

# Medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler som refunderes på blå resept

*Apotekforeningen og Bandagistenes næringspolitiske utvalg, september 2018*



## Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag .....	4
2	Innledning.....	5
2.1	Formål.....	5
2.2	Om arbeidet med rapporten .....	5
2.3	Brukere av medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler .....	5
2.4	Refusjonsutgifter .....	6
2.5	Rollen til apotek og bandasjist .....	7
3	Refusjonsområder .....	8
3.1	Inkontinens.....	8
3.1.1	Om inkontinens .....	8
3.1.2	Hjelpemidler ved inkontinens .....	9
3.1.3	Nøkkeltall og utviklingstrekk .....	10
3.1.4	Apotek og bandasjist sin rolle .....	11
3.2	Stomi.....	12
3.2.1	Om stomi .....	12
3.2.2	Hjelpemidler ved stomi .....	13
3.2.3	Nøkkeltall og utviklingstrekk .....	14
3.2.4	Apotek og bandasjist sin rolle .....	15
3.3	Diabetes.....	17
3.3.1	Om diabetes .....	17
3.3.2	Forbruksmateriell ved diabetes.....	17
3.3.3	Nøkkeltall og utviklingstrekk .....	18
3.3.4	Apotekets rolle .....	19
3.4	Urinretensjon .....	20
3.4.1	Om urinretensjon .....	20
3.4.2	Produkter ved urinretensjon .....	20
3.4.3	Nøkkeltall og utviklingstrekk .....	21
3.4.4	Apotek og bandasjist sin rolle .....	22
3.5	Næringsmidler .....	23
3.5.1	Innledning.....	23
3.5.2	Pasienter som kan få næringsmidler på blå resept.....	23
3.5.3	Næringsmidler som refunderes av folketrygden .....	24
3.5.4	Nøkkeltall og utviklingstrekk .....	25
3.5.5	Apotek og bandasjist sin rolle .....	26
3.6	Øvrige refusjonshjemler .....	28

3.6.1	Epidermolysis bullosa .....	28
3.6.2	Strupeopererte .....	28
3.6.3	Lungesyke .....	28
4	Andre særtrekk ved utlevering av medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler fra apotek og bandasjist .....	29
4.1	Behov for diskresjon og private samtaler .....	29
4.2	Varehåndtering, lagerhold og bestilling .....	29
4.3	Hjemleveranse til den enkelte bruker .....	30
4.4	Refusjonsveiledning til forskriver, resepthåndterer og pasient .....	31
4.5	Samarbeid og veiledning overfor hjemmesykepleie .....	31
5	Behov for et nytt pris- og avansesystem - tjenestebetaling .....	33
5.1	Innledning .....	33
5.2	Tjenestebetaling .....	33
5.2.1	Dagens tjenestebetaling i apotek .....	33
5.2.2	Brukere med ulike behov .....	34
5.2.3	Standardiserte strukturerte tjenester .....	34
5.2.4	Krav til apotek og bandasjist som mottar tjenestebetaling .....	35
5.3	Avansestruktur .....	35
6	Andre regulatoriske forhold .....	39
6.1	Utleveringssteder med oppgjørsavtale .....	39
6.2	Krav til leverandørene .....	39
6.3	Forenklinger med hensyn til reseptkrav .....	40
7	Forslag til oppfølging .....	41

## 1 Sammendrag

Mellom 350 000 og 400 000 pasienter henter hvert år ut medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler på blå resept. En stor andel av brukerne er eldre mennesker. Et godt tilbud til pasientene på dette området bidrar til å oppfylle politiske mål om redusert sykefravær og økt sysselsetting, samt å gjøre det mulig for flere eldre å bo i eget hjem. Dersom det ikke gjøres endringer i dagens avansesystem er det en betydelig risiko for at dagens tjenestetilbud i apotek og hos bandasjist bygges ned. Dette vil skape økt press på den offentlige helsetjenesten, og gi et dårligere tilbud for pasientene.

I dag får utleverer betalt i form av et prosentpåslag på innkjøpspris som normalt er mellom 18 og 37 prosent. Denne avansen skal dekke varehåndtering og utlevering, løpende rådgivning og veiledning, samt spesiell oppfølging av pasienter. Avansen er den samme for de som aktivt hjelper pasientene med veiledning og oppfølging, og for de som bare driver utlevering. Vi mener dette avansesystemet er utdatert. Fremtidens system må gi riktige insentiver for å opprettholde et godt tjenestetilbud, og sikre at dette ikke undergraves av netthandel og direktesalg.

Apotekforeningen og Bandagistenes næringspolitiske utvalg mener at et fremtidig betalings- og avansesystem for medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler kan etableres etter modell fra legemiddelområdet. For legemidler får apotek et kronebeløp for hver legemiddelpakning i tillegg til et prosenttillegg basert på apotekets innkjøpspris. I løpet av de siste årene er kronetillegget økt og prosenttillegget redusert. Det er også innført takster og tjenestebetaling for inhalasjonsveiledning, medisinstart og utlevering av LAR-legemidler.

Vi skisserer i denne rapporten hvordan en løsning til fremtidig betalings- og avansesystem kan utformes, uten at det øker kostnadene til folketrygden eller pasientene. Vi mener at det bør etableres en arbeidsgruppe med representanter fra Helsedirektoratet, Helfo, apotek og bandasjister for å utarbeide en ny modell for betaling og avanse.

## 2 Innledning

### 2.1 Formål

Dagens avansesystem for medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler som refunderes av folketrygden gir apotek og bandasjist økonomiske insentiver for varesalg, men det mangler gode insentiver for å yte gode tjenester som er viktige og nødvendige for mange pasienter. Formålet med denne rapporten er å belyse problemstillingen og fremme forslag til et nytt avanse- og betalingssystem for utlevering av medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler på blå resept.

Bandasjist og apotek sørger for sikker og trygg utlevering av medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler, og at mottakeren får råd og veiledning om riktig produkt og korrekt bruk. I mange tilfeller sitter helsepersonell hos bandasjist og i apotek på kompetanse som ikke er tilgjengelig for pasientene gjennom andre deler av helsetjenesten. En videreføring av dette tilbudet er nødvendig for å sikre gode liv for brukerne, og legge til rette for å redusere hjelpebehovet fra andre deler av helsetjenesten.

I Norge er det om lag 75 bandasjister med oppgjørsavtale. De fleste av disse er tradisjonelle bandasjistbutikker som er spredt i alle landsdeler, men det er også helseforetak, leverandører og grossister som har oppgjørsavtale med Helfo som bandasjist. Over 900 apotek landet rundt har også oppgjørsavtale med Helfo. Det er imidlertid ingen krav til at aktører som får oppgjørsavtale med Helfo faktisk yter tjenester overfor brukerne, se nærmere om dette i kapittel 6.1.

I dag får utleverer betalt i form av et prosentpåslag på innkjøpspris som normalt er mellom 18 og 37 prosent. Denne avansen skal dekke varehåndtering og utlevering, løpende rådgivning og veiledning, samt spesiell oppfølging av pasienter. Avansen er den samme for de som aktivt hjelper pasientene med veiledning og oppfølging, og for de som bare utleverer varer uten rådgivning. I dag har alle tradisjonelle bandasjistbutikker og apotek god kompetanse innenfor de fleste refusjonsområdene. Innenfor enkelte områder, særlig innenfor stomi, er det et mindre antall utleveringssteder som har kompetanse til å gi god veiledning og oppfølging til pasienter med særskilte behov.

Dette systemet er utdatert, og bør endres slik at det gir riktige insentiver for å opprettholde et godt tjenestetilbud og ikke undergraves av netthandel og salg direkte fra leverandør.

### 2.2 Om arbeidet med rapporten

Denne rapporten er utarbeidet av Bandagistenes næringspolitiske utvalg og Apotekforeningen. I arbeidet med rapporten er det nedsatt en ressursgruppe med representanter fra Banda-kjeden, de tre store apotekkjedene og fra sykehusapotekene. Det er videre gjennomført samtaler med representanter for flere apotek/bandasjister.

Vi har innhentet data fra Helfo på refusjonskostnad og egenandel, samt antall brukere, pakker og utleveringer i 2017. Videre har vi hentet informasjon fra Helfos rapporter om de ulike refusjonshjemlene som er utarbeidet i perioden i 2013 til 2017.

I rapporten er det tatt inn flere pasienthistorier for å illustrere hvordan apotek og bandasjist gir råd og veiledning til ulike pasienter med forskjellige behov. Disse historiene er hentet fra apotek og bandasjister, men er anonymisert.

### 2.3 Brukere av medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler

Mellom 350 000 og 400 000 pasienter henter hvert år ut medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler på blå resept. En stor andel av brukerne er eldre mennesker, og antallet brukere øker år for år. Dette skyldes befolkningsvekst og en økende andel eldre i befolkningen. Mens befolkningen i Norge er doblet

siden 1921, har antallet over 67 år doblet seg siden 1967. Aldersgruppen over 80 år er doblet siden 1978.

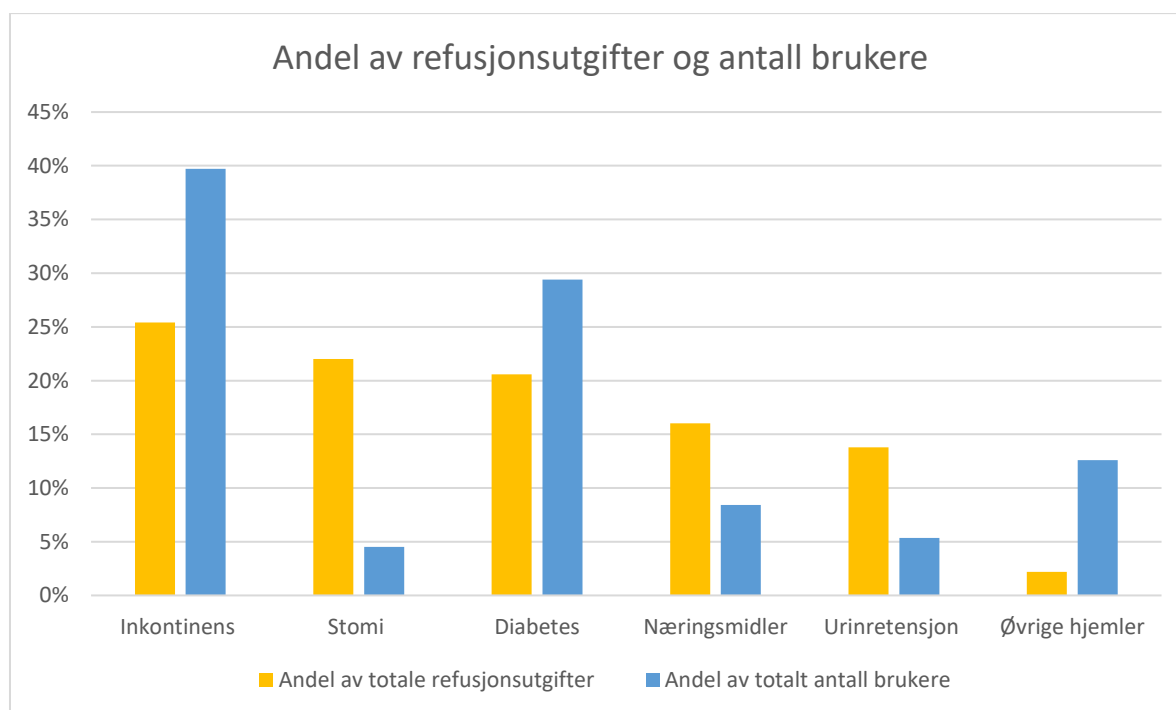
Behovet for medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler på blå resept forsterkes av at stadig flere eldre lever hjemme. I den grad de har behov for daglige pleie- og omsorgstjenester mottar de i økende grad disse i hjemmet i stedet for å flytte til institusjon. Denne utviklingen er en del av en ønsket politikk.

## 2.4 Refusjonsutgifter

Folketrygdens utgifter til forbruksmateriell og næringsmidler over blåreseptordningen var i 2017 på 2,57 mrd. kroner inkl. mva. I tillegg kommer egenandeler fra pasienten på 104 mill. kroner.

Folketrygdens utgifter fordeler seg slik på de ulike refusjonshjemlene:

Refusjons-hjemmel	Refusjonsutgift i mill. kroner	Antall brukere	Refusjonsutgift per bruker
Inkontinens	638,4	177 811	3 591
Stomi	579,9	20 257	28 626
Diabetes	515,0	131 577	3 914
Næringsmidler	422,6	37 652	11 223
Urinretensjon	361,1	24 004	15 042
Øvrige hjemler	57,6	56 360 <sup>1</sup>	1 022
<b>Totalt</b>	<b>2 574,6</b>	<b>447 661<sup>2</sup></b>	<b>5 984</b>



<sup>1</sup> 56 360 er summen av unike brukere per hjemmelspunkt. Fordi én bruker kan motta materiell på flere hjemmelspunkt, er reelt antall brukere sannsynligvis noe lavere enn 56 360.

<sup>2</sup> 447 661 er summen av unike brukere for alle hjemmelspunktene. I 2017 var det 355 855 unike brukere som mottok medisinsk forbruksmateriell etter § 5 og 37 652 som mottok næringsmidler etter § 6.

I perioden 2010 til 2015 økte refusjonsutgiftene årlig med mellom 5 og 8 prosent. De siste to årene har veksten vært betydelig lavere. Fra 2016 til 2017 økte refusjonsutgiftene med 3,5 prosent. Når det gjelder vekst i antallet brukere har det vært en motsatt tendens med en årlig vekst på om lag 2 prosent fra 2010 til 2013, mens fra 2013 til 2017 har den årlige veksten i gjennomsnitt vært på over 3 prosent.

Hovedtendensen er at veksten i refusjonsutgifter siden 2010 kan tilskrives en naturlig økning av antall brukere, på grunn en økning i antallet eldre, hjemmeboende mennesker. Justert for generell prisstigning (endring i KPI) var det en svak økning i refusjonsutgift per bruker de første årene etter 2010, mens det har vært en nedgang de siste årene. Innenfor de fleste refusjonsområdene har refusjonsutgift per bruker gått ned de siste årene.

## 2.5 Rollen til apotek og bandasjist

En god ordning for å sikre befolkningen tilgang til nødvendig medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler er en forutsetning for å oppfylle flere politiske målsetninger:

- Sikre befolkningen god helsehjelp uavhengig av betalingsevne og bosted
- Bidra til at den eldre befolkningen får et liv med mening og verdighet, herunder muligheten for å bo hjemme
- Bidra til å holde folk i arbeid

Medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler utleveres av apotek og bandasjist (kalles også for utleverer). Pasienten mottar råd og veiledning, og får hjelp til å finne riktig utstyr. Utleverer kontrollerer at pasienten har rett til refusjon fra folketrygden og sender oppgjørskrav til Helfo. Pasienten betaler kun eventuell egenandel til apotek/bandasjist.

Bandasjister og apotek har til sammen om lag 1 000 utleveringssteder for medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler på blå resept spredt over hele landet, med ansatt autorisert helsepersonell med omfattende praktisk erfaring:

- 150 – 200 sykepleiere, mange med spesialkompetanse i stomi, urologi mv.
- 3 800 farmasøyter
- 3 300 apotekteknikere

Produkt- og prislister fra Helfo viser hvilke produkter pasientene kan få på blå resept. Listene inneholder mange tusen ulike varenumre. Dette innebærer at apotek og bandasjist, i tillegg til råd og veiledning til pasientene, også bruker mye tid til varebestilling og -håndtering. Ofte skriver legen «åpne» resepter uten å presisere hvilke produkter som skal utleveres, f.eks. «materiell ved inkontinens». Dette skyldes ofte at lege ikke vet hvilke produkter pasienten skal benytte, og det gir også muligheter for å gjøre endringer over tid med hensyn til hvilke produkter som brukes. Dette innebærer at apotek og bandasjist, i samarbeid med pasienten, må bruke tid på å finne ut hvilke produkter som er best egnet for den enkelte pasient.

## 3 Refusjonsområder

Avansen er fastsatt av myndighetene og varierer innenfor hver refusjonshjemmel og varenummer. Avansen er i hovedsak fastsatt som et prosenttillegg på nettoppris (apotekenes og bandasjistenes innkjøpspris). Selv om en vare er satt opp på produktlistene under flere hjemmelsområder, gjelder det bare én refusjonspris, ved at den laveste aktuelle avansesatsen benyttes. Det er med dagens avansesystem liten sammenheng mellom den jobben apotek og bandasjist utfører og betalingen.

Avansen skal dekke varehåndtering og utlevering, løpende rådgivning og veiledning, samt spesiell oppfølging av pasienter. Avansen er den samme for de som aktivt hjelper pasientene med veiledning og oppfølging, og for de som bare driver utlevering. Dagens avansesystem gir apotek og bandasjister økonomiske incentiver til å fokusere på varesalg, og ikke på god tjenesteyting. Dette kan over tid undergrave et godt faglig tilbud.

Apotek utleverer forbruksmateriell og næringsmidler for over 2 mrd. kroner, hvorav sykehusapotek for 104 mill. kroner, mens bandasjistene står for utlevering for nærmere 650 mill. kroner, eller vel 24 prosent av utgiftene.

I kapittel 3.1 til 3.5 er det en grundig gjennomgang av de fem største refusjonshjemlene (inkontinens, stomi, diabetes, urinretensjon og næringsmidler). Refusjonshjemlene med størst utgifter for folketrygden presenteres først. I kapittel 3.6 er det en kort presentasjon av de øvrige hjemlene. Alle tall i dette kapitlet er fra 2017 hvis ikke annet er spesifisert. Omsetningstall inkluderer mva.

### 3.1 Inkontinens

#### 3.1.1 Om inkontinens

Inkontinens defineres som det å ikke kunne holde på noe. Ordet brukes særlig om manglende evne til å holde på avføring og/eller urin. Årsakene kan blant annet være sykdommer i nervesystemet, svekket bekkenbunnsmuskulatur og forstørret prostata hos menn.

Det finnes ulike lekkasjetyper:

- Anstrengelseslekkasje (stressinkontinens) – lekkasje ved host, nys eller hopp.
- Hastverkslekkasje/tranglekkasje (overaktiv blære) – kraftig trang til å late vannet som er vanskelig/umulig å holde igjen.
- Blandingslekkasje – en blanding av disse to lekkasjetyper.
- Overløpslekkasje (dryppinkontinens) - kjennetegnes ved at det drypper små mengder urin hele tiden.
- Sengevæting (manglende hormonutskillelse) – lekkasje om natten under søvn
- Avføringslekkasje – lekkasje av luft og/eller avføring.

Helfo anser det sannsynlig at 300-400.000 mennesker har urinlekkasjer i Norge. I tillegg er det ca. 70.000 som opplever lekkasje av avføring. Urinlekkasje rammer mennesker i alle aldersgrupper; barn, voksne og eldre mennesker. Det er blant eldre at man finner størst andel inkontinente. Pga. økende alder i befolkningen, vil det være en stor samfunnsøkonomisk gevinst å sette inn tiltak på forebygging



og lavterskelbehandling av inkontinens. Problemet er tabubelagt, forbundet med mye skam og isolering. Inkontinens er også en viktig årsak til at mange eldre må flytte på institusjon<sup>3</sup>.

*Pasienthistorie: Mann som aldri har brukt inkontinensprodukter før*

*Kjell (70) har fått lett inkontinens etter prostataoperasjon, og har fått resept på inkontinensprodukter fra legen. Han synes inkontinens er pinlig å snakke om, og er tydelig reservert og sjenert når han går inn på apoteket. Han finner inkontinenshyllen, men er usikker på hvilket produkt han skal velge. Den apotekansatte oppfatter Kjells kroppsholdning, og spør om han vil være med inn på samtalerommet for at de sammen skal finne riktig produkt og snakke uforstyrret. Inne på samtalerommet får Kjell se de aktuelle produktene som henger på produkttavlen, sånn at han kan se hvilket/hvilke han ønsker å prøve. Han får med seg et par brosjyrer og vareprøver på de produktene han likte best. Kjell drar fra apoteket med en følelse av å bli godt ivarett og at det er greit å snakke med apotekansatte om inkontinens.*

### 3.1.2 Hjelpemidler ved inkontinens

Det er årlig nærmere 180 000 mennesker som mottar stønad til forbruksmateriell for inkontinens. Brukergruppen av inkontinensmateriell er ekstremt varierende og inneholder brukere som har meget forskjellige behov. Flere med inkontinensproblematikk har også ofte utfordringer med å tømme blæren (urinretensjon) og/eller forstoppelse (obstipasjon) og stomi. Situasjonen for mange er kompleks hvilket medfører at behovene kan endre seg både i forhold til omfang, tid og produktvalg.

Bind og bleier er de vanligste produktene å benytte ved inkontinens, og utgjør ¾ av refusjonsutgiftene. Produktene finnes med ulik absorpsjonsgrad og utforming. Absorpsjonsgraden vises ulikt hos ulike produsenter. Typisk er en skala fra 1 til 10 eller 1 til 8, der 1 er minste absorpsjon. Bleiene er delt inn i grupper i forhold til absorpsjonsgrad (lett, middels og tung) og produkttype (bleier, beltebleier, buksebleier) i produkt- og prislisten. Av annet utstyr kan nevnes bl.a. sengekladder, barrierekremer, fikseringstruser, uridomer og analirrigasjonsutstyr. Et inkontinensprodukt tilpasses ut ifra riktig størrelse, absorpsjonskapasitet, skiftfrekvens og ønsker/behov.

*Pasienthistorie: Hjemmeboer har utfordringer med hudirritasjon og lekkasje.*

*Hjemmesykepleien kontakter apoteket for å få råd og veiledning til en bruker som opplever lekkasje på natten, og sliter ellers med rød og irritert hud nedentil. Apoteket stiller relevante spørsmål, som om produktet sitter tett mot kroppen, om det er riktig størrelse og absorpsjonskapasitet og om brukeren har sensitiv hud eller har andre hudlidelser og evt. om det er andre relevante hensyn en må ivareta. De finner sammen frem til hygiene- og barriereprodukter som kan passe bra for hudirritasjonene til brukeren. Apoteket tilbyr også hjemmesykepleien kurs om hvilke produkter som finnes på markedet, riktig bruk, hvordan de finner riktig produkt til riktig bruker og generell informasjon om produktene samt siste nytt.*

<sup>3</sup> <http://miun.diva-portal.org/smash/get/diva2:530149/FULLTEXT01.pdf>  
<https://www.nsf.no/Content/2355663/uroinfo-juni14-web.pdf>

### 3.1.3 Nøkkeltall og utviklingstrekk

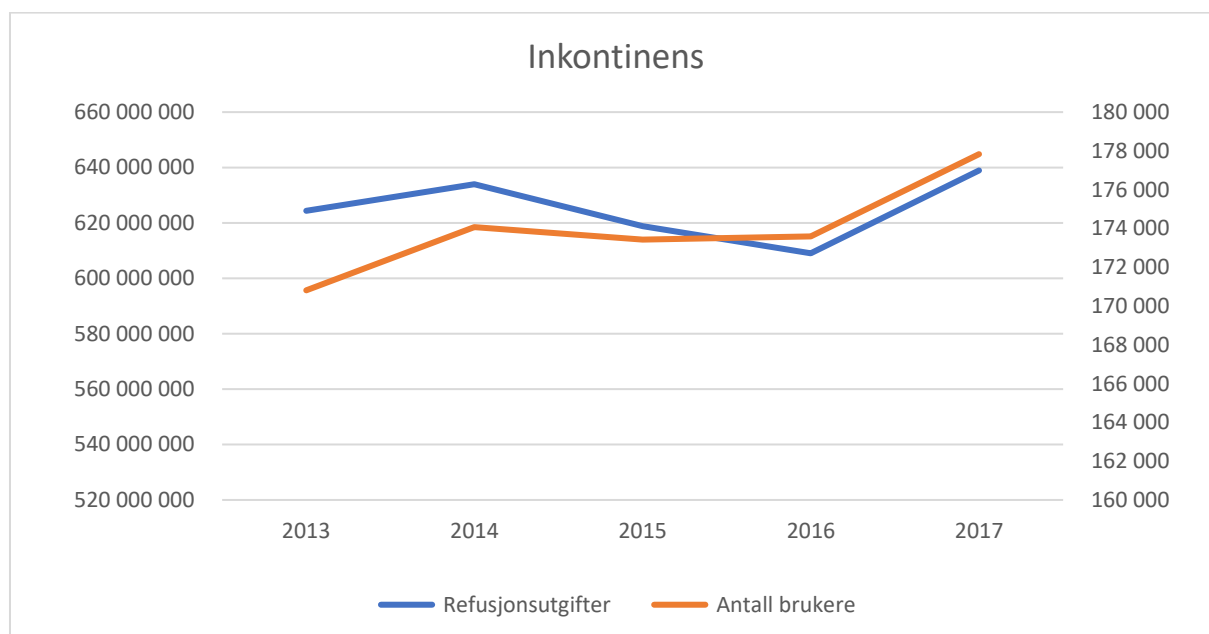
Inkontinensutstyr utleveres både fra apotek og bandasjist. Bandasjister hadde i 2017 28,2 prosent av omsetningen.

Antall brukere av inkontinensprodukter i Norge er 177 811

Omsetning	Beløp i mill. kroner	Kroner per bruker
Refusjon	638	3 591
Egenandel	42	235
Sum	680	3 826

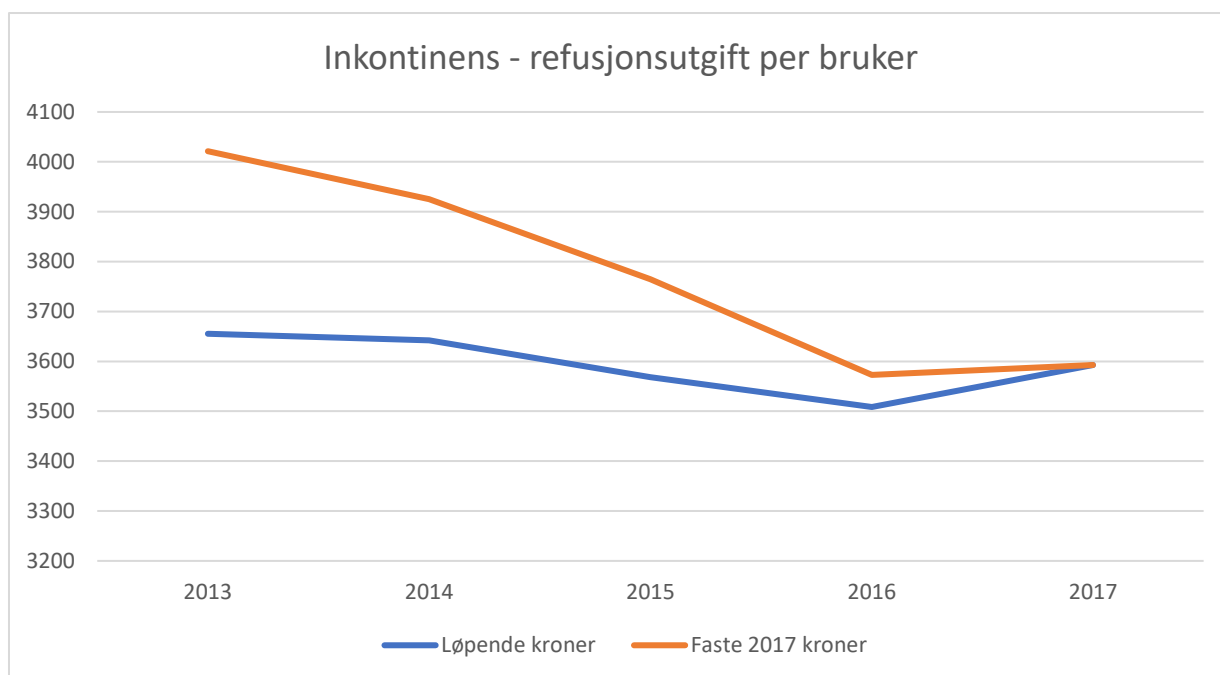
Avanse (37 pst) <sup>4</sup>	147 mill. kroner
Antall pakker utlevert	6 727 166 pakker
Avanse per pakke	21,85 kroner

I perioden 2013 til 2017 økte refusjonsutgiftene fra 624 mill. kroner til 638 mill. kroner (+2,2 pst).



Justert for prisstigning (KPI) har det i perioden reelt vært en nedgang i refusjonsutgiftene på 7,1 pst. I samme periode økte antallet brukere fra 170 810 til 177 811 (+4,1 pst). Det har dermed vært en reell nedgang i refusjonsutgift per bruker på 10,8 pst.

<sup>4</sup> Avanse er beregnet på grunnlag av Helfos tall på refusjonsutgifter og egenandel, samt fastsatt avansesats på 37 prosent for inkontinens. Det er ikke tatt hensyn til at produkter som refunderes for inkontinens kan ha lavere avansesats enn 37 prosent fordi de er oppført på flere produkt- og prislister, og den laveste avansesatsen gjelder.



#### 3.1.4 Apotek og bandasjist sin rolle

Når nye brukere oppsøker apotek og bandasjist for å hente hjelpemidler ved inkontinens gjennomføres det som regel en samtale på et separat informasjonsrom der kundens behov avdekkes, produkter som passer til pasienten samt tilleggsprodukter for å forebygge eller behandle sårhet etc. Videre gis det opplæring og rådgivning i bruk av produktene. Apotek og bandasjist kan også gi veiledning i forebyggende tiltak, f.eks. røykeslutt, bekkenbunntrening, kosthold, tarmregulerende midler og hudomsorg. Varigheten på disse samtalene varierer fra bruker til bruker, og våre medlemmer antyder at førstegangssamtaler tar mellom 5 og 30 minutter.

Ofte vil nye brukere ha behov for en oppfølgingssamtale etter å ha brukt produktene i en kort periode, og eventuelt justere produktvalg. Videre kan være behov for nye samtaler dersom pasientens behov endrer seg over tid, eller det kommer nye produkter på markedet som er bedre egnet.

Særlig er det et behov for å bruke tid til råd og veiledning av pasienter med middels og tung inkontinens, da de ofte har større og mer komplekse utfordringer. Apotek og bandasjist gjennomfører også hjemmebesøk til noen pasienter. Hjemmesøk er ofte initiert av hjemmesykepleien, omsorgsboliger etc. dersom pasientene har utfordringer som det offentlige helsevesenet ikke selv klarer å løse.

## 3.2 Stomi

### 3.2.1 Om stomi

En stomi er en kunstig kroppsåpning fra et organ ut av huden. Det finnes ulike varianter av stomier. De mest vanlig, der pasientene får refundert materiell etter blåreseptforskriften, er:

- Colostomi der tykktarmen legges ut (mest vanlig)
- Ileostomi der tynntarmen legges ut
- Urostomi der urinveiene legges ut (minst vanlig)

Om lag 20 000 pasienter i Norge har til enhver tid stomi. Årlig får ca. 2 000 pasienter en ny stomi, hvorav ca. halvparten får en midlertidig stomi<sup>5</sup>. Pasienter kan få en midlertidig eller permanent stomi, bl.a. som følge av:

- Kreft/Kreftbehandling
- Tarmsykdommer eller sykdommer i urinveiene
- Medfødte misdannelser
- Ulykker

Enkelte pasienter kan velge å få en stomi. Det kan være tilfelle for lamme pasienter som er avhengig av hjelp for å komme på toalettet, og foretrekker en stomi som de kan håndtere selv.

Bandasjist og apotek spiller en viktig rolle for å gi stomipasienten god livskvalitet i en krevende situasjon. Samfunnet har mye å vinne på å unngå unødvendige komplikasjoner, få pasientene raskt tilbake i jobb og unngå sykemelding eller uførhet.

#### *Pasienthistorie: Festet stomi med tape.*

*Mann (62) hadde hatt colostomi i et år og kom innom den lokale bandasjisten. Han fortalte at han ikke hadde noen problemer med verken huden eller lekkasje fra stomi. Hans kone brøt inn og sa «du klager ofte at det kan klø litt». Den ansatte spurte om å få se på det, og de gikk inn på samtalerommet. Mannen hadde festet microtape oppover magen for å feste posen inntil kroppen fordi han syntes posen stod ut. Han hadde fått en allergisk reaksjon og forstod ikke hvorfor dette kunne oppstå siden han brukte hudvennlig tape. Bandasjisten anbefalte fikseringsbelter for å få posen mindre synlig, og forklarte at silikontape er et bedre alternativ for huden, men at stomiposen kan gjøres mindre synlig på andre måter. Etter en uke var kløen og allergien helt borte.*

---

<sup>5</sup> <https://www.norilco.no/informasjon>

### 3.2.2 Hjelpemidler ved stomi

Personer som har utført et stomiinngrep vil ha behov for å stelle og bandasjere kroppsåpningen. Utstyr må tilpasses individuelt etter bl.a. sykdomsforløp, livsstil og stomitype, og det er derfor behov for et vidt spekter av medisinsk forbruksmateriell.

I 2017 gikk 70 prosent av refusjonsutgiftene til utlevering av poser og hudplater, 22 prosent til hjelpemateriell (tetningsprodukter, plasterfjerningsmidler, hudfilm og barrierekremer, posedeoranter, kompresser), og 7 prosent til urostomi, nefrostomi<sup>6</sup> og kontinente stomier (urinposer, kateter, sprøyter, bandasjer).

#### *Pasienthistorie: feil platestørrelse og smertefulle sår på hud*

*Mann (55) er på apoteket for å hente ut stomiutstyr. Den apotekansatte spør om han er plaget med lekkasje. Henrik svarer avkrefteende til dette, men opplyser om at han er ganske sår rundt stomien. Han sier at det har blitt ganske smertefullt, men han antar at det er vanlig når man har stomi. Den apotekansatte forklarer litt om stomiens anatomi, om hvordan den endrer form fra å være veldig hoven etter operasjonen, til å bli mindre i diameter når hevelsen minker. Det betyr at hullstørrelsen i platen må justeres. Dette har ikke Henrik vært oppmerksom på. Da stomien ble mindre, la det seg avføring på huden som ikke dekkes av platen, og den har blitt hudløs og blødende. Den apotekansatte veileder Henrik i hvordan han kan klippe platene. Hun ber ham om å være oppmerksom på hvor stort hull han klipper og forteller samtidig at det finnes ferdigklippede plater som passer hans stomi. Mannen setter stor pris på all informasjon, og ser frem til å slippe å klippe platene.*

---

<sup>6</sup> Nefrostomi etableres gjennom en operasjon som gjør at urinen føres fra nyrene direkte til en urinpose.

### 3.2.3 Nøkkeltall og utviklingstrekk

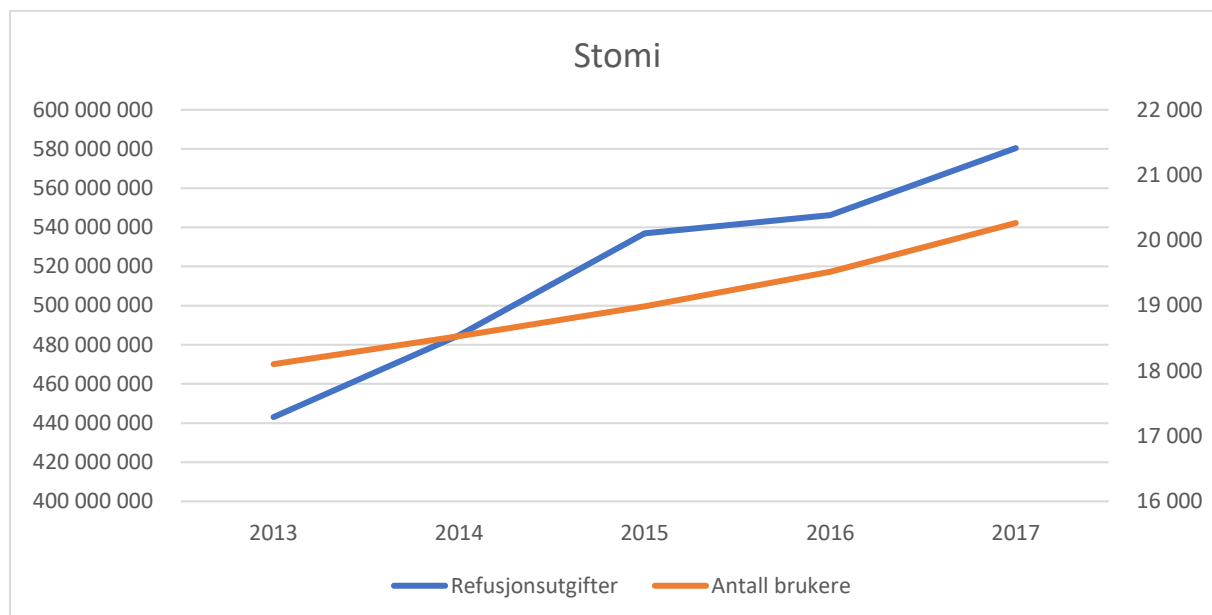
Innenfor blåreseptordningen er stomi den produktgruppen der bandasjistene har høyest markedsandel. I 2017 gikk 50 prosent av omsetningen gjennom bandasjist. Vi ser også at noen apotek spesialiserte seg på stomi. I større grad enn for de andre refusjonsområdene står en liten del av apotekene for en stor andel av omsetningen. I 2017 sto 13 apotek for halvparten av omsetningen i apotek. Den halvparten av apotekene som hadde lavest omsetning av stomiprodukter sto for bare 3 prosent av samlet omsetning gjennom apotek

Antall brukere: 20 257

Omsetning	Beløp i mill. kroner	Kroner per bruker
Refusjon	580	28 626
Egenandel	10	487
Sum	590	29 113

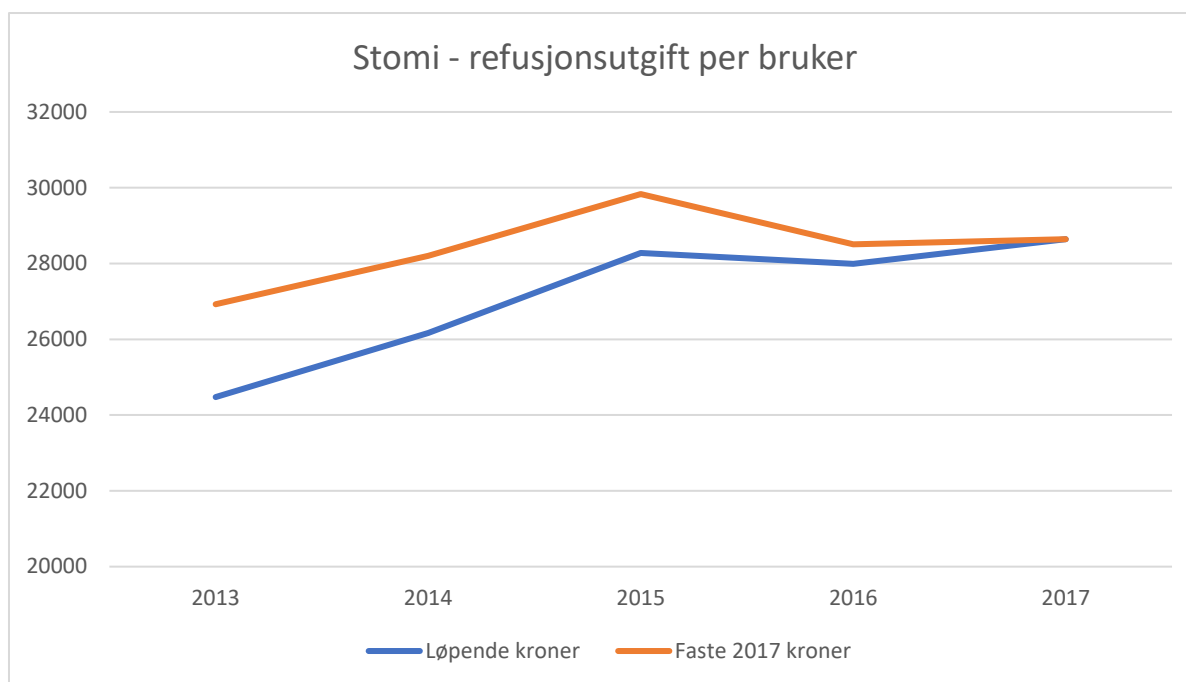
Avanse (37/25 pst) <sup>7</sup>	119 mill. kroner
Antall pakker utlevert	1 736 854
Avanse per pakke	68,79 kroner

I perioden 2013 til 2017 økte refusjonsutgifter til stomiprodukter fra 443 mill. kroner til 580 mill. kroner (+30,9 pst). I samme periode økte antallet brukere fra 18 102 til 20 257 (+11,9 pst). Stomi er det refusjonsområdet med høyest vekst i refusjonsutgiftene de siste årene. De siste tre årene har det i gjennomsnitt vært en årlig utgiftsvekst på om lag seks prosent, mens antall brukere har økt med tre prosent årlig.



Justert for prisstigning har det årlig vært en gjennomsnittlig økning i refusjonsutgift per bruker på 0,5 prosent disse årene.

<sup>7</sup> Avanse er beregnet på grunnlag av Helfos tall på refusjonsutgifter og egenandel, samt fastsatt avansesats for 2018 på hhv. 37 og 25 prosent for stomiutstyr. Det er ikke tatt hensyn til at produkter som refunderes for stomi kan ha lavere avansesats enn 37/25 prosent fordi de er oppført på flere produkt- og prislister, og den laveste avansesatsen gjelder.



### 3.2.4 Apotek og bandasjist sin rolle

Mange bandasjister, og apotekene med størst omsetning av stomiprodukter, har gjerne ansatt sykepleiere med spesialkompetanse innenfor stomi. Disse apotekene og bandasjistene opplever at stomipasientene har et stort behov for råd og veiledning som ikke kan møtes av andre deler av helsetjenesten. Videre er erfaringen at stomipasientene er den kundegruppen som krever størst innsats og ressurser fra apoteket/bandasjisten.

Bandasjist og apotek hjelper pasientene med å finne riktig utstyr, tilpasset den enkeltes stomi, kropp og livssituasjon, god tilpasning av utstyr for å forebygge lekkasjer, lukt og sår, samt rask justering av utstyr etter som stomien utvikler seg. Hovedpoenget med disse tjenestene er å minimere risiko for lekkasjer og lukt. Pasientene som er i stand til å håndtere lekkasje- og luktproblemer vil ha en større trygghet for sin egen livssituasjon, noe som vil bidra positivt både til arbeidssituasjon og sosialt liv. Forebygging av lekkasjer reduserer også risiko for utvikling av sår.

Stomipasienter kan også ha sammensatte utfordringer der helsepersonell hos bandasjist og i apotek kan bidra med løsninger. Dette gjelder f.eks.:

- Brokk
- Forebygging og håndtering av diaré
- Kosthold
- Sex og samliv
- Sårbehandling

De aller fleste nyopererte pasienter har behov for veiledning etter utskrivning fra sykehuset med hensyn til valg, tilpasning og bruk av utstyr. Ofte er det behov for flere konsultasjoner i løpet av det første året, fordi stomien endrer seg mye den første tiden og fordi behovet for utstyr kan variere etter hva slags aktivitet pasienten skal utføre. Utstyr som fungerer godt på sykehuset, trenger ikke fungere under hverdagslige aktiviteter, trening og reise. Det kan også være behov for veiledning til andre enn nyopererte, fordi stomien kan endre seg som følge av vektendringer eller andre forhold (brokk etc.).

Varigheten på konsultasjonen varierer etter pasientenes utfordringer og behov, men ofte tar det lang tid å avdekke problemene, finne riktig utstyr og gi god veiledning.

Pasientenes behov for oppfølging fra helsepersonell i apotek og bandasjist påvirkes også av mangel på stomisykepleiere i den offentlige helsetjenesten. Stomisykepleiere ansatt ved offentlige sykehus utgjør i dag mellom 16 og 17 årsverk. Dette innebærer for mange pasienter ventetid og lang reisevei for konsultasjon på sykehus, slik at mange problemer blir håndtert av apotek og bandasjist.

Arbeidsmengden til apotek og bandasjist påvirkes også av at det innenfor stomi er svært mange ulike produkter og en rekke leverandører. Dette krever omfattende produktkompetanse, og lite effektive bestillingsrutiner og lagerhold. Det vises til nærmere omtale i kapittel 4.2.

Enkelte apotek og bandasjister foretar også hjemmebesøk med personell med sykepleiefaglig kompetanse. Hjemmesøk skjer ofte etter henvendelse fra hjemmesykepleien, omsorgsboliger etc. med pasienter med utfordringer som de ikke selv klarer å løse.

Apotek og bandasjist sine oppgaver, i tillegg til ordinære oppgaver i forbindelse med utlevering av produkter, kan oppsummeres slik:

- Stomistartsamtale
- Tilpassing av utstyr (ofte 4-6 nytilpasninger i løpet av første 6-9 måneder etter operasjon, og senere ved behov)
- Konsultasjoner ved sårhet og lekkasjer
- Råd og veiledning om behov for næringstilskudd
- Hjemmebesøk, som regel avtalt i samarbeid med hjemmesykepleie eller stomisykepleier

Som nevnt i kapittel 3.2.3 er det mange apotek med lavt salg av stomimateriell. Det er derfor ikke realistisk at alle utsalgssteder har kompetanse på området, og kan tilby de tjenestene som det er redegjort for ovenfor.



### 3.3 Diabetes

#### 3.3.1 Om diabetes

Diabetes er en sykdom som skyldes mangel på insulin og for mange også nedsatt insulinvirkning. Ved diabetes forblir glukose (sukker) igjen i blodet. Høye blodsukkerverdier kan gi alvorlige komplikasjoner. Det finnes to hovedtyper av diabetes; type 1 og type 2.

Diabetes type 1 kalles også insulinavhengig diabetes og oppstår i alle aldersgrupper, oftest hos barn og unge. Ved diabetes type 1 er det et livslangt behov for insulintilførsel i riktig dose via injeksjoner eller insulinpumpe. Diabetes type 2 er den vanligste formen for diabetes, og skyldes nedsatt følsomhet for insulin i muskel- og leverceller. Utvikling av sykdommen er arvelig betinget, men påvirkes også av overvekt og fysisk aktivitet. Diabetes type 2 kan i mange tilfeller behandles med livsstilsendringer, men også legemiddelbehandling og insulinbehandling kan være aktuelt.

Om lag 250 000 nordmenn har diabetes, hvorav 28 000 har diabetes type 1, mens rundt 220.000 er diagnostisert med diabetes type 2. I tillegg kommer et stort antall som har diabetes type 2 uten å vite om det<sup>8</sup>.

#### *Pasienthistorie: avlaster fastlegen for råd om diabetes*

*En kunde har fått anbefalt fra sin fastlege å ta kontakt med apoteket for råd om sin diabetes. Kunden har diabetes 1 og sliter med å regulere blodsukker. Kunden har nylig flyttet til Norge fra utlandet. Den ansatte på apoteket avtaler tidspunkt med kunden slik at de kan ta seg god tid til på demonstrasjonsrommet til apoteket. Det blir raskt avdekket at kunden har såkalt «fettpute» på magen som er forårsaket av at det er satt insulin på samme sted for ofte. Dette fører til at kroppen ikke får tatt opp nok insulin. Kunden får demonstrert hvordan man skal bruke blodsuktermåler. Kunden har et eldre blodsukkerapparat som ble byttet inn i en nyere modell. Riktig stikketeknikk ble demonstrert på en modell og kunden fikk her også trent seg på riktig stikketeknikk. Videre fikk kunden gjennomgang av hvor mange ganger det er anbefalt å måle blodsukkeret sitt og hvorfor dette er viktig. Samt informasjon om riktig bruk og oppbevaring av blodsukkerstrimler. Kunden fikk også med seg informasjon om anbefalt kosthold og trening.*

#### 3.3.2 Forbruksmateriell ved diabetes

Antall brukere som mottar forbruksmateriell knyttet til diabetes og er dekket av blåreseptordningen er 131 577. Blåreseptordningen dekker produkter til måling av blodsukker og produkter til legemiddeladministrasjon ved diabetes. Blodsuktermåling er en viktig del av behandlingen for pasienter med diabetes og følgelig er utgifter til slikt materiell en stor del av kostnadene.

Diabetesutstyr utleveres i liten grad gjennom bandasjister, så det meste leveres ut til kunder fra apotek.

<sup>8</sup> (Diabetesforbundet, 2018) <https://www.diabetes.no/om-diabetes/>

### 3.3.3 Nøkkeltall og utviklingstrekk

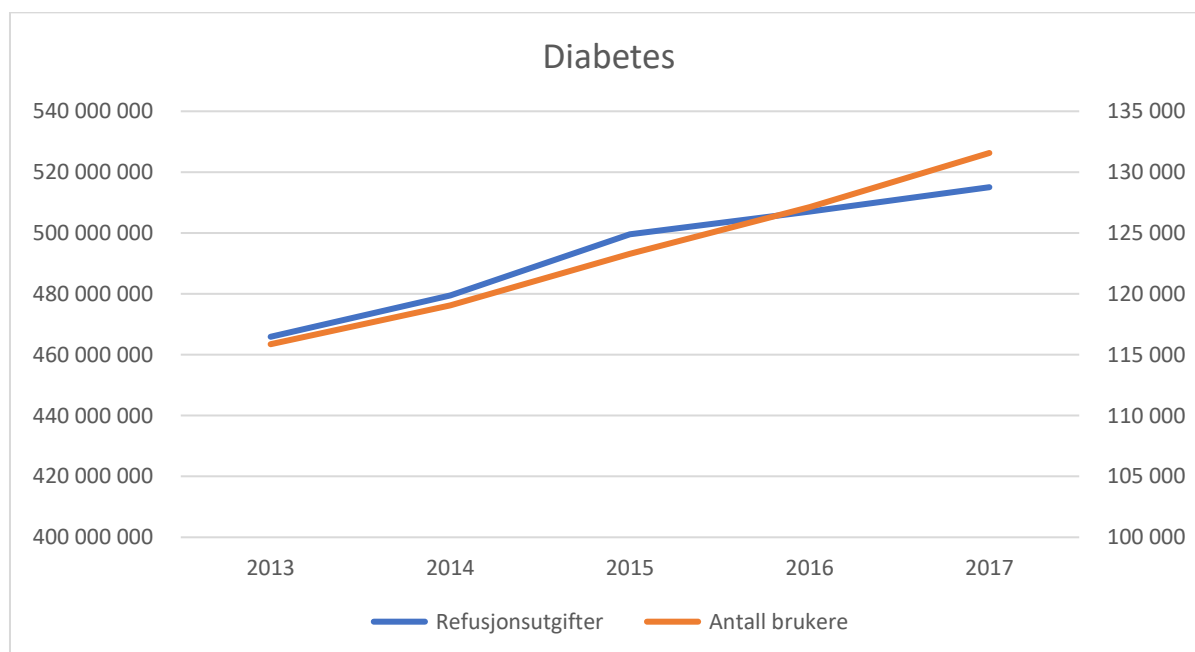
I 2017 hadde apotekene 99,7 prosent av omsetningen. Bandasjistene har en markedsandel på kun 0,3 prosent. I forhold til andre refusjonsområder er også omsetningen jevnere fordelt mellom alle landets apotek.

Av trygdens samlede utgifter på 515 mill. kroner går mesteparten til produkter til måling av blodsukker. I 2017 ble det refundert 452 mill. kroner til materiell for måling av blodsukker og 22 mill. kroner til lansetter som benyttes til stikk i huden for å få frem blod. Det ble refundert 41 mill. kroner til produkter til legemiddeladministrasjon, herunder vel 38 mill. kroner for nåler til insulinpennner.

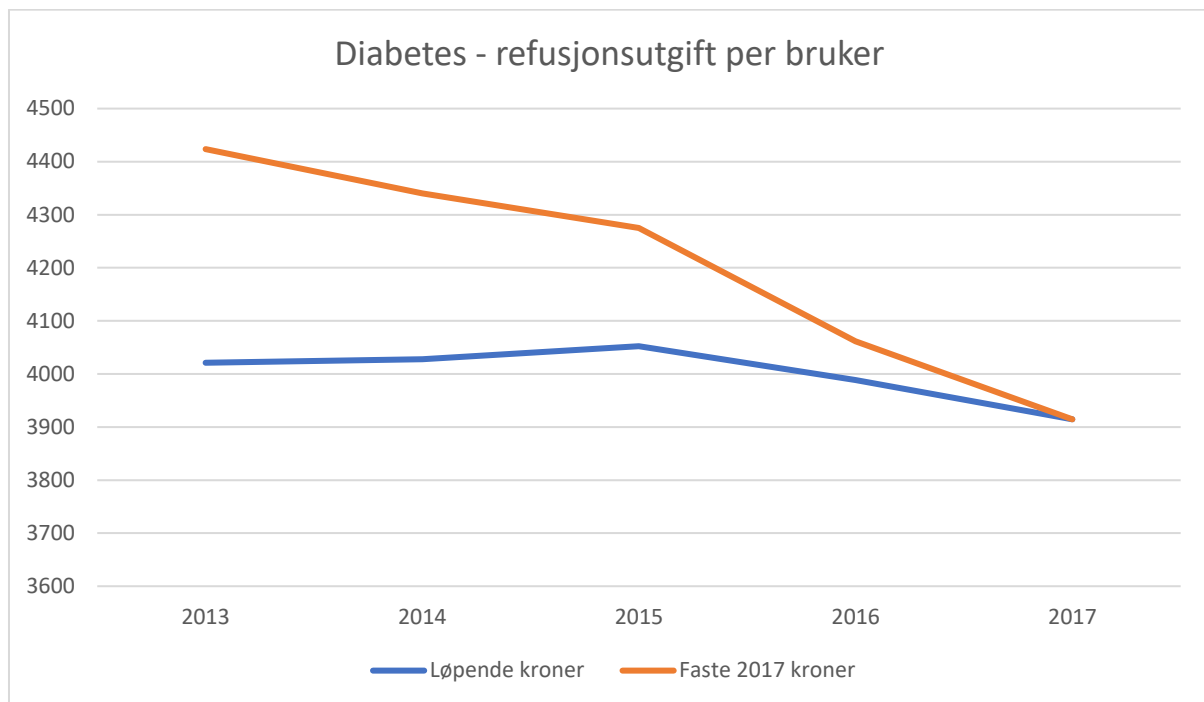
Omsetning	Beløp i mill. kroner	Kroner per bruker
Refusjon	515	3 914
Egenandel	36	277
Sum	551	4 191

Avanse (18 pst) <sup>6</sup>	67 mill. kroner
Antall pakker utlevert	2 114 246
Avanse per pakke	31,83 kroner

I perioden 2013 til 2017 økte refusjonsutgifter til medisinsk forbruksmateriell ved diabetes fra 466 mill. kroner til 515 mill. kroner (+10,5 pst). Det har dermed vært en utgiftsvekst om lag på linje med generell prisstigning (se figur under).



I samme periode økte antallet brukere fra 115 863 til 131 577 (+13,6 pst). Det har altså vært en reell reduksjon i refusjonsutgift per bruker i denne tidsperioden (se figur under).



#### 3.3.4 Apotekets rolle

De aller fleste brukere av forbruksmateriell ved diabetes mottar også legemidler på blå resept til behandling av samme sykdom, og farmasøyter i apotek sitter på god kompetanse for å gi råd og veiledning til denne pasientgruppen.

Alle nye pasienter får veiledning med hensyn til valg av apparat til blodsuktermåling og opplæring i riktig bruk, herunder stikketeknikk og hvordan resultatene skal tolkes. Det er også behov for å gjenta opplæringen for mange kunder, særlig for eldre pasienter og i forbindelse med bytte av apparater. Apotek gir også veiledning i bruk av legemidler (insulin) og i forebyggende tiltak som kosthold, røykeslutt og generell rådgivning om hvordan pasienten best kan leve med diabetes.

Apotekets tidsbruk vil variere avhengig av hva slags opplæring som er gitt på sykehus, pasientens forutsetninger (alder) etc.

## 3.4 Urinretensjon

### 3.4.1 Om urinretensjon

Urinretensjon er mangelfull tømming av urinblære. Ved kateterisering tømmes urinblæren ved hjelp av kateter. Kateter er i denne sammenheng et rør som føre opp i urinblæren gjennom urinrøret. Brukere er kvinner og menn i alle aldre, med en hovedvekt på voksne og eldre. Det er ulike årsakene til urinretensjon:

- Nevrologiske tilstander: MS, ryggmargsskade, slag, Parkinsons sykdom mm.
- Ikke-nevrologiske tilstander: Postoperativ urinretensjon (f.eks. etter prostataoperasjon), fortetninger/ødeleggelser i urinrøret, medfødte misdannelser i urinveiene, diabetes, hyppig urinveisinfeksjon, lekkasjer pga. rest-urin, obstipasjon, livmorfremfall, kreft, blæredysfunksjoner mm.

#### *Pasienthistorie: for kort kateter for rullestolbrukere*

*Eva (40) sitter i rullestol og bruker kateter. Hun skal bestille flere kateter og den apotekansatte spør om hun er fornøyd med hvordan de fungerer. Eva svarer at hun synes det er litt tungvint. Kateteret er rett og slett litt for kort, slik at det er vanskelig å tømme urinen rett i toalettet uten å forflytte seg fra rullestolen. Eva har hørt om noe som heter «alt i ett»-kateter, og lurer på om dette kan være noe for henne. Den apotekansatte ber henne bli med inn på samtalerommet for å se på alternativer til det «gamle» kateteret. På samtalerommet blir Eva vist ulike katetre og får forklart hvordan de fungerer. Eva finner en favoritt som hun ønsker å prøve. Hun tror at hverdagen hennes vil bli mye lettere med det nye kateteret.*

### 3.4.2 Produkter ved urinretensjon

I all hovedsak benyttes tappekaterer (engangskateter, RIK – Ren Intermitterende Kateterisering). Engangskateter gjør at brukeren får et tømme mønster tilnærmet det «normale». Anbefalingen er kateterisering 4-6 ganger pr døgn.

Permanente kateter kan på kort sikt være tidsbesparende for hjemmesykepleien, og for enkelte pasienter kan permanente kateter være nødvendig. Ulempen med permanente kateter er bl.a. at det gir en stor sannsynlighet for urinveisinfeksjon i løpet av få ukers bruk. Brukeren må også gå med en slange og kateterpose på seg døgnet rundt, noe som kan oppleves som sterkt hemmende både praktisk og sosialt.

#### *Pasienthistorie: Samarbeid ga mindre pleiebehov*

*En mannlig beboer (81) hadde fått permanent kateter på grunn av urinretensjon. Mannen hadde hatt gjentatte urinveisinfeksjoner med antibiotikabehandling etter at kateteret ble satt inn. Han hadde mye grums i urinen og var generelt dårlig. Allmenntilstanden hans ble dårligere for hver infeksjon og behovet for hjelp fra hjemmesykepleien økte. Hjemmesykepleien var redd for resistensutvikling. Bandasjisten ga pleierne mange råd for å minimalisere urinveisinfeksjonene med riktig utstyr og prosedyre, men ingen av rådene virket og den ansatte spurte om mannen hadde vært utredet for blærestein eller svulst i blæren. Inneliggende kateter gir økt risiko for dette. Han ble da undersøkt og en stor blærestein ble fjernet. Det medførte betraktelig mindre infeksjonshyppighet, bedre livskvalitet og mindre pleiebehov.*

### 3.4.3 Nøkkeltall og utviklingstrekk

Mesteparten av folketrygdens utgifter ved urinretensjon går til kateter. I 2017 ble det refundert 349 mill. kroner til kateter og 12 mill. kroner til urinposer og festemateriell. Totalt ble det refundert 361 mill. kroner.

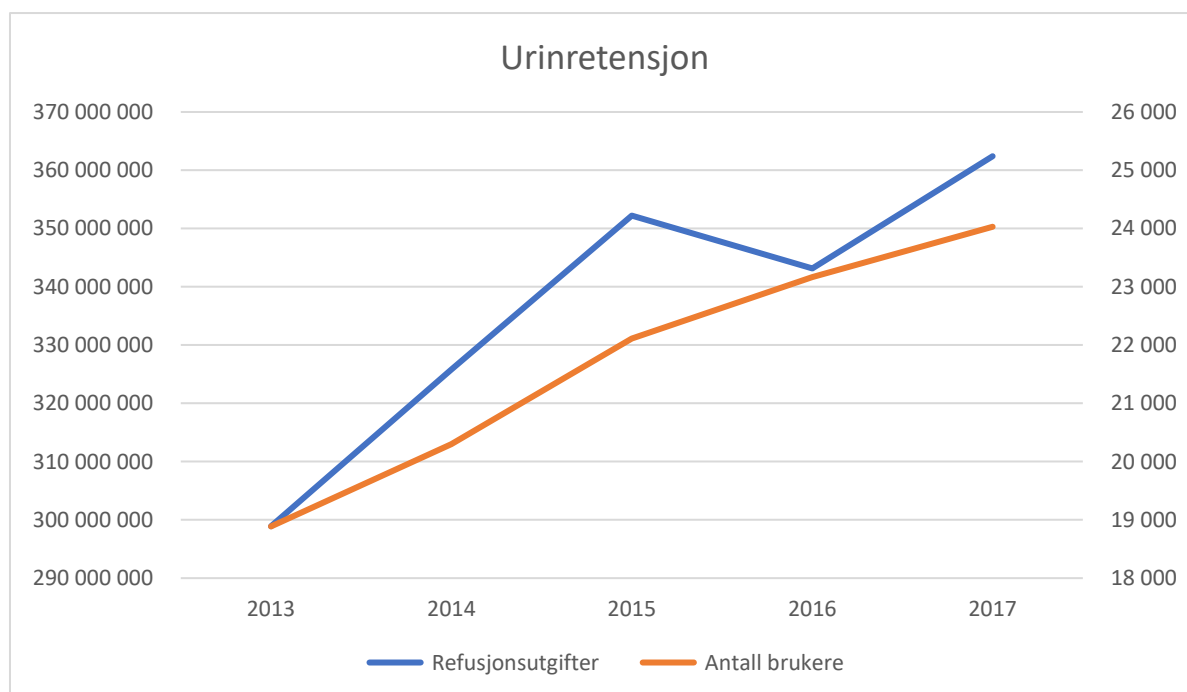
Antall brukere: 24 004

Omsetning	Beløp i mill. kroner	Kroner per bruker
Refusjon	361	15 042
Egenandel	8	330
Sum	369	18 372

Avanse (22 pst) <sup>9</sup>	53 mill. kroner
Antall pakker utlevert	980 315
Avanse per pakke	54,30 kroner

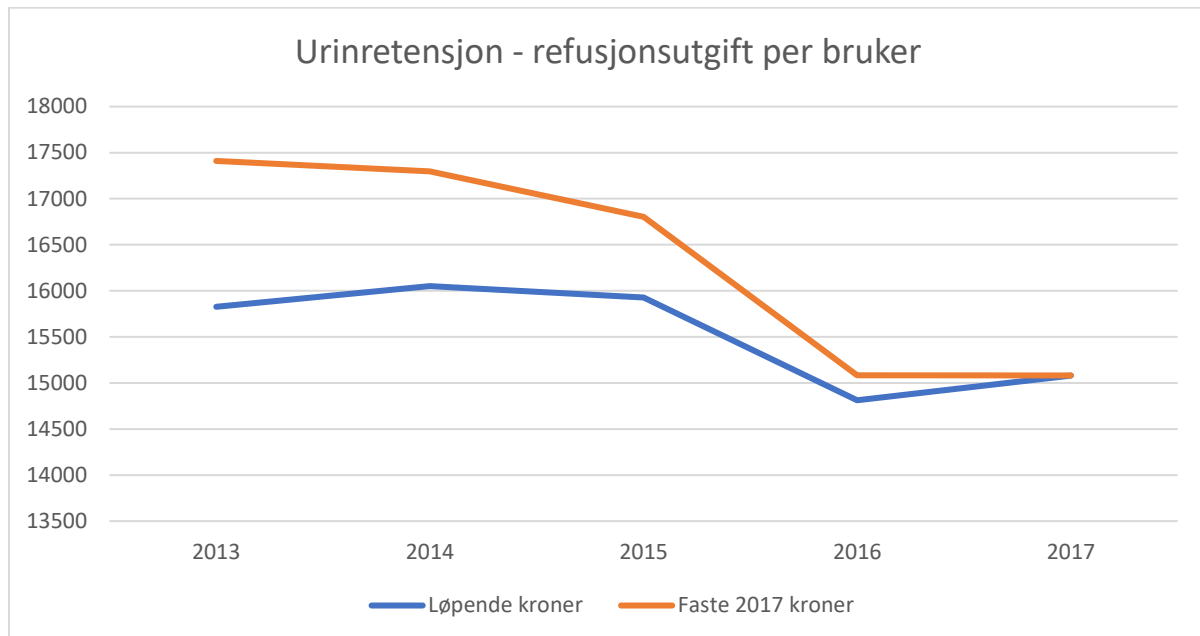
Forbruksmateriell ved urinretensjon utleveres både fra apotek og bandasjist. I 2017 hadde bandasjistene 26,1 prosent av omsetningen.. Apotek har nærmere 74 prosent av omsetningen innenfor området, men de fleste apotek selger relativt lite. Den halvparten av apotekene som hadde lavest omsetning av produkter ved urinretensjon, sto for bare 13 prosent av samlet apotekomsetning.

I perioden 2013 til 2017 økte refusjonsutgifter til medisinsk forbruksmateriell ved urinretensjon med 23 prosent fra 299 mill. kroner til 369 mill. kroner. I samme periode har antall brukere økt fra 18 887 til 24 004, en økning på 27 prosent.



<sup>9</sup> Avanse er beregnet på grunnlag av Helfos tall på refusjonsutgifter og egenandel, samt fastsatt avansesats på 22 prosent for utstyr ved urinretensjon.

Når det også tas hensyn til prisstigning har det altså vært en betydelig reduksjon i refusjonsutgift per bruker i denne tidsperioden.



#### 3.4.4 Apotek og bandasjist sin rolle

Blant bandasjistene og apotek med høy omsetning av utstyr ved urinretensjon, er det ansatt personell med spesialkompetanse, og noen har ansatt urologiske sykepleiere. Disse apotekene og bandasjistene opplever at mange pasienter har et stort behov for råd og veiledning. Videre lagerføres et bredt sortiment av kateterprodukter for å sikre rask og effektiv leveranse til kunden.

De fleste pasienter har fått god veiledning av den offentlige helsetjenesten, men mange opplever endrede behov etter utskrivning og det kan oppstå nye utfordringer i dagliglivet. Selv om utstyr har vist seg å fungere bra under opphold på sykehus, kan dette endres etter utskrivning. I forbindelse med reisesituasjoner kan det være behov for særskilt utstyr. Bandasjist og apotek spiller en viktig rolle for å sikre pasientene god livskvalitet i en krevende situasjon.

Bandasjist og apotek hjelper pasientene med å finne riktig utstyr, tilpasset den enkelte. Gjennomgang av produkter for å finne ut hva som er optimalt for brukeren og opplæring for å sikre riktig bruk av produktet er viktig for å sikre god etterlevelse og redusere forbruket av kateter. Apotek og bandasjist kan bruke mye tid på den enkelte pasient, særlig for nye pasienter. I starten oppleves ofte problemer med sårhet og urinveisinfeksjon. Videre er det viktig å finne riktig utstyr for å unngå smerter.

Varigheten av en slik samtale med produktgjennomgang og opplæring vil variere etter kundens behov, men kan typisk være på om lag 20 minutter. For etablerte brukere av kateter vil det kunne være behov justere valg av utstyr og informere om nye produkter.

Innenfor urinretensjon har apotek og bandasjist et ustrakt samarbeid med offentlig helsetjeneste, blant annet i form av opplæring av ansatte i primærhelsetjenesten, og hjemmebesøk hos pasienter i samarbeid med primærhelsetjenesten. Det vises til nærmere omtale i kapittel 4.5.

## 3.5 Næringsmidler

### 3.5.1 Innledning

Næringsmidler refunderes etter individuell søknad fra lege på vegne av den enkelte pasient. Unntak er refusjon til næringsmidler ved Fenylketonuri (Føllings sykdom). Refusjonsutgiftene til næringsmidler ved Føllings sykdom var i 2017 på 52 mill. kroner fordelt på 246 brukere. Avansen til utleverer er 25 prosent.

Utgifter til melkeerstatninger refunderes primært til barn under 10 år med laktose-, melkeproteinintoleranse eller -allergi. Refusjonsutgiftene til melkeerstatninger var 83 mill. kroner i 2017 fordelt på 6 900 brukere. Avansen til utleverer er 25 prosent.

I det videre omtales i hovedsak øvrige næringsmidler som utleveres fra apotek og bandasjist på blå resept. Refusjonsutgiftene til disse næringsmidlene utgjorde i 2017 vel 287 mill. kroner fordelt på nærmere 38 000 brukere. Avansen til utleverer er 40 prosent for produkter med nettoppris under 500 kroner. For produkter med nettoppris over 500 kroner er avansen 300 kroner.

### 3.5.2 Pasienter som kan få næringsmidler på blå resept

I tillegg til pasientgruppene som er nevnt i kapittel 3.5.1, kan det gis refusjon for utgifter til næringsmidler ved:

- Sykelige prosesser som affiserer munn, svelg og spiserør og som hindrer tilførsel av vanlig mat.
- Sykelige prosesser som affiserer mage eller tarm, og som hindrer opptak av viktige næringsstoffer.
- Stoffskiftesykdom (metabolsk sykdom).
- Behandlingsrefraktær epilepsi (ketogen diett).
- Behandling av kreft/immunsvikt eller annen sykdom som medfører så sterk svekkelse at næringstilskudd er påkrevd.

Sykdomsrelatert underernæring er et stort samfunnsproblem assosiert med store utgifter for helsevesenet. Sykdomsrelatert underernæring kan medføre økt sykkelighet og dødelighet, økt behov for pleie, hyppigere sykehusinnleggelser, økt sannsynlighet for fall og brudd. Tilstanden medfører selvfølgelig også store medisinske, sosiale og økonomiske konsekvenser for den det gjelder og hans pårørende. I følge Helsedirektoratet kan det anslås at hver tredje pasient i norske sykehus er underernært eller i risiko for underernæring. Trolig er tallene høyere i primærhelsetjenesten.

Helsedirektoratet har utgitt Nasjonale Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Her oppgis at følgende grupper av befolkningen har en særlig risiko for underernæring; eldre, demente, psykiatriske langtidspasienter, rusmisbrukere og personer med kroniske lidelser som kreft, leddgikt, osteoporose, hjerte- og lungesykdom. I følge retningslinjene er mangel på kunnskap, interesse, oppmerksomhet og ressurser helsetjenesten om ernæringsstatus og – behov en medvirkende faktor til at ernæringsstatusen forringes. Antallet klinisk ernæringsfysiologer i forhold til innbyggertall er vesentlig lavere i Norge enn i sammenlignbare land, og de fleste klinisk ernæringsfysiologer jobber innenfor spesialisthelsetjenesten. Dette kan medføre at oppmerksomheten og oppfølgingen av utsatte grupper i primærhelsetjenesten er lav.

Forskning dokumenterer hvor viktig det er å sikre at pasienter i en sykdoms- og behandlingsfase spiser og drikker tilstrekkelig. At de spiser nok og riktig mat, er av stor betydning for kreftpasienter. Ikke bare er underernæring forbundet med dårligere fysisk kapasitet og styrke, men det er også forbundet med redusert livskvalitet, økt tretthet, redusert immunforsvar, flere infeksjoner og flere liggedøgn på sykehus.

En stor del av de som får blåresept på næringsmidler har kreft. Vekttap og underernæring er vanlig hos kreftpasienter. Mellom 50–90 prosent av kreftpasienter har vekttap. En stor andel pasienter har tapt vekt allerede ved diagnosetidspunktet og går ytterligere ned under behandling. Perioder med munnsårhet, kvalme, diaré, luft- og magesmerter og nedsatt appetitt kan føre til at den syke spiser mindre enn normalt

Underernæring kan påvirke behandlingen. Kreftpasienter som er underernærte tåler behandlingen dårligere, og opplever flere bivirkninger. Mye tyder også på at underernærte kreftpasienter lever kortere enn velernærte. Hos opptil 2 av 10 underernærte kreftpasienter ser underernæringen ut til å være den sentrale årsaken til død, ikke kreftsykdommen i seg selv.

### 3.5.3 Næringsmidler som refunderes av folketrygden

For næringsmidler til spesielle medisinske forhold er det i forskrift fastsatt begrensninger i omsetningen. I henhold til forskrift om næringsmidler til spesielle medisinske forhold § 17 kan slike næringsmidler omsettes til forbruker kun via sykehus og andre helseinstitusjoner ledet av lege samt via apotek eller andre foretak som har tilknyttet lege, klinisk ernæringsfysiolog, farmasøyt eller sykepleier.

Helfo har etablert ulike produktgrupper for næringsmidler som refunderes av folketrygden. Næringsdrikker er den største gruppen målt i omsetning. I 2017 refunderte folketrygden utgifter for 134 mill. kroner til dette. Næringsdrikker er egnet for mange ulike brukergrupper, og dekker ulike ernæringsmessige behov og indikasjoner. Næringstilskudd (pulver, pudding, suppe) brukes til samme formål som næringsdrikker, og er også egnet for personer med svelgeproblemer. Refusjonsutgiftene var i 2017 11 mill. kroner.

Melkeerstatningsprodukter refunderes i hovedsak til barn med laktoseintoleranse eller melkeproteinintoleranse eller -allergi (punkt 2), men også til andre brukere etter punkt 1 og 4. Samlet refunderte folketrygden utgifter til melkeerstatningsprodukter for 83 mill. kroner i 2017.

Sondeernæring vurderes når matinntaket er for lite eller når det er uaktuelt å spise, og refusjonsutgiftene til dette var om lag 75 mill. kroner i 2017.

Produktgruppen «spesialløsninger» inneholder mange ulike produkter, herunder også sondenæringer. Vanligvis er produktene ment for spesielle brukergrupper. Refusjonsutgiftene var i 2017 på 66 mill. kroner.

Føllings sykdom er en medfødt tilstand som skyldes feil i et av kroppens gener. Genfeilen og den medfølgende enzym-mangelen, kan ikke fjernes. Men følgene av sykdommen kan forebygges ved å unngå fenyylalanin i kosten. Alle som har Føllings sykdom, skal derfor ha spesialdiett. Føllings sykdom er sjelden, men dietten er kostbar. I 2017 ble det refundert 52 mill. kroner til næringsmidler ved Føllings sykdom (punkt 3).

Hovedregelen er at et næringsmiddel må være på Helfos produkt- og prisliste for det aktuelle hjemmelspunktet for at folketrygden skal yte refusjon. Lege kan unntaksvis søke om stønad for andre næringsmidler. I 2017 refunderte folketrygden vel 2 mill. kroner for næringsmidler utenfor listene.



### 3.5.4 Nøkkeltall og utviklingstrekk

Næringsmidler utleveres fra apotek og enkelte bandasjister. I 2017 hadde apotekene 88,7 prosent av omsetningen.

Antall brukere: 37 652

Omsetning	Beløp i mill. kroner	Kroner per bruker
Refusjon	423	11 223
Egenandel	7	180
Sum	429	11 403

Avanse (40/25 pst)<sup>10</sup>

97 mill. kroner

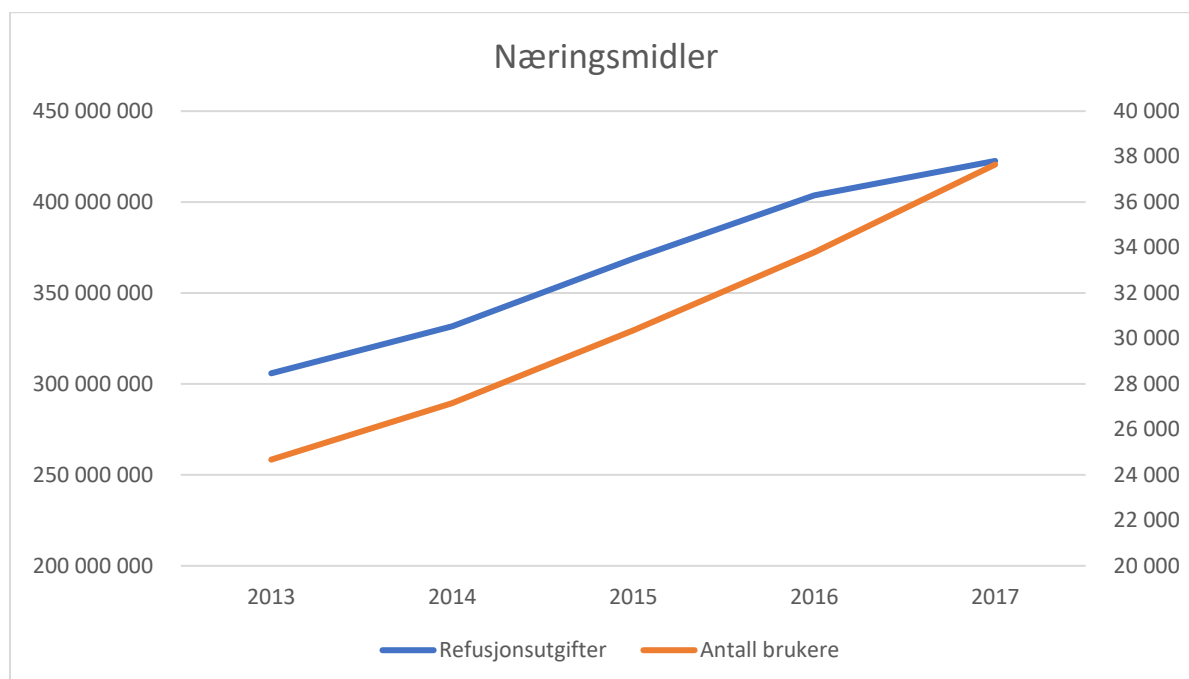
Antall pakker utlevert

4 613 712

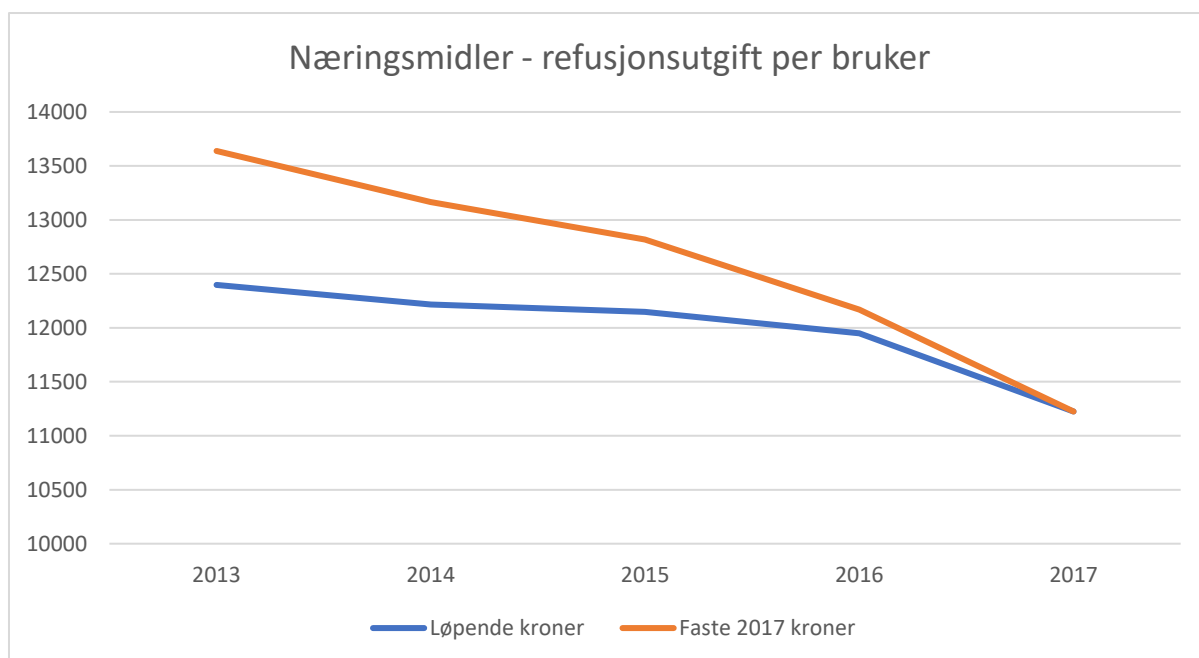
Avanse per pakke

20,93 kroner

I perioden 2013 til 2017 økte refusjonsutgifter til næringsmidler fra 306 mill. kroner til 423 mill. kroner. Økningen var størst fra 2014 til 2016 med en årlig vekst på hhv. 11,2 og 9,5 prosent, mens det fra 2016 til 2017 var en vekst på 4,7 prosent. I samme periode (fra 2013 til 2017) har antall brukere økt fra 24 671 til 37 652. Det har dermed vært en større vekst i antall brukere (52,6 prosent) enn i refusjonsutgifter (38,2 prosent).



<sup>10</sup> Avanse er beregnet på grunnlag av Helfos tall på refusjonsutgifter og egenandel, samt fastsatt avansesats på hhv. 25 og 40 prosent for næringsmidler. Det er ikke tatt hensyn til at det enkelte næringsmidler gjelder en fast kroneavanse på 300 i stedet for 40 prosent.



Det er store forskjeller i refusjonsutgifter mellom de fire ulike refusjonspunktene:

Hjemmel	Refusjonsutgifter (mill. kroner)	Antall brukere <sup>11</sup>	Refusjonsutgift per bruker
§ 6 punkt 1: Diverse tilstander	211,6	21 233	9 966
§ 6 punkt 2: Laktose-, melkeproteinintoleranse eller -allergi hos barn under 10 år	67,6	5 310	12 731
§ 6 punkt 3: Føllings sykdom	52,3	245	213 469
§ 6 punkt 4: Kreft/immunsvekkelse eller annen sykdom som medfører så sterk svekkelse at næringstilskudd er påkrevd	91,2	18 616	4 899

### 3.5.5 Apotek og bandasjist sin rolle

Apotek og bandasjister har mange utsalgssteder i Norge og kan bidra med råd og produktveiledning på et tidlig tidspunkt slik at underernæring kan forebygges, avdekkes og øke sjansen for at igangsatte tiltak med bl.a. ernæringsterapi (ernæringstilskudd) etterleves.

Apotek og bandasjister har et bredt sortiment av næringsprodukter. Næringsmidler har som regel kort holdbarhet og apotek bruker ekstra ressurser og tid på bl.a. logistikk.

Sammen med kunden finnes det frem til produkter som egner seg best etter ernæringsstatus og pasientens personlige preferanser. Dersom behandler har spesifisert produkter følger apotek og bandasjist opp dette, evt. med justeringer i dialog med forskriver og pasienten. Utleverer gir også informasjon med hensyn til generelt kosthold og tips om f. eks. oppskrifter som kan kunne øke matlysten. Ernæringsveiledning kan utføres både i informasjons-/demorom der kunden kan snakke med kompetent personale i en diskret setting. Apotek og bandasjist gir også helsepersonell og

<sup>11</sup> Summen av antall brukere for hvert hjemmelspunkt er høyere enn antall personer som har mottatt næringsmidler etter § 6 (37 652). Mange pasienter har fått utlevert næringsmidler etter flere hjemler.

sluttbrukere veiledning med hensyn til refusjonsrettigheter. Varighet på en oppstartsamtale er i dag vanligvis ca. 15-30 minutter.

I samarbeid med lege og annet helsepersonell kan apotek og bandasjist bistå i oppfølgingen av pasienten med regelmessige oppfølgingsmøter for de som har fått forskrevet ernæringstilskudd. Det kan f. eks. utarbeides standardiserte verktøy som kan brukes og deles med behandlingsansvarlige. Oppfølgingsmøter er viktige for å identifisere evt. årsaker til endringer som kan påvirke appetitt, smak, matlyst og vektendring. Oppfølging er også viktig for å opprettholde motivasjon/forståelse hos pasienten og hans pårørende slik at han opplever støtte til å nå det oppsatte behandlingsmålet (mengde/kaloribehov osv.). Et standardisert verktøy kan også avdekke hvorfor målene ikke oppnås. Det er i både samfunnets og pasientens beste at underernærte som får forskrevet næringsdrikker og andre tilskudd benytter disse målrettet, regelmessig og i riktige mengder for å oppnå den ønskede effekten.

### 3.6 Øvrige refusjonshjemler

	Refusjon	Egenandel	Sum	Andel bandasjist	Antall brukere
Epidermolysis bullosa	19 271 876	37 502	19 309 377	59,7 pst	358
Strupeopererte	16 127 451	170 990	16 298 440	25,8 pst	1 555
Lungesyke	15 035 574	669 666	15 705 240	0,1 pst	46 432
Tuberkulosebehandling	2 448 651	0	2 448 651	1,0 pst	2 755
Glukosemåling v/intravenøs ernæring	1 640 790	151 597	1 792 387	0,3 pst	862
Blødere	996 290	15 428	1 011 718	0,7 pst	465
Måling og administrasjon av legemidler	934 754	28 229	962 983	2,8 pst	1 595
Veksthormonforstyrrelser	629 134	29 944	659 078	0,0 pst	1 704
Hoftebeskyttere	517 141	66 495	583 636	30,8 pst	605
Nyretransplanterte	8 011	921	8 932	0,0 pst	29
Sum	57 609 671	1 170 770	58 780 441	27,2 pst	

#### 3.6.1 Epidermolysis bullosa

Epidermolysis bullosa (EB) er en fellesbetegnelse for en gruppe medfødte, arvelige og sjeldne hudsykdommer som kjennetegnes ved at det lett dannes blemmer og sår på hud og slimhinner. Det er stor variasjon i symptomer og alvorlighet. Etter blåreseptforskriften § 5 punkt 13 ytes det stønad til nødvendig bandasjemateriell, salver, kremer, oljer og annet medisinsk forbruksmaterieell som benyttes i behandlingen av EB. Størstedelen av refusjonsutgiftene gjelder bandasjer. Før 2015 ble ikke materiell ved EB refundert etter blåreseptordningen, men det ble gitt bidrag etter folketrygdloven § 5-22. Refusjonsutgiftene ble redusert fra 40,9 mill. kroner i 2015 til hhv. 37,5 og 19,3 mill. kroner i 2016 og 2017. Den kraftige nedgangen i 2017 skyldes at Helfo med virkning fra 2017 publiserte en uttømmende produkt- og prisliste. For bandasjer ved EB legges en avansesats på 10 prosent til nettoppris, for øvrig medisinsk forbruksmaterieell er avansesatsen 25 prosent.

#### 3.6.2 Strupeopererte

Blåreseptforskriften § 5 punkt 3 dekker medisinsk forbruksmaterieell til brukere som har gjennomgått en laryngektomioperasjon. Laryngektomi innebærer at strupehodet fjernes, og pasienten må puste gjennom et lite hull (stoma) foran på halsen. Pasientene vil ha behov for ulike typer medisinsk forbruksmaterieell livet ut.

#### 3.6.3 Lungesyke

Etter blåreseptforskriften § 6 punkt 7 ytes det stønad til diverse medisinsk forbruksmaterieell ved kols og astma. Rundskrivnet utvider målgruppen til brukere med andre lungesykdommer med obstruktiv effekt. Inhalasjonskamre er den største produktgruppen både når det gjelder refusjonsutgifter og antall brukere. Samlede refusjonsutgifter lå stabilt på om lag 12 mill. kroner i perioden 2012 til 2015, men har økt noe de siste to årene. I 2017 var refusjonsutgiftene på 15 mill. kroner fordelt på 46 433 brukere. Gjennomsnittlig refusjonsutgift per bruker var vel 320 kroner.

## 4 Andre særtrekk ved utlevering av medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler fra apotek og bandasjist

I kapitlene 3 er det redegjort for hvilke tjenester apotek og bandasjist yter i forbindelse med utlevering av ulike kategorier medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler. I tillegg til disse rådgivnings- og veiledningsoppgavene overfor pasienter og brukere, bruker apotek og bandasjist mye tid og ressurser på veiledning til forskriver, hjemleveranser, refusjonsveiledning til pasient og resephåndterer, kontakt med hjemmesykepleie, varehåndtering, lagerhold og bestilling. Disse oppgavene omtales i dette kapitlet. Generelt opplever apotek at utlevering av medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler innebærer vesentlig mindre rasjonelle arbeidsprosedyrer enn for utlevering av legemidler.

### 4.1 Behov for diskresjon og private samtaler

Apotek og bandasjister har et eget informasjons- og samtalerom for private samtaler med kunder. Her oppbevares det prøver av ulike produkter og informasjonsmateriell til kunder. Kunden kan snakke med kompetent personale på en diskret måte. Dette er viktig for mange pasienter, særlig for pasienter med behov for utstyr ved stomi, inkontinens og urinretensjon.

I tillegg til tidsbruk utgjør leie av lokaler en betydelig kostnad for apotek og bandasjister. Areal som kreves for å tilby informasjons-/demorum øker kostnadene, og kunne alternativt benyttes til å tilby eller promotere andre varer i butikkene.

### 4.2 Varehåndtering, lagerhold og bestilling

Siden produktsortimentet er stort, lagerføres bare en begrenset andel av alle produkter hos grossist. Apotek og bandasjister må derfor bruke mye tid på å bestille/motta varer direkte fra leverandører. Det er derfor en lite effektiv logistikk/vareflyt. En viktig grunn til dette er et særdeles stort vareutvalg som er fastsatt av myndighetene.

Det finnes totalt 7 589 ulike varenumre på produkt- og prislister til Helfo gjeldende fra 1. juli 2018. Stomi skiller seg ut som det refusjonsområdet med flest ulike varenumre (3643 ulike varenumre). For hvert av områdene inkontinens, urinretensjon og næringsmidler er det mellom 600 og 700 ulike varenumre, mens for diabetes er det bare 92 ulike varenumre. Antall leverandører varierer fra 17 (diabetes) til 40 (stomi).

For apotek og bandasjist sin del ville det være en fordel om antallet varenumre på produkt- og prislister ble redusert. Mange av produktene benyttes av et fåtall pasienter, og omfanget av produkter innebærer mye ekstrajobb for apotek og bandasjist. På den annen side har det vært ansett som viktig for pasientene å ha et bredt utvalg produkter å velge mellom, og det kan være vanskelig å gjennomføre endringer i listene som innebærer at pasienter mister tilgang til produkter de er vant til å bruke og har gode erfaringer med.

En del av varene distribueres gjennom kjedenes egne grossister, men svært mange produkter bestilles og distribueres direkte fra leverandør. Dette innebærer mye ekstrajobb for det enkelte apotek og bandasjist.

Tabellen på neste side viser andel av varer innenfor de ulike refusjonshjemplene som lagerføres av apotekgrossistene<sup>12</sup>, og estimert andel av omsetning som disse varene utgjør.

---

<sup>12</sup> Basert på data fra to av tre apotekgrossister

	Inkontinens	Urinretensjon	Diabetes	Stomi	Næringsmidler
Antall produkter på listen	671	696	92	3 643	646
Andel lagerført grossist	40-55 %	20-35 %	60-70 %	5-10 %	ca. 60 %
Estimert andel omsetning via grossist	90-95 %	ca. 30 %	90-100 %	10-60 %	80-100 %

Andelen av omsetning via grossist for bandasjistene er samme størrelsesorden som for apotek, dvs. ca. 90 prosent innenfor inkontinens, ca. 30 prosent på urinretensjon og ca. 10 prosent på stomi. Omsetning av diabetesmateriell og næringsmidler går i hovedsak gjennom apotek.

Etter apotekloven § 5-3 har apotek plikt til å forhandle vanlig medisinsk utstyr som benyttes av forbrukere. Etter § 5-4 skal apoteket ha rutiner for tilførsel av varer som sikrer rask levering til lager av varer som omfattes av forhandlingsplikten, og den alminnelige lagerbeholdningen skal stå i forhold til arten og omfanget av apotekets omsetning. Apoteket skal alltid ha beholdning av forhandlingspliktige varer som jevnlig rekvireres eller etterspørres av leger, tannleger, veterinærer og annet helsepersonell på stedet.

Legemiddelverket har uttalt følgende om apotekenes lagerplikt:

«Hva som ligger i ordet *jevnlig* er en skjønnsmessig vurdering apoteket må foreta. Legemiddelverket vil som en hovedregel mene at etterspørsel minst en gang pr. måned er jevnlig. Men også andre forhold er relevant å vurdere med hensyn til lagerplikt, så som viktighet av å starte behandling samme dag.»

Lagerhold av medisinsk forbruksmateriell, særlig utstyr til inkontinens, krever mye plass og øker utsalgsstedenes behov for lagerareal.

Apotekforskriften § 26 utdyper apotekenes forhandlingsplikt og presiserer at plikten også gjelder for medisinsk utstyr som ikke er i vanlig bruk, men som er viktig for bestemte pasientgrupper. Plikten gjelder under forutsetning av at slikt utstyr er tilgjengelig for apotek i Norge.

Det er ikke en tilsvarende forhandlingsplikt for bandasjister. HELFO forutsetter imidlertid at alle apotek og bandasjister med oppgjørsvtaler kan skaffe alle varer som finnes på produkt- og prislistene

#### 4.3 Hjemleveranse til den enkelte bruker

Den samfunnsmessige utviklingen gjør at flere hjelpetrengende bor hjemme med hjemmetjenester. Mange av disse brukerne har vansker med å hente produktene selv hos sin lokale bandasjist eller apotek. Derfor tilbyr mange apotek og bandasjister hjemleveranser direkte til den enkelte. De ansatte i hjemmesykepleien opplever ofte et stort tidspress i sin hverdag. Fokuset hos primærhelsetjenesten bør være på pleie (og ikke logistikk av varer), slik at tilbud om frakt av reseptvarer direkte hjem til bruker er en reell avlastning for de ansatte i primærhelsetjenesten. Hjemkjøring er som regel gratis for brukeren.

Siden mange produkter som refunderes etter §§ 5 og 6 har stort volum, f.eks. produkter ved inkontinens, vil mange brukere ha problemer med å hente produktene på apoteket eller hos bandasjisten. Dette gjelder særlig for eldre og syke brukere.

#### 4.4 Refusjonsveiledning til forskriver, resepthåndterer og pasient

Det er omfattende og komplisert regelverk som regulerer hvem som har rett på hvilke produkter etter blåreseptforskriften §§ 5 og 6, og hvilke formelle krav som gjelder for utforming av resept og utlevering av produktene fra apotek og bandasjist.

Apotek og bandasjist har, gjennom avtaler om direkte oppgjør med Helfo, omfattende forpliktelser til å kontrollere at resept og utlevering er i samsvar med regelverket, og er etter avtalene økonomisk ansvarlig overfor Helfo.

Forskriften inneholder mange detaljerte regler, og disse er utdypet i rundskriv fra Helsedirektoratet. Nedenfor er gjengitt noen eksempler på slike regler.

- Mange produkter må være særskilt spesifisert på resept for at folketrygden skal yte stønad.
- Noen produkter må forskrives av spesialist for at folketrygden skal yte stønad.
- Regelverket spesifiserer hvilke pasientgrupper som har rett til stønad etter de ulike hjemmelspunktene. I noen tilfeller er det uklart om en pasient faller innenfor eller utenfor definisjonene.
- I noen tilfeller er stønad avhengig av at lege sender inn en individuell søknad om stønad på vegne av brukeren (næringsmidler).
- For noen produkter må resepten angi hvilken mengde som skal utleveres, og det kan være fastsatt en øvre grense for hvor mye som skal utleveres.

Ofte skriver leger «åpne» resepter uten å spesifisere hva slags produkter som skal utleveres, se kapittel 2.5. Noen produkt- eller artikkelgrupper må rekvireres spesielt av lege. Dersom lege gjør dette ved å angi et bestemt varenummer, vil dette innebære at utleverer ikke kan utlevere andre varer innenfor samme artikkelgruppe. Tilsvarende vil annen forskrivning på varenummernivå innebære at det ikke kan utleveres produkter som pasienten har medisinsk behov for. I slike tilfeller må apotek eller bandasjist kontakte lege for å få korrigert resepten.

Apotek og bandasjist må veilede både pasienter, leger og øvrig helsetjeneste om refusjonsregelverket, og bruker mye tid på dette. Etter folketrygdloven § 5-14 er det et vilkår for stønad at lege har forskrevet utstyret. Ofte er det pasientens fastlege som gjør dette. I motsetning til på legemiddelområdet har imidlertid legen lite kompetanse på området. Apotek og bandasjist opplever derfor ofte å motta henvendelser fra lege med spørsmål rundt refusjonsregelverket, og må ofte selv ta kontakt med lege for å avklare innholdet i forskrivning eller få rette opp i resepter som er mangelfulle eller inneholder feil.

#### 4.5 Samarbeid og veiledning overfor hjemmesykepleie

Apotek og bandasjist gjennomfører også opplæring av ansatte i primærhelsetjenesten. Det er i Norge bare ca. 100 sykepleiere med spesialutdannelse i urologi (uroterapeuter). De fleste jobber innen det offentlige, men noen er ansatt i det private næringsliv (ofte hos ulike leverandører eller hos apotek/bandasjist/grossist). Med så få uroterapeuter tilgjengelig for hele 18.000 brukere av kateter, har apotek og bandasjist fått en sentral rolle innen dette området. Også innenfor stomi er det få spesialister ansatt i den offentlige helsetjenesten. Stomisykepleiere ansatt ved offentlige sykehus utgjør i dag mellom 16 og 17 årsverk.

### *Eksempel på hjemmebesøk av sykepleier fra apotek*

*Hjemmesykepleien kontakter apoteket pr. telefon. De har en kreftsyk bruker som skulle ha vært til kontroll hos stomisykepleier, men pga. sin dårlige almenntilstand lar ikke dette seg gjøre. Stomisykepleier har derfor oppfordret hjemmesykepleien til å kontakte apoteket for å få et hjemmebesøk. Sykepleier fra apotek møter hjemmesykepleien hjemme hos brukeren. Problemet er hyppige lekkasjer. Hjemmesykepleien har brukt plateforlengere, noe som har gjort at avføringen har blitt liggende enda lenger på huden under platen før man ser lekkasjen. Dette har resultert i sår og blødende hud, og brukeren tar sterke smertestillende før hvert plateskift. Ved nærmere samtale viser det seg at lekkasjene er hyppigst i forbindelse med TPN (parenteral ernæring), når produksjonen på stomien øker, og den vanntynne avføringen lettere finner veien under platen. Sykepleieren veileder i bruken av fortykningsmiddel og oppfordrer å avslutte bruken av plateforlengere. I tillegg bestilles en nattdrenasjepose som skal brukes når hun får TPN. Det viser seg nemlig at brukeren må stå opp flere ganger for å tømme posen for avføring. Brukeren ønsker å ta i bruk endringen allerede samme dag. Apoteket pakker og setter det klar til henting. Tre dager senere har lekkasjene avtatt, huden har blitt finere, men det beste av alt er at hun har fått nattesøvnen tilbake. Det har gitt henne krefter, og er nå klar for videre behandling for sin kreftsykdom.*

Apotek og bandasjister samarbeider godt med det offentlige helsevesenet, og er i mange tilfeller sykehusets «forlengede arm» inn i primærhelsetjenesten.

Kompetansen i hjemmebasert omsorg kan være varierende med hyppig bruk av deltidstillinger, vikarer og ufaglært arbeidskraft. For å bistå den kommunale helsetjenesten med å gi en god pleie, tilbyr noen apotek og bandasjister undervisning av ansatte. Undervisningen er som regel fokusert på:

- Generell opplæring i produkter og produktmuligheter
- Opplæring i bruk av kateter, inkontinens- og stomiutstyr
- Veiledning i refusjonsrettigheter

Enkelte apotek og bandasjister tilbyr også hjemmebesøk i samarbeid med primærhelsetjenesten. Henvendelse om hjemmebesøk kan komme fra hjemmesykepleien eller fra brukeren direkte, men besøkene gjennomføres ofte sammen med offentlig ansatt helsepersonell. Besøkene foretas av personer med sykepleiefaglig kompetanse.

Målsetning med besøk er som regel at pasienten skal bli selvhjulpen og dermed redusere behov for hjelp av hjemmesykepleie, og gi følelse av mestring for å sikre god etterlevelse. Innhold i besøkene er som regel gjennomgang av produktmuligheter for å finne optimalt produkt for den enkelte pasient og opplæring i bruk av produkt for å sikre god etterlevelse og mestring.



## 5 Behov for et nytt pris- og avansesystem - tjenestebetaling

### 5.1 Innledning

Helfo fastsetter maksimal refusjonspris for alle varenummer på produkt- og prislister. Refusjonsprisen tar utgangspunkt i nettopris som Helfo har avtalt med leverandørene. Deretter legges det til en avansesats (prosentpåslag) og merverdiavgift. I praksis får dermed apotek og bandasjist i dag betalt i form av et prosentpåslag på innkjøpsprisen for medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler. Avansen varierer mellom refusjonsområder og produktgrupper, og er i dag mellom 10 og 37 prosent. Denne avansen skal dekke:

- Varehåndtering og utlevering
- Løpende rådgivning og veiledning
- Spesiell oppfølging av pasienter

Avansen er den samme for de som aktivt hjelper pasientene med veiledning og oppfølging, og for de som bare driver utlevering.

Det er viktig at pris- og avansesystemet gir riktige insentiver for å opprettholde et godt tjenestetilbud hos bandasjist og i apotek, og at dette tilbudet ikke blir undergravet av netthandel og dirktesalg fra leverandører. Bandasjist og apotek har ansatt helsepersonell med omfattende praktisk erfaring:

- 150 - 200 sykepleiere, mange med spesialkompetanse (stomi, urologi)
- 3 800 farmasøyter
- 3 400 apotekteknikere

På legemiddelområdet er det innført tjenestebetaling for apotek:

- Inhalasjonsveiledning
- Oppstartsveiledning (medisinstart)
- Utlevering av legemidler i LAR

I tillegg er avansen for salg av legemidler i stor grad et fast kronetillegg per pakke.

### 5.2 Tjenestebetaling

Betalte tjenester i apotek og hos bandasjist kan innføres som standardiserte, strukturerte tjenester med et fast innhold og en fast betaling per utført tjeneste, og som betaling for tjenester som er tilpasset den enkelte brukers individuelle behov. For individuelt tilpassede tjenester kan betalingen enten fastsettes på bakgrunn av gjennomsnittsbetraktninger, hvor mye tid apotek/bandasjist i gjennomsnitt bruker på den aktuelle tjenesten, eller basert på faktisk tidsbruk i det enkelte tilfellet.

#### 5.2.1 Dagens tjenestebetaling i apotek

Apotek mottar i dag betaling for inhalasjonsveiledning og oppstartsveiledning (medisinstart). Ordningene finansieres av bevilgninger til bidragsordningen, jf. folketryktdloven § 5-22.

Inhalasjonsveiledning er en utvidet veiledningstjeneste for pasienter med astma og kols, der farmasøyt i apotek veileder i hvordan inhalasjonsmedisinene skal brukes. Veiledningen kompenseres med 80 kroner.

Oppstartsveiledning (medisinstart) består av to oppfølgingssamtaler mellom apotekfarmasøyt og pasienter etter reseptekspedering. Foreløpig er tjenesten innført for pasienter som starter med et nytt legemiddel til behandling av enten høyt blodtrykk, behandling av høyt kolesterol eller blodfortynnende legemidler. Oppstartsveiledning betales med 450 kroner per pasient.

Apotek har inngått avtale med de regionale helseforetakene om tjenester ved LAR (legemiddelassistert rehabilitering). Avtalen omfatter delutlevering (apoteket deler en legemiddelpakning og leverer ut til pasienten i porsjoner) og overvåket inntak. Disse tjenestene godtgjøres etter faste satser basert på beregnet tidsforbruk i apotek. I tillegg betaler de regionale helseforetakene for andre oppgaver apotek har knyttet til oppfølging av utleveringsordningen, bl.a. etablering av henteordning, journalføring, apotekets oppgaver når gyldig resept ikke foreligger og oppfølging av henteordning. Selv om det er store variasjoner i omfanget av slike oppgaver for hver pasient, godtgjøres apotek med en fast takst for hver pasient per måned.

Tjenestene på legemiddelområdet blir utført på de fleste apotek i landet. Hvorvidt fremtidige tjenester i forbindelse med utlevering av medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler skal utføres hos alle apotek og bandasjister, eller bare et utvalg av disse, må avgjøres utfra hvilken kompetanse som kreves for å utføre tjenesten. Innenfor stomiområdet er det ikke realistisk at alle utleveringsstedene skal ha kompetanse til å utføre tjenester, jf. omtal i kapittel 3.2.

Det er i dag ingen egenbetaling for pasientene for tjenester de mottar i apotek. Ved innføring av tjenestebetaling ved utlevering av medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler må det tas stilling til om det skal beregnes egenandel for pasientene. I praksis har dette liten betydning. Pasientenes egenbetaling utgjør en svært liten andel av refusjonsutgiftene, særlig innenfor stomi, urinretensjon og næringsmidler, og de aller fleste pasientene får frikort i løpet av året.

#### 5.2.2 Brukere med ulike behov

Det er store variasjoner når det gjelder pasientenes behov for råd og veiledning. Stomi peker seg ut som et område der apotek og bandasjist utfører de mest tidkrevende tjenestene i dag, men også for urinretensjon og tyngre inkontinens brukes det mye tid i kontakt med pasientene. Noen pasienter har behov for gjentatt og tidkrevende rådgivning, mens andre klarer seg godt med mindre omfattende veiledning i valg og bruk av utstyr. Gjennomgående er behovet størst for nye brukere, men også etablerte brukere kan ha behov for omfattende veiledning fra ansatte i apotek og bandasjist.

Ved innføring av tjenestebetaling må det tas stilling til om det skal fastsettes standardiserte satser for tjenester eller om det skal betales for faktisk tidsforbruk i hvert enkelt tilfelle.

Det bør utredes om det kan fastsettes standardsatser for nærmere definerte tjenester som ytes i apotek og bandasjist. Et system med standardsatser er forutsigbart og kan være enkelt å forvalte hvis det lar seg gjøre å definere ulike tjenester på en god måte. Det må i tilfellet vurderes om det skal gjennomføres tidsstudier hos utleverer for å kartlegge hvor lang tid som går med til de ulike tjenestekategoriene. Ulempen med standardiserte satser er at de ikke tar høyde for at ulike pasienter har ulike behov, og at satsene kan gi god betaling for en «normalpasient» men dårlig betaling for pasienter med sammensatte og komplekse utfordringer. Alternativet til standardiserte satser er at apotek og bandasjist, innenfor nærmere avgrensede områder, betales for den faktiske tiden som går med til pasientveiledning og -opplæring.

#### 5.2.3 Standardiserte strukturerte tjenester

Innenfor de øvrige store refusjonsområdene er det mindre variasjon i brukernes behov for veiledning og informasjon, og det er også færre brukere som har behov for særlig omfattende tjenester. Det bør likevel vurderes å innføre tjenestebetaling. Tjenesten kan gjelde ved oppstart av behandling. Allerede i dag bruker apotek og bandasjist mye tid på å veilede nye brukere, og innføring av tjenestebetaling vil sikre bedre etterlevelse og mer optimal behandling. Det gir også insentiver og muligheter for å standardisere og kvalitetssikre de tjenestene som ytes.

#### 5.2.4 Krav til apotek og bandasjist som mottar tjenestebetaling

De tjenester som apotek og bandasjist yter i forbindelse med utlevering av medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler krever et fysisk møte med pasienten, for at det i praksis skal være mulig å gi god veiledning. Det bør derfor være et utgangspunkt for å motta tjenestebetaling at det er fysisk pasientkontakt. Det bør derfor vurderes å stille krav om fast utsalgssted og egnet informasjons- og samtalerom som er tilrettelagt for pasientkontakt, for at apotek eller bandasjist skal kunne motta tjenestebetaling.

Ved innføring av tjenestebetaling må det gjøres en vurdering av om tjenestene skal anses som helsehjelp etter helsepersonelloven § 3 tredje ledd. Uavhengig av om tjenestene anses som helsehjelp, bør det vurderes å stille krav at autorisert helsepersonell skal være ansvarlig for tjenestene, for at apotek eller bandasjist skal ha rett til å motta betaling.

Spørsmålet om tjenestene ved utlevering av medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler skal anses som helsehjelp/helsetjenester har også betydning for spørsmål om journalføringsplikt og merverdiavgift<sup>13</sup>.

#### 5.3 Avansestruktur

Dagens avansestruktur, som i hovedsak består av faste prosentsatser for hvert refusjonsområde, gir dårlig sammenheng mellom avanse og arbeidet som apotekene og bandasjistene utfører. Videre gir dagens avansestruktur utleverer økonomiske incentiver til å selge produkter med høy pris.

For næringsmidler er det i dag en avansesats på 40 prosent ved nettoppris opp til 500 kroner, mens det er en avanse på 300 kroner for produkter med nettoppris over 500 kroner. Hensikten med dette har sannsynligvis å begrense utlevererens avanse ved salg av svært dyre produkter.

For melkeerstatningsprodukter og næringsmidler ved Føllings sykdom har det blitt innført en avansesats på 25 prosent. For disse næringsmidlene er ikke avansen begrenset til 300 kroner<sup>14</sup>. Pris og produktlistene for Føllings sykdom og ved melkeproteinallergi mm. inneholder mange dyre produkter, og refusjonskostnadene per pasient er relativt høye. Dette forklarer at avansesatsen er satt til 25 prosent (i stedet for 40 prosent) for disse produktene. Det kan derfor oppleves som et paradoks at begrensningen i avanse på 300 kroner ikke gjelder disse produktene. Samtidig gir dagens system med splittbeløp på 500 kroner mulighet for leverandørene til å tilpasse forpakkingsstørrelse for å gi høyest mulig avanse.

På legemiddelområdet er avansen fastsatt gjennom et fast kronetillegg for hver legemiddelpakning og et mindre prosenttillegg på apotekenes innkjøpspris. Gjennom flere år er avansen gjort mer degressiv gjennom å senke prosenttillegget og øke kronetillegget.

Apotekforeningen og Bandagistenes næringspolitiske utvalg mener at dagens avansesatser kan reduseres for å finansiere innføring av tjenestebetaling. Videre bør avansen få en ny struktur ved at det innføres et kronetillegg per pakke. Det bør utredes om det kan gjelde et fast prosenttillegg som er felles for alle refusjonshjemler/punkter, og at dette kombineres med et differensiert (etter refusjonshjemmel) kronetillegg. Det er ikke mulig eller ønskelig å innføre tjenestebetaling for alle veiledningsoppgaver som utleverer har. Størrelsen på kronetillegget innenfor de ulike hjemlene bør

---

<sup>13</sup> Etter merverdiavgiftsloven § 3-2 er omsetning og formidling av helsetjenester som hovedregel unntatt fra loven.

<sup>14</sup> Utleverer vil få en høyere avanse enn 300 kroner ved nettoppris over 1200 kroner (utsalgspris over 1725 kroner inkl. mva.).

derfor ta hensyn til hvor mye arbeid, både med hensyn til pasientveiledning og logistikk mv., utleverer har innenfor de ulike områdene.

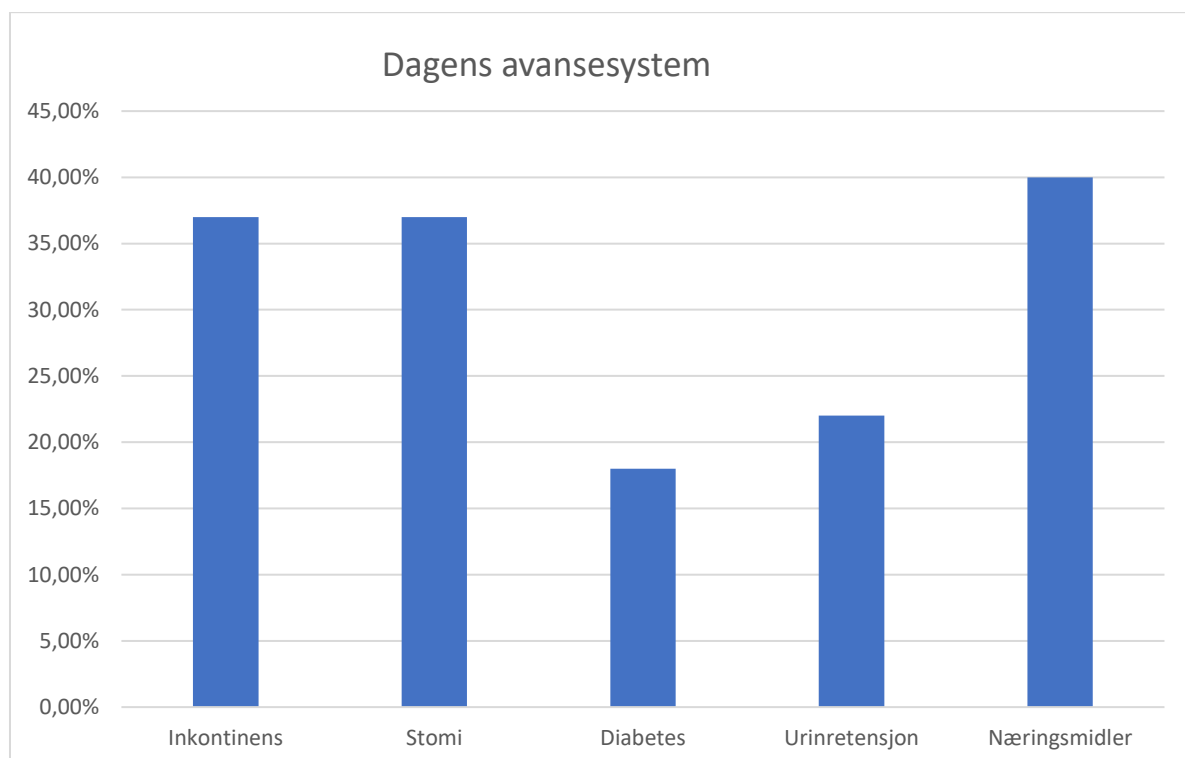
Det ville også gitt en bedre sammenheng i avansestrukturen for næringsmidler dersom det hadde blitt innført et fast kronetillegg og et fast prosenttillegg for alle næringsmidler, samtidig som det ivaretar hensynet til å begrense avansen ved utlevering av de dyreste produktene.

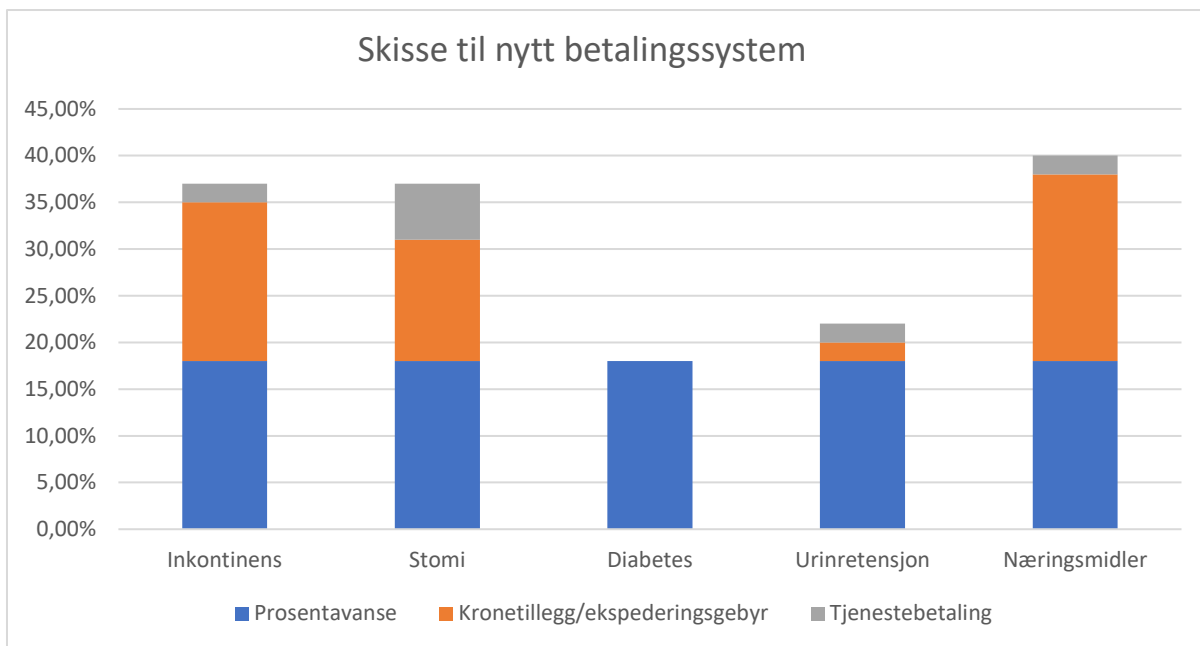
For en del produkter på listene har Helfo fastsatt en egen referansepris, på grunnlag av bruksverdien, for en gruppe produkter. Referanseprisen er det maksimale beløp som folketrygden kan dekke. Med dagens faste prosentavanse kan det fastsettes referansepriser som innebærer at både nettopris og refusjonspris per enhet blir lik uavhengig av pakningsstørrelse. Det må utredes hvordan dette hensynet skal ivaretas ved innføring av et kronetillegg per pakning.

Selv om det med dagens systemer er ulik prosentavanse for de forskjellige refusjonsområdene, kan ett varenummer likevel kun ha én pris og én avanse. For produkter som er oppført på flere produkt- og prislister, gjelder den laveste avansesatsen. Dette undergraver intensjonen om at fastsatt avanse skal ta hensyn til at utleverer har mer arbeid på noen områder enn på andre. Videre åpner denne praksisen for uheldige tilpasninger ved at produkter trekkes fra lister med lav avanse (og kanskje lavt volum). Alternativt kan leverandører markedsføre to ulike pakninger av et produkt med for eksempel ulik størrelse, for å unngå redusert avanse på det ene produktet. Med innføring av en fast prosentavanse og et kronetillegg per pakning som varierer mellom de ulike refusjonsområdene, kan disse problemene unngås. Det må vurderes om kronetillegget skal være en del av prisen på varen, eller om det skal defineres om et refusjons- eller ekspederingsgebyr.

Et flatt prosenttillegg på for eksempel 18 prosent vil frigjøre om lag 200 mill. kroner som kan benyttes til å innføre tjenestebetaling og kronetillegg per pakke.

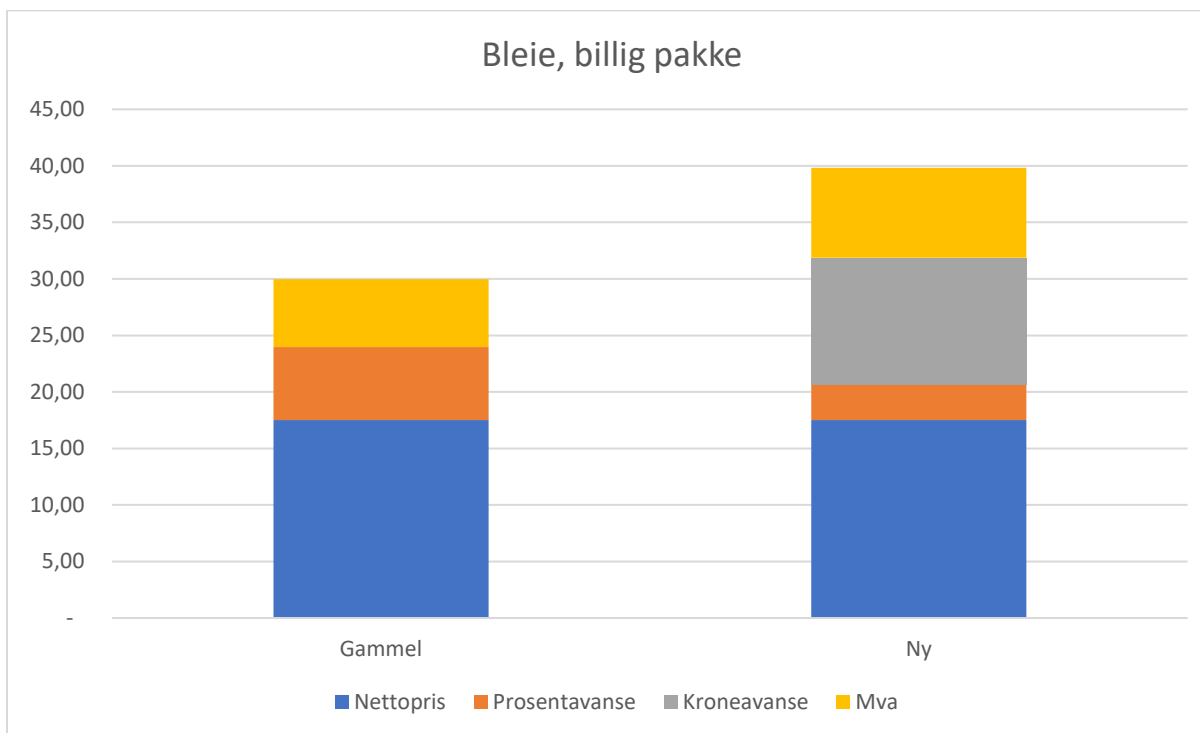
Endringen kan illustreres som følger.



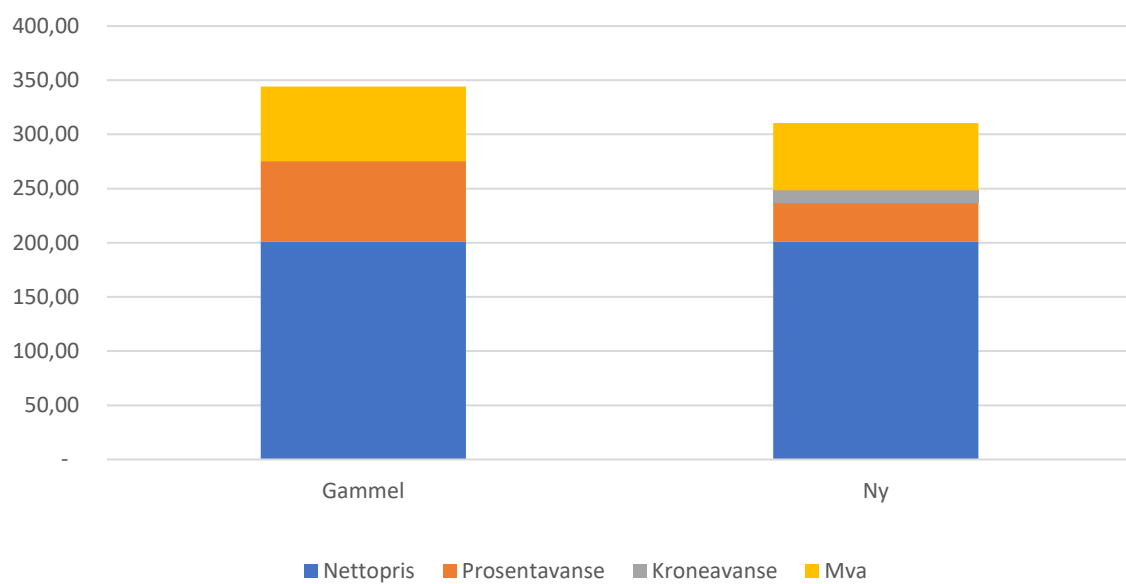


I figurene ovenfor er det forutsatt at det ikke overføres midler fra ett område til et annet. Innføring av tjenestebetaling vil innebærer at materiell som utleveres uten at apotek eller bandasjist yter en definert tjeneste vil bli noe billigere, mens varer som utleveres samtidig som det ytes tjeneste blir dyrere.

Innføring av kronetillegg (resept- eller ekspederingsgebyr) vil føre til at billige produkter (pakker) blir noe dyrere, og at dyre produkter blir billigere. Bleier refunderes for pasienter med inkontinens. I dagens produkt- og prislister varierer refusjonsprisen for en bleiepakke fra kroner 29,96 til 344,10. Figurene nedenfor illustrerer hvordan forslaget vil så ut for hhv. en billig og dyr bleiepakke.



### Bleie, dyr pakke



## 6 Andre regulatoriske forhold

### 6.1 Utleveringssteder med oppgjørsavtale

Medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler på blå resept har tradisjonelt vært solgt gjennom private apotek, sykehusapotek og private bandasjister. HELFO forutsetter at alle apotek og bandasjister med oppgjørsavtaler kan skaffe alle varer som finnes på produkt- og prislister (forhandlingsplikt), men dette kravet er ikke formalisert i regelverk eller oppgjørsavtalene.

De regionale helseforetakene skal sørge for at personer i helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder behandlingshjelpemidler. De regionale helseforetakene ivaretar ansvaret for behandlingshjelpemidler gjennom egne enheter (tidligere kalt hjelpemiddelsentraler) i enkelte av helseforetakene. Flere av disse enhetene har inngått avtale med HELFO, og selger dermed medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler i konkurranse med apotek og bandasjist. Dette reiser bl.a. problemstillinger rundt ulovlig statsstøtte, jf. ESAs vedtak om at den tidligere organiseringen av offentlig eide sykehusapotek innebar ulovlig statsstøtte. Videre er det et spørsmål om enhetene ivaretar Helfos forutsetning om forhandlingsplikt for medisinsk utstyr og næringsmidler. Helsedirektoratet har opplyst at det er sju enheter under RHFene som har inngått oppgjørsavtale med Helfo, og at det ble utbetalt vel 20 mill. kroner i refusjon til disse i 2017.

I tillegg til tradisjonelle bandasjister og helseforetak, er det også grossister, importører og produsenter som har inngått oppgjørsavtale med Helfo.

Apotek er gjennom apoteklovgivningen pålagt lager- og forhandlingsplikt, se nærmere om dette i kapittel 4.2. Apotek er også underlagt eierbegrensingsregler i apotekloven § 2-3 som innebærer at legemiddelindustri (eller legemiddelrevirent) ikke kan eie apotek. Formålet med regelen var å unngå at alle ledd i legemiddelomsetningskjeden skal kunne kontrolleres av én aktør. At én aktør har kontroll med hele verdikjeden er like problematisk for medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler som for legemidler. Problemet kan reduseres gjennom å formalisere kravet til at bandasjister med oppgjørsavtale med Helfo får forhandlingsplikt for alle produkter på produkt- og prislister.

Apotekloven med forskrifter stiller også krav til bl.a. personell i apotek og apoteklokalene. Det må vurderes hvilke krav som bør stilles til bandasjister i forbindelse med inngåelse av oppgjørsavtaler med Helfo.

Apotekforeningen og Bandagistenes næringspolitiske utvalg mener gjeldende oppgjørsavtaler bør revideres, herunder slik at det innføres forhandlingsplikt for bandasjister. Oppgjørsavtalene må også revideres for å formalisere hvilke krav som stilles til apotek og bandasjist for å utløse tjenestebetaling, jf. kapittel 5.2.4. Gjeldende oppgjørsavtale ble innført/endret i 2009. Fra 2013 ble elektroniske resepter innført blant fastleger, apotek og bandasjister. I dag utgjør papirresepter en liten andel av alle resepter. Avtalene bør derfor gjennomgås med sikte på tilpasninger med hensyn til elektroniske resepter.

### 6.2 Krav til leverandørene

Leverandører av medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler kan søke Helfo om å få produkter på produkt- og prislister. Leverandørene søker produktet inn til en nettoppris. Denne prisen er utgangspunktet for utregning av maksimal refusjonspris. Nettoppris pluss avansetillegg til apotek og bandasjist pluss moms blir maksimal refusjonspris. Når et produkt fra produkt- og prislister leveres til en bruker, er det maksimal refusjonspris som blir refundert fra Helfo til apotek og bandasjist.

Apotek og bandasjist har tidligere opplevd at leverandørene, i tillegg til nettoppris, har fakturert fraktkostnader. Helfo har nå presisert at leverandører som har produkter oppført i produkt- og prislister, plikter å levere varene fraktfritt til utleverer (apotek/bandasjist), og at en leverandør kan

ikke unnlate å selge oppførte produkter til en utleverer. Apotek og bandasjist opplever derfor i mindre grad enn tidligere å bli fakturert for frakt ved bestilling av produkter som refunderes etter §§ 5 og 6. Noen leverandører opererer imidlertid med minstekvantum ved leveranse til apotek og bandasjist. Som følge av det store antallet ulike produkter på listene, og til dels lavt salgsvolum fra det enkelte utsalgssted, fører dette til unødvendig lagerbinding og kassasjon. Myndighetene må presisere overfor leverandørene at de har plikt til å levere enkeltpakninger til apotek og bandasjist.

Apotek og bandasjist har også en utfordring med hensyn til produkter som har en pakningsstørrelse som utgjør mer enn tre måneders normalt forbruk. Utleverer må da velge å levere ut for mer enn tre måneders forbruk eller selge bare deler av pakningen (anbrudd). Anbrudd medfører stor risiko for svinn hos utleverer, og er problematisk av hensyn til krav om merking og sporbarhet av medisinsk utstyr. Vi mener Helfo enten må akseptere at det i slike tilfeller leveres ut produkter som utgjør mer enn tre måneders forbruk, eller kreve at leverandørene har mindre pakninger for å få produktet inn på prislister. Alternativet er at det innføres et tillegg i prisen ved anbrudd slik det er på legemiddelområdet<sup>15</sup>.

### 6.3 Forenklinger med hensyn til reseptkrav

Blåreseptforskriften § 7 bestemmer at den enkelte resept ikke må lyde på mer enn tre måneders forbruk, men at den kan reiteres (brukes på nytt) for inntil ett års forbruk. Dette korresponderer med gyldighetstiden for resepter på legemidler etter forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek § 3-4 første ledd. I denne bestemmelsen er det gjort unntak for hormonelle antikonseptiva (prevensjonsmidler) som har en gyldighetsperiode på tre år, jf. § 3-4 tredje ledd.

En gyldighetsperiode på ett år kan være fornuftig for legemidler for å sikre at behandlingen bli evaluert og lege tar stilling om det er hensiktsmessig å fortsette med samme behandling eller om denne må endres. For medisinsk forbruksmateriell er det normalt ingen grunn for at pasientene bør inn til lege hvert år for å få forskrevet ny resept. Pasientene har normalt en kronisk tilstand og et varig behov for medisinsk forbruksmateriell. Videre er det ikke legen som styrer hvilke produkter pasienten til enhver tid skal bruke.

Folketrygden yter bidrag etter folketrygdløven § 5-22 for prevensjonsmidler til kvinner mellom 16 og 21 år. Her gjelder gyldighetstiden på tre år for resepter på prevensjonsmidler, slik at det ikke er en begrensning på ett års forbruk på hver enkelt resept for at folketrygden skal yte bidrag. Tilsvarende bør kunne gjelde for blåresepter på medisinsk forbruksmateriell.

Det er mye usikkerhet blant rekvirenter med hensyn til utfylling av resept på forbruksmateriell og næringsmidler. Myndighetene bør vurdere forenklinger i hvilke krav som stilles til rekvirent. Dette vil også redusere behovet for unødvendig kontakt mellom lege og apotek/bandasjist. Videre bør det vurderes om lege kan rekvirere næringsmidler på blå resept uten individuell søknad. Dette vil redusere byråkrati, og sørge for at pasienten får raskere tilgang til viktig behandling.

---

15

<https://legemiddelverket.no/Documents/Offentlig%20finansiering%20og%20pris/Pris/Apotekavanse/Om%20apotekavanse%202018.pdf>



## 7 Forslag til oppfølging

Apotekforeningen og Bandagistenes næringspolitiske utvalg mener Helsedirektoratet og Helfo må utarbeide et forslag til ny løsning for betaling av tjenester og avanse ved utlevering av medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler på blå resept. Bandasjister og apotek må inkluderes i dette arbeidet, og vi anser det som hensiktsmessig at det etableres en arbeidsgruppe med representanter fra alle relevante aktører. Forslaget til ny betalings- og avansemodell må gi incentiver for å opprettholde og videreutvikle et godt tilbud hos bandasjist og apotek for pasienter som mottar medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler, både med hensyn til råd og veiledning fra kvalifisert personell og tilgang til riktige produkter.

Arbeidsgruppen skal:

- Definere hvilke tjenester som skal utløse særskilt betaling, og størrelsen på betalingen. Det må samtidig vurderes om det skal fastsettes standardiserte satser basert på anslag over gjennomsnittlig tidsbruk, eller om betaling skal baseres på faktisk tidsbruk.
- Lage et forslag til ny avansestruktur som gjør betalingen til bandasjist og apotek mindre avhengig av utsalgspris, f.eks. ved at prosentavansen reduseres og det innføres et kronetillegg per pakning.
- Vurdere om det kan være hensiktsmessig med en felles prosentavanse for alt materiell, og et kronetillegg som kan differensieres etter hvor mye jobb utlevering innebærer for bandasjist og apotek.
- Legge til grunn at forslaget til nytt system for tjenestebetaling og avanse innrettes slik at statens samlede utgifter over blåreseptordningen til medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler ikke endres.
- Vurdere behov for nye tjenester i tilknytning til utlevering av medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler for å sikre riktig bruk.
- Vurdere endringer i oppgjørsavtalene med apotek og bandasjist, krav til leverandører for å få produkter inn på produkt- og prislister og forenklinger med hensyn til reseptkrav.