

E-multidose er bedre for pasientsikkerheten enn dosett og faks

Med multidose i e-resept blir feilkilder knyttet til papirbaserte løsninger borte. Men det er fortsatt utfordrende å få til en optimal legemiddelhåndtering.

Forfattere

Elin Johnsen

Sosiolog og forsker
Kvalitets- og utviklingssentret, Universitetssykehuset Nord-Norge

Anette V. Jøsendal

Farmasøyt og ph.d.-stipendiat
Nasjonalt senter for e-helseforskning, Universitetssykehuset Nord-Norge

Trine S. Bergmo

Sykepleier og seniorforsker
Nasjonalt senter for e-helseforskning, Universitetssykehuset Nord-Norge

Nøkkelord

E-multidose Pasientsikkerhet Piloterfaringer Intervju Medisinhandling

Sykepleien Forskning 2018 13(69983)(e-69983)
DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.69983>

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Måten legemidler håndteres på, kan påvirke kvaliteten på legemiddelbehandlingen. Det er årsaken til at multidose er innført som erstatning for dosett. Det er dessuten bakgrunnen for et pilotprosjekt i noen norske kommuner med multidose håndtert innenfor en e-reseptordning.

Hensikt: Artikkelen hensikt er å belyse erfaringer fra pilotprosjektet om hvorvidt pasienten får riktig legemiddel til riktig tid.

Metode: Empirisk materiale er intervjuer med de sentrale aktørene i administreringen: apotek, fastleger og hjemmesykepleiere. Drøftinger gjøres i lys av annen forskning og formelle reguleringer av feltet.

Resultat: Apotek og leger har gode erfaringer med ordningen. Hjemmesykepleiere erfarer at det er færre feil, og at e-rutinene er raskere enn papirrutinene når multidoser skal endres. Aktørene beskriver hvordan feilkilder knyttet til papirbaserte løsninger er blitt borte. Ytterligere kvalitetssikring følger av at alle endringer i legemiddelforskrivningen kontrolleres systematisk av apoteket. En svakhet med ordningen er at hjemmesykepleierne ikke lenger har tilgang til sine pasienters legemiddelliste.

Konklusjon: Multidose i e-resept gir kvalitetsforbedringer i legemiddelhåndteringen. Enkelte tiltak vil kunne understøtte gode effekter av e-multidose:

- Ansvarsforholdet mellom noen av aktørene må klargjøres.
- Legenes EPJ-systemer må gjøres mer oversiktlige og enklere å bruke.
- Alle som håndterer e-multidosen, også hjemmesykepleieren, må få tilgang til LIB.

Riktige legemidler for å forebygge og behandle sykdom er et viktig element i dagens helsetjeneste. Når pasienten har flere kroniske sykdommer, øker ofte kompleksiteten i legemiddelbehandlingen og dermed muligheter for legemiddelinteraksjoner og ugunstige bivirkninger. Legemiddelhåndteringen har betydning for hvorvidt pasienten får riktige legemidler til riktig tid. Denne artikkelen belyser følgene av nye måter å håndtere pasientens legemidler på.

Fra dosett til multidose – formål og erfaringer

Et hjelpemiddel som skal gjøre det enklere for pasienten å få tatt riktig legemiddel på rett tidspunkt, er dosett med de legemidlene pasienten skal bruke. Dosethåndtering av legemidler forutsetter at kvalifisert personell fordeler legemidlene korrekt i dosetten. Fremgangsmåten er imidlertid både tidkrevende og medfører fare for feilplassering i dosetten (1).

Multidose er utviklet for å redusere disse ulempene ved at medikamentene plasseres maskinelt i doseposer. Man forventet også redusert kassasjon av legemidler (2). Mens dosettleveransen ble pakket av en sykepleier, foregår den maskinelle pakkingen av multidosen på apotek etter at legen har sendt apoteket ordinasjonskort. Multidosene pakkes vanligvis for to uker av gangen, og posene merkes med pasient-id, legemiddelopplysninger og tidspunkt for inntak (3).

Bruken av multidose har økt. I 2002 fikk 3000 pasienter multidose, og i oktober 2015 om lag 77 300 pasienter. Av disse var 60 000 tilknyttet hjemmesykepleien, og 3200 fikk multidose etter eget initiativ direkte fra apoteket (2).

Studier finner imidlertid både fordeler og nye utfordringer med multidose (2, 4, 5). Multidose synes å gjøre legemiddelhandlingen enklere og sikrere ved å redusere feil i dispenseringsprosessen (1, 4, 6). Blant utfordringene er at pasientens legemiddelliste registreres og oppdateres manuelt i tre forskjellige systemer: hos legen, i hjemmesykepleien og på apoteket. Det medfører risiko for inkonsistens og feil i legemiddelbehandlingen.

Ordinering av legemidler til multidose baserer seg på papirsepter i form av et ordinasjonskort, mens ordineringsrutiner til pasienter uten multidose baserer seg på elektroniske resepter, såkalte e-resepter. To parallelle rutiner for ordinering, både ordinasjonskort og e-resepter, kan medføre utilsiktet dobbeltdosering og dobbeltutlevering av legemidler. Slike doble rutiner representerer svakheter i systemet som fordrer oppmerksomhet (1).

Helsemyndighetene har pekt på at multidose ikke egner seg til å håndtere hyppige endringer i legemiddeldosering, men er en ordning som egner seg til å fordele legemidler til fast bruk hos hjemmeboende pasienter med stabil dosering (7).

DEFINISJONER OG FORKORTELSER

Elektronisk resept (e-resept): E-resept erstatter papirsept og er innført i hele Norge.

E-multidose: Rekvirering av multidose i e-reseptløsning. Det vil si at multidoser bestilles innenfor en generell forskrivningsrutine for e-resepter, der legen og apoteket kommuniserer via en sentral database for e-resepter, som kalles Reseptformidleren.

LIB: «Legemidler i bruk» – melding med oversikt over pasientens legemidler, kosttilskudd, kritisk informasjon for legemidler (cave) og nylig seponerte legemidler.

Ordningskort: Ved starten av multidose lager apoteket en oversikt som viser hele legemiddelregimet til brukeren. Oversikten brukes til et ordinasjonskort, som når det er signert av legen, er gyldig som resept for ett år for alle legemidlene som er oppført på kortet.

Pasientsikkerhet: Innebærer hvorvidt pasienten får riktige legemidler til riktige tidspunkter.

Reseptformidleren: Sentral database for elektroniske resepter.

Fra multidose til e-multidose

Da multidose ble tatt i bruk, var faks det viktigste informasjons- og kommunikasjonsmiddelet mellom de sentrale aktørene – lege, hjemmetjeneste eller sykehjem og apotek – når de håndterte legemiddellistene. Denne håndteringsprosessen har mange udefinerte, manuelle kontroller og mange muligheter for feil i legemiddeltildelingen til pasienten. Dermed oppsto et ønske om elektronisk formidling av legemiddelinformasjon mellom aktørene.

En løsning for multidose via e-resept, kalt e-multidose, ble implementert og utprøvd i fem norske kommuner. E-multidose skal understøtte både effektive arbeidsprosesser og sikre at pasienten får rett legemiddel til rett tid. Utprøvingen startet i 2014 (2).

Mens innføringen av multidose først og fremst handlet om en endring fra manuell til automatisert dosering av legemidlene, innebærer overgangen til e-multidose en endring av informasjons- og kommunikasjonssystemene. E-multidose henger sammen med innføringen av e-resept i primærhelsetjenesten i 2013 og i sykehus fra 2016.

«E-multidose skal understøtte både effektive arbeidsprosesser og sikre at pasienten får rett legemiddel til rett tid.»

I den papirbaserte multidoseløsningen fakser legen et ordinasjonskort til apoteket med en liste over alle legemidlene som er forordnet til en pasient, og apoteket pakker multidosene maskinelt. Med e-multidose skal ikke legen lenger ordinere legemidler ved å fakse ordinasjonskort til apoteket, men skal sende ordinerings elektronisk i en e-reseptløsning. Det vil si at multidoser ordineres innenfor en generell rutine for e-resepter via Reseptformidleren.

I stedet for ordinasjonskortet brukes nå en melding som kalles «legemidler i bruk», eller bare LIB. LIB-meldingen erstatter ikke ordinasjonskortet, da meldingen ikke har reseptfunksjon, men kun viser de legemidlene og kosttilskuddene pasienten står på. I tillegg inneholder den kritisk informasjon for legemidler (cave) og nylig seponerte legemidler. For å få pakket i multidose trengs dermed både en LIB-melding og e-resepter (2, 5).

Studier fra andre land fant at multidoseforordning ga høyere risiko for medisineringsfeil enn vanlige resepter uten multidose. Det ble også rapportert lavere kvalitet på legemiddellistene med multidose (4, 8–11). Disse funnene er ikke studert nærmere, men det reflekteres over hvorvidt de skyldes at multidoseforordningen er mer automatisert og medfører sjeldnere legekontakt og færre legemiddelgjennomganger enn for pasienter uten multidose (8, 12). Vi må understreke at studiene med empirisk materiale fra andre land ofte handler om multidose innenfor e-rutiner som er annerledes enn i den norske utprøvingen (5).

Forskningsspørsmål

Artikkelen vår fokuserer på hvordan overgangen til e-multidose kan påvirke pasientsikkerheten. Med pasientsikkerhet mener vi her hvorvidt pasienten får riktige legemidler til riktige tidspunkter. Riktig legemiddelbruk betinger mange forhold i prosessen fra diagnoser stilles til legemidlene deles ut og inntas. Forskningsspørsmålet for artikkelen er følgende:

Hvordan påvirker ordningen med e-multidose som utprøves, informasjonen og kommunikasjonen mellom apotek, hjemmesykepleien og fastlegene, og hvilke følger kan dette få for pasientsikkerheten?

Metode

Rekruttering av informanter

Direktoratet for e-helse var vår oppdragsgiver. De informerte om hvilke legesentre som deltok i pilotprosjektet, og var behjelpelige med kontaktpersoner på multidoseapoteket og i hjemmesykepleien i pilotkommunene. Alle deltakerne i pilotprosjektet ble invitert til å delta i studien. Vi sendte e-brev til apoteket som fungerer som multidoseapotek, ledelsen for hjemmesykepleien og legesentrene i de aktuelle kommunene.

Brevet beskrev kort prosjektet, hvem som var oppdragsgiver, og hovedtema for intervjuene. Alle brukerne som ønsket å delta, ble inkludert som informanter. Når det gjaldt hjemmesykepleien, var tre av fire ledere behjelpelige med å arrangere intervjumøter.

Innhenting av intervjumateriale

En av artikkelforfatterne og en annen prosjektmedarbeider, lege Nils Kolstrup, gjennomførte intervjuene primo november 2016. Intervjuene foregikk på arbeidsstedet til legene og de apotekansatte og på kommunale møterom for hjemmesykepleierne. Vi gjennomførte seks intervjuer med til sammen 24 brukere. På multidoseapoteket intervjuet vi ei gruppe med tre deltakere. Fire leger ble intervjuet, tre av dem i gruppe.

I hjemmesykepleien intervjuet vi 17 sykepleiere fordelt på tre grupper. En av de tre gruppene hadde fått alle pasientene på papirmultidose igjen, fordi «deres» leger hadde gått over fra pasientjournal som støttet e-multidose, til en journal som ikke gjorde det. Vi vurderer at informantgruppene representerer de erfaringene vi søkte, men vet ikke om andre synspunkter og erfaringer ville fremkommet hvis flere leger deltok.

Intervjuene varte rundt 45 minutter. De foregikk ansikt til ansikt, ble tatt opp på bånd og transkribert av et profesjonelt byrå. Vi brukte gruppeintervjuer fordi vi vurderte at de ville gi tilstrekkelig dybde på informasjonen vi ønsket å innhente, og fordi informantene skulle kunne stimulere hverandre til å komme med erfaringer og synspunkter. Ulikheter i synspunkter og erfaringer var i utgangspunktet like interessante som ensartete oppfatninger hos informantene.

Intervjuene var semistrukturerte, rommet åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål. Intervjuene reiste spørsmål om hvordan aktørenes arbeidsprosesser påvirkes av e-multidose, utfordringer som fulgte e-multidose, og tiltak for forbedringer. Til denne artikkelen har vi trukket ut temaer og undertemaer med relevans for pasientsikkerheten.

Bearbeiding og analyse av intervjumaterialet

Vi brukte en temasentrert tilnærming (13, 14) til å innhente, kode og analysere data. Hvert intervju ble lest av minst to medarbeidere, mens tre medarbeidere fordelte kodingen av intervjuene mellom seg.

Analysen benytter hovedsakelig en retroduktiv forskningsstrategi (14, 15); vi søkte underliggende årsaker som kunne forklare erfaringer og situasjoner som det empiriske materialet formidlet. Denne strategien har vært nyttig ettersom hjemmesykepleierne og de andre helsepersonellbrukerne skal forholde seg til en rekke formaliserte ordninger – som rutiner, rundskriv, forskrifter og lover – for hvordan informasjonen og kommunikasjonen skal foregå. Slike rammeverk og retningslinjer påvirker atferd, de kan både løse problemer og skape nye, og de kan utløse refleksjoner og forslag til endringer.

Etikk

Skriftlig informert samtykke ble gitt før intervjustart. Vi anonymiserte datamaterialet i transkriberingen og lagret lydopptak og identifiseringsopplysninger atskilt fra materialet.

Resultater

Bedre vilkår for informasjon og kommunikasjon

Apoteket og fastlegene vurderte at e-multidose øker pasientsikkerheten sammenliknet med multidose forordnet på papir. De opplevde at LIB i Reseptformidleren ga bedre oversikt over hvilke medikamenter pasientene står på, og hvilke legemiddellister som er riktige. Ansatte på apoteket understreket at e-multidoserutinene fanger opp enhver endring i legemiddellisten, og at LIB i Reseptformidleren er gjenstand for farmasøytikkontroll. Denne kontrollen omfatter også endringer gjort av andre leger enn fastlegen.

Apoteket følte seg tryggere på at legemiddellisten, i form av LIB-en i Reseptformidleren, er oppdatert når multidosen pakkes. Med e-løsningen kan dessuten apoteket enkelt sende e-melding til legen og spørre om gyldige resepter og fornying av resepter, og det synes både apoteket og legene er en fordel:

«Alle endringer i LIB-en vil på en måte komme til oss. Så må man ta stilling til det [...]. Fornyelse av resepter, det krever jo òg farmasøytikkontroll [...]. Sikkerheten er mye bedre med e-multidose [...]. Du har muligheten til å fange opp sånne ting som kan ha blitt hentet ut. Eller en interaksjon.» (Apotek.)

«Jeg er overbevist om at pasientene med e-multidose får mer korrekt medisinerings [...] og jeg tenker at de får en helt annen gjennomgang enn hva vi hadde for ti år siden.» (Lege.)

Fastlegene fortalte om positiv respons fra hjemmesykepleien fordi de fikk raskere svar på spørsmål om legemidlene. De berømte også e-multidoseordningen fordi det blir lettere å gi sykehuslegen korrekt legemiddelliste og generelt holde pasientens LIB oppdatert ved å kopiere legemiddellistene i Reseptformidleren. Noen kopierte rutinemessig LIB-listen inn i sine henvisninger til sykehuset.

«Jeg er overbevist om at pasientene med e-multidose får mer korrekt medisinerings.»

Lege

Hjemmesykepleierne hadde ulike syn på e-multidose versus papirmultidose. En gruppe opplevde ingen forskjell. En annen la vekt på at papirrutiner gir dem bedre oversikt over hvilke medikamenter pasientene står på, via ordinasjonskortet som gjelder som gyldig resept i ett år. Den tredje gruppen mente at e-multidose er mer effektivt, med færre feil og mindre behov for å purre på legene. De mente også at oppdateringen av pasientens legemiddelliste ble bedre fordi resepten blir endret når pasienten er til konsultasjon:

«[Elektronisk] er mye enklere, for da vet vi at det kommer ganske kjapt. [Men uten] elektronisk så kan det være at de ikke har sendt faksen, eller så har ikke faksen kommet, og så må de sende det per post. Så prosessen tar mye lengre tid.» (Sykepleier.)

Nye utfordringer: purringer og spørsmål om resepter

Imidlertid opplevde alle de tre instansene utfordringer med e-multidose. Apoteket erfarte hyppigere kontakt med leger grunnet spørsmål om gyldig resept samt purring om fornying av resept. Noen leger svarte ikke på skriftlige henvendelser innen apotekets frist for pakking, og apoteket måtte ringe kontoret:

«Vi har mange flinke leger, og da fungerer det utmerket, og så har vi leger som ikke svarer på disse spørsmålene, så vi må sende spørsmål to og tre ganger. Og til slutt så må vi ringe.» (Apotek.)

Ordinasjonskortet i papirmultidose har én gyldighetsdato, med legemidler som vanligvis er ordinert for ett års forbruk. Med e-rutiner får enhver oppføring i LIB sin egen resept, som ikke alltid er skrevet ut for et helt års forbruk, og apoteket opplevde dette spesielt krevende for legemidler i reseptgruppe A og B:

«Det er lite hensiktsmessig når du bruker én sovetablett hver kveld i multidose, og legen skriver ut 30 tabletter [...] istedenfor at du kunne skrevet ut for ett år om gangen.» (Apotek.)

Med e-multidose ble det flere telefonsamtaler til apoteket fra hjemmesykepleien med spørsmål om gyldige resepter og, ifølge apoteket, forsøk på å bestille legemidler uten gyldig resept:

«Jeg må mase mer på apoteket om e-reseptene er fornyet. Jeg har ingen tilgang til modulen, og vi har veldig lite oversikt, egentlig, [over] hvilke medisiner pasienten bruker. Vi ringer apoteket og spør hvilke resepter som ligger der, og vi må også ringe legene en del for å sjekke hva de har lagt inn.» (Sykepleier.)

«Vi får jo veldig mange telefoner: 'Jeg skal bare sjekke', 'Har den og den resept?''» (Apotek.)

Også fastlegene kunne oppleve at hjemmesykepleien maser. Det kunne skje når fastlegen ikke ennå hadde mottatt epikrise fra sykehuset. Andre ganger syntes bristen å ligge hos hjemmesykepleien selv:

«[Hjemmesykepleien] bestiller medisin, og så går det noen dager, og så bestiller de det på nytt selv om det er skrevet ut.» (Lege.)

Usikkerhet og uklarhet: Hvem ser hva og har ansvaret for hva?

Noen leger var usikre på om hjemmesykepleien ser LIB-en i Reseptformidleren, og enkelte undret over «hvorfor sykehusene ikke kan se LIB-ene når de ikke er i e-multidose». Noen skulle gjerne visst mer konkret og nøyaktig hva «forskjellen på e-resept og multidose-e-resept» er.

De fortalte om ulike oppfatninger blant legene, også fastlegene, om hvorvidt andre enn fastlegen kan seponere på LIB-listen. Slike uenigheter medførte usikkerhet blant fastlegene om statusen til LIB-en i deres ordineringsmodul:

«En sykehuslege skrev i epikrisen at et legemiddel var byttet med et annet, og at det tidligere var seponert, men i reseptmodulen ligger begge reseptene.» (Lege.)

Fra legesiden kom et ønske om at alle skrev inn legemiddelordningen i samme system i sanntid. Da kunne leseren alltid vite hvilke legemidler som var ordinert til pasienten.

Sykepleierne beskrev et behov for å tydeliggjøre for de involverte hvem som har ansvar for å oppdatere LIB-listene. Noen mente legene umiddelbart bør informere dem om endringer, og ikke vente til slutten av arbeidsdagen. De følte at de måtte passe på og mase på legene og apoteket, og at en del av kvalitetssikringen hviler på dem.

Forutsetninger, svakheter og ønsker

Fastlegene mente at forutsetninger for å optimalisere fordelene ved e-multidose er å utarbeide gode rutiner på fastlegekontoret og i samarbeidet med apoteket og hjemmetjenesten:

«Boksen for dialogmeldinger må sjekkes hver dag hvis avtalen med hjemmesykepleien om å svare dem innen et døgn, skal overholdes.» (Lege.)

En svakhet i helsetjenesteforløpet er at det etter utskrivning fra sykehus går noe tid før fastlegen får epikrise og dermed eventuell beskjed om endringer i legemiddelforordningen. Da har kanskje hjemmesykepleien allerede purret ut fra mottatt utskrivningsrapport, og kanskje får apoteket beskjed for sent om endring i multidosen.

En annen svakhet knytter seg til de elektroniske pasientjournalene, EPJ-ene, legene arbeider med. Legene fortalte om EPJ-er der det er lett å miste oversikten når de skal forflytte seg mellom modulene. Noen hadde delvis gitt opp å lære seg å bruke sine e-redskaper, noe som kan medføre manglende svar til apoteket og hjemmesykepleien. En lege trodde at boksen for dialogmeldinger hovedsakelig inneholdt utleveringsmeldinger, uten relevans for eget arbeid:

«Når jeg får en epikrise, kan jeg klippe tekstdelen inn og sammenlikne listene. Men ofte synes jeg faktisk det er kjappere å gjøre det manuelt. [...] Nå hadde det kommet inn både fabrikknavn og generisk navn, og da ble den ene listen dobbelt så lang. Og så står det hulter til bulter. Så jeg savner fremdeles noen sorteringsknapper i e-reseptmodulen. Og så savner jeg muligheten til å skrive ut ikke bare medikamentlister, men også [...] historikk og sånt.» (Lege.)

«Den samstemmingsmodulen av medisinene, den har jeg ikke skjønt helt. Så den har ikke jeg brukt. [...] Sånn at når jeg tilfeldigvis er inne når pasienten er på kontoret, så ser jeg jo at 'oi, der ligger det jo en spørremelding, og den kan ha ligget ganske lenge'.» (Lege.)

Apoteket, legen så vel som hjemmesykepleierne ønsket at sykepleiere som administrer pasientenes legemidler, har innsyn i oppdaterte legemiddellister i sanntid. Sykepleierne mente det ville være en fordel for alle tre instansene om også de hadde tilgang til pasientenes e-resepter, og at det ville være til stor hjelp i arbeidet med et felles område hvor alle involverte aktører kunne se pasientenes legemiddellister:

«Da hadde det nok vært bedre om e-multidose [hadde] en base som alle instansene hadde tilgang til. At du har en sky, eller hva det heter, hvor alle kan hente informasjonen [...]. Om sykehuset gjør endringer, så havner de i den skyen.» (Sykepleier.)

«[Å kunne] se e-reseptene [...] hadde lettet arbeidet veldig og hadde skapt mindre mas for leger og apotek også. Så det hadde vært vinn-vinn.» (Sykepleier.)

Diskusjon

Nye e-prosedyrer – riktigere legemiddelforordning

Våre intervjuer viser at apoteket og legene hadde tillit til ordningen med LIB i Reseptformidleren og gode erfaringer med ordningen. Hjemmesykepleierne erfarte færre feil og at e-rutinene er raskere enn papirrutinene når multidoser skal endres, noe som også bidrar til at pasienten får riktig legemiddel til riktig tidspunkt.

«E-reseptrutinene gir tryggere informasjonsoverføring om legemiddelbehandling mellom legen og apoteket enn faks.»

Vi vurderer at flere elementer i e-multidoseordningen fremmer økt pasientsikkerhet. Legen og apoteket benytter én og samme kilde til reseptinformasjon, LIB i Reseptformidleren, og ensartet rekvireringspraksis gjennom e-resept erstatter parallelle rutiner. E-reseptrutinene gir tryggere informasjonsoverføring om legemiddelbehandling mellom legen og apoteket enn faks, og risiko for feil reduseres når manuell overføring av legemiddelinformasjon fra papir til elektroniske systemer er bortfalt. En annen studie (16) fra pilotprosjektet gir et tilsvarende bilde.

Mangelfull informasjon om hvilke legemidler pasienten bruker, kan være et problem også ved innlegging på sykehus (17). LIB i Reseptformidleren representerer en viktig kilde til samstemming av legemiddelinformasjon for leger i helseforetak så vel som legevaktleger og avtalespesialister.

Svakhet i dagens ordning

Med e-multidose mister imidlertid hjemmesykepleierne tilgang til pasientenes legemiddellister via ordinasjonskortet, og de må administrere legemidler uten tilgang til brukernes resepter. Alle tre informantgruppene uttalte et ønske om tilgang til LIB for hjemmesykepleierne. Slik tilgang vil sannsynligvis medføre mindre purring på og etterlysning av resepter, fjerne unødig tidsbruk og forsinkelser og tilrettelegge for at hjemmesykepleierne fortsatt kan bidra som kvalitetssikrere i legemiddelhåndteringen.

Problemet med manglende innsyn gjelder hele helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Helsedirektoratet har anbefalt at det utarbeides nasjonale kriterier og faglige råd for rutiner og oppgavefordeling ved multidose som beskriver ansvarsforhold både for dagens papirbaserte ordning og e-løsning. Disse kriteriene og rådene skal bidra til riktig og god legemiddelbehandling. Videre har de foreslått å gi forskriftsmessig grunnlag for at sykepleiere og vernepleiere med tjenstlig behov får tilgang til oppdaterte legemiddellister (18).

Reseptfornyingsproblemet – andre forslag

Apoteksiden ønsket at legene forskrev større mengder på reseptene, slik at de kunne fornyes sjeldnere. Ett forslag var automatisk beregning av ett års forbruk hver gang legene ordinerte legemidler. Et forslag som skulle gjøre det enklere for legene å rekvirere større mengder av legemidler i reseptgruppe A og B, var å kunne begrense resepter til utlevering kun i multidose.

Ønsket om å legge til rette for å skrive ut større mengder av disse legemidlene strider mot forskriften om legemidler fra apotek (19). Dessuten har helsemyndighetene eksplisitt bemerket at vanedannende legemidler som skal brukes ved behov, ikke bør gis i multidosepakker (7). Forslaget fikk heller ikke gehør blant legene vi intervjuet.

Et annet ønske fra apoteket angående «fornyingsproblemet» var at hver gang legen endret en pasients LIB, skulle alle reseptene til pasienten fornyes. Dette ønsket er relevant å se i forhold til det antatte problemet med at multidosepasienter får for dårlig oppfølging av sine primær- og fastleger, som vi nevnte innledningsvis.

Behov for informasjon, opplæring og reorganisering

Intervjuene avdekket usikkerhet og uvitenhet blant legene om hvem som kan se pasientens LIB i Reseptformidleren. Vi antar at informasjon fra helsemyndighetene og kanskje Legeforeningen kan klargjøre dette.

Usikkerhet og uklarhet om ansvaret for å oppdatere pasientens LIB representerer et annet og viktig informasjonsproblem. Alle ordinerende leger bør enkelt kunne vite hvem som kan og skal endre pasientens LIB-liste. Fastlegeforskriften (20) pålegger fastlegen å koordinere sine listepasienters legemiddelbehandling og oppdatere deres legemiddellister når vedkommende endrer legemiddelbehandlingen eller får informasjon om at den er endret. For å holde LIB-listen oppdatert trenger fastlegen rask og tilstrekkelig informasjon fra spesialisthelsetjenestene når de endrer en legemiddelbehandling.

Dagens utskrivningsrapport fra sykehus til hjemmetjenesten er laget for sykepleiefunksjonen, ikke for legens arbeid. Tidsspennet fra utskrivningen til fastlegen får epikrisen gir rom for etterlysinger, mas og usikkerhet når legen og hjemmesykepleieren ikke vet hvilken medisinerer som nå gjelder for pasienten. Venting på epikrisen hos primærlegen er et kjent problem (22).

«Det svekker mulighetene for en optimalt fungerende e-multidoseløsning når leger ikke får til å bruke egne it-systemer.»

Forutsatt dagens muligheter for rask e-kommunikasjon retter vi søkelyset mot organiseringen av arbeidet i sykehuset. Vi antar det kan være gunstig å utrede eller vurdere hvordan sykehuset kan reorganisere sitt arbeid for å løse eller avhjelpe dette problemet.

Det fremkom ønsker om et felles sted der alle instansene med tjenstlige behov for det, kunne lese pasientenes legemiddelliste i sanntid. Det behovet som på dette punktet fremtrer med mest tyngde i vårt materiale, er at hjemmesykepleierne får innsyn i pasientenes LIB. Med tanke på videre utvikling av tjenstesystemene vil det være interessant å utrede hvordan man kunne organisert og tatt i bruk et felles sted der legemidler til en pasient ble oppdatert og ordinert fortløpende av ulike instanser.

Legene opplevde at EPJ-løsningene var tungvinte, og de hadde utfordringer med å bruke dem. Det svekker mulighetene for en optimalt fungerende e-multidoseløsning når leger ikke får til å bruke egne it-systemer, og derfor ikke besvarer henvendelser fra apotekene og hjemmesykepleien når de skal. Problemene som omtales, fordrer både opplæring og utvikling av bedre EPJ-er.

Nasjonal handlingsplan for e-helse 2017–2022 konkretiserer planer for å inkludere kommunale institusjoner og hjemmetjenesten i den digitale legemiddelkjeden (18). I løpet av 2018 starter innføringen av elektronisk forordning av multidoser hos flere fastleger og apoteker. Kjernejournal er innført og bygges opp i norsk helsetjeneste, og her skal helsepersonell etter hvert finne en til enhver tid oppdatert liste over pasientens legemidler, også kalt Pasientens legemiddelliste (23, 24).

Konklusjon

Studien støtter opp under og supplerer tidligere forskning. Multidoser i e-resept gir kvalitetsforbedringer i legemiddelhåndteringen. Feilkilder knyttet til papirbaserte løsninger blir borte. Ytterligere kvalitetssikring følger av at alle endringer i legemiddelordningen kontrolleres systematisk av apoteket.

Lærdom fra studien peker mot tre tiltak som kan understøtte gode effekter av e-multidoser:

- Ansvarsforholdet mellom noen av aktørene må klargjøres.
- Legenes EPJ-systemer må gjøres mer oversiktlige og enklere å bruke.
- Alle som håndterer e-multidosen, også hjemmesykepleieren, må få tilgang til LIB.

I vårt perspektiv har hjemmetjenesten en viktig funksjon som kvalitetssikrer av legemiddelhåndteringen til pasientene. Tilgang til LIB vil lette denne funksjonen. Slik tilgang vil også være gunstig for arbeidssituasjonen til hjemmesykepleierne, apotekene og fastlegene.

Mange takk til lege Nils Kolstrup for innsatsen i multidoseprosjektet.

Referanser

1. Heier KF, Olsen VK, Rognstad S, Straand J, Toverud EL. Riktige legemiddelopplysninger og farvel til dosettene? Sykepleien Forskning 2007;2(3):166–70. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/riktig-legemiddelopplysninger-og-farvel-til-dosettene> (nedlastet 24.03.2018).
2. Hjelle K. Multidose: Status og veien videre. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. Rapport. Utgitt: 01.12.2015. IS-nummer: IS-2422. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/multidose-status-og-veien-videre> (nedlastet 05.04.2016).
3. Bakken T, Straand J. Improved medicine lists with multi-dose packaging? Tidsskr Nor Laegeforen. 2003;123(24):3595–7. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2003/12/om-helsetjenesten/riktigere-medisinlister-ved-multidosepakking> (nedlastet 05.04.2016).
4. Halvorsen KH, Granås AG. Multidosepakkede legemidler i Skandinavia – en systematisk oversikt over muligheter og begrensninger. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift. 2012;4:22–7.
5. Bergmo TS, Jøsendal AV, Eriksen M, Kolstrup N, Johnsen E, Johansen MA. Kunnskapsoppsummering – Erfaring med multidose med fokus på de skandinaviske landene. Tromsø: Nasjonalt senter for e-helseforskning; 2016. Tilgjengelig fra: https://ehealthresearch.no/files/documents/Prosjektrapporter/NSE-rapport_2016-04_Kunnskapsoppsummering_Delrapport.pdf (nedlastet 14.2.2017).
6. Wekre LJ, Spigset O, Sletvold O, Sund JK, Grimsmo A. Multidose drug dispensing and discrepancies between medication records. Qual Saf Health Care. 2010;19(5):e42.
7. Helsedirektoratet. Vanedannende legemidler: Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet. Sist oppdatert: 14.12.2015. IS-nummer: 2014. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/vanedannende-legemidler> (nedlastet 20.02.2018).
8. Sjöberg C, Edward C, Fastbom J, Johnell K, Landahl S, Narbro K, et al. Association between multi-dose drug dispensing and quality of drug treatment – a register-based study. PLoS One. 2011;6(10):e26574.
9. Sjöberg C, Ohlsson H, Wallerstedt SM. Association between multi-dose drug dispensing and drug treatment changes. Eur J Clin Pharmacol. 2012;68(7):1095–101.
10. Wallerstedt SM, Fastbom J, Johnell K, Sjöberg C, Landahl S, Sundstrom A. Drug treatment in older people before and after the transition to a multi-dose drug dispensing system – a longitudinal analysis. PLoS One. 2013;8(6):e67088.
11. Belfrage B, Koldestam A, Sjöberg C, Wallerstedt SM. Prevalence of suboptimal drug treatment in patients with and without multidose dispensing – across sectional study. Eur J Clin Pharmacol 2014;70:867–72.
12. Johnell K, Fastbom J. Multi-dose drug dispensing and inappropriate drug use: A nationwide register-based study of over 700,000 elderly. Scand J Prim Health Care. 2008;26(2):86–91.
13. Lamont M. Money, morals, and manners. The culture of the French and the American upper-middle class. Chicago: University of Chicago Press; 1992.

14. Blaikie N. Designing social research. 2. utg. Cambridge, Malden: Polity; 2010.
15. Blaikie N. Approaches to social enquiry: advancing knowledge. 2. utg. Cambridge, Malden: Polity; 2007.
16. Ertesvåg M, Tselishcheva EG. Elektronisk «Legemidler i bruk» – et blikk inn i fremtiden Evaluering av pilotprosjektet «Legemidler i bruk» i «Reseptformidleren», inkludert elektronisk multidose i e-resept. (Masteroppgave.) Universitetet i Agder, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Institutt for helse- og sykepleievitenskap; 2015. Tilgjengelig fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/299432/Magne%20Ertesv%C3%A5g.pdf?sequence=1> (nedlastet 05.04.2016).
17. Kleppe T, Haavik S, Kvangarsnes M, Hole T, Major A-LS. Mangelfull legemiddelsamstemming i sjukehus. Sykepleien Forskning 2017; 12(62382)(e-62382). Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/06/legemiddelsamstemming-i-sjukehus> (nedlastet 24.03.2018).
18. Direktoratet for e-helse. Nasjonal handlingsplan for e-helse 2017–2022. Oslo; 2017. Tilgjengelig fra: [https://ehelse.no/Documents/Nasjonal%20e-helsestrategi%20og%20handlingsplan/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20e-helse%202017-2022%20\(PDF\).pdf](https://ehelse.no/Documents/Nasjonal%20e-helsestrategi%20og%20handlingsplan/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20e-helse%202017-2022%20(PDF).pdf) (nedlastet 04.07.2017).
19. Forskrift 27. april 1998 nr. 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1998-04-27-455> (nedlastet 04.07.2017).
20. Forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastleigeordning i kommunene. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842> (nedlastet 04.07.2017).
21. Helsenorge.no. Utsendelse av epikrise i somatisk helsetjeneste. Kvalitetsindikatorrapport. Tilgjengelig fra: https://helsenorge.no/kvalitet-eksjon/Sider/Kvalitetsindikatorerreporter.aspx?kiidEpikrisetid_SOM (nedlastet 31.10.2017).
22. Helsenorge.no. Kjernejournal. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/kjernejournal> (nedlastet 31.10.2017).
23. Helse- og omsorgsdepartementet. Høringsnotat: Pasientens legemiddelliste. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/6b5b7814eb394949a9485c7d01a3639c/pasientens_legemiddelliste_horingsnotat.pdf (nedlastet 31.10.2017).
24. Helse- og omsorgsdepartementet. Én innbygger – én journal. Oslo; 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/> (nedlastet 04.07.2017).