skape en terskel for å ville gjennomføre samtaler.

8.2. Tjenestens tilgjengelighet

Medisinstarts tilgjengelighet kan avhenge av flere forhold. For det første må tilbudet være geografisk utbredt med tilbud i apotek i hele landet. For det andre må apotekene ha både kapasitet og kompetanse til å gjennomføre samtaler når pasienten har behov for dette. I evalueringen skal det vurderes «*om forutsetningen om tilgjengelighet i alle landets apotek i apotekets åpningstid er oppnådd, (…) og om kompetanse blant apotekpersonell og opplæring er tilstrekkelig*».[73]

8.2.1. Oppsummering av informasjon til grunn for vurdering av tjenestens tilgjengelighet

I kapittel 4 beskrives utvikling i gjennomførte medisinstartsamtaler. Sentrale funn i kapittelet inkluderer at antall apotek som gjennomfører minst én medisinstartsamtale årlig har vært stabilt på om lag 600 apotek. Det tilsvarer at i overkant av 60 prosent av landets apotek gjennomfører minst én samtale per år.

Gjennom hele perioden har det vært et økende antall samtaler på årlig basis. Justert for at tjenesten ikke var tilgjengelig i de første månedene av 2018, har det vært en gjennomsnittlig årlig vekst på 44 prosent. Denne veksttakten har vært stabil gjennom perioden.

Kapittelet beskriver samtidig en utviklingstrend som går mot en todeling i tilbudet fra apoteksiden. På den ene siden er det apotek som gjennomfører mange, og stadig flere samtaler. På den andre siden er det apotek som gjennomfører relativt få samtaler, uten en tydelig veksttrend.

Analysen i kapittelet viser at antall gjennomførte samtaler ikke har sammenheng med apotekets omsetning, hvor omsetning kan sees som en indikator på antall pasienter som er aktuelle for medisinstartsamtale. Dette gir en indikasjon på at antallet gjennomførte samtaler først og fremst er knyttet til forhold ved apotekenes tilbud av tjenesten, og ikke drevet av pasientens behov. Analysen viser videre en klar sammenheng mellom apotekenes kjedetilknytning og gjennomføring av medisinstartsamtaler, hvor det er apotek tilknyttet Apotek 1-kjeden som står bak den årlige veksten i gjennomførte samtaler.

Isolert sett tyder dette på at det er faktorer som begrenser tilgjengeligheten ved apotek tilknyttet Vitus og Boots. Det kan være flere ulike forhold som begrenser tilgjengeligheten. For det første kan det være ulikhet mellom apotekkjedene i hvordan en tolker hvordan tjenesten skal initieres. Eksempelvis kan det være en tydeligere «markedsføring» av Medisinstart i Apotek 1 enn i andre kjeder. En slik forklaring innebærer at tilbudet om Medisinstart eksisterer i samme grad i Vitus og Boots, men at det ikke gjøres kjent overfor pasienter som er i den relevante målgruppen. Informasjon fra intervjuene bygger opp om ulik tolkning av hvordan tjenesten skal formidles til pasient. For det andre kan det være et reelt ulikt tilbud av Medisinstart mellom apotekkjedene. Det innebærer eksempelvis at tilbudet kan være begrenset av kapasitet blant farmasøytene, eller at Medisinstart nedprioriteres til fordel for andre tjenester og oppgaver i apoteket.

I kapittel 5 analyseres den geografiske utbredelsen, samt apotekenes kapasitet til å gjennomføre medisinstartsamtaler. Med hensyn på geografisk utbredelse viser analysen at det i 2018 ble gjennomført minst én medisinstartsamtale i 70 prosent av alle kommuner som har et apotek. Til tross for at antall medisinstartsamtaler har økt hvert år siden 2018, har ikke den geografiske utbredelsen av tjenesten økt i

[73] *Se evalueringsspørsmål 3*

samme takt. I 2021 ble det gjennomført minst én medisinstartsamtale i 76 prosent av alle kommuner som har minst ett apotek.

Medisinstart er en tjeneste som skal gi veiledning i oppstartsfasen ved bruk av nye legemidler. Et kriterium for tjenestens tilgjengelighet er derfor at apotekene har kapasitet til å kunne gjennomføre en samtale snarlig etter pasientens oppstart med bruk av legemiddelet. Den første samtalen skal derfor finne sted innenfor et tidsrom på 1-2 uker etter oppstart. Gjennom spørreundersøkelsen finner vi at 51 prosent av apotekene som gjennomfører medisinstartsamtaler har kapasitet til å gjennomføre 75-100 prosent av samtalene innenfor et tidsrom på to uker. Det vil si at om lag halvparten av apotekene ikke klarer å gjennomføre alle medisinstartsamtalene som de gjennomfører innenfor dette tidsrommet. Videre oppgir 15 prosent av apotekene at de i over 75 prosent av tilfellene ikke klarer å gjennomføre samtalene innenfor tidsrommet på to uker.

Bemanningsutfordringer blir trukket frem som hovedgrunnen til at apotekene ikke klarer å gjennomføre første medisinstartsamtale innen to uker etter at pasienten har startet på nytt legemiddel. Funnene fra spørreundersøkelsen stemmer godt overens med informasjon som er innhentet gjennom intervju med apotek. Flere intervjuobjekter trekker også frem stabilitet knyttet til bemanning som en viktig faktor for at apotekene tilbyr tjenesten. Videre kan pandemien ha påvirket apotekenes kapasitet, hvor ressurser blant annet har blitt prioritert til vaksinering. Om lag en fjerdedel av respondentene fra spørreundersøkelsen oppgir også at en utfordring knyttet til tjenestens tilgjengelighet, er at ikke alle farmasøyter tilbyr medisinstartsamtaler, til tross for at de har kompetansen til å gjennomføre samtalene. Det kan være ulike grunner til at noen farmasøyter ikke gjennomfører medisinstartsamtaler. Erfaringer som kommer frem gjennom intervjuene vi har gjennomført er at terskelen for å gjennomføre de første samtalene kan være høy. Denne terskelen kan som nevnt tenkes å ha sammenheng med apotekets størrelse og bemanning. I den sammenheng er det verdt å nevne at det har blitt etablert 176 nye apotek siden 2018, og at disse apotekene i gjennomsnitt trolig er mindre enn snittet av apotekene som allerede eksisterte i 2018.

8.2.2. Vurdering av tjenestens tilgjengelighet

Kartleggingen har avdekket flere utfordringer knyttet til tjenestens tilgjengelighet. Det er tydelige forskjeller i hvor godt tjenesten er implementert mellom ulike apotekkjeder. Apotek tilknyttet Apotek 1 kjeden skiller seg fra andre apotek i antall gjennomførte samtaler. Naturlige forklaringer kan være knyttet til forskjeller i kapasitet for gjennomføring av samtaler eller ulik praksis for hvordan samtalene initieres mellom apotekkjedene.

Vi har ikke data til å kunne fastslå hvilke av kjedene som har en mest hensiktsmessig praksis, men forskjellene vitner i seg selv om en svakhet i det overordnede tilbudet av tjenesten. Sannsynligheten for at en vilkårlig pasient mottar en medisinstartsamtale virker i større grad å være betinget av kjedetilknytningen til apoteket som pasienten henvender seg til, enn pasientens behov for en medisinstartsamtale. Det er uheldig at sannsynligheten for at en pasient i målgruppen gjennomfører en medisinstartsamtale, først og fremst ser ut til å være betinget av hvilken apotekkjede pasienten henvender seg til og ikke av pasientens behov for en samtale.

Videre avdekker kartleggingen at forutsetningen om tilgjengelighet i alle landets apotek i apotekets åpningstid, ikke er oppnådd. Her bør det legges til at dette i utgangspunktet kan synes å være en urealistisk forutsetning. Den geografiske utbredelsen av Medisinstart vurderes som relativt god, og hvor utbredelsen har blitt bedre gjennom hele perioden.

Vi finner imidlertid større utfordringer knyttet til apotekenes kapasitet til å gjennomføre samtaler. Særlig er dette knyttet bemanningsutfordringer, hvor det er for få farmasøyter på jobb samtidig til at én av de kan avse tid til en medisinstartsamtale. Dette kan ha vært spesielt utfordrende i forbindelse med covid-19. En annen

faktor er at det kan være en høy terskel for å gjennomføre medisinstartsamtaler for farmasøyter som ikke har gjennomført samtaler tidligere, eller at det er lang tid mellom gjennomførte samtaler.

8.3. Kommunikasjonsform

På grunn av covid-19 skjedde det et skifte i hvordan samtalene gjennomføres, med en overgang fra fysiske samtaler til samtaler over telefon. I evalueringen skal det kartlegges «*erfaringer med bruk av fysisk oppmøte kontra telefon og andre digitale løsninger skal vurderes*».[74]

8.3.1. Oppsummerende informasjon til grunn for kommunikasjonsform

I effektstudien av Medisinstart som ble gjennomført av Apotekforeningen, fikk pasientene valget mellom å gjennomføre samtalene i apoteket eller per telefon. 62 prosent av pasientene valgte å gjennomføre første samtale i apotek, 56 prosent valgte å gjennomføre andre samtale i apotek.

Refleksjonen i forkant av pandemien var at fysiske møter gir bedre muligheter til å oppnå god dialog, avdekke problemer og usikkerhet samt løse misforståelser enn telefonsamtaler. På den annen side gir åpning for å gjennomføre samtalene per telefon økt fleksibilitet og mulighet for å gjennomføre tjenesten både for apotek og kunde.

I intervju oppgir flere apotek at det anses som en fordel å kunne tilby å ringe pasientene for å gjennomføre samtalen, siden dette gir økt fleksibilitet for begge parter. I spørreundersøkelsen for apotek oppgir 80 prosent av respondentene at telefon er like effektivt som fysisk oppmøte. 16 prosent oppgir at de er usikre på forskjellen mellom fysisk oppmøte og å gjennomføre samtalen over telefon, mens 4 prosent opplever at kvaliteten er bedre ved fysisk oppmøte.

8.3.2. Vurdering av kommunikasjonsform

Vi vurderer at det er gode erfaringer med å gjennomføre medisinstartsamtaler over telefon, eller eventuelt å ta i bruk digitale løsninger for videokommunikasjon.

8.4. Konsekvenser av at tjenesten kan initieres av pasient

Ved oppstart av Medisinstart var det knyttet uenighet omkring hvem som skal kunne initiere medisinstartsamtaler. I denne evaluering skal «*konsekvensene av at pasient selv kan initiere tjenesten uten henvising fra lege belyses*».[75]

8.4.1. Oppsummerende informasjon til grunn for vurdering av at tjenesten kan initieres av pasient

I Helsedirektoratets vurdering av oppstartsveiledning utarbeidet i 2017, ble det argumentert for at oppstartsveiledning og tjenesten Medisinstart er «helsehjelp», og går utover apotekets informasjonsplikt.[76] Det begrunnes med at en oppstartsveiledning/Medisinstart er individuell faglig rådgivning som skal bidra til at pasienten følger legemiddelbehandlingen som legen har rekvirert, samt skape trygghet og motivasjon ved

[74] *Se evalueringsspørsmål 4*
[75] *Se evalueringsspørsmål 5*
[76] *Helsedirektoratet (2017): Vurdering av oppstartsveiledning*

oppstart av nytt legemiddel.[77] Når en tjeneste blir omtalt som «helsehjelp» forutsetter dette, ifølge Helsedirektoratet og rapporten Helsehjelp i apotek[78], at dette skjer i samhandling med pasientens behandlede lege/fastlege. Samhandlingen med legen må skje fordi pasientens lege har det medisinskfaglige ansvaret for pasienten, herunder legemiddelbehandling.

Apotekforeningen og Norges Farmaceutiske Forening argumenterte på sin side for at helsepersonell må kunne yte helsehjelp uten rekvisisjon fra lege, og at pasienten selv må kunne etterspørre tjenesten i apotek. I tillegg ytret de bekymring til tjenestens implementering i apotek med forutsetningen om at kun lege kunne initiere tjenesten da det erfaringsmessig er svært få leger som gjør dette.

Stortingets beslutning falt ned på at pasientene selv kunne be om veiledningssamtaler på apotek.

Helsedirektoratet utarbeidet våren 2018 en veileder for praktisk gjennomføring av tjenesten sammen med blant annet Apotekforeningen og Legemiddelverket. NFA var invitert til å delta i arbeidet, men trakk seg som følge av Stortingets vedtak om at pasienten selv kunne initiere medisinstartsamtale.[79] NFAs oppfatning var at farmasøytene står utenfor informasjonen om hvorfor legemiddelet er rekvirert. Dette gjør det vanskelig å informere pasienten om hvordan legemiddelet skal brukes. Eksempelvis brukes vanlig blodtrykksenkende legemidler også som proflyakse mot migrene. I tillegg ble det argumentert for at ansvarsforholdet er uklart. NFA stilte spørsmål til hvem som har ansvaret dersom det er blitt gitt legemiddelinformasjon på sviktende kunnskapsgrunnlag og noe skulle går galt.

8.4.2. Vurdering av at tjenesten kan initieres av pasient

I denne evalueringen fokuseres det på å beskrive hva som har vært konsekvensene av at pasienten selv kan initiere tjenesten. Det er også nødvendig å gi en vurdering av det kontrafaktiske, altså at tjenesten skulle initieres av lege.

Utbredelsen og tilgjengeligheten av Medisinstart har generelt vært god. En av de største utfordringene knyttet til tjenestens tilgjengelighet er imidlertid knyttet til et økende skille mellom apotek som har et etablert tilbud for Medisinstart og de som ikke har det. Som tidligere drøftet fører dette til at sannsynligheten for at en vilkårlig pasient får en medisinstartsamtale er først og fremst betinget av hvilket apotek pasienten henvender seg til heller enn pasientens behov for samtale. I samtaler med flere interessenter har det blitt argumentert for at dette skillet til en viss grad kan skyldes apotekenes begrensninger knyttet til selv å kunne initiere samtale, og forskjeller apotekene imellom i hvor strengt denne regelen tolkes.

En tilsvarende utfordring ville også kunne være til stede ved en utforming med initiering av lege. Utfordringen ville da kunne være at sannsynligheten for medisinstartsamtale i større grad var betinget av pasientens fastlege heller enn pasientens behov for samtale, men på den annen side har fastlegen det medisinske ansvaret for sine pasienter.

Generelt oppleves legenes kjennskap til og erfaring med tjenesten som relativt lav, også etter at tjenesten har eksistert i flere år. Dette bygger opp om Apotekforeningens og Norges Farmaceutiske forenings argumenter om at svært få leger ville initiert tjenesten.

Generelt er de rapporterte erfaringene med Medisinstart ensidig positive fra apotek- og pasientsiden. Det er heller ikke løftet kritikk eller negative erfaringer som retter seg eksplisitt mot Medisinstart fra representanter fra fastlegene. Det er imidlertid trukket fram en mer generell utfordring knyttet til at kommunikasjon fra

[77] *Helsedirektoratet (2017): Vurdering av oppstartsveiledning*
[78] *Helsedirektoratets internrapport (2009): Helsehjelp i apotek*
[79] *Engen (2018): NFA trekker seg fra Medisinstart*

farmasøyt til lege skaper usikkerhet omkring legens rekvirering og vurderingene som ligger bak, men uten at dette er direkte knyttet til Medisinstart. Fra både leger og apotek oppleves et behov for bedre plattformer for informasjonsdeling, og at dette også kunne gjøre Medisinstart til en bedre tjeneste.

8.5. Overordnet vurdering av om tjenesten bør videreføres eller avsluttes

I henhold til oppdraget, skal evalueringen «*vurdere om tjenesten bør videreføres, og i så fall på hvilke vilkår*» [80], samt belyse «*økonomiske og administrative konsekvenser for staten og for berørte aktører*»[81].

Medisinstart er et lavterskeltilbud mot et betydelig samfunnsproblem – manglende etterlevelse av legemiddelbehandling. Veiledningen skal gi pasienten bedre kunnskap om hvordan legemidlene skal brukes og dermed skape økt trygghet og motivasjon til å følge behandlingen slik at legemidlene tas i samsvar med legens rekvirering.

Studien som ble gjennomført i forkant av at Medisinstart ble etablert som en landsdekkende prøveordning i 2018, viste en positiv effekt på pasientenes selvrapporterte etterlevelse etter 7 og 18 uker. Studien fant ikke langvarige effekter av medisinstartsamtaler. Funnene stemmer godt overens med erfaringer fra lignende tjenester i andre land. Det var imidlertid flere svakheter ved studien (som vi har beskrevet og diskutert i kapitel 3), slik at de reelle virkningene beskrives som usikre. Det kreves imidlertid relativt små endringer i pasientenes etterlevelse for at tjenesten er kostnadseffektivt.

Siden oppstarten i 2018 finner vi ikke at det er fremkommet relevant informasjon som endrer dette bildet. Vi kan imidlertid dokumentere at Medisinstart er en tjeneste med generelt gode erfaringer fra apotek- og brukersiden. Gjennom evalueringsarbeidet har ingen interessenter kommet med substansiell kritikk eller vesentlige mangler ved Medisinstart.

Implementeringen av tjenesten vurderes overordnet som god, selv om det også er avdekket forhold som kunne vært bedre. Forbedringspunktene er særlig knyttet til implementering i spesifikke apotekkjeder, samt kapasitetsutfordringer i apotekene.

Basert på denne vurderingen vil vi anbefale at tjenesten videreføres. Det vil imidlertid kunne være hensiktsmessig å vurdere endringer i tjenestens utforming. Dette drøftes videre i de neste delkapitlene.

Administrasjon og refusjonsutbetalinger er automatisert, og de offentlige økonomiske og administrative konsekvensene av tjenesten er derfor avgrenset til refusjonsutgifter. Disse har økt år for år i takt med at det gjennomføres flere samtaler. I 2021 ble det totalt utbetalt 5,2 millioner kroner i refusjon. Ved en videreføring av tjenesten som i dag, er det knyttet relativt stor usikkerhet til fremtidige refusjonsutbetalinger. Det skyldes at veksten i antall medisinstartsamtaler er sterkt knyttet til forhold ved apotekkjedene, noe som gjør det lite meningsfullt å predikere videre utvikling i antall samtaler basert på historiske data. Mens etterspørselssiden for medisinstartsamtaler fra pasientenes side vil være stabil, med en utvikling som drives av demografiske endringer og andre relativt forutsigbare faktorer, er situasjonen annerledes for de tilbudssiden av medisinstartsamtaler. Forhold ved apotekkjeden kan endre seg uforutsigbart over natten, og få store konsekvenser for fremtidig antall samtaler og dermed også refusjonskostnader.

[80] *Se evalueringsspørsmål 7*

[81] *Se evalueringsspørsmål 9*

8.6. Vurdering av justeringer av tjenesten

I dette kapittelet vurderes mindre tilpasninger og endringer av dagens utforming, som vil kunne gjøre Medisinstart til en bedre tjeneste.[82]

8.6.1. Endringer knyttet til medisinstartsamtale 2

Andelen av pasientene som gjennomfører samtale 1 som også gjennomfører samtale 2 har blitt lavere år for år. I 2021 var andelen mindre enn 40 prosent. Det er flere utfordringer som beskrives knyttet til gjennomføringen av samtale 2. To eksempler er at pasientene i mange tilfeller uttrykker lite behov for å gjennomføre samtalen fordi de ikke opplever problemer med legemiddelbruken og at tidspunkt for samtale 2 i en del tilfeller faller sammen med tidspunkt for kontroll hos fastlegen.

I tjenestemanualen for Medisinstart vises til at forskning har vist at pasienter opplever nye problemer om lag fire uker etter oppstart og på dette tidspunkt uttrykker ønske om mer informasjon om legemidlet. Videre anbefales det i manualen at dersom samtale 2 ikke lar seg gjennomføre innen 2-3 uker etter første samtale, kan den holdes på et noe senere tidspunkt, inntil 6 uker etter første samtale, etter individuell vurdering.

I Danmark tilbys medicinsamtalen innen 6 måneder etter oppstart av legemidler til behandling av kronisk sykdom. Samtale kan også tilbys pasienter som har tatt kronisk behandling i minst 12 måneder og opplever problemer med etterlevelse. I England tilbys New Medicines Service som et sett av inntil tre samtaler i apotek med to ukers mellomrom etter oppstart av ny medisin for kronisk sykdom.

En pragmatisk tilnærming til hvorvidt samtale 2 gjennomføres og tidspunkt for denne samtalen basert på ulikt behov hos den enkelte pasient anbefales.

8.6.2. Endring knyttet til kompensasjon

I evaluering skal det vurderes hvorvidt «*dagens kompensasjon for Medisinstart er på riktig nivå*»[83]. Som utgangspunkt for «riktig nivå» legger vi til grunn at det innebærer at tidligere estimert ressursbruk hos apotekene, stemmer overens med faktisk ressursbruk. I hva som er «riktig nivå», er det nødvendig å ta stilling til om det bør være en offentlig fullfinansiering av tjenesten som gjennomføres i apotek, eller om apotekene bør bære en andel av kostnaden av å tilby tjenesten selv. I vår vurdering tar vi ikke eksplisitt stilling til dette spørsmålet, men noterer at dagens refusjonsbeløp er beregnet med utgangspunkt i en forutsetning om fullfinansiering.

I kapittel 7 har vi dokumentert kartlegging av apotekenes tidsbruk og hva som ligger til grunn for refusjonsbeløpet.

Til grunn for dagens refusjon ligger en antakelse om en samlet tidsbruk på 30 minutter for samtale 1 og 2, inkluder for- og etterarbeid. Med en antakelse om farmasøytenes timepris er 900 kroner, ble den samlede refusjonen derfor satt til 450 kroner. Refusjonen fordeles likt på hver av samtalene, med et opprinnelig refusjonsbeløp på 225 kroner per samtale.

Vår kartlegging tyder på at apotekenes tidsbruk knyttet til gjennomføring av samtale 1 og 2 overgår de tidsestimatene som ble lagt til grunn ved innføring, spesielt knyttet til for- og etterarbeid.

---

[82] *Se evalueringsspørsmål 8*

[83] *Se evalueringsspørsmål 6*

Videre finner vi at det er vesentlige god grunn til å differensiere mellom tid brukt på samtale 1 og samtale 2. Med dagens kompensasjonsordning er samtale 1 underkompensert. Dette kompenseres for ved en overkompensasjon for samtale 2. Dette er uheldig av to årsaker. For det første er det mindre enn 40 prosent av førstegangssamtalene som også fører til en samtale 2, noe som resulterer i en samlet underkompensasjon til apotekene. For det andre kan det gi uheldige økonomiske incentiver til å legge press på pasienter til å gjennomføre samtale 2, selv om pasienten selv ikke er interessert i dette. Det bør derfor etterstrebes at kompensasjonen i større grad reflekterer reell tidsbruk hos apotekene.

Ifølge vår kartlegging vil en samlet estimert tidsbruk på 35 minutter i større grad reflektere apotekenes tidsbruk for de to samtalene, inkludert for- og etterarbeid. Fremfor en jevn fordeling mellom samtale 1 og 2, vil det være hensiktsmessig med en større andel til samtale 1. Vi anser 20 minutter og 15 minutter som en hensiktsmessig fordeling mellom de to samtalene. Videre bør timeprisen fra 2018 justeres. En justering til 1 000 kroner per time i 2022 representerer en årlig vekst i timepris på 2,7 prosent. Med litt avrunding, gir dette i så fall en kompensasjon på 360 kroner for samtale 1 og 270 kroner for samtale 2. Det presiseres at denne kompensasjonen tar utgangspunkt i en offentlig fullfinansiering av tjenesten. Det er verdt å vurdere om tjenesten bør være fullfinansiert med offentlige midler.

Dersom disse refusjonsbeløpene hadde ligget til grunn for samtalene som er gjennomført i 2021, ville samlet refusjonsbeløp økt fra 5,2 millioner kroner til 7,6 millioner kroner. En økning av kompensasjonsbeløpene vil kunne påvirke apotekenes villighet til å prioritere tiden til et utvidet tilbud av medisinstartsamtaler. Samtidig, som det er vist i kapittel 7, vil refusjonsbeløpene fortsatt utgjøre en marginal økonomisk størrelse for det enkelte apotek.

8.7. Vurdering av større endringer i utformingen av tjenesten

Vi har også vurdert ulike større endringer i hvordan tjenesten er utformet. I henhold til oppdragsbeskrivelsen skal det blant annet vurderes «*om tjenesten bør utvides, og i så fall gis en begrunnelse for hvilke pasient-/legemiddelgrupper som ansees som aktuelle og hvilke konkrete vilkår som bør ligge til grunn*»[84]. Endringene som her beskrives partielt bør også vurderes i sammenheng.

8.7.1. Endringer knyttet til utvidelse av tilbudet til nye legemiddel-/pasientgrupper

Gjennom intervjuprosessen har det kommet flere ulike innspill på hvilke legemiddel-/pasientgrupper som kan være aktuelle, eller ikke aktuelle. Argumentene for hvilke grupper som eventuelt bør inkluderes i et utvidet tilbud varierer, og går i noen tilfeller imot hverandre. Dette viser at det er mange viktige hensyn som må legges til grunn for en utvidelse.

Gruppene som er foreslått inkluderer å utvide tilbudet mot hjerte- og karpasienter. Eksempelvis er det argumentert for at et tilbud mot hjertesviktpasienter ville kunne ha potensiale for større nytteeffekter, ettersom konsekvensene av manglende etterlevelse er mer alvorlige. Et annet argument er at tidshorisonten for bruk av legemiddelene ofte ikke er like langvarig, som igjen vil kunne øke den relative betydningen av en veiledende oppstartssamtale. Et motargument er at det allerede finnes et utbredt tilsvarende tilbud for hjertesviktpasienter med konsultasjon med sykepleier ved poliklinikker.[85]

En annen gruppe som er forslått som aktuell er pasienter som starter på antidepressiva og personer med bipolare lidelser. Argumentene for at dette er en gruppe som vurderes som relevant er at dette er legemidler

[84] *Se evalueringsspørsmål 8*

[85] *Grundtvig mfl. (2021): Årsrapport 2020.*

som ofte gir negative bivirkninger ved oppstart. Dette skaper utfordringer ved at mange faller ut av behandlingen på et tidlig stadium, før de positive virkningene av legemidlene trer i kraft. Gruppen vil derfor ha spesielt god effekt av en oppstartssamtale. Samtidig er dette et område som andre har argumentert for er svært lite relevant for en tjeneste som Medisinstart. Bak dette ligger argumenter som at dette er pasienter som er spesielt sensitive, og at samtalene lett vil dreies i en terapeutisk retning fremfor en farmasøytfaglig veiledning av legens rekvirering.

Andre grupper som trekkes frem er diabetes, migrene, langtidsbruk av protonpumpehemmere (PPI) og mage-tarm-pasienter. Flere av gruppene vil trolig kunne være relevante, men det bør utredes hvilke fordeler, ulemper, alternative tilbud og risikofaktorer som er knyttet til de ulike gruppene.

En eventuell utvidelse av tilbudet vil igjen reise spørsmål om ansvarsforhold, tilgang på relevant informasjon, og initiering av tjenesten. Vi anbefaler derfor at det bør utredes nærmere hvilke grupper som kan være relevant for en utvidelse, og at en eventuell utvidelse bør settes på hold frem til digitale plattformer for kommunikasjonsdeling mellom lege og apotek er etablert. Vi vurderer også at en eventuell utvidelse bør sees i sammenheng med eventuell initiering av lege, som er beskrevet nærmere i neste delkapittel.

8.7.2. Endringer knyttet til initiering av medisinstartsamtaler

Mens dagens utforming, hvor pasienten kan initiere tjenesten, gir et lavterskeltilbud med en bred tilnærming til pasientgruppen, vil en initiering av lege kunne gi en mer målrettet tilnærming med fokus på risikopasienter. En vellykket implementering av den lege-initierte tilnærmingen vil innebære lavere ressursbruk, uten at det påvirker eventuelle positive effektene som Medisinstart har på pasientenes etterlevelse.

Dersom tjenesten initieres av lege vil det redusere behovet for å avgrense hvilke pasientgrupper som er aktuelle for medisinstartsamtale. I dette tilfellet vil lege kunne gjøre en vurdering av hvert individuelle tilfelle opp mot potensielle fordeler og ulemper som en medisinstartsamtale kan medføre.

Med en videreføring av dagens pasientgruppe vil en endring i hvem som initierer tjenesten potensielt ha betydelig negative virkninger for en tjeneste som har fått fotfeste og som høster overveiende positive erfaringer. Vi anbefaler derfor ikke å endre på ansvar for initiering uten at det også gjøres endringer i hvilke pasientgrupper som kan motta tjenesten. Dersom det åpnes for flere pasientgrupper, vil det kunne være hensiktsmessig at ansvaret for initiering legges til lege. Argumentene for dette er at det demper utredningsbehovet for hvilke pasient-/legemiddelgrupper som er aktuelle, men at det heller gjøres vurdering av lege av om pasienten er relevant for medisinstartsamtale uavhengig av pasientens legemiddelbruk.

8.7.3. Endringer knyttet til sentralisering/distribuering av medisinstartsamtaler

Denne rapporten har avdekket at det er utfordringer knyttet til tilgjengeligheten for medisinstartsamtaler. Om lag 40 prosent av apotekene gjennomfører ikke medisinstartsamtaler, og mange apotek gjennomfører svært få samtaler. I dette ligger det både en geografisk dimensjon, en kapasitetsdimensjon, samt en trend mot mer spesialisering på gjennomføringen.

Selv om den geografiske utbredelsen er god, er det likevel flere områder av landet med innbyggere som ikke har tilgang på apotek som tilbyr medisinstartsamtale. Den geografiske utbredelsen er også sårbar for en utvikling som er preget av økende spesialisering.

De kapasitetsmessige utfordringene skyldes både at det er for lav bemanning av farmasøyter, at andre tjenester prioriteres, samt at det er en oppstartsterskel for farmasøyter som tidligere ikke gjennomført medisinstartsamtaler eller at det er lang tid mellom hver samtale. Det er også avdekket at apotekene som gjennomfører få samtaler tenderer til å ha høyere ressursbruk per samtale.

Spesialiseringen innebærer at utviklingen går mot en todeling, med apotek som gjennomfører mange samtaler på den ene siden og apotek som gjennomfører få eller ingen samtaler på den andre siden.

Samtidig viser erfaringer fra gjennomføring av medisinstartsamtaler under covid-19-pandemien, at tjenesten er godt egnet til å gjennomføres over telefon. Gjennomføring av samtaler over telefon eller via videokommunikasjon, fjerner samtidig eventuelle avstandsmessige utfordringer som knytter pasienten til å gjennomføre medisinstartsamtale med farmasøyt i sitt lokale apotek. En mulig løsning på de beskrevne utfordringene er at dersom apoteket som ekspederer resepten ikke har mulighet til å gjennomføre medisinstartsamtalen selv, så kan en henvise til eller reservere gjennomføring av medisinstartsamtale hos et apotek med ledig kapasitet. Dette vil trolig bidra til å forsterke den allerede eksisterende spesialiseringstrenden.

Et alternativ er at gjennomføringen av samtalene sentraliseres. Med en slik innordning er det også naturlig å vurdere om gjennomføringen bør ligge hos apotek, eller et annet senter med tilgang på farmasøytisk fagkompetanse, eventuelt nettapotek. Dette kan igjen sees i sammenheng med en eventuell utvidelse av hvilke legemiddel-/pasientgrupper som omfattes og en eventuell omlegging til initiering av lege.

Begge disse alternativene vil øke tilgjengeligheten av tjenesten, og vil få noen tjenestefarmasøyter som gjennomfører flere samtaler. Med flere samtaler vil erfaringsgrunnlaget til tjenestefarmasøytene bli enda bedre og vil kunne være med å øke kvaliteten på tjenesten.

9. Referanser

Abrahamsen, B., El-Souri, M., Friese, B., Hansen, R. N., & Rossing, C. (2020). Evidens for apotekspraksis. *Pharmakon Forskning*. Hentet fra https://www.pharmakon.dk/media/2040/artikel-evidensgrundlag-for-medicin-og-compliancesamtaler.pdf

Al-Karbawi, Z. (2021, oktober 5). *Store medisinske leksikon (SNL)*. Hentet fra etterlevelse: https://sml.snl.no/etterlevelse

Apokus. (2019). Evaluering av Medisinstart. *KONFIDENSIELL*.

Apokus. (2019). Evaluering av Medisinstart - utviklingsprosjekter. *Apokus*. Hentet fra https://apokus.no/utviklingsprosjekter/oppdrag-for-apotekforeningen/evaluering-av-medisinstart/

Apokus. (2021). Medisinstart - opplæringsprogram. doi:https://apokus.no/opplaeringsprogram-til-tjenester-i-apotek/medisinstart-opplaeringsprogram/

Apokus. (u.d.). *Nytteeffekter av Medisinstart*. Hentet fra Apokus: https://apokus.no/utviklingsprosjekter/oppdrag-for-apotekforeningen/nytteeffekter-av-medisinstart/

Apokus og Apotekforeningen. (2017). Nytteeffekter av Medisinstart. *KONFIDENSIELL*.

Apotekenes kompetanse- og utviklingssenter. (2018). *Apoukus*. Hentet fra Utviklingsprosjekter: https://apokus.no/utviklingsprosjekter/oppdrag-for-apotekforeningen/evaluering-av-inhalasjonsveiledning/

Apotekenes kompetanse- og utviklingssenter. (2018, mars). Evaluation of a structured pharmacist-led inhalation technique assessment service for patients with asthma and COPD in Norwegian pharmacies. *Patient Education and Counseling*(Volume 101, Issue 10, October 2018, Pages 1828-1837), ss. 1828-18. doi:https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.05.018

Apotekforeningen. (2016. Tjenestemanual for inhalasjonsveiledning). *Tjenestemanual for inhalasjonsveiledning.* Apotekforeningen. Hentet fra http://www.apotek.no/Files/Filer_2013/Lukkede%20sider/Inhalasjonsveiledning/Tjenestemanual/Tjenestemanual.pdf

Apotekforeningen. (2022). Tjenestemanual for Medisinstart, versjon 7.0.

Bekendtgørelse om beregning af afgift og ydelse af tilskud til apotekere m.v., BEK nr 2662 af 28/12/2021 (Ministerium: Sundhedsministeriet 12 28, 2021). Hentet fra https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2021/2662

Danmarks Apotekforening. (2019). *Apoteket*. Hentet fra Medicinsamtale: https://www.apoteket.dk/raadgivning/paa-apoteket/medicinsamtale-kom-godt-igang-med-din-medicin

Direktoratet for økonomistyring. (2018). Veileder i samfunnsøkonomiske analyser.

Elliott, R. A., Boyd, M. J., Tanajewski, 2. L., Barber, N., Gkountouras, G., Avery, A. J., . . . Chuter, A. (2019). 'New Medicine Service': supporting adherence in people starting a new medication for a long-term condition: 26-week follow-up of a pragmatic randomised controlled trial. doi:10.1136/bmjqs-2018-009177

Elliott, R. A., Tanajewski, L., Gkountouras, G., Avery, A. J., Barber, N., Mehta, R., . . . Waring, J. (2017, august 3). Cost Effectiveness of Support for People Starting a New Medication for a Long-Term Condition Through Community Pharmacies: An Economic Evaluation of the New Medicine Service (NMS) Compared with Normal Practice. *PharmacoEconomics*. doi:DOI 10.1007/s40273-017-0554-9

Elliott, R., Boyd, M., Waring, J., Barber, N., Mehta, R., & Chuter, A. (2014). *Understanding and Appraising the New Medicines Service in NHS in England.* Nothingham: Nottingham University School of Pharmacy.

Elliott, R., Gkountouras, G., Boyd, M. J., Salema, N., Davies, J., Barber, N., . . . Craig, C. (2016). *Supporting adherence for people starting a new medication for a long-term condition through community pharmacies: a pragmatic randomised controlled trial of the New Medicine Service.* doi:10.1136/bmjqs-2015-004400

Engen, Ø. B. (2017). *Regjeringen sier ja til Medisinstart*. Hentet fra Dagens Medisin: https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/10/12/regjeringen-sier-ja-til-medisinstart/

Engen, Ø. B. (2018). *NFA trekker seg fra Medisinstart*. Hentet fra Dagens Medisin: https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/03/22/nfa-trekker-seg-fra-medisinstart/

Folkehelseinstituttet. (2020). *Folkehelseinstituttet*. Hentet fra Dødsårsaksregisteret - statistikkbank: http://statistikkbank.fhi.no/dar/

Folkehelseinstituttet. (2021, 11 26). *FHI*. Hentet fra Folkehelserapporten - Hjerte- og karsykdommer i Norge: https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/?term=&h=1

Haynes, R. B., Donald, H. P., Gard, A., & Montague, P. (2002, april 22). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Libary*. doi:https://doi.org/10.1002/14651858.CD000011

Helse- og omsorgsdepartementet. (2005, mars 11). *Regjeringen.* Hentet fra Meld. St. nr 18 2004/2005 - Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-18-2004-2005-/id406517/?ch=1

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015, mai 22). *Regjeringen.* Hentet fra Meld. St. 28 2014/2015 - Legemiddelmeldingen - Riktig bruk - bedre helse: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Prop. 1 S (2017-2018).* Oslo: Regjeringen. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-hod-20172018/id2574064/?q=oppstartsveiledning&ch=1#kap2-22

Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). Lov om apotek (apotekloven). *Lovdata*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-02-39#KAPITTEL_6

Helsedirektoratet. (2014). *Utredning farmasøyttjenester og etterlevelse.* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2445158

Helsedirektoratet. (2014). *Vurdering av oppstartsveiledning.* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utredning-farmasoyttjenester-og-etterlevelse-av-legemiddelbehandling/Utredning%20farmas%C3%B8yttjenester%20og%20etterlevelse%20av%20legemiddelbehandling.pdf/_/attachment/inline/8d795251-840a-459b-ba91-b173b950072

Helsedirektoratet. (2017, mai 22). Vurdering av oppstartsveiledning. *KONFIDENSIELL*.

Hovland, R., Bremer, S., Frigaard, C., Henjum, S., Faksvåg, P., Sæther, E., & Kristiansen, I. (2019). Effect of a pharmacist-led intervention on adherenc eamong patients with a first-time prescription for a cardiovascular medicine: a randomized controlled trial in Norwegian pharmacies. *International Journal of Pharmacy Practice*, 337-345.

Krack, G., Holle, R., Kirchberger, I., Kuch, B., Amann, U., & Seidl, H. (2018, juni 7). Determinants of adherence and effects on health-related quality of life after myocardial infarction: a prospective cohort study. *BMC Geriatrics*.

Leal, J., Luengo-Fernández, R., Gray, A., Petersen, S., & Rayner, M. (2006 Volume 27, issue 13, Juli). Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *European Heart Journal*, ss. 1610-1619. doi:https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehl075

Legemiddelindustrien. (2014). *TALL OG FAKTA 2015 - Legemidler og helsetjeneste.* Oslo: Legemiddelindustrien. Hentet fra https://www.lmi.no/download.php?file=/wp-content/uploads/2015/11/Tall-og-fakta-2014.pdf

Laan, D. M., Elders, P. J., Boons, C. C., Nijpels, G., Dijk, L., & Hugtenburg, J. G. (2018). Effectiveness of a Patient-Tailored, Pharmacist-Led Intervention Program to Enhance Adherence to Antihypertensive Medication: The CATI Study. *Front Pharmacol*. doi:10.3389/fphar.2018.01057

McAlister, F., Stewart, S., Ferrua, S., & McMurray, J. (2004). Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol*. doi:10.1016/j.jacc.2004.05.055

Menon Economics. (2019). *Hjertesvikt i Norge - Omfang og samfunnskostnader.* Oslo: Menon Economics. Hentet fra https://www.menon.no/wp-content/uploads/2019-41-Hovedtrekkene-innenfor-hjertesvikt-i-Norge.pdf

Menon Economics. (2020). Vurdering av tiltak for å redusere samfunnskostnadene knyttet til hjertesvikt. *Menon Economics*. Hentet fra https://www.menon.no/wp-content/uploads/2020-37-Tiltak-for-%C3%A5-redusere-samfunnskostnader-knyttet-til-hjertesvikt.pdf

Nasjonalt senter for e-helseforskning. (2021, mai 26). *Nasjonalt senter for e-helseforskning.* Hentet fra Helsepersonell sliter med å få tak i informasjon om hvilke legemidler pasientene deres bruker: https://ehealthresearch.no/nyheter/2021/helsepersonell-sliter-med-a-fa-tak-i-informasjon-om-hvilke-legemidler-pasientene-deres-bruker

Nerat, T., Locatelli, I., & Kos, M. (2016, oktober 3). Type 2 diabetes: cost-effectiveness of medication adherence and lifestyle interventions. *Dovepress*. doi:https://doi.org/10.2147/PPA.S114602

NHS. (2022, April 26.04.2022). *https://www.nhs.uk/*. Retrieved from https://www.nhs.uk/nhs-services/prescriptions-and-pharmacies/pharmacies/new-medicine-service-nms/: https://www.nhs.uk/nhs-services/prescriptions-and-pharmacies/pharmacies/new-medicine-service-nms/

NHS services. (2019, januar 25). *NHS website*. Hentet fra New Medicine Service (NMS): https://www.nhs.uk/nhs-services/prescriptions-and-pharmacies/pharmacies/new-medicine-service-nms/

Norsk hjertesviktregister. (2021). Årsrapport 2020, Med plan for forbedringstiltak. *Norsk hjertesviktregister*.

Norsk legemiddelhåndbok; Olav Spigset; Kirsten K. Viktil. (2021). G25 Etterlevelse av legemiddelbruk. I *Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell.* Oslo: Norsk legemiddelhåndbok. Hentet fra https://www.legemiddelhandboka.no/G25/Etterlevelse_av_legemiddelbruk

Nymoen, L. D., Björk, M., Flatebø, T. E., Nilsen, M., Godø, A., Øie, E., & Viktil, K. K. (2022). Drug-related emergency department visits: prevalence and risk factors. *Internal and Emergency Medicine*.

Opdahl, Sveinsdottir, & Holm. (2015). Hjertepasienter tar ikke medisiner riktig. *Sykepleien*, ss. 46-49. doi:10.4220/Sykepleiens.2015.55296

Oslo Economics. (2017). Apotektjenesten Medisinstart for statinbrukere - virkninger for pasienter, helsetjeneste og samfunn. *KONFIDENSIELL*.

Oslo Economics. (2022). *Hjerte- og karsykdom relatert til høyt kolesterol.* Oslo: Oslo Economics. Hentet fra https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2022/02/Hjerte-og-karsykdom-relatert-til-hoyt-kolesterol.pdf

Stortinget. (2018, mai). *Skriftlig spørsmål fra Olaug Vervik Bollestad (KrF) til helseministeren*. Hentet fra Stortinget: https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=72171

Tandvards- och läkemedelsförmånsverket. (2022). Försöksverksamhet med farmaceutisk tjänst - Delrapport 1. Hentet fra https://www.tlv.se/om-oss/om-tlv/rapporter/arkiv/2022-03-14-forsoksverksamhet-med-farmaceutisk-tjanst---delrapport-1.html

Trueman, P., DG, T., K, L., A, B., A, M., D, W., & J., G. (2010). *Evaluation of the Scale, Causes and Costs of Waste Medicines.* York Health Economics Consortium & School of Pharmacy, University of London. London: York Health Economics Consortium and The school of Pharmacy, University of London. Hentet fra https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/1350234/1/Evaluation_of_NHS_Medicines_Waste__web_publication_version.pdf

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies - Evidence for action.* Geneva: World Health Organization.

Vedlegg

Intervjuer

I oppstarten av arbeidet hadde vi et informasjonsmøte med både apotekforeningen og legeforeningen for å forberede prosjektet. Innkalle både Legeforeningen/Allmennlegeforeningen og Apotekforeningen til et introduksjonsmøte hvor de to kanskje viktigste interessentene fikk mulighet til å komme med sine syn på prosessen og sikre at det blir tatt høyde for i videre prosess. På møtene fra

Det har blitt gjennomført intervjuer med følgende aktører:

Hvem	Profesjon	Intervju gjennomført
Norsk forening for allmennmedisin	Lege	Jon Ørstavik 02.03.2022
Workshop Apotekforeningen og Apokus	Apotek	18.02.2022, Hilde Ariansen, Hanne Andreasen, Oddbjørn Tysnes og Sara Bremer (Apokus)
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon	Pasientorganisasjon	Arnfinn Aarnes, 7.4.2022
Fastlege og nestleder i NFA	Fastlege	Torgeir Hoff Skavøy, 29.3.2022
Sykehusapoteket i Trondheim	Apotek	25.3.2022
Boots apotek Fyllingsdalen	Apotek	17.3.2022
Boots apotek Brønnøysund	Apotek	16.3.2022
Legemiddelverket	Lege	Morten Finckenhagen 2.3.2022
Norges Farmaceutiske forening	Farmasøyt	Urd Andestad 9.3.2022

Utover dette har vi hatt avklaringer med Hilde Ariansen i enkelte saker knyttet til gjennomføringen på telefon.

Resultater fra spørreundersøkelsen rettet mot apotek

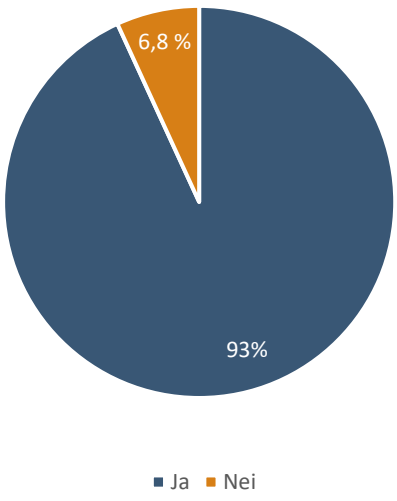
For å få et godt bilde over erfaringene knyttet til Medisinstart, har vi, i tillegg til data fra Helfo og intervjuer, gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot farmasøyter i apotek i Norge. Én farmasøyt per apotek ble bedt om å svare på undersøkelsen. Undersøkelsen ble sendt til 1039 apotek, hvor vi mottok 220 svar. Apotek som avla mer enn ett svar er fjernet fra analysen.

I det følgende legger vi frem spørsmålene stilt til farmasøytene i spørreundersøkelsen med tilhørende svar.

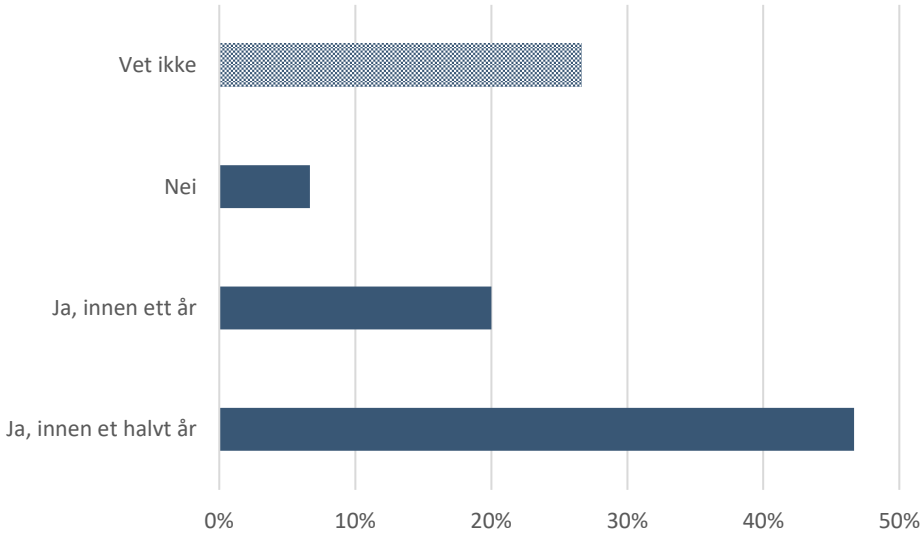
Tabell 1: Deskriptiv informasjon over respondentene fra spørreundersøkelsen rettet mot apotek.

Bakgrunnsvariabler	Antall	Prosent
Apotekkjede til respondent		
Apotek 1	97	44 %
Boots	30	14 %
Sykehusapotek	20	9 %
Vitus	67	30 %
Annet/ukjent	6	3 %
Totalt	220	100 %
Utdanningsbakgrunn		
Provisorfarmasøyt	148	68 %
Reseptfarmasøyt	71	32 %
Totalt	219	100 %
Rolle i apotek		
Apoteker	102	47 %
Stedfortreder	32	15 %
Farmasøyt	61	28 %
Apotekbestyrer	21	10 %
Totalt	216	100 %
Antall farmasøyter der respondenten jobber		
1	8	4 %
2	44	20 %
3	77	35 %
4	45	21 %
Mer enn 5	43	20 %
Totalt	217	100 %
Respondenten gjennomfører medisinstartsamtaler		
Ja	182	89 %
Nei	22	11 %
Totalt	204	100%

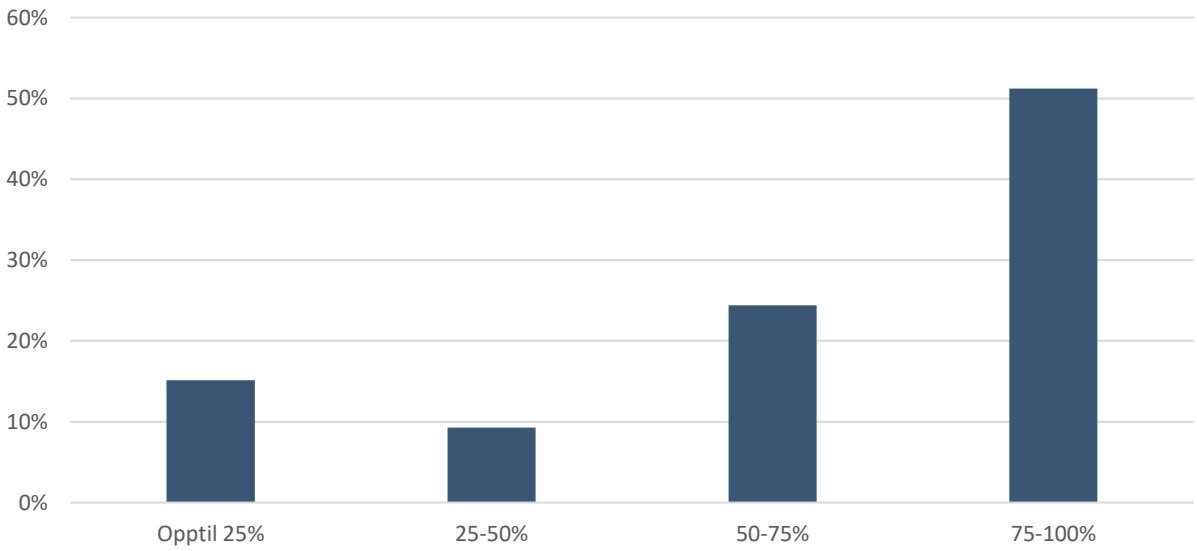
Figur 31: Spørsmålet i spørreundersøkelsen var: «Tilbyr apoteket der du jobber Medisinstart?». N=219



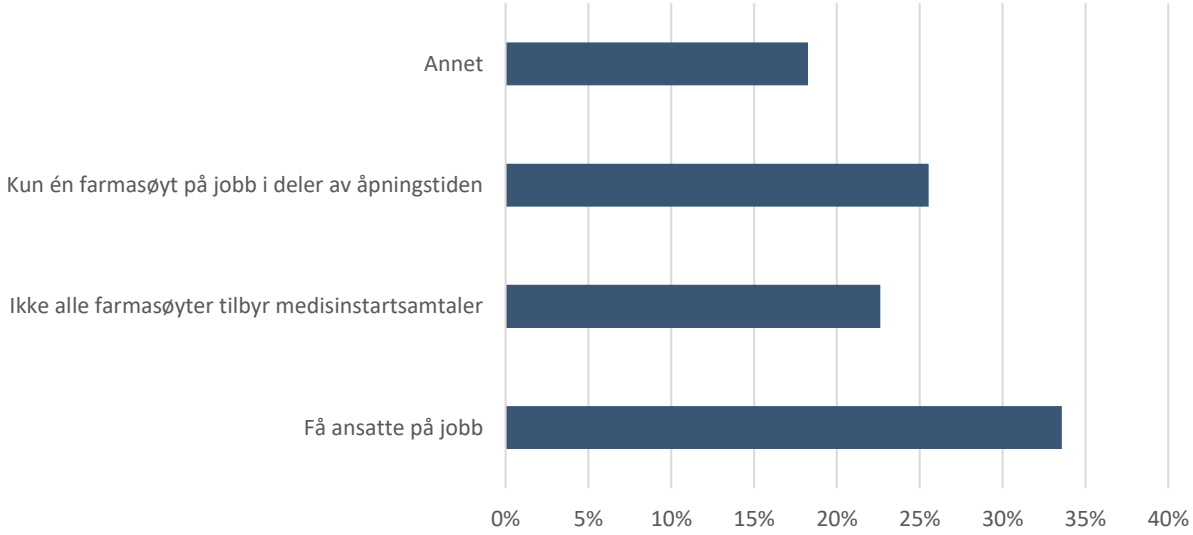
Figur 32: Spørsmålet i spørreundersøkelsen var: «Planlegger apoteket der du jobber å tilby Medisinstart?». N=15



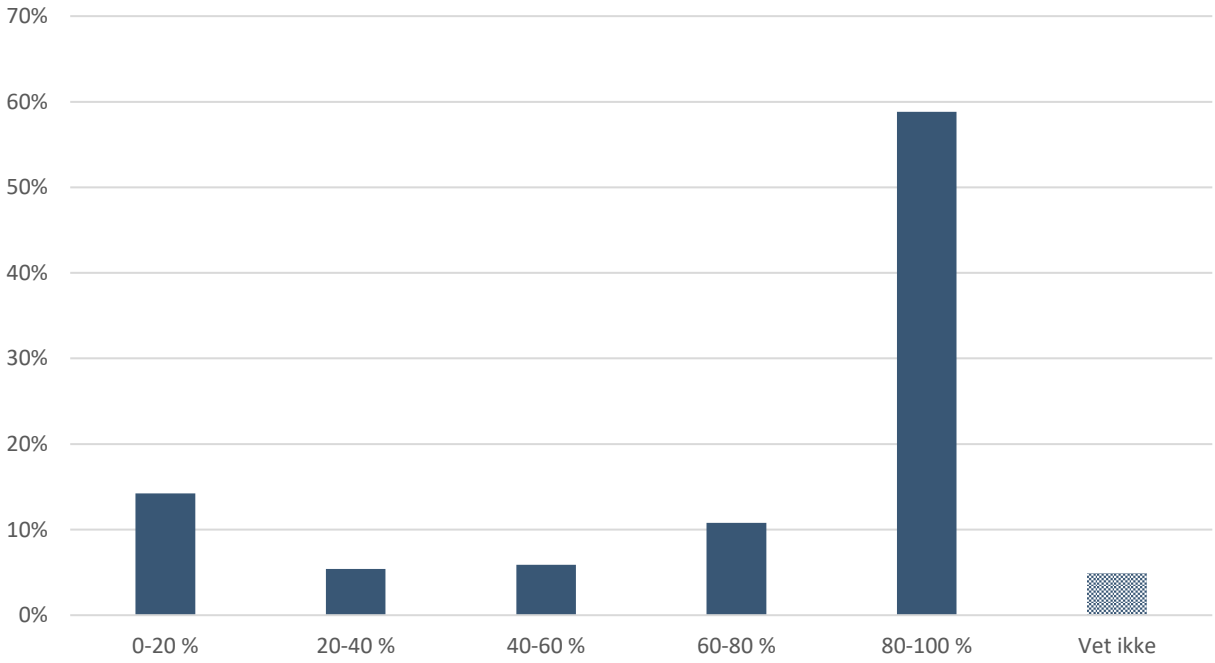
Figur 33: Spørsmålet i spørreundersøkelsen var: «Dersom en pasient kommer inn i apoteket, og er kvalifisert for Medisinstart, i hvor mange prosent av tilfellene har apoteket mulighet til å avtale medisinstartsamtale innenfor 2 uker etter oppstart?». N=205



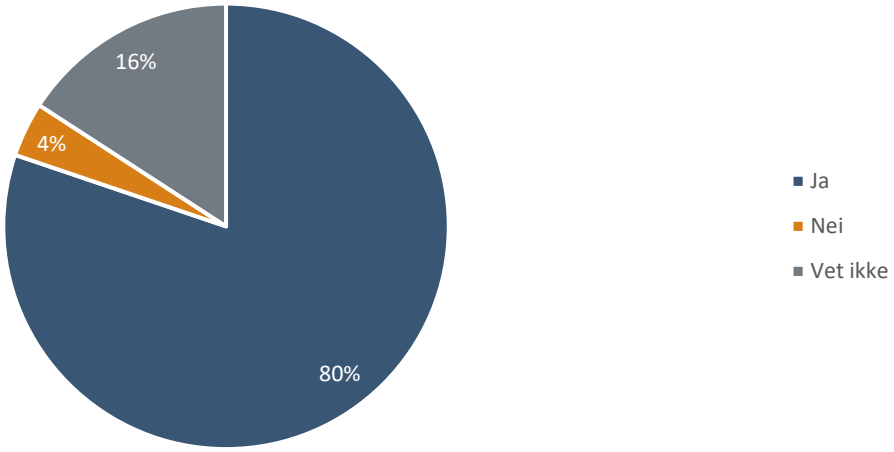
Figur 34: Spørsmålet i spørreundersøkelsen var: «Hva er årsaken til at apoteket ikke har mulighet til å gjennomføre medisinstartsamtaler for alle pasientene?». Ble gitt til de som oppga mindre enn 75-100 prosent på forrige spørsmål. N=105



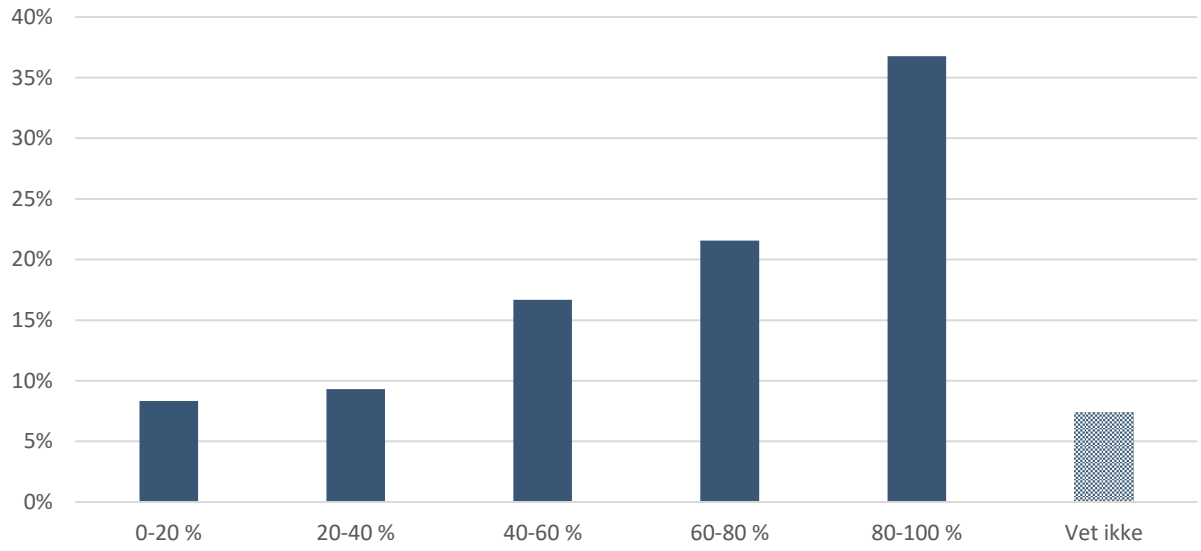
Figur 35: Spørsmålet i spørreundersøkelsen var: «Det siste halve året, hvor stor andel av medisinstartsamtalene er gjennomført på telefon?». N=204



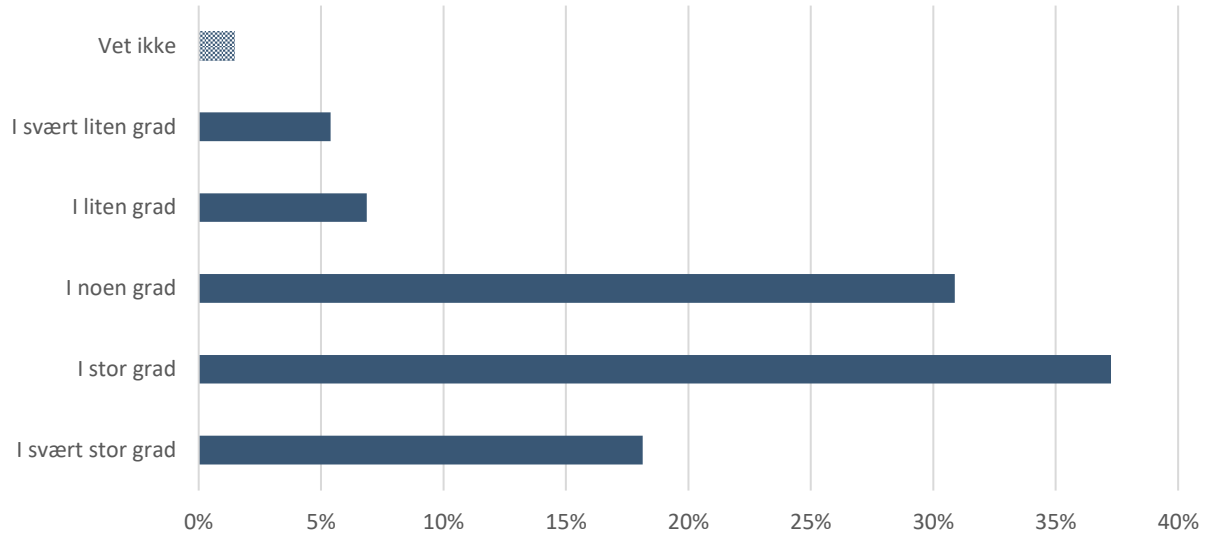
Figur 36: Spørsmålet i spørreundersøkelsen var: «Fungerer medisinstartsamtale på telefon like godt på telefon som ved fysisk oppmøte av pasienten?». N=202



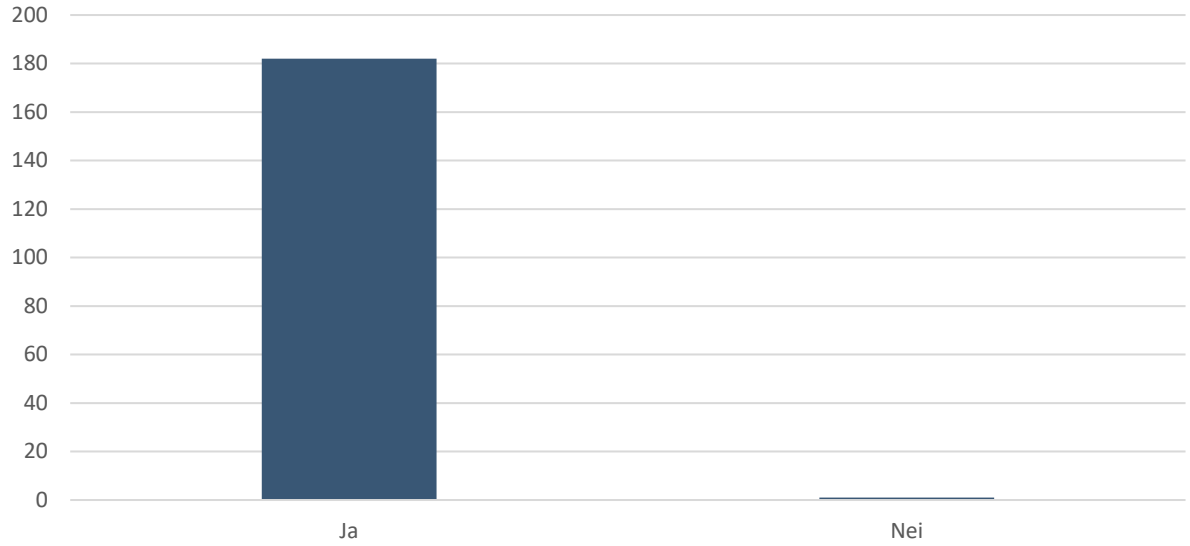
Figur 37: Spørsmålet i spørreundersøkelsen var: «Gitt at det ikke kommer nye smittevernstiltak, hvor mange medisinstartsamtaler tror du vil være på telefon det neste halve året?» N=204



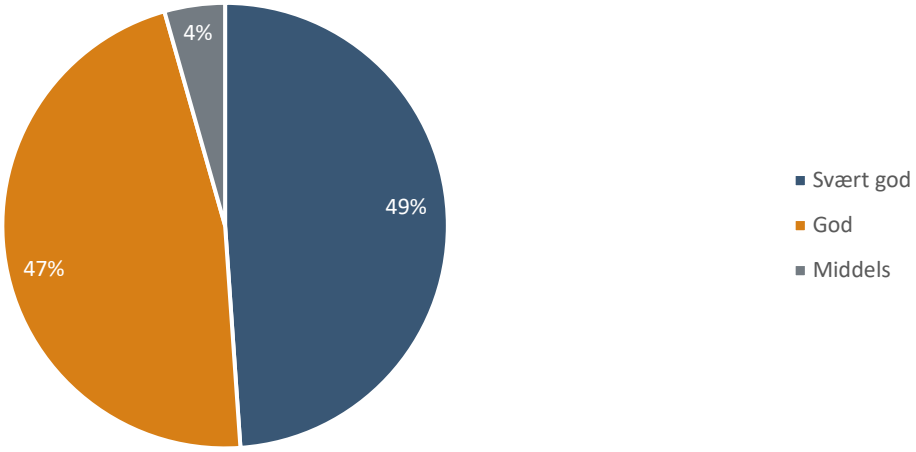
Figur 38: Spørsmålet i spørreundersøkelsen var: «Informerer apoteket der du arbeider om muligheten til medisinstartsamtale?». N=204



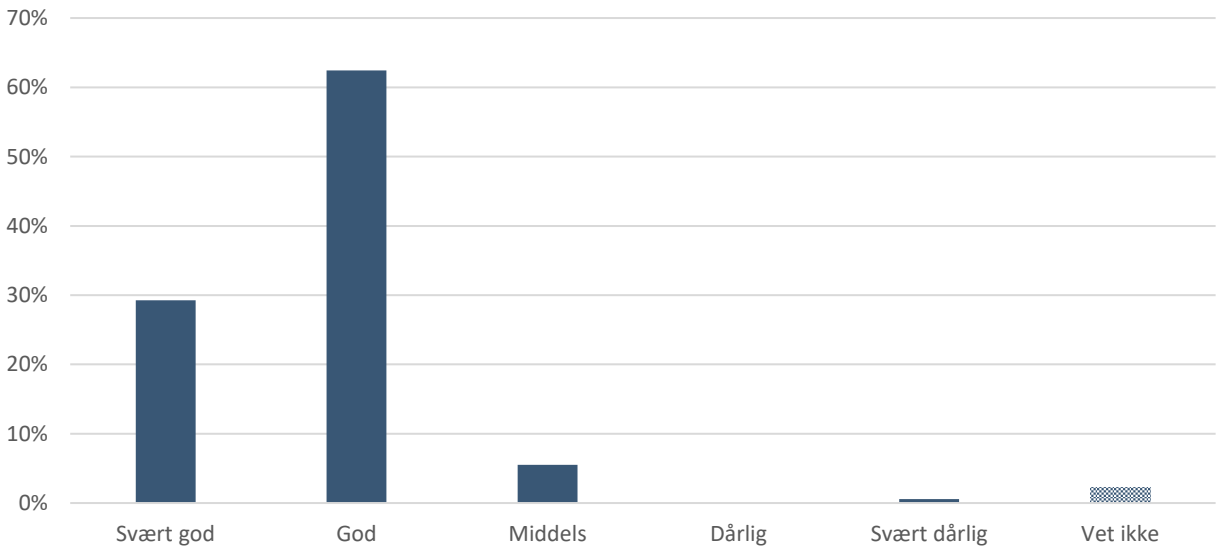
Figur 39: Spørsmålet i spørreundersøkelsen: «Har du gjennomgått, og fått godkjent den bransjefelles opplæringen knyttet til gjennomføring av medisinstartsamtaler?». N=183



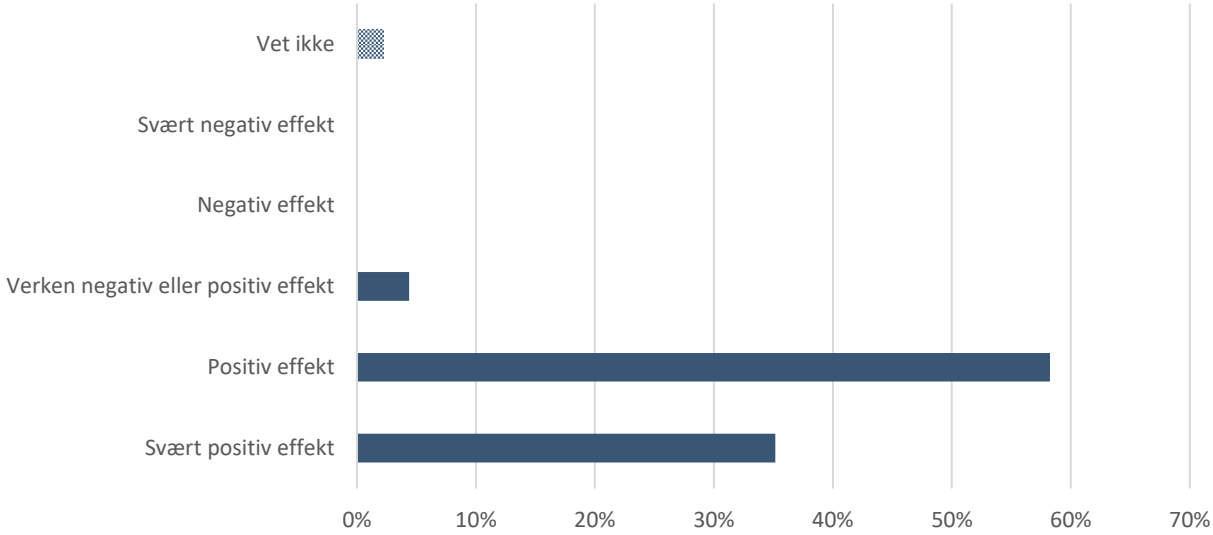
Figur 40: Spørsmålet i spørreundersøkelsen var: «Hvor god har opplæringen til medisinstart vært?». N=182



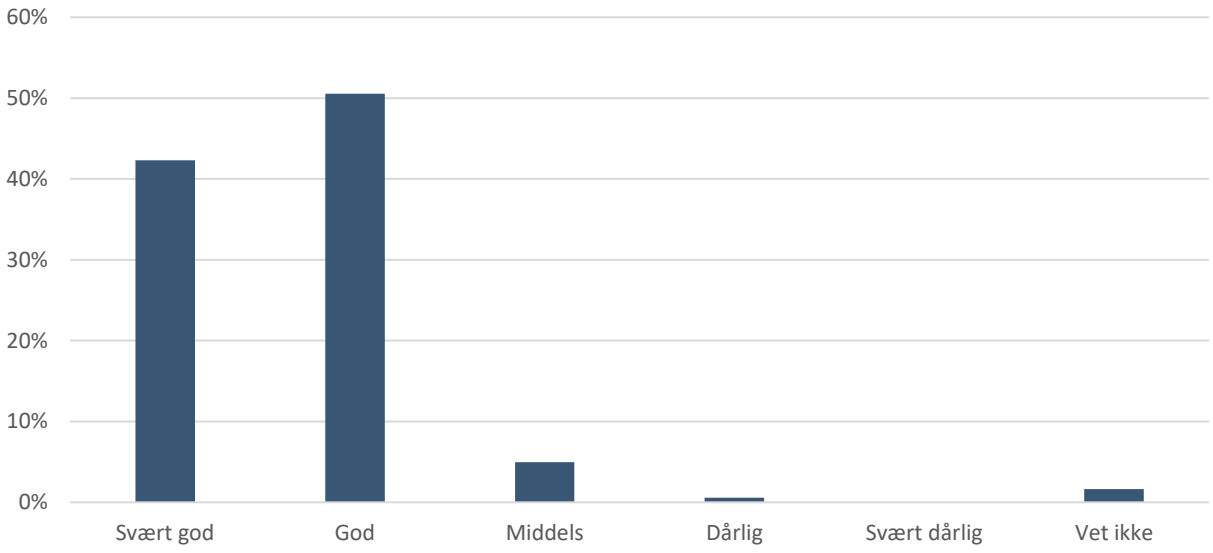
Figur 41: Spørsmålet i spørreundersøkelsen: «Hvordan opplever du gjennomføringen av medisinstartsamtalene?». N=181



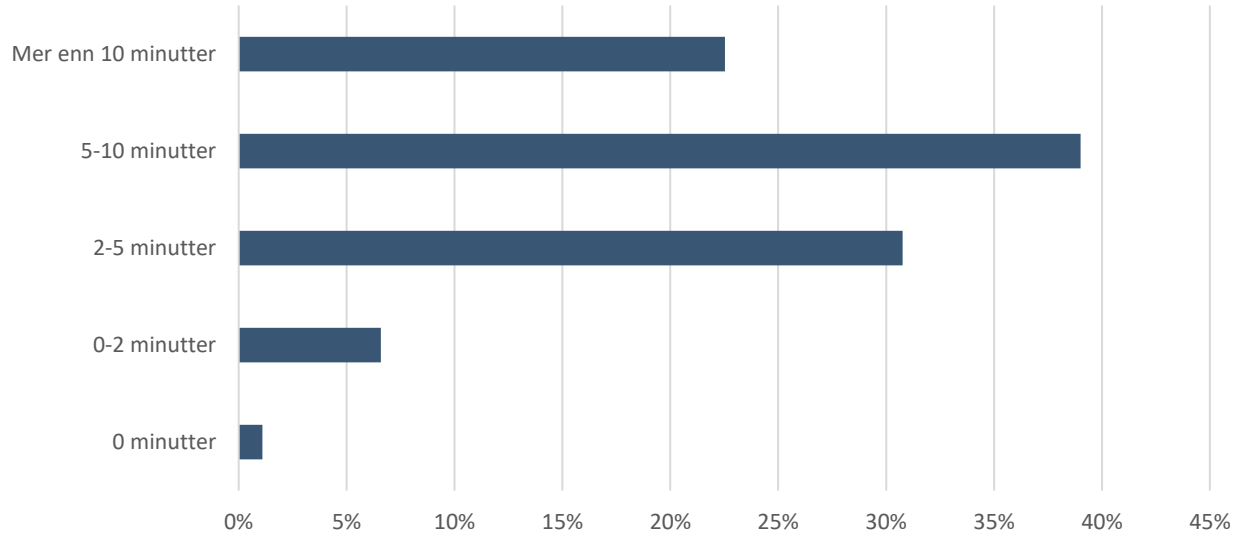
Figur 42: Spørsmålet i spørreundersøkelsen var: «Basert på din erfaring, i hvilken grad opplever du at medisinstartsamtalene har effekt for pasientens etterlevelse av legens ordinerte legemiddelbruk?». N=182



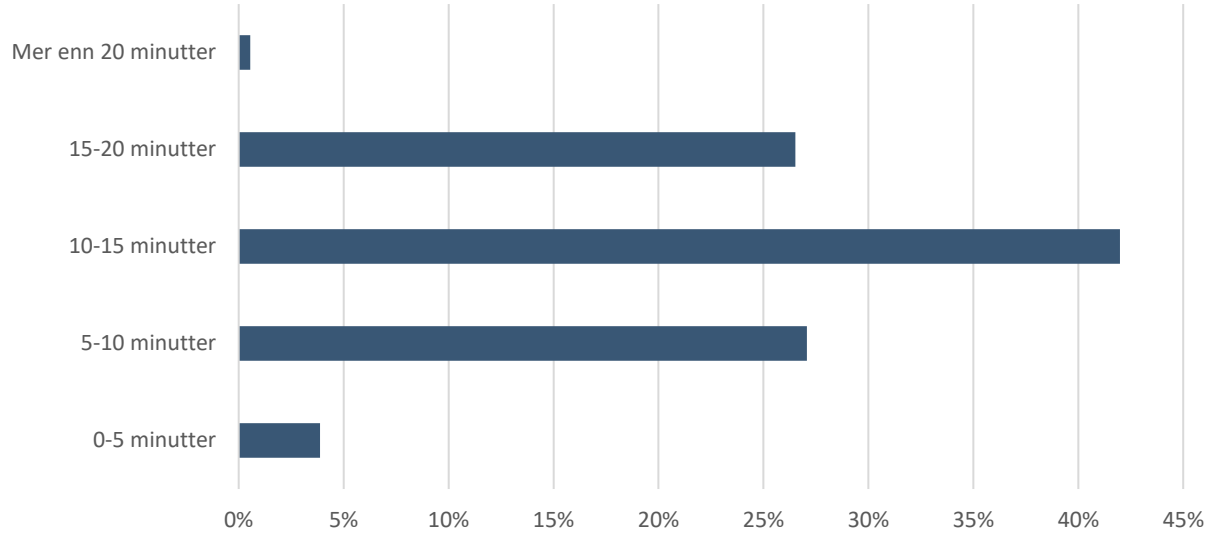
Figur 43: Spørsmålet i spørreundersøkelsen var: «Hvordan anslår du pasientens nytte av medisinstartsamtalene?».



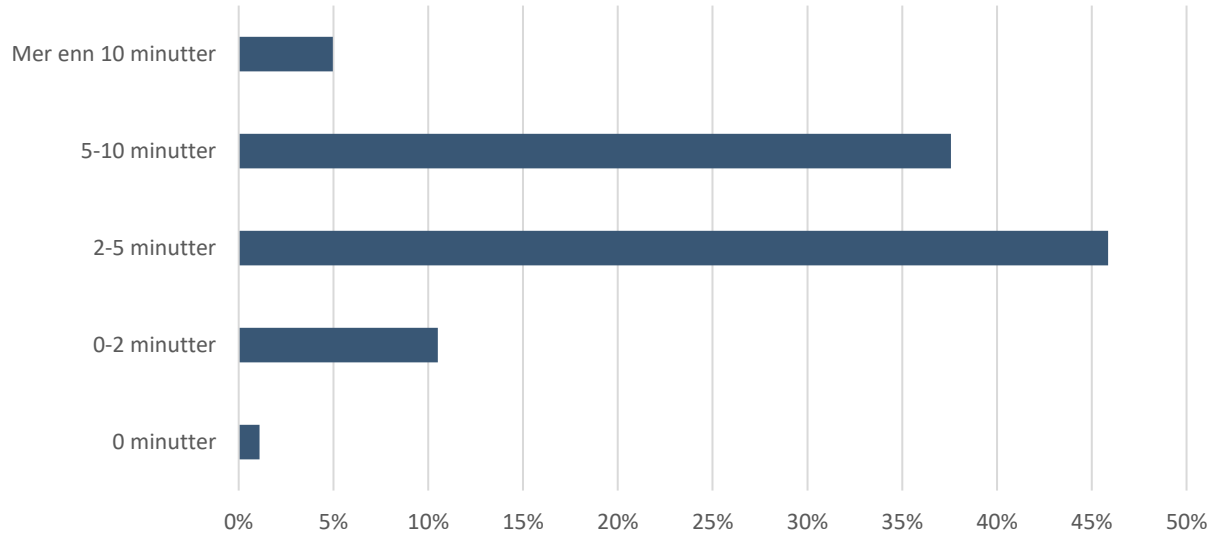
Figur 44: Spørsmålet i spørreundersøkelsen var: «I snitt, hvor lang tid bruker du på å forberede til en medisinstartsamtale?». N=182



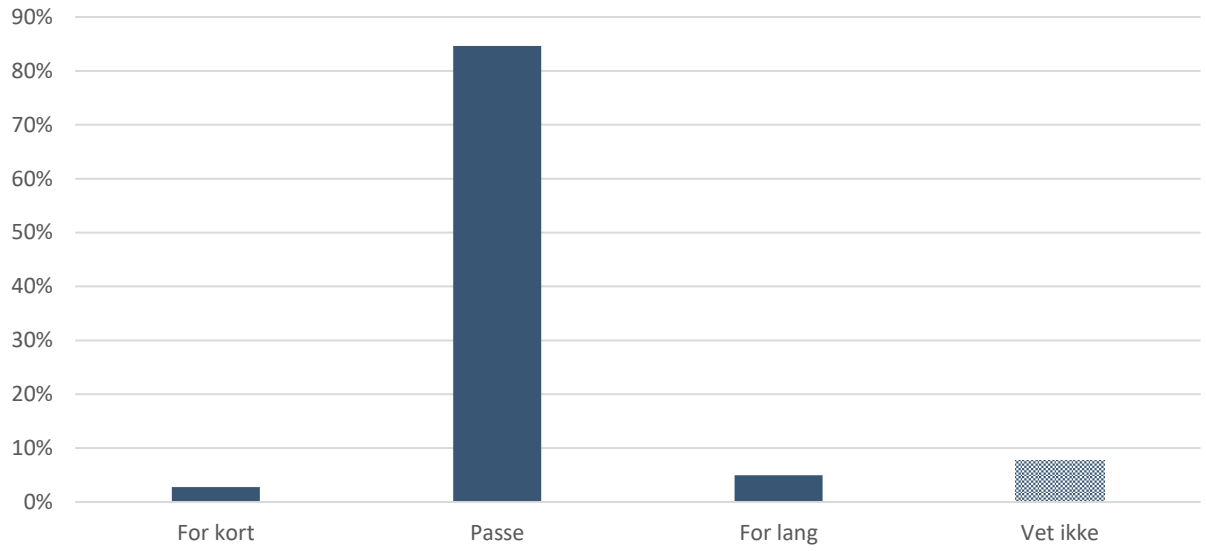
Figur 45: Spørsmålet i spørreundersøkelsen var: «I snitt, hvor lang tid tar det å gjennomføre en medisinstartsamtale?». N=181



Figur 46: Spørsmålet i spørreundersøkelsen var: «I snitt, hvor lang tid tar etterarbeidet av en medisinstartsamtale?». N=181



Figur 47: Spørsmålet i spørreundersøkelsen var: «Hvordan opplever du tidsperioden mellom medisinstartsamtale 1 og medisinstartsamtale 2?». N=182



Litteraturgjennomgang

I forbindelse med prosjektet har vi gjort et omfattende litteratursøk for å finne relevante norske og internasjonale studier og artikler. Litteraturgjennomgangen er gjort i tråd med hvordan FHI beskriver at en kunnskapsoppsummering bør gjennomføres. Stikkord som er benyttet i litteratursøket er «pharmacy-led interventions», «community pharmacy services", "medication adherence", «medication compliance» og «new medicine service». Litteraturlisten som fremkommer i det følgende, er øvrig litteratur utenom litteraturen som ligger i referanselisten ovenfor.

Litteraturliste

Berre, L. M., 2012. Legemiddelgjennomganger hos pasienter i allmennpraksis, Erfaringsbasert masteroppgave i klinisk farmasi: Farmasøytisk institutt, Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.

Boyd M, Waring J, Barber N, Mehta R, Chuter A, Avery AJ, et al., 2013. Protocol for the New Medicine Service Study: a randomized controlled trial and economic evaluation with qualitative appraisal comparing the effectiveness and cost effectiveness of the New Medicine Service in community pharmacies in England. Trials. 2013;14:411. DOI: 10.1186/1745-6215-14-411

Eines, T. F. & Måløy, E., 2016. Tverrprofesjonelt samarbeid om legemiddelgjennomgang og samstemming av medisinlister - Løsningen på økt pasientsikkerhet?, s.l.: Møreforsking.

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.

Elnaem MH, Rosley NFF, Alhifany AA, Elrggal ME, Cheema E., 2020. Impact of Pharmacist-Led Interventions on Medication Adherence and Clinical Outcomes in Patients with Hypertension and Hyperlipidemia: A Scoping Review of Published Literature. Journal of multidisciplinary healthcare. 2020;13:635-45. DOI: 10.2147/JMDH.S257273

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. Legemiddelgjennomganger hos pasienter i allmennpraksis, Erfaringsbasert masteroppgave i klinisk farmasi: Farmasøytisk institutt, Det matematisk-naturvitenskaplig 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.

Irish Pharmacy Union, IPU New Medicine Service Pilot 2017 Report, 2017. Tilgjengelig fra: https://ipu.ie/wp-content/uploads/2017/12/IPU-NMS-Pilot-2017-Report-Copy.pdf

Johansson, K., 2013. Läkemedelsgenomgångar i primärvården - ett samarbete mellanapoteksfarmaceut och husläkare, Erfaringsbasert masteroppgave i klinisk farmasi: Farmasøytisk institutt, Det matematisk naturvitenskaplig fakultet, Universitetet i Oslo.

Latif A, Waring J, Watmough D, Barber N, Chuter A, Davies J, et al., 2016. Examination of England's New Medicine Service (NMS) of complex health care interventions in community pharmacy. Research in social & administrative pharmacy: RSAP. 2016;12(6):966-89. DOI: 10.1016/j.sapharm.2015.12.007

Latif A, Waring J, Watmough D, Boyd MJ, Elliott RA., 2018. 'I expected just to walk in, get my tablets and then walk out': on framing new community pharmacy services in the English healthcare system. Sociology of health & illness. 2018;40(6):1019-36. DOI: 10.1111/1467-9566.12739

Macgregor SH, Hamley JG, Dunbar JA, Dodd TR, Cromarty JA. Evaluation of a primary care anticoagulant clinic managed by a pharmacist. BMJ (Clinical research ed). 1996;312(7030):560. 37.

Bou Malham C, El Khatib S, Cestac P, Andrieu S, Rouch L, Salameh P., 2021. Impact of pharmacist-led interventions on patient care in ambulatory care settings: A systematic review. International journal of clinical practice. 2021;75(11):e14864 DOI: 10.1111/ijcp.14864

Mandt, I., Horn, A. M. & Granås, A. G., 2009. Samhandling mellom allmennleger og apotek. Tidsskrift for Den norske legeforening, 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. https://www.england.nhs.uk/gp/casestudies/south-coast-medical-group-primary-care

Unn Sollid Manskow og Truls Tunby Kristiansen: Challenges Faced by Health Professionals in Obtaining Correct Medication Information in the Absence of a Shared Digital Medication List. *Pharmacy*, 2021, 9, 46. Doi.org/10.3390/pharmacy9010046

Milosavljevic A, Aspden T, Harrison J., 2018. Community pharmacist-led interventions and their impact on patients' medication adherence and other health outcomes: a systematic review. The International journal of pharmacy practice. 2018;26(5):387-97. DOI: 10.111/ijpp.12462

Kaae S, Dam P, Rossing C., 2016. Evaluation of a pharmacy service helping patients to get a good start in taking their new medications for chronic diseases. Research in social & administrative pharmacy : RSAP. 2016;12(3):486-95. DOI: 10.1016/j.sapharm.2015.08.002

Newman TV, San-Juan-Rodriguez A, Parekh N, Swart ECS, Klein-Fedyshin M, Shrank WH, et al., 2020. Impact of community pharmacist-led interventions in chronic disease management on clinical, utilization, and economic outcomes: An umbrella review. Research in social & administrative pharmacy : RSAP. 2020;16(9):1155-65. DOI: 10.1016/j.sapharm.2019.12.016

NHS England, 2019. Primary care networks: A briefing for pharmacy teams. Available at: https://www.england.nhs.uk/wpcontent/uploads/2019/06/pcn-briefing-forpharmacy-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-servicespecification-for-seasonal-flu.pdf

NHS England, 2019. The Community Pharmacy Contractual Framework for 2019/20 to 2023/24: supporting delivery for the NHS Long Term plan.https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/819 60 1/cpcf-2019-to-2024.pdf

NHS England, 2019. The NHS Long Term Plan. https://www.longtermplan.nhs.uk/wpcontent/uploads/2019/01/nhslong-term-plan-june2019.pdf.

Nkansah N, Mostovetsky O, Yu C, Chheng T, Beney J, Bond CM, et al. Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. The Cochrane database of systematic reviews. 2010(7):CD000336. DOI: 10.1002/14651858.CD000336.pub2

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.

Oslo Economics, 2020. Kartlegging av samarbeidsformer mellom legetjenesten i kommunen og farmasøyter. Kartlegging av samarbeidsformer mellom legetjenesten i kommunen og farmasøyter.pdf (helsedirektoratet.no)

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. https://www.prescriber.co.uk/wpcontent/uploads/sites/23/2019/11/Clinicalpharmacists-AC-made.pdf.

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. Available at: https://psnc.org.uk/wpcontent/uploads/2015/06/CPCF-summary-June2- 015.pdf.

Radley AS, Hall J, Farrow M, Carey PJ. Evaluation of anticoagulant control in a pharmacist operated anticoagulant clinic. Journal of clinical pathology. 1995;48(6):545.

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.

Robinson, J., 2018. The trials and triumphs of pharmacist independent prescribers. Available at: https://www.pharmaceutical journal.com/news-and-analysis/features/the-trials and-triumphs-of-pharmacist-independent prescribers/20204489.article?firstPass=false

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. Legemiddelgjennomganger 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.

Stewart D, Whittlesea C, Dhital R, Newbould L, McCambridge J., 2020. Community pharmacist led medication reviews in the UK: A scoping review of the medicines use review and the new medicine service literatures. Research in social & administrative pharmacy : RSAP. 2020;16(2):111-22. DOI: 10.1016/j.sapharm.2019.04.010

The King's Fund, 2019. kingsfund.org.uk.Availabl e at: https://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs-longterm-plan-explained.

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/.

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 farmasøyter 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.

Valverde-Merino, M., Martinrz-Martinez, F., Garcia-Mochon, L., Benrimoj, S., Malet-Larrea, A., Perez-Escamilla, B., Zarzuelo, M., Torres-Robles, A., Gastelurrutia, M., Varas-Doval, R., Zorilla, T., Garcia-Cardenas, V., 2021.Cost-Utility Analysis of a Medication Adherence Management Service Alongside a Cluster Randomized Control Trial in Community Pharma. Patient Prefer Adherence. DOI: 10.2147/PPA.S330371

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 farmasøyttjenester 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.

Menon Economics analyserer økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, organisasjoner og myndigheter. Vi er et medarbeidereiet konsulentselskap som opererer i grenseflatene mellom økonomi, politikk og marked. Menon kombinerer samfunns- og bedriftsøkonomisk kompetanse innenfor fagfelt som samfunnsøkonomisk lønnsomhet, verdsetting, nærings- og konkurranseøkonomi, strategi, finans og organisasjonsdesign. Vi benytter forskningsbaserte metoder i våre analyser og jobber tett med ledende akademiske miljøer innenfor de fleste fagfelt. Alle offentlige rapporter fra Menon er tilgjengelige på vår hjemmeside www.menon.no.

+47 909 90 102 | post@menon.no | Sørkedalsveien 10 B, 0369 Oslo | menon.no