



# Masteroppgave

## En studie av apoteknæringen

**Richard Fjellaksel**

**MBA**

**BE323E**

**2011**



Handelshøgskolen  
i Bodø

## Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	2
Forord .....	3
Sammendrag .....	4
1. Innledning .....	5
1.1 Aktualisering .....	5
1.2 Formål .....	7
1.3 Bakgrunn .....	7
1.4 Problemstilling .....	8
1.5 Avgrensninger .....	9
1.6 Oppgavens struktur .....	9
1.7 Oppsummering .....	10
2. Metode .....	11
3. Resultater .....	16
3.1 Lovverket .....	19
3.1.1 Begrepsavklaringer .....	19
3.1.2 Lovverkets historie og bakgrunnene til endring av lover.....	20
3.1.3 Gjeldende lovverk .....	21
3.1.4 Offentlige apotek og private apotek.....	23
3.2 Kompetanse .....	25
3.2.1 Kompetanse som begrep .....	25
3.2.2 Kompetanse i apotek og apoteknæringen.....	26
3.2.3 Kompetansens rolle i faghandelen apotek.....	27
3.3 Økonomi i apoteknæringen .....	28
3.3.1 Markedsøkonomien.....	28
3.3.2 Økonomifokusets mørke side .....	29
3.4 Strategi .....	30
3.4.1 Strategiske tilnærminger.....	30
3.4.2 Strategiutvikling i apoteknæringen .....	32
3.5 Oppsummering .....	33
4. Diskusjon .....	35
5. Konklusjon.....	44
6. Litteraturliste.....	48

## **Førord**

Denne oppgaven er et resultat av min personlige interesse for apoteknæringen og mitt initiativ for å gjøre det best mulig for pasienter som til slutt og sist skal bli friske eller få bedret livskvalitet. Jeg har helt siden starten av min karriere observert apoteknæringen. Jeg har vært så heldig å få sett næringen fra innsiden fra flere ulike vinkler. Dette bærer oppgaven også preg av i forhold til mine personlige erfaringsbemerkinger. Når dette er sagt vil jeg takke lærere, masteroppgaveveileder og familie. Til slutt vil jeg også rette en stor takk til min arbeidsgiver for gjennomførelsen av masteroppgaven og mastergraden i strategisk ledelse (MBA).

Tromsø 03.01.2011

*Richard Fjellaksel*

## Sammendrag

Apoteknæringens forandringer de siste år har vært dramatiske. Fra å være sterkt regulert av myndighetene har man liberalisert markedet. Utenlandske eiere har tatt over mesteparten av apotekdriften. Fortsatt er offentlige apotek (sykehusapotek) eid av staten. Dette er en studie av apoteknæringen. Problemstillingene er delt inn i 4 ulike deler; lovverket, kompetanse, økonomi og kompetanse. Disse fire temaene er valgt på grunn av sin relevans for apoteknæringen. Lovverket er regulerende. Kompetanse er viktig på grunn av kvaliteten på apotekjenes-  
tene. Kompetanse vil også være et godt mål på markedes faglige fokus. Økonomi og strategi er de siste temaene som tas opp. De tas opp siden en får et godt innsyn i hvordan næringsutviklingen er og har vært. Økonomi og strategi vil også vise hvordan kompetanse og kvalitet har blitt påvirket. I denne studien har det blitt brukt en sekundærstudiemetodisk tilnærming. Data fra ulike typer kilder er blitt brukt. De viktigste kildene som har blitt brukt er norske tidsskrift som Norsk farmasøytisk tidsskrift og Tidsskriftet for den norske legeforening, samt ulike avisartikler, ulike studier og evalueringsrapporter. Resultatene viser at myndighetene ikke har nådd målsetningene fullstendig slik rapporten fra 2004 konkluderer med. Det er bare en målsetning som er fullstendig nådd, nemlig bedre tilgjengelighet av apotek. Faglig og økonomisk kompetanse er bare delvis nådd mens lavere legemiddelpris har man ikke oppnådd. Det er dessuten tilsynelatende store kompetanseforskjeller i apoteknæringen. Private apotek har lite kompetanse, man er i ferd med å bli tilnærmet lik en dagligvarehandel i stedet for en faghandel. Dette kan være på grensen til uforsvarlig. Næringen må iverksette tiltak umiddelbart. Fagforeningen (Norges farmasøytiske forening) har gjort det allerede. De har innført et frivillig etterutdanningssystem. Dette er ikke nok og myndighetene samt næringen selv må sette krav til kompetanse. Kompetansen har blitt mye mindre fokusert på bekostning av det økonomiske presset til apotekkjedene i den private næringen. Her må næringen selv iverksette tiltak for å unngå videre utvikling i fremtiden. Private apotek kan fort miste tillit. Diverse bonusordninger i forhold til mersalg eller som styres av økonomiske parametre må kuttes ut. Det må fokuseres på faglige parametre i stedet. Denne økonomiske påvirkningen har også vært styrende for strategiene til næringen. En lavkoststrategi preger apotekmarkedet. Myndighetene, fagforeninger og næringen må ikke sitte på benken for lenge å være tilskuer. Tiltak må nå iverksettes for å unngå at man ikke utfører de enormt viktige arbeidsoppgavene apotek har uforsvarlig.

## **1. Innledning**

I innledningskapittelet vil jeg ta for meg bakgrunnen for hvorfor oppgaven er valgt. Aktualisering av tema, formålet med oppgaven, bakgrunnsinformasjon, problemstilling, hvilke avgrensninger som er gjort og oppgavens struktur er temaer som vil bli tatt i nærmere betraktning i underkapittelene.

### ***1.1 Aktualisering***

Tidligere var sykehus organisert slik at fylkeskommunene var ansvarlige for størstedelen av sykehusdriften i Norge. De vanlige sykehusene ble da drevet med hjemmel i lov om sykehus 1969. I stortingsmelding nr. 9 (1974–75) ble grunnlaget lagt for en regionalisering av spesialisthelsetjenesten. Det regionale samarbeidet mellom fylkeskommunene skjøt først fart frem mot 2000, og endte opp med etableringen av de regionale helseforetakene i 2002 med bakgrunn i lov om helseforetak, 2001 (Iversen, O. 2010). Bakgrunnen for denne etableringen var at staten skulle ta ansvaret fra fylkeskommunene og dermed gi eller oppnå gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, uavhengig av kjønn, alder og lignende. Offentlige apotek ble også innrammet av denne loven og det ble etablert egne foretak for Sykehusapotek. Vi finner i dag fire offentlige apotekforetak som er organisert under hver sitt overordnede helseforetak. Vi kan ta Sykehusapotek Nord som eksempel. Sykehusapotek Nord HF er et statlig eid foretak underlagt Helse Nord RHF (organisasjonsmessig) som er et av de fire helseforetakene staten opprettet. Foretaket eier og driver sykehusapotek i Bodø, Harstad og Tromsø, samt enheter ved sykehusene i Narvik, Lofoten og Stokmarknes. Hovedkontoret er lokalisert til Tromsø. Sykehusapotek Nord driver samt utvikler sykehusapotekene, de farmasøytiske avdelingene og dets ansatte i helseregion nord. Målsetningene er at man skal yte gode og likeverdige apotek tjenester, og skal legge til rette for forskning og undervisning. Hovedoppgaven til Sykehusapotek Nord er å være innkjøpsorganisasjon for legemidler i Helse Nord og skal sørge for billigst mulig legemiddelforsyning med tilstrekkelig høy kvalitet til alle helseforetakene i regionen. Sykehusapotek Nord er også et farmasøytisk kompetansesenter i Helse Nord, og sørger for alle nødvendige farmasøytiske tjenester til regionens helseforetak med tilstrekkelig høy kvalitet til lavest mulig pris. Foretaket har totalt ca. 90 ansatte og en samlet omsetning på ca. 270 millioner kroner.

I dagens offentlige apoteknæring er det som fire ulike apotekforetak som er underlagt de fire helseforetakene staten opprettet. I disse fire offentlige apotekforetakene er det en rekke sykehusapotek. Samtidig med denne endringen av sykehus og dets organisering ble også apoteknæringen generelt forandret. Det ble innført endring i lov om apotek i 2001. Denne loven førte til en rekke endringer i alminnelige apotek, eierskap/struktur, etablering og krav til drift. Hensikten med endringen i lov om apotek var fundamentert i statspolitikken som gjaldt å sikre befolkningen effektiv og sikker tilgang til legemidler, faglig og økonomisk riktig bruk av legemidlene og lavest mulig pris på disse. Denne politikken stemmer overens med etableringen av sykehusforetakene som skulle gi eller oppnå gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det uavhengig av kjønn, alder og lignende. Det som skjedde med resten av apoteknæringen eller mesteparten av den, var at vanlige apotek ble kjøpt opp av store internasjonale konsern/kjeder som i dagens apotekvesen per 2010 dominerer apotekmarkedet. Denne store forandringen vi har sett i løpet av de siste 20 årene er en utfordring for helsevesenet og ikke minst politikerne. Så sent som i desember 2012 har Kristelig folkeparti fremmet forslag om å legge ned helseforetakene. Dette blir ikke avgjort før resultatene før neste stortingsvalg og dersom høyresiden vinner ved valget tyder mye på at helseforetakene blir nedlagt (Nordlys. 2010). Dette symboliserer bare uenigheten om helsepolitikken og organiseringen av den. I forhold til apoteknæringen er denne utfordringen er ekstra interessant med tanke på at denne næringen har vært gjennom to hovedendringsprosesser, den ene som er offentlig og den andre som gjaldt alminnelige apotek i samme tid. Denne utfordringen er det jeg vil belyse i denne oppgaven og se på apoteknæringens forandring, nåsituasjon og fremtidsvyer.

## ***1.2 Formål***

Hovedformålet med denne masteroppgaven (MOPP) er å analysere apoteknæringen med tanke på offentlig og privat apoteknæring for å komme med viktige momenter i fremtidsutviklingen av apoteknæringen. Både kvalitet i kompetanse, legemiddelsikkerhet som primæroppgave og økonomisk hensyn etter hva som er ønskelig i forhold til eernes forventninger skal vektlegges.

## ***1.3 Bakgrunn***

Det fins mye data på det som tas opp i denne oppgaven. En rekke artikler, rapporter, kronikker, studier og lignende har blitt publisert de siste årene. Det er derimot ikke gjort noen studier som samler denne informasjonen og analyserer næringen i et helhetlig perspektiv.

I forbindelse med den nye apotekloven som kom den 1. mars 2001 har apotekvesenet forandret seg vesentlig. Fra å være et monopolmarked med sterk regulering fra myndighetenes side har private nå kunnet eie apotek (Lov om Apotek. 2001). Det ble debattert mye i media i forkant av denne lovendringen, noe som gjenspeiler aktualiteten og engasjementet i denne tematikken. Apotekloven ble endret. Helseforetaksloven ble vedtatt. Disse endringene medførte en rekke endringer for apoteknæringen. De viktigste var at den strengt regulerte eierskapsstrukturen ble endret. Der myndighetene har hatt full kontroll over eierskapene til apotek, ble apotek solgt til internasjonale kjeder. Offentlige apotek ble organisert i det vi kjenner som dagens Helseforetak og eierstrukturen ble endret fra fylkeskommunal til statseid. Disse endringene medfører fortsatt mye debatt. Var dette rett vei å gå? Hva er helsevesenet best tjent med? Hvordan skal man få til en best mulig helsetjeneste? Dette er noen viktige politiske spørsmål som er veldig aktuelle nå.

## ***1.4 Problemstilling***

I 2001 kom det ny apoteklov som nevnt tidligere. I forbindelse med denne loven forandret apoteknæringen seg drastisk (Fjærtoft, R. 2003)(Helsedepartementet, 2004). I tillegg kom det ny lov om helseforetak i 2001 som regulerer eierskapet til de offentlige apotekene (Lov om Helseforetak. 2001). Disse endringene har påvirket næringen på mange måter som jeg tar for meg i denne oppgaven. Det debatteres daglig om hvorvidt samfunnet er tjent med næringen slik den er i dag og hva som må endres. Tre store private kjeder dominerer markedet. Det har vært uttrykt en bekymring om hvordan kompetansen til fagpersonalet skal bevares. Man ser bekymringsfullt på apoteknæringen. Spesielt gjelder dette i forhold til økonomi og strategien til næringen slik den er per dags dato i 2010. Et tankekors er også at den eneste uavhengige videreutdanningsinstitusjonen (VETT) ble nedlagt i 2009.

I forhold til dagens situasjon vil jeg med denne oppgaven redegjøre for all informasjon som er tilgjengelig for apoteknæringen. Det settes først og fremst søkelys på lovverket. Det er lovverket som tross alt er bestemmende for hvordan næringen er og vil utvikle seg. Jeg vil også kunne se på tematikken rundt denne lovendringen om den har virket etter hensiktene og hvilke konsekvenser den har fått som man ikke var klar over. Siden tematikken i denne oppgaven er apoteknæringen som en helhet vil jeg også trekke konklusjoner om hvilke strategier man bør utforme i fremtiden og hva næringen bør sette fokus på. Jeg vil forsøke å komme med konkrete forslag til næringen. Økonomi har en sterk sammenheng med strategi og må naturlig nok undersøkes nærmere med tanke på hvilke påvirkninger økonomien har fått og har for næringen. Kompetanse velges som siste tema siden kompetanse vil fungere som en indikator på markedes faglige fokus.

Disse temaene er interessante fordi jeg vil kunne se hvordan de innvirker på hverandre i tillegg til å se på dem enkeltvis. De vil danne et bra datagrunnlag for diskusjonsdelen omkring apoteknæringen. Oppsummert er lovverket, kompetanse, økonomi og strategi de fire temaene som vektlegges i denne studien om apoteknæringen. Hovedproblemstillingen vil være følgende: En studie av apoteknæringen. Delproblemstillingene presenteres under:

- Lovverket: Er målsetningene med ny apoteklov oppnådd?
- Kompetanse: Er det forskjell på kompetanse og kompetanseutvikling i offentlig og private apotek?



- Økonomi: Hvilken betydning har økonomien for arbeidsoppgavene til apotekene?
- Forretningsstrategier: Identifisere de ulike forretningsstrategiene til de ulike delene av apoteknæringen.

### ***1.5 Avgrensninger***

Av data som har blitt gjennomgått har det blitt gjort en rekke avgrensninger. Disse avgrensningene dreier seg først om en vurdering av kvaliteten på disse dataene. Det har blitt lagt vekt på troverdige kilder slik som studier av god kvalitet og offentlige rapporter. Jeg har valgt å ikke ta med absolutt alle debatter som har foregått som innlegg i diverse tidsskrifter i denne oppgaven. Jeg har bare tatt med de utspillene jeg mener kan være av interesse for å få dannet et godt datagrunnlag for resultatet av oppgaven. Jeg kunne ha tatt absolutt alt med men de har blitt gjennomgått ved lesing og på den måte blitt vurdert. For å ikke vektlegge diverse debattinnlegg for mye har jeg valgt å ikke ta med personlige ”meninger” fra disse innleggene/debattene. Av rapporter, pressemelding og studier har jeg tatt ut de viktigste momentene men samtidig vurdert hele datagrunnlaget.

### ***1.6 Oppgavens struktur***

Oppgaven er en sekundærstudie. Med det menes at oppgaven er en studie basert på allerede tilgjengelige data. Denne formen for studie er valgt på grunn av at det allerede fins mye tilgjengelig litteratur på området. Det er derimot mer interessant å samle disse dataene og se hvordan apoteknæringen i Norge er per år 2010. Oppgaven er bygd opp med en innledningsdel som omfatter de viktigste momenter som i hovedsak gjelder aktualisering, formål, bakgrunn problemstilling, metode og avgrensninger. Denne innledningen skal gi en oversiktlig innføring i apoteknæringens historie og hva oppgaven handler om og hvorfor denne oppgaven er viktig for apoteknæringen. Resultatdelen er delt inn i fire deler, et for hvert av hovedtemaene; Lovverk, kompetanse, økonomi og kompetanse. Disse delene blir analysert hver for seg. De viktigste momentene blir trukket fram og samtidig blir det diskutert rundt hvert av temaene. I diskusjonsdelen diskuteres det hvordan de ulike hovedtemaene innvirker på hverandre og i forhold til apoteknæringen.

### ***1.7 Oppsummering***

Denne studien av apoteknæringen er aktuell på grunn av forandringene apoteknæringene har vært i gjennom og på grunn av de ulike momentene i forhold til hvilke konsekvenser denne endringen har ført til. Formålet med denne oppgaven blir å se på apoteknæringen som en helhet og utifra oppgaven komme med viktige momenter i utviklingen av næringen. Dette er viktig med tanke på bakgrunnen til apoteknæringen som har både opplevd store endringer i offentlig og privat apoteknæring (Lov om Apotek, 2001)(Lov om helseforetak, 2001). Jeg vil ta for meg fire ulike hovedtemaer i oppgaven; lovverket, kompetanse, økonomi og strategi. Disse temaene danner grunnlaget for diskusjonen videre i denne sekundærstudien. Denne sekundærstudien er valgt på grunn av at det allerede fins mye tilgjengelig data på de aktuelle områdene men ingen på apoteknæringen som en helhet.

## 2. Metode

I dette kapitlet vil jeg ta for meg hvilken metode jeg har brukt for å lage denne studien. De enkelte momentene i denne metodedelen vil bli gjennomgått slik at man skal ha en god forståelse av hva som er blitt gjort i forhold til denne studien. Jeg har brukt et oppsett for en sekundærstudie som vil bli skissert under av McCaston. K. (2005). Dette oppsettet gir en logisk og konkret tilnærming til en sekundærstudie.

Siden det allerede foreligger en god del data på enkelttemaer og ikke med et helhetlig syn på hele apoteknæringen har jeg valgt sekundærmetode som studieform. Sekundærmetode er en studiemetode som går ut på å bruke data andre har samlet inn eller bruke data som allerede foreligger men til en annen hensikt enn dataene er samlet inn for. Ofte er det en kombinasjon av disse to formene som bli brukt (McCaston. K. 2005) . Jeg vil samle de data som foreligger og bruke dem videre i vurderingen av næringen med de aktuelle problemstillingene.

McCaston. K. (2005) skisserer et studieoppsett på en sekundærstudietilnærming slik:

- For å holde fokuset er det viktig å definere formål med studien. En detaljert formålsbeskrivelse samt et studiedesign er viktig å ha klart for seg.
- Når det gjelder studiedesign kan det være en enkel disposisjon over hvordan rapporten skal være. En liste av hva en skal samle av data samt en liste over ulike databaser er et godt hjelpemiddel til å lage en god studiedesign til en sekundærstudie.

Formålet er blitt presentert tidligere og det anses som detaljert og klart nok slik at en skal klare å holde fokuset til enhver tid. Studiedesign er skissert i disposisjonen under:

*Sammendrag*

*Innledning – Formål, bakgrunn, problemstilling og metode*

*Sekundærundersøkelse – Lovverket, kompetanse, økonomi og strategi*

*Diskusjon*

*Konklusjon*

*Litteratur*

Av kilder som har blitt brukt presenteres de under dette punktet. Lovverket er som sagt regulerende for næringen og den gjennomgås derfor nøye først. I tillegg vil ytterligere litteratur som studier, rapporter, debattinnlegg, debattartikler, pressemeldinger og lærebøker brukes for å få frem viktige momenter for å svare på problemstillingen. Egne observasjoner med bakgrunn som profesjonell farmasøyt fra både offentlig og privat apoteknæring har også blitt brukt som datagrunnlag. Bibsys og Google er brukt som søkemotorer for å finne hovedkildene til studier av god kvalitet, diverse faglige tidsskrifter, evalueringsrapporter, diverse debattinnlegg enten i form av kronikker eller artikler, pressemeldinger, lærebøker, egne observasjoner og lovverket. I tidsskriftene finner man ytringer som er i form av artikler eller kronikker som har kildehenvisning. Disse er ofte skrevet av ledere i ulike foreninger. Det er vektlagt å få tak i debattinnlegg som er skrevet av ledere. I tillegg er det lagt vekt på å få tak i artikler som beskriver tidligere forandringer i for eksempel lovverket. Andre kilder som også har blitt benyttet er diverse medisinske databaser som PubMed, EmBase, Cochrane, studier av mindre bra kvalitet og andre personlige meninger i form av debattinnlegg. Disse andre kildene er ikke benyttet i like stor grad som hovedkildene. Det har også blitt lagt vekt på å gjennomgå referanser fra litteratur slik at nye momenter og data kan oppdages.

Tabell 1: Tabellen angir hvilke kilder som har blitt brukt i denne sekundærstudien. Det skilles mellom hovedkilder og andre kilder.

<b>Kildetype</b>	<b>Søkbare databaser (Søkemotorer)</b>	<b>Studier</b>	<b>Tidsskrifter</b>	<b>Rapporter</b>	<b>Debatt</b>	<b>Diverse</b>
<b>Hovedkilder</b>	Bibys, Google	God kvalitet studier (Randomiserte kontrollerte studier, metaanalysestudier etc.)	Norsk farmasøytisk tidsskrift, Tidsskriftet for den norske legeforeningen, dagens medisin	Rapporter som er utførte for å evaluere tidligere iverksatte tiltak/lover	Debattinnlegg som kronikker, artikler og lignende med gode kildereferanser vektlegges	Pressemeldinger, lærebøker, egne observasjoner, norsk lov
<b>Andre kilder</b>	PubMed, EmBase, Cochrane,	Studer av dårlig kvalitet vektlegges mindre, kan utelates om det vurderes slik at studien er for dårlig.			Personlige ytringsdebattinnlegg vektlegges minst mulig	

Vurdering av datagrunnlaget gjøres ved å analysere følgende momenter i et dokument (McCaston. K. 2005):

- Kjenne formålet til at disse dataene eksisterer, hjelper en til å finne ut om det er bra kvalitet og eventuelt nivået av eventuelle bias.
- Forsøke å finne ut kvaliteten til de som har skrevet dette. Forfatterkrediteringer, utdanning, tidligere publiserte artikler etc., stilling, har studien eller artikkelen en metodedel.
- Dato for publisering, er denne informasjonen for gammel.
- Om det er en publikasjon, hvem er denne beregnet for.
- Er det en primær eller sekundær kilde. Sekundære kilder er basert på primære kilder og de analyserer og beskriver de primære kildene.
- Er dokumentet godt referert. Uten ordentlig referanseregister er det umulig å vurdere kvaliteten.

Datagrunnlaget i denne sekundærstudien har fulgt oppsettet til McCaston. K. (2005) i henhold til vurdering og analysering av dokumentene som har blitt brukt i denne sekundærstudien.

Datagrunnlaget som har blitt brukt har så blitt gjennomgått i henhold til McCaston. K. (2005) og viktige momenter som blir ansett som viktige i oppgaven er blitt tatt med videre.

### ***Oppsummering***

I forhold til at dette er en sekundærstudie har jeg fulgt et oppsett til McCaston. K. (2005) for å få en tilstrekkelig kvalitet i denne studien. Oppsettet skisserer en del viktige momenter hva gjelder formål, type datagrunnlag, studiedesign og hvordan dette datagrunnlaget skal vurderes. Formål er viktig for å holde fokus på studien. Studiedesignet vil gi føringer om hva en må finne av informasjon og hvor mye informasjon en må finne. Når det gjelder datagrunnlaget og analysering av dette, har hovedkildene blitt ansett å ha en bra kvalitet i forhold til vurderingskriteriene til McCaston. K. (2005).

### 3. Resultater

I denne delen vil jeg presentere de fire utvalgte hovedtemaene jeg har undersøkt nærmere med tanke på apoteknæringen. Lovverket, kompetanse, økonomi og strategi er det som skal undersøkes nærmere. De er satt opp i en logisk rekkefølge fordi lovverket er overordnet og det gjelder dermed å få en enkel oversikt over hva som er gjeldende for loven i Norge. Lovverket bestemmer dessuten hvordan næringen er. For eksempel nevnes den nye apotekloven i 2001 som gjorde det mulig for utenlandske kjeder å etablere seg i Norge. Det vil da være helt naturlig å ha dette som første punkt. Kompetanse er neste tema. Dette fordi kompetanse er en viktig indikator på næringens faglige fokus. Økonomi og strategi er de gjenstående enkelttemaene som tas opp på grunn av sin sammenheng tas først økonomi opp, dette fordi økonomisituasjonen har stor betydning for hvordan strategien til næringen er. Hvert delkapittel er bygget opp med en innledning, så en begrepsavklaring eller historisk utredelse og en datainformasjon om det aktuelle temaet. Så diskuteres temaet før det oppsummeres.

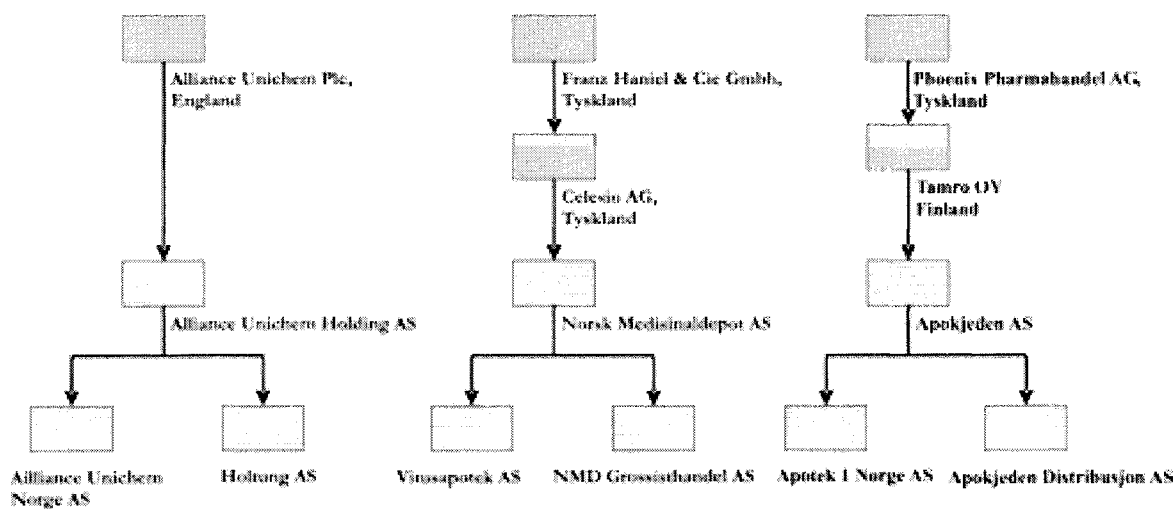
Jeg vil ta for meg lovverket først. Lovverket vil belyse hva som er gjeldende og hva man må forholde seg til. Det er meget aktuelt, siden denne næringen er sterkt regulert av lover. Kompetanse er så neste tema som tas opp. Dette fordi kompetanse anses som så viktig i forhold til apoteknæringen (Farmasiforbundet, 2010). Økonomi og strategi vil så bli undersøkt. Dette er for så vidt to temaer som henger nøye sammen. Økonomien har fått mye å si for apoteknæringen etter ny apoteklov i 2001. Det samme har strategiene til de ulike delene av næringen. Disse fire temaene undersøkes så med tanke på tilgjengelig litteraturdata. Disse dataene vil danne et godt grunnlag for diskusjons- og vurderingskapittelet som vil ta for seg helheten for apoteknæringen.

Først en beskrivelse av apoteknæringen slik den er i 2010. Dagens apoteknæring er hovedsakelig delt inn i en offentlig del og en privat del. Den private delen består av 3 kjeder som dominerer næringen. Med det er også noen uavhengige apotek som har dannet sin egen uavhengige kjede. Hvert av disse tre kjedene har hver sin grossist og eier med tilhørende eierkrav. Når det så gjelder offentlig apotek er disse eid av de statseide foretakene. Dagens apoteknæring består av apokjeden med apotek1 sine apotek og grossisten apokjeden distribusjon som er eid av Tamro OY i Finland. Vitusapotekene og NMD (Norsk medisinaldepot) er eid av Celesio AG, Tyskland. Boots og Alliance apotekene og Holtung er eid av Alliance i England.



Disse tre aktørene danner grunnlaget for hoveddelen av apotek næringen på det private markedet i dag. I tillegg er det per august 2010 tyve uavhengige apotek som har dannet sin egen kjede. Kjedeapotekene er spredt rundt omkring i hele landet. Disse apotekene konkurrerer hovedsaklig om private kunder, men til dels også andre profesjonelle sluttbrukere som sykehjem, legekontor, skip og andre helseinstitusjoner. Offentlige apotek er sykehusapotek som fins ved de store sykehusene i landet. I august 2010 er det 33 sykehusapotek i Norge. Hvert sykehusapotek har forskjellige avdelinger. I motsetning til et privateid apotek har sykehusapotek egen produksjonsavdeling, egen avdeling for utlevering av medisiner til sykehuset, en rådgivningsavdeling og en avdeling for reseptekspedering. Ved reseptekspedering konkurrerer sykehusapotek til dels med private apotek. De andre avdelingene er spesialiserte tjenester som sykehuset er helt avhengige av. Konkurransemessig skal ikke sykehusapotekets omsetning utenom sykehuset overstige 20 % av totalomsetningen. Dette for at ikke sykehusapotek skal konkurrere med private apotek. Sykehusapotekets reseptekspedering er tilordnet slik at den er ment som en servicefunksjon for sykehusets pasienter ved utskriving og aldri ment som en konkurransedel i forhold til resten av apoteknæringen.

Denne konkurransen gjør at det i dagens apoteknæring er et stort fokus på økonomi. Det kan for eksempel merkes for vanlige folk at en har fått en markant økning i markedsføringer mot folk. Enten i form av tv-reklamer eller brosjyrer som distribueres. I tillegg er det ofte kampanjer i forhold til produkter utenom legemidler. Legemidler er det ikke lov å reklamere for. Sykehusapotek driver også med markedsføring av sine produkter utenom legemidlene. Det kan synes at en har fått en stor vridning av den faglige butikkdriften til en mer normert vanlig butikkdrift. Om man har fått en slik vridning er det ikke sikkert dette er av betydning for apoteknæringen eller faghandelen slik den allmenne person kjenner apotek. Apotek er jo tross alt den helseinstitusjonen som har mest tillit hos folk (Tysnes, 2009).



Figur 1: Oversikt over eierstruktur for apoteknæringen og den private delen av næringen med unntak av de uavhengige kjedene. Figur er hentet fra Helsedepartementets rapport 2004.

### **3.1 Lovverket**

Dette kapitlet omhandler lovverket. Det er ingen tvil om at apoteknæringen er en av de næringene som er sterkest regulert av myndighetene. Det er først og fremst norsk lov om apotek som er gjeldene. I dette kapitlet vil jeg først gjennomgå noen begrepsavklaringer. Deretter gjennomgås lovverkets historie i korte trekk og så er det de gjeldende lover som gjennomgås. En diskusjonsdel som tar for seg forskjellene i forhold til lovverket mellom offentlige og private apotek.

#### **3.1.1 Begrepsavklaringer**

I lovverket ligger det en rekke utfordringer i å forstå ulike begreper. Jeg vil nå gi en oversikt over ulike viktige begreper tilknyttet lovverket og apoteknæringen.

*Apotek:* Salgssted for legemidler til sluttbruker hvor det gis legemiddelfaglig veiledning, som er fysisk tilgjengelig for publikum (Lov om apotek 2001).

*Sykehusapotek:* Et apotek i samlokalisering med sykehus og som har legemiddelforsyning til sykehuset som sin primæroppgave (Lov om apotek 2001).

*Legemiddel:* Med legemidler forstås i denne lov stoffer, droger og preparater som er bestemt til eller utgis for å brukes til å forebygge, lege eller lindre sykdom, sykdomssymptomer eller smerter, påvirke fysiologiske funksjoner hos mennesker eller dyr, eller til ved innvortes eller utvortes bruk å påvise sykdom (Lov om legemidler 1994).

*Publikumsutsalg:* Sted hvor det utøves salg av legemidler til privatpersoner (Lov om apotek 2001).

*Generisk legemiddel/substitusjon:* Er hvor to legemidler som er godkjent til samme indikasjon kan byttes avhengig av hvilket som er billigst.

*Privateide apotek/privat apoteknæring:* Her menes privateide apotekkjeder som for eksempel; apotek 1, Vitusapotek og Alliance/boots apotek.

*Offentlig apotek/offentlig apoteknæring:* Er sykehusapotek som er offentlig eid apotekvirksomhet som er tilknyttet sykehus, derav sykehusapotek.

*Apotekkonsesjon:* Tillatelse man må ha for å opprette apotek. Må ikke forveksles med driftskonsesjon som er tillatelse for å drive et apotek som bare 5-årsutdannede kandidater har tillatelse til. Disse konsesjonene utstedes av myndighetene.

### **3.1.2 Lovverkets historie og bakgrunnene til endring av lover**

Lovverkets historie vil bli gjennomgått her. Det er viktig å ha en bakgrunnsforståelse av hvorfor lover blir endret og hva politikerne har hatt for mål med disse endringene. I forhold til både offentlig og privat apoteknæring er det lov om apotek som er gjeldende. Men også helsepersonelloven er gjeldende. For offentlig apotek er også lov om helseforetak gjeldende.

I Norge har det vært en regulering av apotek gjennom lange tider. Som eksempel har vi lov om apotek fra år 1909 som blant annet sier at publikumsekspedisjonen skal være således beliggende at publikum kan finne fram til det. Dette er en selvfølgelighet i dagens apoteknæring. Men poenget er å vise at apotekvesenet har forandret seg i likhet med lover. Det har vært en rekke lovendringer i gjennom tidene. Den viktigste med tanke på dagens apoteknæring er lovendringen i 2001 både når det gjelder lov om helseforetak og lov om apotek. Siden 2001 har det bare vært små endringer av lovverket.

Næringen har endret seg drastisk fra 1990 til 2010 (Torud, Y. 2007). Med tanke på myndighetenes legemiddelpolitikk ble det iverksatt endringer for å nå målene til legemiddelpolitikken. Reguleringen av apoteknæringen er et av virkemidlene myndighetene har iverksatt for å nå målene i den overordnede legemiddelpolitikken. De overordnede målene i legemiddelpolitikken er følgende (Ot. Prp. Nr. 29. 1998-1999)(Sosialkomiteen.2005):

- Befolkningen skal ha tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av betalingsevne og bosted (tilgjengelighet).
- Legemidler skal brukes faglig og økonomisk riktig (kvalitet).
- Lavest mulig pris på legemidler.

Det ble i 1995 nedsatt et utvalg av regjeringen som skulle komme med forslag til endring av apotekloven. Denne gruppen ble kalt Strøm-utvalget. Dette utvalget la fram et forslag til ny apoteklov. Dette forslaget ble et omdiskutert tema i media. Innad i utvalget var det uenigheter i forhold til viktige temaer som tas opp i denne studien. Et mindretall av medlemmene i utvalget mente følgende:

*”Høye krav til faglig kvalitet og sikkerhet lar seg ikke kombinere med helt fri etablering og investorer som eiere, slik de andre medlemmene går inn for. All erfaring fra europeiske land med fri etablering for apotek viser at utviklingen da vil gå i retning av små ressursvake enheter som må satse på andre varer enn legemidler for å klare seg i konkurransen. Det er heller ingen grunn til å vente mindre grad av profittmaksimering i apotek med investorer som eiere enn det dagens apotekere kritiseres for, snarer tvert imot.”*

Selv om de var uenige ble flertallet tellende og ny apoteklov ble innført.

I apoteknæringen er det først og fremst lov om apotek som har blitt brukt som et virkemiddel fra myndighetenes side for å nå målene med legemiddelpolitikken. Denne loven ble endret i 2001. I forhold til lov om apotek 2001 er apoteknæringen sterkt regulert fra myndighetene sin side. Med regulert menes her styrt i forhold til ulike parametre som kvalitet, apotekkonsesjon, krav til drift og økonomi. Det er derfor nødvendig å gi en oversikt over viktige elementer som regulerer næringen særlig med tanke på private apotek og offentlige apotek.

### **3.1.3 Gjeldende lovverk**

Jeg vil nå gi en innføring over hva som er gjeldende lovverk for offentlig og privat apoteknæring. Lovene som regulerer apoteknæringen er lov om apotek og lov om helseforetak, men også helsepersonelloven regulerer denne næringen. Apotekloven bestemmer blant annet hvem som kan drive og eie et apotek/sykehusapotek og hvordan det skal drives. Lov om helseforetak bestemmer eierforholdet til offentlig apotek. Helsepersonelloven ivaretar taushetsplikt, lisensieringsbestemmelser samt øvrige regler ved yrkesutøvelse som for eksempel meldeplikt, opplysningsplikt og etiske bestemmelser. Med drives menes hvilke reguleringer myndighetene har lagt til grunn for drift av apotek/sykehusapotek. Når det gjelder drift av apotek er det en rekke krav som for eksempel lokalitetsutforming, krav til ansatte og logistikk. Når det gjelder apotekkonsesjon kan hvem som helst søke om apotekkonsesjon for apotek. Dette gjelder også

sykehusapotek. Offentlige apotek er også regulert på eierskapet i lov om helseforetak. Eierskapet til offentlige apotek er som skissert tidligere regulert i fire offentlige sykehusapotek der disse foretakene er styrt ved lovbestemmelse av et styre og en styreleder. Helsepersonell-loven bestemmer også hvem som er helsepersonell og hva som gjelder i forhold til taushetsplikt. I tillegg er det en rekke andre yrkesbestemmelser som gjelder etikk samt opplysningsplikt. Helsepersonelloven bestemmer også hvilken lisens man etter utdanning skal ha og hva denne lisensen innebærer.

I 2001 ble det innført ny lov om apotek og lov om helseforetak. Hovedmålsetningen med lovendringen i forhold til lov om apotek i 2001 var å gjøre tilgjengeligheten til apotek bedre for den allmenne befolkningen. Denne målsetningen er i all hovedsak nådd konkluderer helsedepartementet med i en evalueringsrapport i 2004 (Helsedepartementet, 2004). Øvrige mål myndighetene hadde med å innføre ny apoteklov i 2001 var å øke tilgjengelighet og service, effektivisere apoteknæringen og få ned utsalgsprisene på legemidler. To av de tre hovedmålene er nådd. Siden den nye apotekloven kom i 2001 har man fått vesentlig bedre tilgjengelighet og service (Helsedepartementet, 2004). Dette gjenspeiles også med at antallet apotek er nesten fordoblet fra 397 før 2001 til 668 per august 2010. Nyetableringen av apotek har primært foregått i de sentrale strøk. Distriktet har derimot ikke mistet apotek som man antok ved etablering av ny lov 2001. I tillegg har andre faktorer som lengre åpningstid, selvbetjening og direkte ekspedering av resepter påvirket tilgjengeligheten og servicen ovenfor kundene (Helsedepartementet, 2004). I forhold til å effektivisere apoteknæringen har man fått til dette gjennom flere måter. Den viktigste er horisontal og vertikal integrasjon i apoteknæringen. Ved denne integrasjonen får man hentet ut stordriftsfordeler (innkjøpsrutiner, felles IT-systemer, effektiviseringsgevinster i grossisteledet etc.). Når det gjelder pris på legemidler har man ikke klart å få ned prisene (Brekke, K. 2007). Fjærtøft, R. (2003) påpeker at det først og fremst er politikerne som må velge rett i forhold til hvordan man vil ha finansieringsordningen. Det nevnes også at det håpes at det i fremtiden vil bli en korleksjon av reguleringsregimet for legemiddelmarkedet slik at det fungerer etter hensikten og det vil si å unngå suboptimal legemiddelbehandling. Lov om helseforetak ble innført for å regulere drift av offentlig apotek fra fylkeskommune til statlig eid. Dette ble gjort ved å lage helseforetak i Norge. Da delte man opp Norge i fire ulike helseregioner og derunder fem ulike offentlige apotekregioner. Hvordan disse foretakene detaljert skal driftes er nedregulert i lov om helseforetak. Hovedsakelig fikk man en ny organisasjonsstruktur.

### 3.1.4 Offentlige apotek og private apotek

Generelt sett har vi vesentlige forskjeller mellom offentlig og privat apotek når det gjelder lovverket. De viktigste vil bli presentert og diskutert under. De viktigste forskjellene er eierskapet, krav til omsetning, lokasjon, åpningstider, spesialistkompetanse, forsendelse og forhåndsgodkjennelse fra NAV (folketrygdeverket). Det ble ved innføring av helseforetaksloven i 2001 og ny apoteklov i 2001 satt nye premisser for eierskapsstrukturen til apotekene. Vi har skissert eierskapsstrukturene tidligere, men kort oppsummert ble private apotek mulig å kjøpe og eie for enhver person. I tillegg ble sykehusapotek eid av staten i stedet for fylkeskommunen. Dette nye lovverket har forandret måten apoteknæringen er organisert på og drives på i stor grad. Når det gjelder økonomi er eierskapet på offentlige apotek på myndighetenes side og for private apotek hos private aktører. Basert på egen erfaring viser forskjellene i de økonomiske målsetningene for de ulike aktørene i næringen seg ved at det er større krav til økonomiske parametre i den private delen av apoteknæringen i forhold til den offentlige delen. Dette fordi en må hele tiden svare til målsetningene fra eierne. For offentlige apotek er det også en annen faktor som begrenser økonomisk basert ledelse. Offentlige apotek har et krav om at omsetning utenom sykehuset som ikke skal overgå 20% av totalomsetningen. Offentlige apotek skal hjelpe pasienter på sykehuset og ikke konkurrere med andre apotek. Lokasjonsmessig er offentlige apotek lokalisert på sykehus mens private apotek er lokalisert nært kjøpesenter eller i et tettsted. Dette er også naturlig om en ser dette i en sammenheng med de ulike økonomimålsetningene til apotekene. Basert på denne forskjellen mellom offentlige og private apotek er det også en markant forskjell i åpningstidene. Det er ingenting i lovverket som regulerer åpningstidene. Men åpningstidene er indirekte styrt av behov. Hvordan man måler behov kan da være annerledes sett utifra den offentlige og private delen av næringen. Offentlige apotek har åpningstider som hovedsakelig er mellom klokken åtte og klokken fire på ettermiddagen, mens private apotek gjerne har åpningstider fra klokken ni om morgenen til alt fra fem til ni på ettermiddagen eller kvelden. Åpningstidene er hovedsakelig basert på etterspørselen og krav til økonomisk omsetning. I forhold til innføring av den nye apotekloven i 2001 har en sett at mange apotek har utvidet åpningstidene til å være lik kjøpesentrenes og dermed ha mer ukurante åpningstider for personalet. I forhold til personale er det en høyere grad av spesialister på et offentlig apotek sett i sammenheng med private apotek. Dette kan for eksempel forklares med til dels høyere grad av spesialiserte oppgaver på bakgrunn av tett samarbeid med nasjonale så vel som internasjonale spesialister på sitt medisinske område. I tillegg har offentlige apotek tett samarbeid med utdanningsinstitusjoner som universitet og

dermed også flere forskere og stipendiater tilknyttet seg. Det er heller ingen lov som direkte regulerer dette men i forhold til eierskapstrukturen har offentlige apotek konkrete målbare parametre i forhold til denne spesialiserte kunnskapen. Som eksempel kan det nevnes at det er mål om produsere et visst antall studier i forhold til en kompetansestrategi. Når det gjelder forsendelse og forhåndsgodkjennelse er dette direkte regulert via apotekloven. Dette er unntak fra lovteksten som skal ivareta spesielle behov fra pasienten enten da ved å forsende legemidler eller å forhåndsgodkjenne legemidler til trygdeordningen.

Tabell 2: En oversikt over de viktigste forskjellene mellom offentlig og private apotek sett i forhold til lovverket.

	<b>Eierform</b>	<b>Lokaler</b>	<b>Krav til omsetning</b>	<b>Åpningstider</b>	<b>Personale</b>	<b>Andre forskjeller</b>
<b>Offentlige apotek</b>	Offentlig	Tilknyttet sykehus (Med produksjonslokaler og større behov for kontorer enn private apotek på grunn av de andre tjenestene sykehusapotek utfører)	Ikke mer enn 20 % av totalomsetningen skal til salg utenom sykehus	Tilpasses pasientene/kundene	Farmasøyter og Teknikere (Høyere grad av spesialister på grunn av nær tilknytning til spesialisthelsetjenesten)	Ved spesielle behov fra pasientene; Forsendelse av legemidler og forhåndsgodkjenning fra NAV
<b>Private apotek</b>	Privat	Hvor som helst, utenom sykehus. Ofte nært tilknyttet kjøpesentre eller store kundegrupper som gir tilfredsstillende omsetning.	Interne økonomiske og krav til logistikk	Tilpasses pasientene/kundene	Farmasøyter og teknikere	



### **3.2 Kompetanse**

Kompetanse er og har alltid vært hjørnesteinen i faghandelen apotek. I denne delen vil jeg gi en innføring i kompetanse som begrep, hvordan kompetanse kan måles og hvordan kompetanse kan virke som en indikator på et markeds faglig fokus. Jeg vil så ta for meg kompetanse i forhold til apotek og apoteknæringen. Til slutt vil jeg diskutere kompetanses rolle i forhold til apotek.

#### **3.2.1 Kompetanse som begrep**

Kompetanse er et fagfelt som anses som meget viktig for apoteknæringen. Helt tilbake til det første etablerte apotek i Bagdad i det 8ende århundre har fagfeltet vært i hovedfokus (Hadzovic, S (1997). Når den moderne apoteknæringen så ser bort fra å ha fagfeltet i hovedfokus til delt fokus med tanke på den økonomiske fokuseringen man har sett i den siste tiden blir kompetanse naturlig nok debattert. For å aktualisere dette ytterligere er det en pressemelding i år fra Farmasiforbundet som konstaterer ved en resolusjon at Farmasiforbundet ikke godkjenner bruk av ufaglærte i direkte kundekontakt i apotek (Farmasiforbundet, 2010). Dette poengterer viktigheten av kompetanse i apotek. Under dette kapitlet vil jeg belyse viktigheten av kompetanse og hva som menes med kompetanse og fokusere på utvikling og nyskapning som særdeles viktig i kompetansen som fagfelt.

Kompetanse er vanskelig å måle men det er absolutt mulig å måle kompetanse i følge Alfsen. J. K. (2007). Det betyr at man kan finne en indikator som måler kompetanse som gir tydelige svar som blant annet etterspørres av Markestad. A. (2009). Man må bli enige om hvordan dette skal måles. I dag brukes det i stor grad kunde- eller pasientmålinger som baserer seg på tilfredshet blant de nevnte gruppene som mål på kvaliteten i apotek (Markestad. A. 2009). Jeg vil bruke begrepet kompetanse som en indikator på faglig fokus som settes av apoteknæringen.

### **3.2.2 Kompetanse i apotek og apoteknæringen**

Jeg vil nå se nærmere hvordan kompetansen er og har blitt påvirket i apotek og apoteknæringen. Alfsen, J. K. (2007) sier at de viktigste individuelle kompetansekravene i dagens arbeidsliv er økt selvinnsikt og økt omstillingsdyktighet. Det er derfor jeg kommer til å ta for meg begrepet dynamiske kapabiliteter som representerer bedriftens endrings- og nyskappingsressurser først. Disse ressursene er hovedgrunnene til utvikling av kompetanse i bedriften.

Dynamiske kapabiliteter kan enkelt defineres slik: Dynamiske kapabiliteter er bedriftens endrings- og nyskappingsressurser. I følge Madsen, E. et al. (2009) kan dynamiske kapabiliteter utdypet defineres slik: Dynamiske kapabiliteter handler om bedriftens håndtering av nyskaping og omgivelsesendringer og setter søkelyset på hvordan bedriftsledelsen skaper mekanismer og prosesser som tilpasser bedriften til endringer. Dynamiske kapabiliteter for bedriften er særlig knyttet til å utvikle og utnytte kompetanse. Det skapes en verdiskaping som bedriften kan ha nytte av. Det er knyttet opp mot grunnleggende verdier, arbeids- og tenkemåter i organisasjonen. Madsen, E. et al. (2009) utdyper og drøfter dynamiske kapabiliteter detaljert i sin artikkel.

Som en har sett er nyskaping og utvikling viktig i forhold til kompetanse. Om en ser på statistiske data ser en at det i løpet av de siste 3 år er ingen doktorgradavhandlinger som er gjennomført i regi av private apotek (NFT, 2010). Dette tyder på en høyere grad av nyskaping og utvikling for offentlige apotek. Dette er derimot ikke så rart med tanke på nærheten til universitet. Ut i fra egen erfaring om en ser på andre ting enn rent akademisk forskning kan det nevnes at privateide apotek er nyskappende på markedssiden med tanke på alle innovative ideer som for eksempel kundeprogram, tilbud etc. Dette poengterer at det faglige kommer i andre hånd for private apotek.

I forhold til målsetningene ved innføring av ny apoteklov satt av myndighetene er de hovedsakelig nådd. Det man ikke var klar over når man innførte denne loven var medaljens bakside. Kompetanse anses som svekket av myndighetene (Helsedepartementet, 2004). I denne rapporten fra 2004 har myndighetene sett på en rekke indikatorer for å måle kompetanse. De har funnet følgende:

- Arbeidsbelastningen er økt betraktelig (Tidvis uforsvarlig)

- Omfanget av faglig etterutdanning ser ut til å ha gått ned.
- Halvparten av farmasøytene mener de ikke gir tilstrekkelig faglig veiledning.

Det er noen motstridende data i denne studien. Myndighetene har i rapporten fra Helsedepartementet (2004) også funnet at antallet feilekspederinger har gått ned. Dette er derimot ikke noen god indikator for kompetansen i følge egne refleksjoner. Feilekspederinger uttrykker hovedsakelig feil utlevering av preparater. Om pasientene kan bruke preparatene riktig, informasjon angående interaksjoner og andre faglige vurderinger tar ikke denne indikatoren hensyn til.

Kompetansen til apotekene er svekket og har kommet på bekostning av andre hensyn etter min mening. Vi har sett denne utviklingen siden den nye apotekloven kom i 2001. Videre- og etterutdanningstilbudet ble nedlagt i 2009 på grunn av privatkjedenes manglende interesse for dette tilbudet. Reakreditering/validering av farmasøyter er ikke eksisterende i Norge. I andre land som for eksempel England er dette med på å sikre en god kontinuerlig oppdatering og kompetanse hos farmasøytene. Selv om apotek er de med mest tillit blant helseinstitusjoner må man fortsatt holde et faglig fokus. Hvordan tilliten er i forhold til annet helsepersonell er uvisst og bør tenkes på i forhold til at man ikke har et ordentlig videreutdanningssystem enda.

### **3.2.3 Kompetansens rolle i faghandelen apotek**

På landsbasis er offentlig apoteknæring i spissen for kompetanseutvikling på grunn av sitt nære samarbeid med sykehus og universitetsinstitusjoner. Private apotek har den fordel at de som kjeder bidrar i store kjederelaterte prosjekt. Dette er i liten grad i samarbeid med universitetsinstitusjoner. Forskning i apotekkjeder må prioriteres høyere. Etabler en forskningskoordinator (Nessing, 2007).

Det er ingen tvil om at sykehusfarmasien er i førstelinjen når det gjelder helsebehandling. I tråd med utviklingen kommer behovet for farmasøytisk kompetanse bare til å øke. Det vil si at kompetansen til farmasøytene må utvikles og forbedres på flere plan (Lea. R. 2008).

### **3.3 Økonomi i apoteknæringen**

I dette kapitlet vil jeg ta for meg markedsøkonomien som en helhet for apoteknæringen. Med markedsøkonomien mener jeg hvordan markedet er styrt i forhold til det økonomiske. Det være seg budsjetter, omsetning, omsetningspress, mersalg, finansieringsordninger, styring av økonomi i privat kjededrift og offentlig økonomisk styrt drift.

#### **3.3.1 Markedsøkonomien**

Legemiddelomsetning har fra tidenes morgen vært en lukrativ forretning å drive med. Dette kommer spesielt til syne i dagens apotekvesen der egne observasjoner konstaterer at det er et enormt fokus på økonomiske parametre i apoteknæringen og da særskilt i den private delen av apoteknæringen. En ser tydelig at apoteknæringen har skiftet fokus fra en mer fagrelatert næring til en økonomisk styrt næring på lik linje med dagligvarer. Fra innføring av ny apoteklov har det vært et stort markedsfokus. Spesielt vil jeg trekke frem mersalg som en indikator på dette. I min tid i privat apoteknæring var det et stort fokus på mersalg. Apotek ble sammenlignet på landsbasis i forhold til hvem som hadde solgt mest av de aktuelle produktene. De som hadde solgt mest ble premiært. Denne fokuseringen er en indikator som sier at man har mistet helt fokus på hva som er viktig. Det er viktig å være klar over at man skal ha et mål om å drive godt økonomisk, men det skal ikke komme på bekostning av hva som helst.

Som nevnt tidligere har man et visst økonomisk press. Det hadde vært helt unaturlig om man som forretning ikke hadde det. Om det er i form av omsetning, budsjett eller mersalg er likegyldig. Det som er viktig å være klar over er at disse målene må ikke nås for enhver pris. Privat som offentlig apoteknæring har økonomiske mål og resultater å forholde seg til. I følge min erfaring påvirker salg utenom legemidler i apotek omsetningen i stor grad. Det dreier seg da først og fremst om mersalgfokuseringen som er blitt satt i for stort fokus.

I forhold til finansieringsordningen er private kjeder finansiert via kjedene og offentlige apotek via helseforetakene. Man har med andre ord store økonomiske pålitelige eiere. Av erfaring er privat apoteknæring mer fokusert på økonomiske resultater fra eierne enn offentlig apoteknæring. Det er en veldig naturlig forklaring på dette som er at privat næring har økonomisk økning eller resultat som man må tilstrebe for å tilfredsstille eierne. I offentlig næring har man ikke disse økonomiske målsetningene. Her skal man gå i økonomisk balanse (Hauge. E. M. 2010).

Fokus på økonomi er også et gjennomgangstema verden over om man ser på apotekbransjen. Tar en et kjapt skråblikk til utlandet deriblant Storbritannia, kan en legge merke til at apotek som en faghandel er i ferd med å bli mindre og mindre med tanke på alt annet av ikke medisinske varer som skal selges i slike apotek. Flytter man blikket mot USA trekkes dette enda lengre hvor det enkelte plasser basert på egen observasjon er apotek biten blitt skrumpet så mye inn at apoteket bare er en liten bit av en vanlig stor dagligvarebutikk.

### **3.3.2 Økonomifokusets mørke side**

Et stadig sterkere økonomisk fokus har bidratt til å forandre fokusområdene til apoteknæringen som nevnt tidligere. Det er en markant forskjell mellom privateide apotek og offentlig apotek. Privateide apotek har økonomiske krav å gå etter. Det har de siste årene blitt utviklet en forretningsstrategi med hovedtanke på å øke omsetningen og skaffe seg større markedsandel. Som eksempel kan det nevnes plassering i kjøpesentre med lokasjon som stimulerer til økt impuls salg. Blokkerende etableringer ved å opprette to apotek i samme kjøpesenter slik at andre kjeder ikke får mulighet til å opprette apotek i det aktuelle kjøpesenteret (Markestad, A. 2009).

### **3.4 Strategi**

Strategien til den private delen av apoteknæringen generelt sett har sammenheng med økonomi- og arbeidspresset til apotek. Med økonomipresset menes det krav til økt omsetning og mer fortjeneste. En ser dette spesielt tydelig ved at det har vært en endring i strategi for apoteknæringen siden 2001. Hovedsaklig ser en dette i hvordan de ulike kjedene markedsfører seg. Man har fått en markant oppsving i apotekmarkedsføring på egenpleieprodukter fra apotek. De kommersielle hensynene overskygger de faglige (Bjermeland, 2010). Denne endringen har gjort det svært interessant for hvordan man må utvikle seg i forhold til strategi i fremtiden. Det vil derfor være viktig å ha rett strategi i forhold til hva som forventes av de eksterne omgivelsene. I dette kapitlet vil jeg se på ulike strategiske tilnærminger i tillegg til apoteknæringens strategiutvikling.

#### **3.4.1 Strategiske tilnærminger**

Noen apotek kan ha en innviklet og kompleks forretningsstrategi andre apotek kan igjen ha en enkel strategi. Strategien er avhengig av to ting. 1: Er markedet bredt eller smalt/snevert. 2: Søker apoteket en lavkost tilnærming eller produkt differensiering. Basert på den tilnærmingen kan man hovedsaklig finne og kategorisere fem typer konkurransestrategier utarbeidet av Thomson et al (2010) som baserer seg på tre-strategi klassifisering til M. Porter (1980) som figur 2. viser. En nærmere forklaring på de ulike forretningsstrategiene:

- 1: Lavest kostnadstrategi: Bedriften er den som har lavest kostnad i forhold til de andre bedriftene. Dette appellerer til et bredere segment av kjøpere.
- 2: Bred differensieringsstrategi: Bedriften differensierer produktet i et bredt segment slik at det tiltrekker flest mulig kjøpere. Produktet skal dekke et behov som en større gruppe kjøpere har.
- 3: Mest valuta for pengene strategi: Bedriften tilbyr et produkt med høy kvalitet til en lavere pris enn konkurrentene slik at kjøpere får mer igjen for pengene.
- 4: Fokuset lavkostnadsstrategi: Bedriften fokuserer her på et nisjemarked eller en smal gruppe kjøpere men med en lavkostnadsprofil.
- 5: Fokuset differensieringsstrategi: Bedriften søker her en smal kjøpergruppe med såkalte nisjeprodukter eller produkter beregnet til en smal gruppe kjøpere



Figur 2: Fem typer konkurransestrategier (Thomson et. al, 2010).

- **Lav koststrategi** tar utgangspunkt i at man har en lavest mulig kostnad i forhold til konkurrentene eller sagt på en annen måte; billigst mulig produkt. En viktig sak her er å tenke på at selv om man strever for å ha billigst mulig produkt, må man ikke sette bort viktige strategiske faktorer i forhold til produktet på bekostning av utgiftene i forbindelse med produktet. Det kan være ulike servicefunksjoner som man velger å ikke ha pga utgiftene det medfører, men velger man bort feil faktor kan dette få potensielle kjøpere til å ikke kjøpe. Det er to måter å få billigst produkt. Det ene er å gjøre verdikjedens aktiviteter mer kostnadseffektive enn andre konkurrenter. Det kan for eksempel være å sette inn roboter i aktuelle verdikjedepunkter. Det andre er å gjennomgå verdikjeden nøye for å se om det er ledd som kan slettes eller hoppes over.
- **Bred differensieringsstrategi** går ut på å tiltrekke seg flest mulig kjøpere. Det er her viktig at man har studert kjøperne nøye med tanke på behov, hva kjøperne anser som viktig, som har verdi og ikke minst hva de er villige til å betale for det.
- **Mer igjen for pengene strategi** går ut på å gi kundene tilfredsstillende kvalitet på et produkt til en lavkost.
- **Fokusert lavkoststandsstrategi** er der bedriften fokuserer her på et nisjemarked eller en smal gruppe kjøpere men med en lavkostnadsprofil. Som eksempel kan history channel & rolls-royce nevnes.

- **Fokusert differensieringsstrategi** bruker man for å nå en nisjegruppe. I forhold til fokuset lavkostnadsstrategi fokuserer man ikke på kostnadene men på kundegruppen. Her er det viktig å være klar over behovet til enhver tid. Her kan man ofte skade image eller markedsføringen ved å gå inn i andre markedssegment eller åpne opp for en mindre differensiering av produktet.

### **3.4.2 Strategiutvikling i apoteknæringen**

Når det gjelder dagens apoteknæring er den delt inn i to hoveddeler, en privat og en offentlig del. I den private delen er det konkurranse mellom tre kjeder foruten en liten del av frittstående apotek. En rapport fra konkurransetilsynet sier at apoteknæringen har mange utfordringer for å få et tilfredsstillende konkurransemarked (Konkurransetilsynet, 2009). I den offentlige delen har man ikke en slik konkurranse i like stor grad. Man kan forenklet si at man har et oligopolmarked i den private delen og et monopolmarked i den offentlige delen og har man et oligopolmarked er det så klart mer press på økonomi enn ved et monopolmarked siden sykehusapotekene er eneforsørgere av legemidler til sykehus. Men så enkelt er det nok dessverre ikke. Markedet er litt mer komplisert enn nevnt over. Grunnen til at dette forklares nærmere nå, er for å forklare strategiene til de ulike delene i apoteknæringen. Av erfaring har private apotek har en stor del av omsetningen som kommer fra reseptfri handel, mens det på offentlige apotek er begrensning på hvor stor mengde man kan omsette for utenom leveransen til sykehus. Når man har en stort fokus på reseptfrie produkter som egenomsorgsprodukter og lignende, vil det da naturlig være behov for å ha fokus på økt omsetning og fortjeneste. Ser man dette i forhold til delen som omhandler reseptbelagt medisiner er reseptbelagte legemidler svært regulert av myndighetene. Private apotek har derfor ikke så mye valg om de skal overleve konkurransen med andre apotek, man må fokusere på områder man kan øke omsetningen. Åpner en for eksempel en internettside til en av de private kjedene blir en bombardert av reklame i forhold til en lavkoststrategi (Internettsider til private apotekkjeder). Det blir i stor grad fokusert på reseptfrie produkter. Ut i fra egen erfaring om man tar et raskt blick til andre land i Europa ser man en tendens der apotek som faghandel er blitt usynlig i en stor grad. Medisindelen er overskygget av alle reseptfrie produktene som har kommet. I Norge er det stort sett lavkoststrategi, mest igjen for pengene strategi og en blanding av bred og fokusert differensieringsstrategi (Internettsider til private apotekkjeder). Ser man på reklamebrosjyrene man mottar til daglig, opereres det med diverse avslag på produkter. Det er en stor konkurranse om å være den med lavest kostnad, men samtidig nå en bredest mulig kundegruppe for å både



selge mer reseptfritt samt tjene på flere reseptbelagte medisinalg. Her opereres det også mye med at man for mest igjen for pengene siden apotek er velkjent for bra kvalitet. I tillegg er apotekene i en særstilling med tanke på at det er bare på apotek det selges en rekke produkter til spesielle behov. Dette gjøres ved å inngå avtaler med produsenter som sikrer gode avtaler som tjener til gode både for apotek og produsent. Man kan derfor si at mange apotek har en fokusert differensieringsstrategi.

### **3.5 Oppsummering**

I dette kapittelet har jeg gått igjennom ulike deler som begrepsavklaringer, lovhistorikk og bakgrunn for lovendringer samt det gjeldende lovverket som regulerer apoteknæringen. Det er mange ulike begreper som blir brukt i apoteknæringen. Den viktigste er publikumsutsalg som er den delen av apoteket der medisintil levering og salg av reseptfrie medisiner foregår. I Norge har man hatt en historie på et regulert apotekvesen fra myndighetenes side. I 2001 kom det en lovendring i lov om apotek som har forandret apotekbransjen mye. Samtidig kom også Lov om Helseforetak som regulerer eierskapet til offentlig apotek. Disse lovene regulerer apoteknæringen. Det er en del forskjeller når det gjelder offentlig og private apotek. Hovedsakelig gjelder det forskjellig fokus på kompetanse og økonomi.

Når det gjelder kompetanse er kompetanse vanskelig å måle noe rapporten fra helsedepartementet (2004) også sier. Videre konkluderer myndighetene selv med at kompetansen kan være svekket. Min konklusjon er at kompetansen er svekket på bakgrunn av de data som er funnet. Noe som statuerer dette er også en uavhengig videre- og etterutdanningsinstitusjon samt manglende reakkreditering slik for eksempel England har. Kompetansens rolle i faghåndelen apotek er derimot enormt viktig for å fortsatt ha tillit blant publikum. Selv om apotekbransjen er de med mest tillit må man fortsatt holde fokuset. Det er viktig å bemerke seg at kompetanse brukes som en indikator for apoteknæringens faglige fokus i denne sekundærstudien.

Økonomi er i hovedfokus i dagens apoteknæring. Det har siden ny apoteklov ble innført i 2001 skjedd en endring i forhold til økonomisk styring av drift. Private kjeder er mer fokusert på økonomi enn offentlig næring noe min erfaringsutveksling angående premiering i forhold til mersalg. Dette grunner i forskjellige eierkrav. En forretning må ha et visst økonomisk fokus så lenge det ikke kommer på bekostning av hva som helst, noe det dessverre har gjort i

apoteknæringen. Denne totaløkonomiske styremåten har fått konsekvenser for næringen.

Strategi som styringsverktøy har fått en ny betydning siden 2001. Siden den nye apotekloven kom har man sett en sterkt vektleggelse av lavkoststrategi. Dette ses i sammenheng med økt krav om økonomi. En ser dette spesielt tydelig i hvordan de ulike kjedene markedsfører seg. Man har fått et markant oppsving i apotekmarkedsføring på egenpleieprodukter fra apotek. I hovedsak kan man også si at næringen er delt i to ved at den ene delen som representerer private kjeder er i et oligomarked og den andre delen i et tilnærmet monopolmarked.

## 4. Diskusjon

I diskusjonsdelen vil jeg ta for meg temaene lovverket, kompetanse, økonomi og strategi. Jeg vil diskutere om man har nådd målsetningene med ny apoteklov, om det er kompetanseforskjeller i apoteknæringen. Hvordan økonomifokuset har for arbeidsoppgavene til apotekene og hva slags forretningsstrategi de ulike delene av næringen har. Alle disse temaene påvirker hverandre. Det er derfor viktig å få diskutert dette grundig i forhold til alle de ulike faktorene som påvirker de.

Apotekverden og apoteknæringen har forandret seg drastisk i løpet av de siste hundre årene. Fra å være et sted hvor legemidler lages og utleveres har det blitt mindre og mindre fokus på dette gjennom de seneste årene. Dette er en realitet som kommer av behovsendringer på grunn av samfunnsutviklingen. Dette må apoteknæringen være klar over. Skal man ha progresjon på kvalitet og sikker legemiddelbruk må man slik Erah (2003) beskriver det være villig til å la det tradisjonelle være en forbigått periode. Moderne tider og endret behov krever det. Denne masteroppgaven er en studie av apoteknæringen. Under repeterer jeg problemstillingene:

- Lovverket: Er målsetningene med ny apoteklov oppnådd?
- Kompetanse: Er det forskjell på kompetanse og kompetanseutvikling i offentlig og private apotek?
- Økonomi: Hvilken betydning har økonomien for arbeidsoppgavene til apotekene?
- Forretningsstrategier: Identifisere de ulike forretningsstrategiene til de ulike delene av apoteknæringen.

Myndighetenes målsetninger med legemiddelpolitikken er at befolkningen skal ha tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av betalingsevne og bosted (tilgjengelighet). Det andre målet er at legemidler skal brukes faglig og økonomisk riktig (kvalitet). Det siste målet myndighetene har er å få en lavest mulig pris på legemidler. Helsedepartementets rapport fra 2004 konkluderer med at man har nådd de to første målene. Økt tilgjengelighet er det soleklart at man har fått. Vi kan bare se på antallet apotek i dag i forhold til før 2001. Det er da selvfølgelig at tilgjengeligheten har økt. I forhold til faglig og økonomisk riktig legemiddelbruk er dette også nådd i forhold til rapporten (Helsedepartementet, 2004). Resultatet er så klart avhengig av hva man måler det med. I rapporten ble parametre som antall feilekspederinger og spørreundersøkelse brukt som datagrunnlag til denne konklusjonen. Det var ikke en

signifikant økning i antall feilekspederinger. Spørreundersøkelsene viste at man hadde blitt fagligere svakere men at farmasøytene selv mente de jobbet forsvarlig. Her kan yrkesstolthet komme inn i bildet. Man vil jo nødig si at en ikke er kompetent som fagutøver. Feilekspederinger er et bra mål å bruke men det reflekterer ikke hvilke følger svekket faglighet kan få for pasienten som til slutt er det harde endepunktet å måle mot. Det tas rett og slett ikke hensyn til om pasienten har forstått og ikke minst fått viktig informasjon om legemidlet. Studier viser at så mye som 5-10 % av innleggelsene på indremedisinske avdelinger på sykehus skyldes feil legemiddelbruk og så mye som 5-10 milliarder kroner feillegemiddelbruk samfunnet årlig (Apotekforeningen, 2010). Dette tar man ikke hensyn til ved å bruke feilekspedering som mål på kvalitet. Myndighetene ville også prøve å få en prisreduksjon av legemidler. Det målet har man ikke nådd. Effekten av pris konkurranse er forsvinnende liten (Brekke, K. 2007).

Totalt sett har man bare nådd målet om at befolkningen skal ha tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av betalingsevne og bosted (tilgjengelighet). Når det derimot kommer til målsetting om faglig og økonomisk riktig bruk av legemidlene har vi ikke nådd målsettingen med dette målet. Det er vanskelig å måle kompetanse og dermed faglighet på en mest mulig riktig måte. I tillegg har man ikke nådd målet om en prisreduksjon av legemidler.

Kompetanseforskjeller når det gjelder offentlig og private apoteknæring kan forklares med ulikt eierskap. Apotekene blir sterkt påvirket av sine eiere som fastsetter strategi. Denne påvirkning i apotek har flere aspekter som er gjeldende i forhold til kvalitet. Overordnet dreier det seg om pasientene får rett medisin, til rett tid og bruker det rett. Hammerstrøm (2003) tar for seg et annet aspekt av kvalitetspåvirkningen og sier i sin artikkel at innsatsen er stor fra legemiddelindustrien for å lage og fra apotek for å selge nye legemidler til store, gjerne relativt friske befolkningsgrupper med stor betalingsevne. Annerledes blir det når sykdommen er sjelden, pasientene få og landet lite. Da blir konsumentmakten i markedet så lite at pasientene kan miste tilgangen til viktige legemidler selv om midlet finnes og effekten er veldokumentert. Det synes å være en økende tendens til å avregistrere veldokumenterte preparater med liten inntjeningsevne. I tillegg forsøker apotekene og grossistene å kutte utgifter ved å redusere lagerføring av kostbare preparater med liten omsetning. Det kan føre til uakseptabelt lang leveringstid for blant annet kostbare cellegift i situasjoner hvor kreftpasienten trenger disse innen kort tid. Basert på egen erfaring som jobber akkurat med denne problemstillingen til daglig ses den ofte.

Kompetanse er vanskelig å måle, noe rapporten fra helsedepartementet (2004) også sier. Videre konkluderer myndighetene selv med at kompetansen kan være svekket. Min konklusjon er at kompetansen er svekket på bakgrunn av de data som er funnet. Noe som statuerer dette er også en uavhengig videre og etterutdanningsinstitusjon samt manglende reakreditering slik for eksempel England har. Kompetansens rolle i faghandelen apotek er derimot enormt viktig for å fortsatt ha tillit blant publikum. Selv om apotekbransjen er de med mest tillit må man fortsatt beholde og videreutvikle fagfokuset. Det er viktig å bemerke seg at kompetanse brukes som en indikator for apoteknæringens faglige fokus i denne sekundærstudien. Allerede i 2003 kunne man se en tendens eller en trend som kommer til poeng når det gjelder små apotek i forhold til mer sentraliserte store apotek (Lange. M. H. 2003). Det ble stilt spørsmålsteget med om ansatte ville tilegne seg nok kunnskap ved etableringen av små privateide apotek.

I forhold til målsetningene myndighetene hadde med innføring av apotekloven i 2001 for å bedre faglig og økonomisk kvalitet ser vi tydelige svakheter ved systemet i dag. Strømvalget var også uenig angående punktet om kompetanse og de forutså denne problematikken. Dette ble det ikke tatt hensyn til. Dette kan også ses i sammenheng med en miniundersøkelse gjort av norsk farmasøytisk tidsskrift i 2007 der det kommer til uttrykk for at studentene kan se for seg en jobb i apotek men ikke for enhver pris, utdrag presenteres under. Studentene nevner her at utviklingspotensialet faglig sett er større ved å jobbe på sykehusapotek (Rotvik. I. M. 2007).

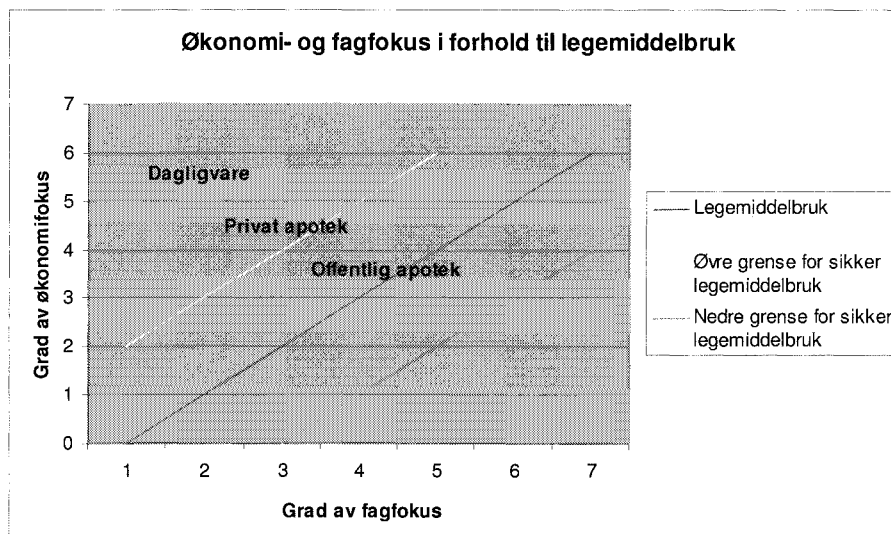
*“Av en «mini-spørreundersøkelse» Norsk farmasøytisk tidsskrift har sendt ut til studenter fremkommer det av svarene at de fleste ser for seg en jobb i apotek etter endt utdanning, men flere ønsker å gå over til en annen jobb etter noen år. Mindre arbeidspress, mindre mersalg, mer tid til apotekbrukeren og mer tid til faglig oppdatering synes å være faktorer som etterlyses for at den vordende farmasøyt skal trives i apotek.”*

I en studie fra januar 2010 tas det opp flere relevante temaer i forhold til kompetanse i private apotek. Det sies at kommersielle hensyn har fått for stor påvirkning i forhold til faglig oppdatering, pålegg fra kjedene stjeler faglig fokus og at høy arbeidsbelastning resulterer i at hver femte er syk grunnet arbeidspresset (Kjøllesdal. K. 2010). Med arbeidspress menes her økt oppgaveutførelse som følge av det økonomiske presset fra eierne som kommer på bekostning av det faglige. Når man ser dette i forhold til det offentlige apotek som i tillegg til vanlig apotekdrift driver med forskning, har nær tilknytning til universitet og et nært samarbeid med spesialister i landet på ulike fagfelt ser man at kompetanse og faglig fokus er noen nivå høye-

re bare på bakgrunn av dette. Forskningen og utviklingen offentlige apotek driver med kan spesielt ses i sammenheng med fraværet av totaløkonomisk fokus og den friheten personalet på de offentlige apotekene har i forhold til å drive med dette. Etter min vurdering og erfaring, har offentlig apotek har en mye større grad av dynamiske kapabiliteter som bidrar til forretningsutviklingen med fagfokus. Alt dette er i stor grad relatert til økonomifokus og strategibestemmelser fra eierne.

Med dette økonomifokuset i tankene i dagens apoteknæring vil jeg diskutere det nærmere. Det har siden ny apoteklov ble innført i 2001 skjedd en endring i forhold til økonomisk styring av drift. Private kjeder er mer fokusert på økonomi enn offentlig næring, som eksempel kan min erfaring angående premiering i forhold til mersalg nevnes. Private apotek blir premiert etter hvor mye man selger av spesielle kampanjeprodukter. Dette grunner i forskjellige eierkrav og eiermålsetninger. Men en forretning må dessuten ha et visst økonomisk fokus så lenge det ikke kommer på bekostning av hva som helst, noe det dessverre har gjort i apoteknæringen. I apoteknæringen har denne totaløkonomiske styremåten fått konsekvenser for kompetansen og kvaliteten på tjenestene apoteket leverer eller utfører som nevnt tidligere.

I forhold til denne totaløkonomiske styremåten har man et økende fokus på markedsføring. Den som har best tilbud på ikke medisinske produkter tiltrekker seg flere kunder som har behov for legemiddeltjenester. Dette skaper en konkurranse hvor det fokuseres på økonomi i stedet for kompetanse. I dag er det nok dessverre slik at de med det beste tilbudet klarer seg best. Apoteknæringen er i ferd med å bli tilnærmet lik dagligvarebransjen. Som figur 3 viser må man som faghandel ikke gå over ei grense i forhold til økonomi eller fagfokus. Det vil da gå ut over sikkerheten i forhold til legemiddelbruken. Om man som næring har for stort fokus på økonomi kommer det på bekostning av sikker legemiddelbruk i forhold til for lite faglig fokus. Når det gjelder det faglige fokuset kan det også bli for stort slik at det kommer på bekostning av det økonomiske fokuset slik at det også kan påvirke legemiddelbruken. Som eksempel kan det nevnes at det faglige settes i for stort fokus slik at det økonomiske blir lidende og forretningen får følger av det. Samtidig kan feil fokus om det er for mye eller for lite av den ene eller andre sorten få en rekke andre sekundærfølger som kan være minsket tillit til næringen, personellmangel som følge av at man ikke anser arbeidsplassen som attraktiv lengre, økt sykemelding som følge av økt arbeidspress i forhold til økonomiske eierkrav. Det er med andre ord viktig å ha rett balansegang med tanke på fokuseringen i forhold til fag og økonomi.



Figur 3: Økonomi- og fagfokus i forhold til legemiddelbruk. En sammenligning av privat og offentlig apoteknæring i forhold til dagligvarenæringen.

Dette får jo en rekke følger for apotekene som faglig institusjon. Man kan komme til å miste tillit. Med tanke på at apotek i 2009 er den helseinstitusjonen med mest tillit foran leger og sykehus er fallhøyden stor (Tysnes, 2009). Kundene legger særlig vekt på god service, god informasjon og kort ventetid (Tysnes, 2009). For apotekpersonalet har effektivisering og krav om inntjening gitt økt arbeidsbelastning og reduserte muligheter for faglig oppdatering, forhold som mange farmasøyter anser som uforsvarlig. Dette reflekteres ved at omtrent 2/3 av farmasøytene i apotek opplever konflikt mellom faglig og kommersielle hensyn. I praksis kan dette bety at blant annet informasjon og rådgivning til pasientene blir lidende (Jacobsen, 2007). Basert på egne erfaringer er mye av målbare parametre som apoteket styrer etter økonomisk relatert. Man styrer stort sett etter omsetningsøkning og generisk substitusjon av legemidler. Det spekuleres ofte i generisk substitusjon av legemidler. Disse "kopipreparatene" gir ofte høyere avanse enn originale legemidler og derfor har hver enkelt kjede sine prefererte generisk byttbare legemidler innenfor hver indikasjon. Faglige grunner for å unngå et generisk bytte bør helt klart veie tyngre enn de ekstra kronene som kan tjenes på å gjennomføre dette. Apotekene skal ikke for enhver pris presse igjennom et generisk bytte på grunn av økt inntjening. Farmasøytene er også helsepersonell som må være seg sitt ansvar bevisst ovenfor pasientene. I følge egen erfaring gir apotek sine ansatte bonus i form av penger basert på antall generiske bytter av legemidler. Det er etter min mening en etisk uakseptabel tilnærming å

øve helsehjelp på. I dag kan man risikere å få et nytt generisk legemiddel hver tredje måned. Den faglige vurderingen er nesten helt borte i denne saken. Generiske legemidler kan være ulike fra apotekkjede til apotekkjede samt variere i løpet av året på samme apotekkjede - grunnet gunstige innkjøpsavtaler. Dette kan umulig ha vært intensjonen fra myndighetenes side sier Larsen. B.(2008).

Strategi som styringsverktøy har fått en ny betydning siden 2001. Siden den nye apotekloven kom har man sett en sterkt vektleggelse av lavkoststrategi. Dette ses i sammenheng med økt krav om fortjeneste. En ser dette spesielt tydelig i hvordan de ulike kjedene markedsfører seg. Man har fått en markant oppsving i apotekmarkedsføring på egenpleieprodukter fra apotek. I hovedsak kan man også si at næringen er delt i to ved at den ene delen representerer private kjeder er i et oligomarked og den andre delen i et tilnærmet monopolmarked. Dette har privat apoteknæring ved apotekjeden klaget inn til EFTA Surveillance Authority (ESA). ESA har ved flere anledninger kommunisert til norske myndigheter at det strider mot likebehandlingsprinsippet i EØS-avtalen å operere med ulike vilkår for etablering av sykehusapotek for private og offentlige aktører. I tillegg mener man at offentlige apotek er finansiert i forhold til Helseforetak og det strider imot likebehandlingsprinsippet. Departementet har fremmet et lovforslag som klargjør at det må stilles de samme faglige krav til private apotek og offentlige sykehusapotek. Departementets vurdering er at formålet med lovendringen er å ikke endre dagens organisering av sykehusapotek og sykehusapotekenes oppgaver, men endringen klargjør at det må stilles de samme faglige krav til både offentlige og private aktører ved opprettelse av et sykehusapotek. I forhold til resten av klagesaken er denne fortsatt til behandling hos ESA (Helsedepartementet, 2010). Denne saken hos ESA og er ikke helt klar når denne oppgaven skrives. Myndighetene i Norge må forholde seg til hva som kommer ut av denne klagesaken på grunn av EØS-avtalen. Den ene delen om etablering er ferdigbehandlet. Med dette menes det hvilke bestemmelser som gjelder for å etablere sykehusapotek eller apotek på sykehus. I forhold til lovbestemmelsene kan hvem som helst gjøre dette nå. Det som står igjen er saken om støtteordning for apotek, der i blant hvordan dette er organisert og finansiert. Om det kommer endringer på dette kan det gjøres på mange plan (Helsedepartementet, 2010). I andre land er det ikke sykehusapotek som har enerett på utvalg på sykehus. I Sverige er det svært blandet. Ved Karolinska Sjukhuset er det for eksempel en privat aktør som har etablert seg mens leveransene blir levert av et annet sykehusapotek. I Danmark har man svært liten grad av apotekutsalg ved sykehusapotek.



Et annet viktig spørsmål en må spørre seg er hva en økende etablering av private apotek vil bety for helsevesenet. Per i dag er det som sagt høyre kompetanse i offentlige apotek enn i private apotek. Et eventuell mer liberal etablering av privat publikumsutsalg vi få konsekvenser. Spesielt gjelder dette påvirkningen av den økonomiske balansen som offentlige apotek drives etter. Det er en stor del av inntektene som kommer via publikumsutsalg. Denne inntekten finansierer annen farmasøytisk tjeneste som ytes til pasienter på sykehuset. Om det blir forandring i dette må finansieringsordningen forandre i forhold til det som gjelder for andre apotekjenester til sykehus.

I forhold til etablering av private apotek på sykehus. Vil det være viktig å spørre seg hvorfor man så intenst vil etablere seg her. Vi har de siste årene sett en utvikling i apotekbransjen i Norge der apotekeierne etablerer seg i kjøpsentrene, gjerne de dyreste lokalene der mulighetene for impulssalg av andre varer enn legemidler er størst. I forhold til forretningsstrategier er dette i et ledd om å få økt omsetning og bedre inntjening. Sykehus anses som et potensielt marked. Denne drivende strategien for et stadigere større økonomisk krav fra eierne skader næringen. I bunn og grunn er denne forretningsmessige strategien om å stadig få en økt omsetning skapt av myndighetene. Dette har ført til forretningsstrategiske drastiske tiltak som blokkerende etableringer. Der apotek i samme kjede etableres i samme senter eller i et handelsområde for å hindre at andre etablerer seg der. Apokjeden blir her brukt som eksempel. Der har man har gått så langt at man har ved et par tilfeller har opprettet to apotek i samme kjøpesenter. A. Markestad, 2009. Om det i fremtiden blir private apotek på sykehus vil det være svært viktig å ha klart for seg hva som må gjøres med de øvrige tjenestene. Disse tjenestene er som sagt delfinansiert via et publikumsutsalg og man må da ha en klar strategi for hva som kan skje i et slikt tilfelle. En annen sak som er vel så viktig er at det på et sykehusapotek i et publikumsutsalg er en mye mer krevende pasientgruppe i forhold til private apotek. Det stilles spørsmålstegn ved kompetansen til fagansatte i private apotek om man her får etablere seg i sykehus. Overgangen fra sykehus til hjemmet eller annen omsorgstjeneste er utfordrende med de mange faglig relevante problematiske pasientene.

I fremtiden vil strategiene til kjedene forandres utifra endringen fra næringen, pasientbehov og kundebehov. Apotekerforeningen har skissert tre ulike scenarioer for hvordan apotek vil se ut i 2020. Hovedpoengene i alle tre scenarioene er at farmasøyten vil få en mer fremtredende rolle som rådgivere enten i kommunen eller sykehjem noe samarbeid og kompetanse i tabell 3 også viser. Det vil også være en markant ekspedering av resepter via internett. Stortingsrepre-

sentant Bernt Høie mener det er stor sannsynlighet at scenarioene vil slå til (Nilsen. L. 2010). *Det første scenarioet* tar for seg et apotek som er plassert i et helsesenter med elektronisk kommunikasjon på med tanke på resept og annen kommunikasjon i forhold til ulike helseinstitusjoner. Det vil her være et bra samarbeid mellom legekantorene som har tilknytning til dette apoteket. Det skyldes hovedsakelig etablering av farmasøyt på legekantoret. I forbindelse med denne utviklende kommunikasjonen som foregår elektronisk vil en stor del av handelen foregå via netthandel. Apotek teknikere vil i større grad kunne utføre arbeidsoppgaver som stjeler tid fra dagens farmasøyter. Dette fører til en økt bruk av kompetansen til farmasøytene. I dette første scenarioet er det flere utfordringer jeg vil kommentere. Det første gjelder at dette apoteket har stor netthandel. I forhold til legemidler vil dette bety en stor utfordring i forhold til å sikre rett legemiddelbruk i og med at en ikke får møtt pasienten personlig. I forhold til kompetanse må man i større grad fokusere på dette i fremtiden. Om scenarioet slår til vil man måtte endre fokus fra økonomi til kompetanse i mye større grad for å imøtekomme behovene til ulike pasientgrupper. *Det andre scenarioet* tar for seg at apoteket er plassert på et kjøpesenter som ikke har effektiv kommunikasjon med verken leger eller andre. Dette apoteket har et godt samarbeid med legemiddelindustrien. Det er delt inn i en parfymeredel og en apotekdel, dette ser vi blant annet i England og da spesielt i bootsapotekene. I forhold til kompetanse har man ansatt flere andre yrkesgrupper deriblant ernæringsfysiologer, sykepleiere og lignende. Her driver også apoteket mestringscenter. Dette scenarioet vil også bety på utfordringer. Da spesielt i forhold til den dårlige kommunikasjonen og i forhold til arbeidspress og kompetanse som ble tatt opp tidligere. *Det tredje scenarioet* er integrert i et supermarked. I USA ser man at en stor del av apotekene er integrert i et supermarked. Her har man en god kommunikasjon med legekantor og øvrig helsenett. Apotek og legemiddelindustri har et godt samarbeid. En stor del av handelen foregår her via internett. Farmasøytene har fått en begrenset rekvireringsrett. Dette scenarioet vil medføre en rekke utfordringer. Det først er lokalisasjonen. At apoteket er plassert i et supermarked er i utgangspunktet ikke noen dårlig ide. Det som derimot er utfordringene er at det kan skape et større arbeidspress i tillegg til det arbeidspresset man har i dag som skyldes at 1 av 5 er sykemeldt på grunn av arbeidspresset. I tillegg kan apotekene miste tillit ved å plassere et apotek i et supermarked. Det tredje er at en begynner å likestille apotek som er en faghandel med en dagligvarebutikk som kan igangsette en prosess som vil eliminere sikkerheten i faghandelen. Her vil også netthandelen ha store kvalitetsmessige utfordringer hva angår sikker legemiddelbruk i forhold til å få kommunisert det på en bra nok måte. Ved at farmasøytene får begrenset rekvireringsrett krever det også at apotek teknikere

utfører administrasjonsoppgaver eller andre oppgaver som ikke krever farmasøyt som utføres av farmasøyt i dag. I tillegg må man i privat apoteknæring høyere i kompetansenivå.

Tabell 3: Skjematisk oversikt over de tre ulike scenarioene apotekforeningens arbeidsgrupper for seg i fremtiden ( L. Nilsen, 2010)

Scenario	Plassering	Kommunikasjon	Samarbeid	Handel	Kompetanse
1.	Helsesenter	Elektronisk (online) med leger etc.	Farmasøyt på legekontor	Stor del via netthandel	Apotekteknikere gjør en god del av arbeid som per dags dato brukes av farmasøyter. I fremtidens scenario vil man få frisløpt tid til mer faglig arbeid.
2.	Kjøpesenter	Ikke integrert i helsenett, hindrer effektiv kommunikasjon	Apotek og legemiddelindustri.	Delt i en parfymemiddel og en apotekdel. Stor distribusjon via nettet.	Apotek har ansatt flere andre faggrupper (Sykepleier, klinisk ernæringsfysiolog). Driver mestringsenter
3.	Integrert i et supermarked	Integrert i helsenettet.	Apotek og legemiddelindustri (til dels noen legekontor)	En stor del av handelen skjer via internett.	Farmasøytene har begrenset rekvireringsrett.

#### *Oppsummering:*

I denne diskusjonsdelen har jeg diskutert hvordan de ulike temaene som lovverket, kompetanse, økonomi og strategi virker inn på hverandre. Det har blitt diskutert om myndighetene har nådd målsetningene med innføring av ny apoteklov. Det ble diskutert at bare et mål var fullstendig nådd og at kvaliteten er blitt svekket. Denne kvaliteten er i hovedsak basert på kompetanseforskjeller mellom private apotek og offentlige apotek som diskusjonen videre tok for seg. Økonomien og strategien er også påvirket av hvordan apotekvesenet har blitt i dag. Diskusjonen om økonomifokuseringen viser at det er bevisste strategivalg de private kjedene har tatt.

## 5. Konklusjon

Denne studien av apoteknæringen har følgende problemstillinger:

- Lovverket: Er målsetningene med ny apoteklov oppnådd?
- Kompetanse: Er det forskjell på kompetanse og kompetanseutvikling i offentlig og private apotek?
- Økonomi: Hvilken betydning har økonomien for arbeidsoppgavene til apotekene?
- Forretningsstrategier: Identifisere de ulike forretningsstrategiene til de ulike delene av apoteknæringen.

I denne sekundærstudien har fremgangsmåten til McCaston. K. (2005) blitt brukt som metode. Det har blitt laget et oppsett på denne studien i forhold til ulike studieverktøy som disposisjon og krav til datagrunnlag. Informasjonen har så blitt innhentet og dette datagrunnlaget har så blitt analysert og diskutert.

Uansett hvilken næring man har tilknytning til er den i konstant forandring. De viktigste drivkreftene til en næring er nettopp økonomisk inntjening. I en fagnæring som apoteknæringen vil det være andre faktorer som også spiller inn. Faglighet er det viktigste. Apoteknæringen to fokusområder; faglighet og økonomi. Hvordan balansegangen mellom det faglige og det økonomiske skal være er opp til den enkelte fagpersonen, fagforeninger, etterspørselen av kompetanse, faglig forsvarlighet, sikkerhet og apoteknæringen å bestemme.

Målsetningen er delvis nådd i forhold til myndighetenes planer i 2001. Måloppnåelsen har fått konsekvenser som man delvis var klar over når ny lov ble innført i 2001. Både kompetanse og økonomi har blitt påvirket i negativ retning i forhold til hva myndighetene ønsket. I forhold til målsetningene man hadde ved innføring av ny apoteklov og den endringen man har sett i apoteknæringen er det bare mål om bedre tilgjengelighet som har blitt nådd. Faglig kvalitet og lavere legemiddelpris er ikke nådd. I strømutvalget var det uenighet om faglig kvalitet ville bli svekket. Mindretallet fikk altså rett i forhold til svekket kvalitet. Kompetansen har blitt sterkt svekket i privat apoteknæring. I offentlig apoteknæring tyder ingenting på at faglighet er svekket. Det eksisterer en stor forskjell både i arbeidspress og kompetanse i forhold til apotekpersonale på private apotek i forhold til offentlige apotek. Dette skyldes endring av apoteknæringen som følge av ny apoteklov i 2001. Økte eierkrav i forhold til økonomisk fortje-

neste påvirker næringen sterkt. Kompetanse må settes i fokus for å unngå uheldige virkninger av svekket faglig kompetanse. Et uavhengig frivillig viderutdanningssystem er nå iverksatt fra Norges farmasøytisk forening som vil ivareta noe av dette (Ytterbø, T. 2010). Dette kan være et krampetrekk fra en fagorganisasjon for en næring hvor fokuset på faglighet er på tur å dø ut. Offentlig næring ivaretar den faglige oppdateringen på en helt annen måte en privat næring ved at en i større grad reiser på konferanser, møter og kurs til utlandet. I tillegg er en i en større grad involvert i nasjonale faggrupper enn i private apotek.

Økonomisk press påvirker hverdagen til apotekansatte. Et stadig fokus på de økonomisk parametrene er et bevis på dette. Ulike bonusordninger likeså. Privat apoteknæring er på tur å bli svært lik dagligvarehandelen. Som figur 3 viste er det et økonomisk fokus som ikke står i forhold til den faglig- og økonomiske balansegangen. Dette påvirker næringen strategisk i forhold til at man bruker ulike strategier for å profittmaksimere apotekene. Blokkering av etablering og en utbredt bruk av lavkostnadsstrategi er eksempler på strategier apotekkjedene bruker for å profittmaksimere sin omsetning.

Jeg vil presentere noen tiltak næringen bør innføre:

- Felles etterutdanningssystem som er gjeldende for alle farmasøyter. Men krav om etterutdanning. Denne ordningen må være lovfestet og forankret i myndighetenes politikk.
- Endret utdanningssystem for å spesialisere fagpersonale i forhold til næringen slik den er i dag. Dagens utdanningssystem ivaretar ikke dette behovet. I stedet for en – års utdanning kan man gå inn for en 3 + 2 utdanning der man blir utdannet reseptarfarmasøyt etter 3 år og har mulighet til å spesialisere seg ytterligere om behov og ønsker tilsier det.
- Næringen bør lage en egen bransjenorm som sier noe om den økonomiske profittmaksimeringen og det økonomiske fokuset den private delen av apoteknæringen. Siden den private apoteknæringen har sterke ønsker om profittmaksimering kan dette bli vanskelig.
- Apotekpersonale i privat næring bør i samarbeid med fagforeningen stille krav til den private næringen i forhold til arbeidspress i forhold til økonomisk fokusering. For å få dynamiske kapabiliteter er man avhengig av en frihet til å kunne skape

denne verdifulle ressursen. I tillegg må personalet også stille krav i forhold til videreutdanning eller kompetanse.

- Den private næringen må øke grad av faglige målsetninger. Dette kan gjøres i kombinasjon av de økonomiske målsetninger.
- Den private apoteknæringen kan ta lærdom av offentlig apoteknæring og etablere diverse samarbeidsfora ved hjelp av noen nasjonale grupper av ulike typer.
- Bonusordninger som har bakgrunn i profittmaksimering må kuttes ut.
- Offentlig apoteknæring må forberede seg på konkurranse i publikumsutsalg på sykehus. Dette kan gjøres ved å inngå intensjonsavtale med Helseforetakene i forhold til samarbeid og finansiering i tilfelle svekket økonomisk inntjening på grunn av konkurranse av publikumsutsalg.
- For å unngå å bli lik dagligvarebransjen kan man dele opp apotekene i to hoveddeler. Lik det man har i dag men med et tydeligere skille. Man vil få en adskilt handelsdel og en adskilt fagdel.

Disse tiltakene bør apoteknæringen iverksette umiddelbart. Konflikten i forhold til faglig og økonomisk fokus er urovekkende. Myndighetene bør også iverksette tiltak for å holde ved like legemiddelpolitiske målsetninger.

Apoteknæringen har kommet et langt stykke i forhold til slik det var før. Myndighetene og næringen selv må ikke sitte på benken for lenge å hvile. Tiltak må nå iverksettes for å unngå at man ikke utfører arbeidsoppgavene uforsvarlig.

I forhold til fremtiden er det viktig at man finner årsaken til at apotekene fortsatt har sik høy tillit. Svaret kan hjelpe næringen i fremtiden for å unngå å få minsket tillit. Det bør således undersøkes hvilken tillit andre helsefaggrupper har på apotek. Dette bør gjøres spesielt siden farmasøyter ikke har et egent videreutdanning og etterutdanningssystem. I tillegg bør man utarbeide en konsekvensanalyse for konkurranse av publikumsutsalg på sykehus. Her kan man komme i forkjøpet hvis det blir åpnet opp for konkurranse av publikumsutsalg på sykehus av sykehuseierne. Ytterligere studier for å kartlegge kompetanseforskjeller bør gjennomføres for å se om dette gjelder hele næringen eller bare utvalgte kjeder eller apotek. I tillegg bør man undersøke om man har tilstrekkelig kompetanse for personale i apotek i forhold til sikker legemiddelbruk og om man ikke har tilstrekkelig kompetanse bør det etableres tiltak for å bedre dette. Disse forslagene til videre studier er nevnt i listen under.

Forslag til videre studier:

- Årsaken til at apotekene har såpass høy tillit blant pasienter til tross for forandringene som har skjedd i de siste ti år.
- Undersøke hvilken tillitt andre helsefaggrupper har til apotek.
- Konsekvensanalyse i forhold til konkurranse av publikumsutsalg på sykehus
- Studie for å kartlegge kompetansecforskjeller i næringen.
- Studie for å undersøke om kompetansen er nok i forhold til krav og etablering av tiltak for å bedre kompetansen i næringen.

## 6. Litteraturliste

- Alfsen, J.F. 2007. Kan kompetanse måles. Norsk farmasøytisk tidsskrift. Nr. 7-8/2007. s. 17-18) [www.farmaceutene.no/id/282](http://www.farmaceutene.no/id/282)
- Apotekforeningen, 2010. Sammen om riktig legemiddelbruk.  
<http://www.apotek.no/nyheter-1.aspx?Action=1&NewsId=462&M=NewsV2&PID=37>
- Bjermeland, 2010. Boots bak speilet. Norsk farmasøytisk tidsskrift. Nr. 2. 2010. s. 6-7.
- Brekke, K. 2007. Siluetten. Fagintervju: Hodepine i apotekbransjen.
- Farmasiforbundet, 2010. Pressemelding 17.11.2010. Apotek kunder skal møtes av helsepersonell.
- Fjærtøft, R. 2003. En økonomisk-politisk analyse av det norske legemiddelmarkedet.
- Hadzovic, S (1997). "Pharmacy and the great contribution of Arab-Islamic science to its development" (in Croatian). *Medicinski Arhiv* **51** (1-2): 47-50.
- Hauge, E. M. 2010. Skreddersydde legemidler. Avisa Nordlys. 22. desember 2010.
- Hammarstrøm, 2003. Hvem tar ansvaret når fortjenesten er lav. Nr. 22 – 20. november 2003. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123:3177 [www.tidsskriftet.no/?seks\\_id=917530](http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=917530)
- Helsedepartementet, 2010. Telefonintervju med Vegard Pettersen, helseerettsavdeling.
- Helsedepartementet, 2004. Evaluering av apotekloven og indeksprissystemet. ECON
- Internettssider til private apotekkjeder: <http://www.apotek1.no/> <http://www.vitusapotek.no/> <https://www.boots.no/butikk/s/home.html>
- Iversen, O. 2010. Sykehus. Store norske leksikon. <http://www.snl.no/sykehus>.
- Jacobsen, 2007. Norsk farmasøytisk tidsskrift 4/2007. s.22-23.
- Kjøllestad, K. 2010. Godt sosialt miljø, men faglig oppdatering for dårlig. Norsk Farmasøytisk Tidsskrift nr. 1/2010 s. 8-13. Utarbeidet av Comte analysebyrå.
- Lange, M. H. 2003. Apotekbransjen før og etter ny apoteklov. Tidsskriftet for den norske lægeforeningen. 2003; Nr. 22-20. november. 123:3248-9
- Larsen, B. 2008. Dagens medisin. Generisk bytte av legemidler.  
<http://www.dagensmedisin.no/debatt/2008/09/14/generisk-bytte-av-legemidl/index.xml>
- Lea, R. 2008. Succession planning for NHS Hospital Chief Pharmacist posts Robert Lea, jan 2008



- Lov om Apotek 2001, (apotekloven), 1. Mars 2001.
- Lov om Helseforetak 2001. 1. Juli. 2001.
- Lov om Legemidler 1994, (legemiddeloven) 1. Januar 1994.
- Madsen. E. et al. 2009.
- Markestad, Anne. 2009. På linje med sykehusapotekene. Dagens medisin.  
<http://www.dagensmedisin.no/debatt/2009/06/29/pa-linje-med-sykehusapotek/index.xml>
- Markestad, 2009. Er kompetanse ut. Norsk farmasøytisk tidsskrift nr. 11/2009 s. 38.
- McCaston, K. 2005. Tips for collection, reviewing and analyzing secondary data
- Nessing, 2007. Forskning i apotek må prioriteres høyere. Norsk farmasøytisk tidsskrift nr. 11 2007. s. 11-12.
- NFT, 2010: Internettside med oversikt over doktorgrader. <http://www.farmaceutene.no/id/26>
- Nilsen, L. 2010. Dagens medisin. Slik blir fremtidens apotek.  
<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2010/05/13/slik-blir-fremtidens-apote>
- Nordlys. 2010: Avisartikkel: Vil legge ned helseforetakene. Dato. 07.12.2010.
- Ot. Prp. Nr. 29. 1998-1999. Helse og omsorgsdepartementet. <http://www.regjeringen.no>
- Porter, M. 1980. Competitive strategy. New York: Free Press, 1980 s. 35-40
- Rotvik I. M. 2007. Studentene ønsker jobb i apotek men ikke for enhver pris. Norsk farmasøytisk tidsskrift nr. 1/2007 s. 14-15.
- Sosialkomiteen. 2005. Innstilling fra sosialkomiteen om legemiddelpolitikken (rett kurs mot-riktigere legemiddelbruk). Innst. S. Nr. 18 (2004-2005)
- Thomson et. al, 2010. Lærebok: Crafting and executing strategy 17th edition. S.138-163.
- Torud, Y. 2007: Norske apotek 1992 til 2002: Fra personlige privilegier til markedsliberalisme på 10 år. Norsk farmasøytisk tidsskrift nr. 2. 2007, s. 19-20.
- Tysnes, 2009. Dagens medisin. Har tillit til apotekene.  
<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2009/12/14/har-tillit-til-apotekene/index.xml>
- Ytterbø. T. 2010. Faglig oppdatering - en etisk forpliktelse. Norsk farmasøytisk tidsskrift. 12/2010