



Høgskolen i **Hedmark**

Elverum  
Folkehelse  
4DBACH

Tiril Krogh Bestum  
Veileder: Ida Eggen

«Multidose og pasientsikkerhet»

«Multidose and patient security»

Antall ord: 11 637

BASYD 2011

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:  JA  NEI  
Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:  JA  NEI

## Sammenfatning:

**Bakgrunn:** Folk lever lenger, legemiddelbehandlingen blir bedre, og Samhandlingsreformen som trådte i kraft 1. januar 2012, bidrar blant annet til færre liggedøgn på sykehus. Dette får som konsekvens at andelen av befolkningen som har behov for hjemmesykepleie har steget, og vil fortsette å øke i årene framover. Når ansvaret for en persons legemidler flyttes til hjemmesykepleien, er det en forutsetning at dette sikres på en betryggende og forsvarlig måte. Multidose er en maskinelt pakket remse med legemidler legen har forordnet. Posene blir pakket spesielt til hver enkelt pasient påskrevet tidspunkt, dato, navn og hvilke legemidler og antall. Innføringen av multidose har vært sett på som et viktig bidrag for å møte det økende behovet innen hjemmesykepleie på en sikker måte.

**Hensikt:** Målet med legemiddelbehandlingen, er at pasientens helse skal bli bedre. Multidose har vist seg å være tids- og dermed kostnadsbesparende, men spørsmålet er om det også har ført til økt sikkerhet for den enkelte pasient.

**Metode:** Dette er en fordypningsoppgave basert på faglitteratur, forskning og egne erfaringer fra praksis og jobb.

**Resultater:** Det har vist seg at innføringen av multidose har som en konsekvens økt bevisstgjøring og fokus på samkjøring av medisiner mellom fastlege og hjemmesykepleien. Også mye verdifull sykepleietid er frigjort, men det er varierende hva denne frigjorte tiden blir benyttet til.

**Konklusjon:** Det er forsket mye på de økonomiske aspektene, men svært lite på de helsemessige gevinstene for pasientene med multidose, og eventuelt mulige, uheldige bivirkninger.

**Nøkkelord:** multidose, pasientsikkerhet, hjemmesykepleie, legemiddelhåndtering, kommunikasjon, compliance (etterlevelse)

## Innhold

Sammenfatning: .....	2
1.0 INNLEDNING .....	4
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.....	6
1.3 Avgrensing .....	7
1.4 Oppgavens disposisjon .....	7
2.0 METODE .....	8
2.1 Innhenting av data .....	8
2.2 Kildekritikk .....	9
2.3 Presentasjon av utvalgte forskningsartikler.....	11
3.0 TEORI .....	14
3.1 Sykepleierens ansvar .....	14
3.2 Hjemmesykepleien .....	17
3.3 Legemidlers betydning og virkning .....	20
3.4 Pasientens sikkerhet .....	22
4.0 Har overgangen til multidose i hjemmesykepleien gitt økt pasientsikkerhet?.....	24
4.1 Hvordan fremmer multidose hjemmesykepleierens mulighet til å ivareta pasientsikkerheten? .....	26
4.2 Hvordan hemmer multidose hjemmesykepleierens mulighet til å ivareta pasientsikkerheten? .....	31
5.0 Konklusjon/Avslutning .....	33
6.0 Litteraturhenvisning .....	35

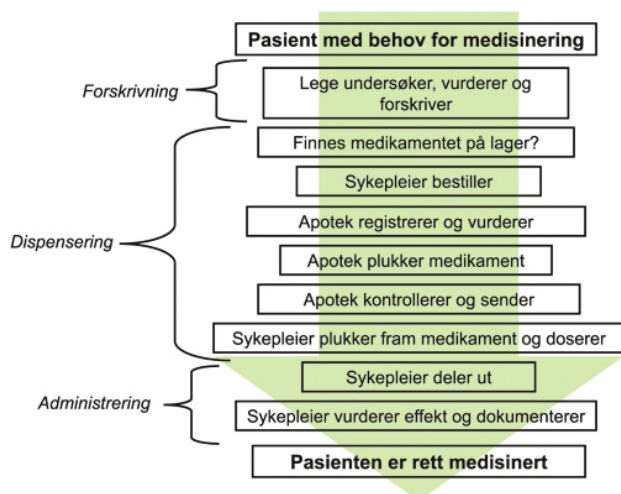
## 1.0 INNLEDNING

Det er i dag ca. 110 000 mottakere over 67 år av hjemmetjenester i Norge. Dette innebærer både hjemmesykepleie og hjemmehjelp (Statistisk Sentralbyrå [SSB], 2014). Med andre ord, det er mange mennesker som er avhengig av de kommunale tjenestene og at tilbudet fungerer optimalt, forutsigbart og sikkert.

Bakgrunnen for oppgaven er erfaringer jeg har gjort i jobb og i praksis med pasienter i hjemmebasert omsorg. Mange av brukerne av de kommunale tjenestene, er avhengige av medisiner i hverdagen. Ca. 15 % av befolkningen er personer over 65 år, og disse representerer mer enn halvparten av totalkonsumet av legemidler i landet (Spigset, 2007). For at hjemmesykepleien kan hjelpe en bruker med medisiner, må vedkommende ha medisinsk vedtak. Mellom 60-70 % av brukerne av hjemmesykepleien, har et slikt vedtak (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Målet med legemiddelbehandlingen til pasientene, er at pasientens helse skal bli bedre.

Mange eldre i dag har problemer med å ta og å holde oversikt over hvilke tabletter som skal tas til hvilken tid. For personer som er avhengige av hjelp for å administrere legemidlene legen har forskrevet, overtar helsetjenesten i kommunen de bor i, dette ansvaret. Ansvar for medisineringen flyttes fra den enkelte pasient, til kommunene og det er viktig å sikre og sørge for at det er god og sikker kvalitet på denne tjenesten.

Legemiddelhåndteringen består av flere ledd. Figuren nedenfor presenterer samtlige av leddene slik det var i kommunehelsetjenesten før inngangen av 2000-tallet:



Figur 1.1. Kilde; Statens helsetilsyns rapport 11/2002: Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester.

Som figur 1.1 viser, hadde sykepleieren i kommunehelsetjenesten ansvaret for to av leddene i legemiddelhåndteringen; 1) når hun plukket fram medikamentet for å dosere det (dispensering) og 2) utdeling av medisiner (administrering). I alle leddene i legemiddelhåndteringen, kan det skje feil og avvik. Studier viser at flest feil forekom i forskrivnings- og administrasjonsfasen, og at det var færrest feil i dispenseringsfasen (Helsetilsynet, 2002).

Sykepleiere la dosetter for brukere i hjemmesykepleien. Også farmasøyter i apotek har opp gjennom årene brukt mange timer på å dosere. For å være sikker på at det doseres riktig, er det alltid to personer som setter dosetter, én til å legge, og én til å kontrollere. Det er også slik at det minst er en sykepleier eller farmasøyt som er med på dosettlegging. Det er tidkrevende arbeid å dosere. Selv om det er viktig at medisiner er riktig lagt, kan det i en travel hverdag virke som en enorm sløsing av sykepleierens arbeidstid til fortrengsel av annet sentralt sykepleiefaglige arbeid, som direkte pasientkontakt.

For ca. 20 år siden kom «multidose» på det norske markedet (Apotekforeningen, 2010). Multidose er navnet på en remse med små poser med legemidler som blir pakket spesielt til hver enkelt pasient. Det legen har forordnet, blir maskinelt pakket i poser påskrevet tidspunkt, dato, navn og hvilke legemidler og antall som finnes i hver enkelt pose (Spigset, 2007). Med multidose, er det dispenseringsfasen som blir direkte påvirket, men samtidig påvirker den de andre fasene indirekte ved at forskrivnings- og administrasjonsfasen gjennomgås og får bedre kontroller (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Ifølge Apo-kjeden, som i dag leverer multidose til brukere over hele landet hver 14. dag, er multidose «et verktøy for bedre kvalitet og mer effektiv legemiddelhåndtering» (APO-kjeden, 2014a). Tall fra Apotekforeningen (2014) viser at det i 2003 var 3000 brukere av multidose. I 2012 hadde antallet økt til over 58000 brukere. En del av denne økningen skyldes sannsynligvis et stimuleringsstøttekudd til kommunene som ble innført i 2003. Kommunene får 500,00 kr. per bruker av hjemmetjenesten per år (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Multidose benyttes i dag av brukere av hjemmesykepleie og institusjoner over store deler av landet. Det oppfattes som positivt og økonomisk lønnsomt, men det kan samtidig også stilles

spørsmål ved om det kan føre til mindre sikkerhet for brukerne. APO-kjedens farmasøyt, Birgit Bjørnsand, foreleste om at det har blitt tatt stikkprøver både av dosetter lagt i institusjon, og ferdig pakket multidose. Av de menneskelig lagte dosettene, var det en feillegging på 10%, mens i de maskinelt pakkete multidosene, var tallet redusert til 0,1 % i én undersøkelse (personlig kommunikasjon, 24.03.2014). Det tyder på at det oftere er feil på dosetter lagt manuelt av mennesker. Kritiske forhold er blant annet (Sosial- og helsedirektoratet, 2007):

1. Informasjon ved endringer i medisineren
2. Avbrudd, eller dårlig konsentrasjon ved legging av dosetter
3. Brukere som begynner å huske dårligere

### 1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

I min praksisperiode i hjemmebasert omsorg, var jeg og medstudentene på ekskursjon til APO-kjedens multidosepakkestasjon på Lørenskog. Jeg har lenge vært interessert i hvordan multidose fungerer, og hvordan det kan garanteres at det er en prosess som er 99.9 % sikker (personlig kommunikasjon, 24.03.2014). Det var interessant å se hvordan det hele fungerte, og det var blant annet langt flere personer involvert i prosessen enn jeg hadde forestilt meg. Det kreves mange personer for å foreta kontroller i alle ledd av pakkeprosessen, selv om det meste av selve pakkeprosessen foregår maskinelt. I tilfeller hvor jeg har vært med å dosere manuelt, opplever jeg kontrollene ved multidosepakking som betydelig tryggere og sikrere for brukerne.

Basert på egne erfaringer og litteratur om temaet, ønsker jeg i denne oppgaven å undersøke nærmere om overgangen til multidose i hjemmesykepleien er forenlig med kravene til pasientsikkerhet.

Problemstillingen er;

***Har overgangen til multidose i hjemmesykepleien gitt økt pasientsikkerhet?***

### 1.3 Avgrensning

Det er i dag over 60 000 brukere av multidose i landet (Apotekforeningen 2014). Av disse er det flere som bor i ulike institusjoner. I denne oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i brukere som benytter hjemmesykepleie. Grunnene for det, er dels at jeg her kan benytte mine egne erfaringer fra praksis i hjemmebaserte tjenester og dels at brukerne i hjemmesykepleien står for flesteparten av brukerne av multidose.

For enkelthets skyld, har jeg valgt å omtale sykepleiere og annet helsepersonell som «hun» og brukere/pasient som «han». Dette for å skape minst mulig forvirring. Noen steder står pasienter omtalt som «brukere av hjemmesykepleien». Dette kan være litt forvirrende, men det betyr det samme som pasient i det tilfellet. Jeg bruker også begrepene legemiddel og medisin litt om hverandre.

### 1.4 Oppgavens disposisjon

I den følgende teksten har jeg strukturert oppgaven med hovedkapitler med tilhørende underkapitler. Innledningsvis har jeg tatt med bakgrunn for tema, problemstilling jeg har valgt samt avgrensning av oppgaven. Jeg har valgt begrepsavklaring i teoridelen.

Kapittel 2 beskriver hva slags metode jeg har brukt for å skrive oppgaven. Hva slags litteratur jeg har benyttet, samt hvordan jeg har gått fram i litteratursøket. Jeg har også her med kildekritikk og presentasjon av de fire mest sentrale forskningsartiklene, hvorav to er engelske og to er på norsk.

Kapittel 3 omhandler teori med fokus på sykepleierens ansvar, hva legemidler er og nødvendigheten av de samt hva pasientsikkerhet består i.

Kapittel 4 er drøftingsdelen. Her ser jeg teori og praksis i lys av hverandre og benytter forskningsartikler for å belyse teori og praksis ved å veie for og imot, hva som fremmer og hva som hemmer pasientsikkerheten med multidose i hjemmesykepleien.

Kapittel 5 er konklusjonen på oppgaven. Her oppsummerer jeg hva jeg har kommet fram til i de foregående delene og svarer på problemstillingen i lys av det jeg har presentert.

## 2.0 METODE

Bacheloroppgaven er, ifølge «Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie», en fordypningsoppgave basert på litteratur og egne erfaringer. Det betyr at jeg bruker litteratur som allerede er publisert for å belyse min problemstilling. Noe av litteraturen og studiene jeg har benyttet, er basert på en kvantitativ metode, som kjennetegnes ved data i form av tall og målbare enheter. De fleste andre studier jeg har benyttet, har en kvalitativ tilnærming. Kvalitativ metode brukes for å finne ut av meninger, ofte i form av dybdeintervju, som man ikke kan tallfeste på samme måten (Dalland, 2007). Til denne oppgaven har jeg funnet forskningsartikler som både har utgangspunkt i kvalitativ og kvantitativ forskning. Det er gjort undersøkelser med utgangspunkt i forskjellige områder/soner i byer og kommuner, blant annet Fredrikstad, Trondheim, Skedsmo og Oslo, samt i Sverige. For at det skal være mest mulig heldekkende, har jeg benyttet forskning fra flere steder. En del av litteraturen jeg benytter meg av, er ulike lover som helsepersonell er pålagt å følge, og som også tar for seg rettigheter pasienter har. Det finnes også flere studier som har sett på overgangen fra dosetter til multidose, og jeg har valgt å benytte meg av disse for å belyse min problemstilling. Det er til nå forsket mest på de økonomiske gevinstene, og mindre på helsemessige fordeler. Likevel er det de helsemessige gevinstene jeg ser på som mest relevant og dermed viktigst for å ivareta pasientens sikkerhet.

### 2.1 Innhenting av data

Det er viktig å skille mellom primær- og sekundærlitteratur/kilder. Sekundærkilder er allerede tolket og bearbeidet av en annen person(er), og det kan derfor være at det kan være referert og tolket feil (Dalland, 2007). Det er tryggest å bruke primærkilden, siden den er opprinnelig og mindre utsatt for tolkningsfeil. I tillegg har jeg brukt mine egne erfaringer, både i jobbsammenheng, og også i praksisperioder, spesielt fra hjemmebasert omsorg, for å belyse min problemstilling.

I oppgaven har jeg brukt pensumlitteratur fra alle de snart 4 årene jeg har studert ved høyskolen i Hedmark. Pensumlitteraturen anser jeg som sikre kilder å bruke. Jeg har også benyttet relevant faglitteratur vi ikke har på pensum, selvvalgt litteratur. Selvvalgt litteratur er merket med \* i litteraturhenvisningen. Et viktig aspekt ved min problemstilling, er lover og



regler vi som helsepersonell må følge. Ulike lover og regler er derfor også en del av mine kilder. Jeg har for det meste brukt Oria som søkemotor, og den søker i mange forskjellige databaser, så som BIBSYS, SweMed+, Google scholar, Cinahl, EBSCOhost, en rekke ulike tidsskrifter (for eksempel Tidsskrift for Den norske legeforening, Sykepleien.no etc.) samt tidligere bachelor-, master- og doktorgradsavhandlinger. Jeg har blant annet brukt søkeordene; *multidose* (staves oftest likt på norsk og engelsk), *multi-dose* (noen har også stavet det slik på engelsk), *hjemmesykepleien*, *legemiddelhåndtering*, *elderly*, *home-care services*, *medication errors*. Som en sikkerhet mot at forskningen er ansett som reliabel, har jeg sett på artikler som er fagfellevurdert. Ett av søkene jeg gjorde, var i SweMed. Søkeordet jeg brukte, var «multidose». Jeg fikk da 12 treff, både på engelsk og norsk/svensk/dansk. Ved å legge til tagge for fagfellevurdert, fikk jeg 9 treff. Ved å skrive MeSH «drug packing» og «medication errors», fikk jeg 6 treff, og jeg så grundigere på to artikler på engelsk. Disse nevner jeg i presentasjonen under.

Det er viktig å være kritisk til kilder, som jeg vil se nærmere på i delen under, og det er ikke alltid tilstrekkelig at det er fagfellevurdert.

## 2.2 Kildekritikk

Med kildekritikk menes å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet. Forskjellige oppgaver og problemstillinger trenger ulike type kilder for å belyse det forfatteren ønsker å belyse. Meningen med kildekritikk, er derfor å vise relevansen kilden har til den oppgaven eller problemstillingen den skal belyse. I tillegg til å si noe om relevansen for kildene, må man også nevne om påliteligheten til for eksempel en forskningsartikkel. Det finnes ulike krav for ulike typer tekster. En forskningsartikkel har strengere krav til utforming enn en fagartikkel, og en vitenskapelig artikkel har enda strengere krav til kvalitetssikring (Dalland, 2007).

Noen av kildene som er primærlitteratur, er oversatt fra andre språk (for det meste engelsk). Jeg har valgt å sitere en av de norske oversettelsene, siden jeg har erfart at tekster oversettes noe ulikt i forskjellige bøker. Jeg vil bruke noe plass her, for å understreke mitt poeng. En anerkjent definisjon av sykepleie, er Virginia Hendersons (1991) funksjonelle definisjon av sykepleien;

The unique function of the nurse is to assist the individual, sick or well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to a peaceful death) that he would perform unaided if he had the necessary strength, will or knowledge. And to do this in such a way as to help him gain independence as rapidly as possible. (s. 21)

I den norske oversettelsen av Hendersons bok "Sykepleiens grunnprinsipper" (1961), er den oversatt som følger;

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål, som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en verdig død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig. (s. 10)

Den samme definisjonen, er oversatt til norsk i Hendersons (1998) siste bok, «Sykepleiens natur – refleksjoner etter 25 år»;

Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død) som han ville ha utført uten hjelp hvis han hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til dette. Og det er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig. ( s. 10)

Hovedpoengene er de samme og gjenkjennelige, men her er det viktig å påpeke at ved å bruke forskjellige ord i oversettelsene, kan det, etter en grundig nærlesing, skje meningsforskyvninger i hva som oppfattes. Og det kan få betydning for lesningen og dermed tolkningen av budskapet.

Multidose har vært et tilbud for mange brukere i to tiår (Apotekforeningen, 2010), men det er først de siste ti årene utbredelsen har skutt fart. Jeg har funnet en del forskning som er fra 1990-årene og begynnelsen av 2000-tallet, og dette er før multidose kom ordentlig i gang i Norge. Basert på flere av disse studiene, har helsemyndighetene sett nødvendigheten av at noe har måttet blitt gjort. Det er av den grunn at overgangen til multidose har økt. Studier og forskning som er over 10 år gammel, kan kanskje virke utdatert. Likevel har jeg valgt å ta de med fordi de gir den historiske konteksten og er sentrale for å forstå økningen av multidose og for å belyse problemstillingen min. Jeg bruker også nyere studier og forskning som viser hvordan situasjonen har utviklet seg de siste årene. Mitt inntrykk er at bruken av Multidose er veletablert i Skandinavia, og spesielt i Sverige.

Noen av artiklene er finansiert av apotekkjeder og/eller legemiddelfirmaer. Lesingen av disse artiklene må gjennomgås ekstra kritisk for å kontrollere for mulig «bias». I medisinsk ordbok forklares «bias» som «forutinntatthet, partiskhet, brukes blant annet om systematiske skjevheter og feil i forskningsresultater» (Nylenna, 2013, s. 61). De bidrar med sentral informasjon. Jeg har valgt å ha med deler av artiklene og er klar over at det er viktig å være spesielt kritisk siden det ikke er uavhengige studier i streng forstand.

### 2.3 Presentasjon av utvalgte forskningsartikler

Det finnes ikke mye forskning på de forventede helsegevinstene av multidose i Norge (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Sverige har et litt annet system enn vi har her, og de har benyttet multidose i større omfang enn vi har gjort i Norge i flere år. På verdensbasis regnes svenskene som ledende i bruk av maskinelt pakkede multidoseposer. I Danmark har de også brukt multidose en del år, og det er flere brukere der enn i Norge (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Likevel er Norge, Sverige og Danmark sammenlignbare land, og i oppgaven har jeg følgelig valgt å ha med noe forskning fra Sverige også.

For å søke på relevante forskningsartikler, har jeg sjekket de opp mot IMRaD modellen. IMRaD står for Introduction, Methods, Results and Discussion. Jeg har også benyttet de ulike sjekklistene for vurdering av forskningsartikler som Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten kom ut med mellom 2006 og 2008 (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008). Ved å benytte disse sjekkpunktene, sikrer jeg at artiklene er faglig godkjente og stiller krav til gjennomføringen.

«Multi-dose drug dispensing and inappropriate drug use: A nationwide register-based study of over 700 000 elderly» ble publisert i *Scandinavian Journal of Primary Health Care* i 2008. Forfatterene er Kristina Johnell og Johan Fastbom. Begge to er ansatte ved Aging Research Center ved Karolinska Institutt i Stockholm, som nyter en høy internasjonal faglig anseelse. Formålet med studien var å undersøke om bruken av multidose kan føre til økt IDU (inappropriate drug use, uhensiktsmessig legemiddelbruk). Det er en prevalensstudie, et tverrsnitt, utført i tidsperioden oktober – desember 2005 i Sverige. Studieutvalget er personer 75 år eller eldre som er registrert i «Swedish Prescribed Drug Register» (SPDR) (reseptregisteret) i denne perioden. Totalt var det 731 105 personer som var registrerte, og av

disse benyttet ca 19 % av kvinnene og 13 % av mennene multidose. Forfatterne benyttet datamaterialet til SPDR som inneholder informasjon om alle individers alder, kjønn og foreskrevne legemidler. De redegjør for hvordan utvelgelsen har foregått, og hvordan de har tallfestet ulike medikamenter for å kunne bruke det i forskningen. Noen (0,2%) manglet data om bosted, og ble derfor tatt ut av studien. Studien kom fram til at brukerne av multidose var eldre og brukte flere legemidler sammenlignet med brukere av vanlig resept. Sannsynligheten for IDU økte hos multidosebrukerne, og var også vanligere blant kvinner enn menn. Studien viser at brukere av multidose hadde mindre sannsynlighet for farlige medikamentinteraksjoner. En mulig forklaring kan være at den forskrivende lege har bedre totaloversikt over legemidlene til pasientene som bruker multidose. Som det nevnes i studien, kan en svakhet være at selv om legen forskriver et legemiddel, kan man ikke være sikker på om pasienten faktisk tar legemidlet, og dermed er man heller ikke sikker på om den ønskede effekten oppnås. Et annet aspekt, er om legen lettere kan bli ukritiske til å skrive ut/videreføre legemidler som er i multidose mot å ta seg tid til å endre eller redusere/seponere medisiner. Studien ble godkjent av det svenske etiske rådet i Stockholm. Studien nevner at i Sverige bor de fleste som mottar multidose i sykehjem, mens i Norge er det de i hjemmebasert omsorg som står for størsteparten av multidosebruken. Utover dette, er Sverige og Norge sammenlignbare land og forskning derfra kan gi et bilde av hvordan situasjonen er i Norge også.

«Early experiences with the multidose drug dispensing system – A matter of trust?» ble også publisert i *Scandinavian Journal of Primary Health Care* I 2011. Forfattere er Liv Johanne Wekre, Line Melby og Anders Grimsmo, de har alle tilknytning til NTNU i Trondheim. Formålet med studien var å undersøke tidlige erfaringer med multidose hos ulike grupper av helsepersonell. Studien er fra Trondheim, hvor multidose ble innført i 2006. Det er en kvalitativ studie med intervju av fire fokusgrupper i mars 2007, ett år etter innføringen av multidose. Intervjuene av fokusgruppene ble innledet og bearbeidet av en masterstudent i sosiologi som hadde øvd spesielt på intervjusituasjon med fokusgrupper. Det ble foretatt en nøye vurdering av utvalget. Det var ønskelig med deltagere fra alle ledd innenfor håndtering av multidose. I de fire fokusgruppene, var det 6 hjemmesykepleiere, 5 farmasøyter, 6 legesekretærer og 7 fastleger. 1800 av 3000 brukere av hjemmetjenesten mottok hjelp til administrering av legemidler. Brukerne var fordelt på 4 distrikter i byen. 137 fastleger og 5

apotek stod bak utleveringen av multidose. Apotekene hadde ansvaret for å oppdatere medisinlistene hos pakkeprodusenten av multidose så fort fastlegen hadde gjort endringer i medisinene. Intervjuene varte fra 70 til 110 minutter. Intervjuene ble filmet og senere transkribert. Studien ble godkjent av den nasjonale forskningsetiske komité for medisin- og helsefag (REK) og også av Datatilsynet (Norwegian Data Inspectorate, NSD). Resultatene de kom fram til, var at det var viktig at de ulike gruppene av helsepersonell stolte på hverandre. De fleste var positive til innføringen av multidose, og opplevde at med innføring av multidose måtte de ha tettere kontakt med hverandre, noe som også opplevdes som positivt. Sykepleierne i hjemmesykepleien var bekymret for å miste muligheten til å observere pasientene sine på lik linje som da de la dosetter manuelt.

«Multidosepakking av legemidler. En samfunnsøkonomisk vurdering av tiltak» er en studie utført av Price Waterhouse Coopers (PwC) på oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet i januar 2007. Det er en oppfølging av «Legemiddelmeldingen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005). Hensikten med studien var å vurdere tiltakene som ble gjort etter «Legemiddelmeldingen» fra 2005 hvor det ble var tydelige føringer om å fremme og følgelig øke bruken av multidose. Legemiddelpolitikken overordnede mål er å sikre riktig legemiddelbruk, og multidose ble sett på som et viktig bidrag for å oppnå dette. Det er benyttet ulike metoder; gjennomgang av dokumenter, intervju, Finansdepartementets retningslinjer for samfunnsøkonomiske analyser ved å se på prissatte effekter, ikke-prissatte effekter samt risikovurdering. Studien konkluderer med flere sider ved det ønskete målet, og den kommer med konkrete forslag til tiltak for å øke sikkerheten rundt legemiddelbruk. Metodene som er brukt, gir et bredt bilde av situasjonen og veien videre. Vurderingen av tiltakene er relevant for oppgaven min siden den ser på mange aspekter ved multidose. Konklusjonen er også her at det er forsket for lite blant annet på de helsemessige effektene det har på brukerne, noe jeg ser på som sentralt og relevant for min problemstilling.

«Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene?» var tittelen på en artikkel som stod i Tidsskrift for Norsk Lægeforening i 2004. Det er en kvalitativ design på studien, som er gjort av Sture Rognstad og Jørund Straand. I tillegg til å være leger, er de henholdsvis universitetslektor og professor, og arbeider begge ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo. Hensikten med studiet var å undersøke grad av

samsvar mellom fastlegenes og hjemmesykepleierens medisinalister for felles pasienter. De ønsket også å se på rutinene rundt informasjonsutveksling og hvordan legemiddellistene ble synkroniserte. I forkant av St. meld. nr. 18 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005), ble det forsket på legemiddelhåndteringen i hjemmesykepleien. Studien ble gjennomført i Skedsmo kommune vinteren 2002. Av totalt 600 brukere av hjemmesykepleie, ble 90 tilfeldig utvalgte pasienter som hadde hjelp fra hjemmesykepleien til å administrere medisiner sine, tatt med. Medisinalistene hjemmesykepleien hadde over hver enkelt ble sammenlignet med listen fastlegene satt med. Det ble så benyttet spørreskjema for å finne ut av rutiner og arbeidsformer for pasientene. Det er ikke opplyst om undersøkelsen er sendt til etisk komité for vurdering. Av de totalt 600 brukerne, ble det et tilfeldig utvalg på 195 for å være med på undersøkelsen. Disse var ca. likt fordelt mellom de 3 ulike områdene i kommunen. Av disse 195, fikk de inn svarskjema fra både fastleger og hjemmesykepleie på 105 brukere. Det var mangelfull informasjon om 15. De ble derfor stående med et utvalg på 90 pasienter hvorav 73 % var kvinner. Ifølge «Sjekklisten» fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, er det i spørreundersøkelser vanligvis greit med en svarprosent som er høyere enn 70. Svarprosenten i dette utvalget, er på 46 %. Det kan derfor stilles spørsmål ved validiteten av denne undersøkelsen. Det er med andre ord en lite robust undersøkelse, den har mer karakter av å være en eksplorerende undersøkelse, men kan like fullt gi noen interessante retninger for grundigere studier. Siden ulike kommuner, hjemmesykepleiere og fastleger har forskjellige ordninger, er det ikke mulig å trekke paralleller som gjelder hele landet. Det at mange leger (42%) ikke sendte svar tilbake, kan tolkes i retning av at tallene i undersøkelsen er mer positive enn den er i virkeligheten. På tross av disse noe mangelfulle sidene ved undersøkelsen, har jeg valgt å ta den med siden den blant annet belyser at sykepleiere i hjemmesykepleien sitter med et annet inntrykk enn fastlegene når det gjelder riktigheten av hvilke medisiner pasienter faktisk får.

## 3.0 TEORI

### 3.1 Sykepleierens ansvar

I denne oppgaven er fokus pasientsikkerhet når det gjelder medisiner. Dette kan sees på som en forlengelse av legens ansvar når det gjelder å sørge for at pasientene får de medisiner legen har forskrevet. Virginia Henderson er den sykepleieteoretikeren som er mest aktuell for denne

oppgaven synes jeg. Hennes definisjon av sykepleie ble utviklet i løpet av mange tiår, men ble første gang presentert i 1955. Som allerede nevnt, definerer Henderson (1998) sykepleierens enestående funksjon som:

Å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død) som han ville ha utført uten hjelp hvis han hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til dette. Og det er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig. ( s. 10)

Det kan ofte være en rekke forhold som spiller inn når en pasient trenger sykepleie. Først og fremst er det viktig å få dekket de basale behovene. Ulike pasienter har ulikt behov for hva de trenger hjelp til. Det er forskjell på det å trenge sykepleie, og det å trenge hjelp av en sykepleier til å få tatt medisinene sine. I mange tilfeller er hjemmesykepleien kun hos brukere for å få levert multidose hver 14. dag. Da klarer pasienten å administrere medisiner og annet personlig stell på egenhånd. Andre kan ha problemer med å bevege seg, og trenger hjelp til å komme seg opp og i rullestol om morgenen, men etter at de sitter i rullestolen, klarer de resten selv. Noen personer har klare tanker om hva de ønsker å ha på seg om dagen, mens hos andre finner hjemmesykepleieren fram klær og hjelper med å kle på. Felles for alle brukere av hjemmesykepleien, er at de har et eller flere definerte behov de trenger hjelp til. Det å puste, få i seg nok næring og at kroppen fungerer slik den må for å fungere, er viktig for oss alle.

På Florence Nightingale sin tid på slutten av 1800- og begynnelsen av 1900- tallet, var det lite fokus på sykepleierens særegne funksjon. Sykepleieren ble av de fleste sett på utelukkende som legens assistent. Også på 1930-tallet var det en oppfatning om at sykepleie var «å tilpasse den foreskrevne terapien og den forebyggende behandlingen til enkeltmenneskets særegne fysiske og psykiske behov» (Henderson, 1998, s. 30). Det var først etter andre verdenskrig det ble mer fokus på å få en klarere definert oppfatning av hva det særegne ved sykepleierens jobb faktisk var, og det var noe annet og mer enn kun legens assistent (Henderson, 1998).

I dag er oppfatningen at sykepleieren er et selvstendig yrke med klare og definerte oppgaver (Mekki, 2007). Det kan derfor være lett å glemme at sykepleiere i dag også har en assistentfunksjon. Nettopp ved å være legens forlengede arm eller i denne sammenheng, mer «forlengede øyne» i den daglige kontakten med pasienter som hjemmesykepleieren treffer langt oftere enn legen. I «Sykepleiens grunnprinsipper», beskriver Henderson (1961) hvordan

den ene delen av sykepleierens jobb er noe hun selv tar initiativ til. Men i tillegg til den delen hvor hun er mesteren, «hjelper hun pasienten med gjennomføringen av den behandling, som legen tar initiativet til» (Henderson, 1961, s. 10). En del medisiner kan være det som skal til for at pasienten skal kunne fungere best mulig i hverdagen.

Sykepleiedefinisjonen American Nurses' Association godkjente i 1955, er en del lenger og mer omfattende enn Hendersons definisjon. Den står gjengitt i Henderson (1998). Der står det at:

Profesjonell sykepleiepraksis vil si mot vederlag å utøve en gjerning som omfatter å observere, pleie og gi råd til syke, skadede eller uføre personer, eller å opprettholde helse eller avverge sykdom hos andre, eller å holde oppsyn med og undervise annet personell, eller å *formidle og ta hånd om medisiner og behandling som er foreskrevet av en godkjent lege eller tannlege [egen kursivering]*. Denne gjerning krever omfattende, spesialisert dømmekraft og ferdighet, og den er basert på kunnskaper om og anvendelse av prinsipper i biologiske, fysiske og samfunnsmessige vitenskaper. Det foregående skal ikke omfatte å stille diagnoser eller foreskrive terapeutiske eller korrigerende tiltak...» (s. 31)

I sin bok skriver Henderson (1998) at hun synes det er stadig vanskeligere å komme med en enkelt definisjon på sykepleie. Ressursene hvert enkelt land har til rådighet varierer veldig, også innad i landene, og det vil derfor være vanskelig å definere et samlet behov (Henderson, 1998). Sykepleieren må tilpasse seg stedet hun jobber, og dette avhenger også mye av hvor mange leger som er der. Sykepleien som utøves på et stort sykehus er ulik den som er i hjemmebasert omsorg. På store sykehus er det mange leger til stede, mens som sykepleier i hjemmesykepleien har man et større ansvar fordi det ikke er leger like lett tilgjengelig. Henderson mener sykepleie dreier seg om å hjelpe pasienten med det han trenger, og det kan i noen sammenhenger dreie seg om å lage mat eller andre gjøremål man normalt ikke forbinder med sykepleie (Kristoffersen, 2005). Likevel består hennes definisjon fra midten av forrige århundret, som en av de mest sentrale sykepleiedefinisjoner fremdeles.

Som sykepleier er det flere viktige lover vi skal og må forholde oss til. Helsepersonelloven (1999) er for «å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillitt til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten» (Helsepersonelloven, §1). Også Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) er sentral i vår yrkesutøvelse, en sammenslåing av tidligere Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven. Den sier noe om tilbudet pasientene har



og hvordan det best mulig skal ivaretas. Viktige aspekter ved Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) er at det skal sikres samhandling og at tilbudet blir tilpasset den enkeltes behov. Også det «å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre» (Helse- og omsorgstjenesteloven, §1-1.3) er vesentlig. Her kommer begrunnelsen for hjemmesykepleie inn. Det er et ønskelig mål at hver enkelt pasient bor hjemme så lenge som mulig. Dette for at flest mulig skal få den muligheten fordi det er bedre for vedkommende å få leve hjemme, men også fordi det er et samfunnsøkonomisk aspekt ved det. Det er mer lønnsomt for kommunen at personen bor hjemme, enn i institusjon (Fjørtoft, 2012).

### 3.2 Hjemmesykepleien

Et overordnet mål for arbeidet som gjøres i hjemmesykepleien, er at «den enkelte skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem» (Fjørtoft, 2012, s. 19). I hjemmesykepleien kan man som sykepleier møte folk i alle aldre, selv om de fleste er eldre over 67 år. Det har skjedd flere endringer de siste tiårene både i helsesektoren, samfunnet, helsepolitikken og helsetjenesten, og med befolkningssammensetningen generelt. Disse endringene har fått stor betydning for hjemmesykepleien og tjenestene som tilbys. Det nevnes spesielt to begreper; avinstitusjonalisering og desentralisering. Det har vært en politisk, villet målsetting fra flere hold å kutte ned på sengeposter og behandling i institusjonene, og heller øke kompetansen for at den enkelte pasient har fått nødvendig hjelp i hjemmet. Desentralisering, med blant annet Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) i helsesektoren, har ført til at utviklingen av at pasienten som tidligere fikk behandling på institusjoner, nå blir behandlet lokalt i kommunen de bor i, ofte med hjelp av hjemmesykepleien.

Som allerede nevnt, er det legen som har beslutningsmyndighet i medisinske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient (Helsepersonelloven, §4, 1999). Av den grunn er en pasients medisinerer først og fremst legens ansvar. Likevel er det sykepleiere, hjelpepleiere og andre med godkjent legemiddelhåndtering i kommunene, som deler ut og sørger for at brukere i hjemmesykepleien får de medisinene de skal ha. Det er også de som har den daglige/jevnlige kontakten med pasientene, og følgelig har best mulighet til å oppdage eventuelle bivirkninger, forverring eller bedring i tilstanden til pasienten, for så å melde dette tilbake til legen.

For hjemmeboende, eldre (over 67 år) som mottar hjemmesykepleie, er det ofte også hjemmesykepleien som hjelper til med medisiner. «Legemiddelmeldingen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005) tar for seg multidosesystemet som et viktig satsningsområde for å redusere feilbruken av legemidler i kommunehelsetjenesten.

For å ivareta den enkelte pasient, er det viktig at hjemmesykepleien har god kjennskap til hva brukeren selv klarer, og hva de trenger hjelp til. Det er selvsagt lite ønskelig at hjemmesykepleieren gjør pasienten «bjørnetjenester» ved å gjøre vedkommende mer syk eller skrøpelig enn han er. Enkelte pasienter, for eksempel hvis de er ensomme, kan be om hjelp til ting de egentlig klarer helt fint selv, fordi de er ensomme eller av andre grunner ønsker å beholde hjemmesykepleieren der så lenge som mulig. I mange kommuner i dag er det opprettet egne «Tildelerenheter» som bestemmer de ulike vedtakene hver enkelt bruker av hjemmetjenesten har krav på. Alle brukere av hjemmesykepleien har vedtak med spesifisering av hva det er de har krav på å få hjelp til. Det være seg å ta på støttestrømpe på et ben, hjelp til daglig intimhygiene, hjelp til dusj hver 14. dag eller hjelp til å ta eller administrere medisiner. Dagsformen kan variere, og min erfaring er at man må bruk skjønn hjemme hos hver enkelt. Det er viktig at alle brukerne får mulighet til å gjøre så mye som mulig av det de klarer selv, og hos mange vil det være en del av sykepleierens oppgave å motivere og å ta seg tid til å la de få greie så mye som mulig selv.

Sykepleieren har et tredelt ansvar når det gjelder utdeling av medisiner (Bielecki & Børdahl, 2013);

1. et formelt ansvar
2. et faglig ansvar
3. et moralsk ansvar.

Det formelle ansvaret er det virksomhetslederen i hjemmesykepleien som har. I hjemmesykepleien har virksomhetslederen delegert dette ansvaret videre til sykepleieren, og dermed er det sykepleieren som blir ansvarlig for dette. Utdeling av legemidler innebærer også å sørge for at behandlingen utføres korrekt, samt å observere pasienten for å eventuelt gi tilbakemelding til legen som har forordnet legemiddelet. Som nevnt tidligere, er det legens ansvar å starte, videreføre, endre eller seponere legemidler, sykepleieren må derfor aldri

overprøve denne grensen. Hvis man som sykepleier mener en forordning fra legen er feil, skal man kontakte legen og forhøre seg før man eventuelt gir medisinen. Sykepleieren har også ansvar for å melde ifra om eventuelle avvik eller kritikkverdige forhold. Som sykepleier har du også ansvar for å melde fra om kritikkverdige forhold vedrørende annet helsepersonell.

Med faglig ansvar, jf Helsepersonelloven (1999) §4, menes det at sykepleieren er ansvarlig for at legemiddelhåndteringen er faglig forsvarlig. Sykepleieren må, i tillegg til å ha kunnskaper om legemiddelet hun deler ut, sørge for å holde seg faglig oppdatert. De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011) Kap. 1.3, omhandler det personlige ansvaret man har som sykepleier om at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Hvis det er to forskjellige sykepleiere som gjør klart et legemiddel, og som deler det ut, er det den sykepleieren som gir det til pasienten som også regnes som ansvarlig (Bielecki & Børdahl, 2013). Det innebærer også å vurdere egen kompetanse og ikke gjøre noe man ikke føler seg faglig kompetent til. Observasjon av virkning og bivirkning er en stor del av det faglige ansvaret man har som sykepleier. For å kunne vurdere dette, må man ha kunnskaper om de ulike legemidlene. Med dagens legemiddelutvalg og stadig nye medikamenter på markedet, krever også dette en kontinuerlig oppdatering av egne kunnskaper. Sykepleiere er legers forlengede arm, og skal som nevnt derfor rapportere tilbake til legen.

Siste ledd i det tredelte ansvaret, er det moralske ansvaret man har som sykepleier. Det er derfor også sykepleieren som skal være med på å beskytte pasienten. En stor del av det moralske ansvaret, er den tilgangen man har på legemidler som krever at man ikke misbruker tillitten. I dette ligger at man også skal rapportere inn hvis det er mistanke om at en kollega forsyner seg fra medisiner. Som del av det moralske ansvaret, er det viktig at det er klare regler å forholde seg til. Ulike arbeidsplasser kan ha noe ulik praksis, men for eksempel nøkkelansvar til medisinrom er noe som bør avtales og informeres skriftlig til alle ansatte (Bielecki & Børdahl, 2013). Erfaringer viser at holdningen på arbeidsplassen også spiller en viktig rolle. Regel og lovverk må overholdes og respekteres av alle ansatte, fra ledelse til «bakkemannskap». På denne måten blir det et bidrag til nulltoleranse for regelbrudd.

### 3.3 Legemidlers betydning og virkning

Som nevnt innledningsvis, er det overordnede målet med legemidler å gjøre pasientens helse bedre. Ifølge «Legemiddelmeldingen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005, s. 19), er det tre kriterier som må være oppfylt for at målet med legemiddelbehandlingen skal nås. Kriteriene er;

1. Legen må stille riktig diagnose.
2. Legen må velge riktig behandling (legemidler, annen behandling eller en kombinasjon av disse).
3. Pasienten må etterleve behandlingen legen forskriver.

Sykepleieren i hjemmesykepleien spiller en sentral rolle i det 3. punktet. Det å etterleve behandlingen, kalles «compliance», som kan forstås som «i overenstemmelse med». I medisinsk ordbok beskriver Nylenna (2013) compliance som etterlevelse, om legemiddelet blir tatt slik legen faktisk har foreskrevet. For noen legemidler kan det få alvorlige konsekvenser hvis det ikke tas slik det var ment, for eksempel i forbindelse med mat, eller det motsatte, utenom måltider. Enkelte legemidler skal også tas til bestemte tider på døgnet, og at det er riktig avstand i tid mellom hver tablett. Når det gjelder korrekt legemiddelhåndtering, brukes «De 7 R'er» (Bielecki & Børdahl, 2013) som en sjekkliste;

- riktig pasient
- riktig legemiddel
- riktig legemiddelform
- riktig styrke
- riktig dose
- riktig måte
- riktig tid

Når sykepleieren gir medisiner fra multidose, har hun det samme ansvaret for å sjekke at legemidlene hun gir pasienten, stemmer på lik linje som om det skulle være manuelt dosert.

Legemiddeloven (1992) § 2 definerer legemidler som «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». Dette betyr at legemidler brukes

både for å behandle sykdom, men også for å forebygge sykdom hos personer som er friske, for eksempel kolesterolsenkende midler for å forebygge hjerte- og karsykdom hos personer hvor det er hjerte- og karsykdom i nær familie. Legemidler, som p-piller, kan brukes for å endre «biologiske prosesser i kroppen», eller som smertelindring. Ved smertelindring vil ikke legemiddelet hverken behandle eller forebygge sykdom, kun minske smerten og/eller symptomene pasienten opplever (Nordeng, 2007).

Et legemiddel inneholder virkestoff, den kjemiske og aktive bestanddelen i legemiddelet. Alle legemidler inneholder i tillegg farge- og hjelpestoff, som fungerer både som fyll- og bindestoff. Med legemidler menes både tabletter, salver og injeksjoner. Også homeopatiske midler regnes som legemidler. Noen urter regnes som legemidler, mens andre som handelsvare. Urter som klassifiseres som handelsvare går under en annen lov; lov om matproduksjon «Matloven» (Nordeng, 2007).

Legemidler har både et navn på selve preparatet og et på virkestoffet. Et typisk eksempel er virkestoffet paracetamol, som finnes i både Paracet, Panodil og Pamol. De tre siste, er handelsnavn. I Norge er regelen at patentlovgivningen (1967) sørger for at et legemiddel blir beskyttet i ca. 20 år. I den perioden kan det ikke lages eller produseres tilsvarende legemidler. Etter at patenttiden er ute, kan andre legemiddelfirmaer også produsere legemidler med samme virkestoff. Disse legemidlene kalles generiske legemidler. De har samme virkestoff, men kan inneholde ulike hjelpestoff. Det har et annet preparatnavn/handelsnavn (for eksempel Panodil og Paracet), og det kan også se annerledes ut (Nordeng, 2007).

Det meste av selve pakkeprosessen av multidose er datastyrt. Likevel står det mennesker i alle ledd av prosessen som kontrollerer, og som etterfyller medisiner, pakkeposer etc. når det er behov for det. Det er også en egen avdeling hvor det sitter mennesker og tar ut tabletter fra «blistere» fordi legemiddelfirmaer ikke lager såkalte «bulker» med for eksempel 500 tabletter i en boks av alle legemidler. Det er en utfordring å sitte og trykke ut én og én tablett fra en blisterpakning, og det jobbes med å få alle tablettene i bulker, men pr i dag er det slik det er. Mange legemidler kommer i ulike styrker. Det gjør det mulig å sikkert og enkelt pakke en dose på 7,5 mg. av et legemiddel når legen har forordnet dette. Hvis forordningen lyder 7.5 mg., og det finnes tabletter på henholdsvis 5 mg. og 2,5 mg, pakkes det enkelt 2 tabletter med

ulik styrke, slik at totalen blir tilsvarende forordningen. Utfordringen er imidlertid når forordningen er 7,5 mg., og det kun finnes tablett med styrke på 5 mg. Så sant tablett har delestrek og den kan deles, gjøres dette. Det er det pr i dag også mennesker som sitter og gjør for hånd. Det å dele en tablett utgjør ikke nødvendigvis noe stort avvik/problem hvis samme person får i seg begge delene, men i tilfeller hvor det deles opp store antall, kan det tenkes at den ene halve tablett inneholder 3 mg av virkestoffet pasienten skal ha i seg, mens den andre halve tablett inneholder 2 mg. Dette kan få konsekvenser ved at pasienten over lengre tid får i seg for lite eller hvor mye av et legemiddel i forhold til det legen har forordnet. Selv om en tablett har delestrek, er det ikke mulig å sørge for at begge delene blir like store.

### 3.4 Pasientens sikkerhet

Det overordnede målet med helsehjelp og legemidler, er at det skal hjelpe pasientene, og ikke skade dem. Det har blitt mer fokus på krav og rettigheter man har som pasient. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) omhandler, som navnet sier, hvilke rettigheter pasienter har i helsevesenet. Formålet med loven er «å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten» (§1-1, Pasient- og brukerrettighetsloven, s. 1). Dette er også for å sikre pasienten best mulig i ulike situasjoner. Med pasientsikkerhet menes å redusere pasientskader, i denne oppgaven med hovedfokus på pasientskader grunnet feil legemiddelhåndtering.

Pasienter i dag har et annet forhold til fastlegen sin enn de hadde for ikke så mange tiår siden. Pasienter har gjennomsnittlig mer kunnskap, både om sin egen helse, men også om de ulike helsetjenestene som finnes. På den måten blir de mer deltakere og stiller gjerne større krav til fastlegen sin (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005). For eldre brukere, som flesteparten av brukere av hjemmesykepleien er, vil de ofte fortsatt ha stor respekt for fastlegen og hennes mening, i tillegg til at de ikke alltid er like opplyste om hvilke rettigheter de har, og heller ikke evne og vilje til å sette seg inn i sin egen helsesituasjon. Pårørende spiller en viktig rolle for mange, og er gjerne aktivt tilstede i hverdagen til de eldre hjemmeboende.

Mellom 2011 og 2013 hadde Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten (2014) et eget program kalt «I trygge hender» med ekstra fokus på pasientsikkerheten. Det handlet både om hva pasienter kan forvente av helsevesenet, men også hva de selv kan bidra med for å sørge

for at helsehjelpen de får er best mulig. Det er avhengig av gjensidig tillitt og informasjon. Pasienten har også et ansvar for å sjekke sin egen medisiner, si ifra om smerter eller plager han har samt å spørre til han har forstått, om det så betyr at helsepersonell må forklare det på mange ulike måter.

§ 3-2 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) handler om pasienters rett til informasjon. Både vedrørende den helsehjelpen han får, men også informasjon om legemidler og hvordan de virker, og eventuelle bivirkninger. Sykepleieren må forsikre seg om at informasjonen formidles på en måte som er tilpasset pasienten, og at han har forstått hensikten med behandlingen legen har gitt. Som en del av legemiddelhåndteringen, inngår også informasjon om hvordan legemidlene skal tas, compliance (Bielecki & Børdahl, 2013).

Helse- og omsorgsdepartementet fikk i oppdrag av Regjeringen i 2003 «å legge frem en bred og helhetlig gjennomgang av blåreseptordningen, herunder også prosedyrer for saksbehandlingen og bevilgningsmessige ordninger» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005, s. 7). Resultatet ble Stortingsmelding nr. 18 (2004 – 2005) «Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk». Ikke uventet ble det bestemt at den overordnede målsettingen for legemiddelpolitikken, er riktig diagnose, riktig forskrivning og riktig bruk. Med at legemidler skal brukes riktig, menes både medisinsk og økonomisk. Det er også viktig at pasienter skal, uavhengig av sin økonomi, ha sikker tilgang til legemidler som vil hjelpe dem. Det økonomiske aspektet spiller en viktig rolle. Tanken er at desto bedre legemiddelbruken i landet blir, jo bedre vil befolkningens helse bli samlet sett.

Ved at sykepleiere har god kjennskap til pasientene, noe de får gjennom samtale og observasjon, vet de også hvilke begrensninger en bruker har. For en som ser dårlig, kan det, tross remsene med tabletter, være vanskelig å lese at posen de tar, er den de faktisk skal ta. For enkelte kan det også være vanskelig å få opp selve posen. Tabletter kan lett falle ut uten at pasienten oppdager det. Med mindre kraft i hendene, og dårlig syn, kan det være en utfordring å få i seg alle tablettene, og de kan trenge hjelp til å åpne posen samt å få de i munnen. Det er også viktig at tablettene svelges med nok væske, så de ikke blir liggende i spiserøret, men kommer der de skal slik at virkningen blir optimal.

## 4.0 Har overgangen til multidose i hjemmesykepleien gitt økt pasientsikkerhet?

Min erfaring fra praksis i hjemmebasert omsorg, er at det er viktig å vurdere i hvert enkelt tilfelle om en bruker klarer å administrere og å ta medisiner selv, om de har multidose for 14 dager som de disponerer helt selv, om hjemmesykepleien tar med medisiner for noen dager, én dag, eller om det er nødvendig at vi står ved siden av, gir tablettene og sørger for at de er svelget ned før vi anser det som «gitt medisin». Den nærheten og gjentagelsen, gir sykepleieren muligheten til å følge virkningen av medisineringen og det sykepleiefaglige skjønn og sikre treffsikkerheten av medisineringen. Ut fra hvilke tilbakemeldinger hjemmesykepleieren gir, sammen med besøk fra Tildelerenheten i kommunen, får brukeren et skriftlig vedtak med hva han har krav på hjelp til.

Ifølge de Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, er vår «fundamentale plikt å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død» (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s.5). En sykepleier i hjemmesykepleien, har som regel bedre tid til en pasient enn det legen har på legekantoret. Hos en bruker hvor hjemmesykepleieren er på besøk én eller flere ganger i døgnet, er det gode muligheter for å observere og følge utviklingen, og i tilfelle det er forandringer hos pasienten, er det viktig, og de har en plikt til å melde fra om dette til fastlegen (Bielecki & Børdahl, 2013).

Overgang til multidose har helt klart et økonomisk aspekt, men det har også flere andre aspekter som er langt viktigere for pasientsikkerheten, og ett av dem er helsegevinstene. Konklusjonen på oppfølgingen fra 2007 (Sosial- og helsedirektoratet), var at helsegevinstene ikke var tilstrekkelig dokumenterte. De mener det må forskes mer på effekten av feilbruk av legemidler samt helsegevinstene. Det er også sannsynlig å anta at det vil være en reduksjon i øyeblikkelig hjelpsinntak på sykehus som følge av mer korrekt legemiddelbruk, redusert kassasjon og andre kvalitetsgevinster ved bruk av multidose (Sosial- og helsedirektoratet, 2007, s. 28). Wekre (2014) har i sin doktoravhandling påpekt hvor viktig kjennskap til det gamle systemet er, når ny teknologi blir introdusert. Man må ikke glemme de gamle rutinene og de ikke utalte arbeidsmåtene fra før omleggingen. Den nye teknologien bør komme som et viktig supplement til de virksomme arbeidsrutinene fra tidligere, som for eksempel for å sikre legemiddelhåndteringen i det manuelle systemet. Introduksjon av det nye kommer som



forbedring av erkjente problemer av det gamle systemet, men den nye teknologien kan gi uventede utfordringer som det kan ta tid å oppdage og følgelig kunne gjøre noe med.

I studien fra Sverige i 2005, ble det avdekket to viktige aspekter ved multidose; Det første er at sannsynligheten for «inappropriate drug use» (IDU – fritt oversatt til «uhensiktsmessig medisinbruk») øker med bruk av multidose. Dette forklares med blant annet at det er krevende å endre resepten til en multidose, og at enkelte brukere derfor blir stående unødvendig på enkelte medisiner. Det andre aspektet studien konkluderer med, er at brukere av multidose ser ut til å ha lavere sannsynlighet for alvorlig interaksjoner mellom medisiner, DDI «drug-drug interactions» (interaksjoner mellom medisiner), og dette kan forklares med at leger som skriver ut medisiner til multidosebrukere, har tilgang til en fullstendig oversikt over pasientens medisiner (Johnell & Fastbom, 2008).

I dagens samfunn brukes data og elektronikk innenfor så å si alt vi driver med. Derfor har det for mange vært vanskelig å forstå hvorfor det ikke har vært mulig å samkjøre datasystemene slik at de kan kommunisere med hverandre. Da jeg var i praksis i sykehus i januar 2012, hadde Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) akkurat trådt i kraft. Det virket unødig tungrodd at vi i 2012 måtte skrive ut epikriser, stryke ut navn og fødselsnummer, skrive på initialer og sende det pr fax samt postlegge det til hjemkommunen til den utskrivningsklare pasienten fordi det ikke var kompatible datasystemer. Dette har også med pasientsikkerhet å gjøre grunnet strenge regler i Norge om personvern. I flere av studiene nevnes også utfordringen med at fastleger og hjemmesykepleien ikke kan kommunisere elektronisk. Det har blitt jobbet mye med de siste årene hvordan dette kan gjøres for å få bedre og sikrere tilgang til pasientinformasjon, og i dag er det elektronisk meldingsvarsel som gjør kommunikasjonen enklere på full fart inn i helse-Norge. Helsedirektoratet kom i 2011 ut med en handlingsplan som ble kalt «Meldingsløftet» som gikk på nettopp denne problematikken (Helsedirektoratet, 2011). Forhåpentligvis vil dette føre til en enklere hverdag for mange personer innenfor helsesektoren, samtidig som det vil redusere behovet for å dobbelt- og trippelføre for eksempel medisinendringer, og dermed også minske faren for legemiddelfeil (Rognstad & Straand, 2004).

#### 4.1 Hvordan fremmer multidose hjemmesykepleierens mulighet til å ivareta pasientsikkerheten?

For Henderson er det viktig at pasienten skal bli sett og hørt av sykepleieren på en slik måte at han selv er hovedpersonen og er den som sier hvordan han ønsker at det skal være. Sykepleieren skal assistere der pasienten selv kommer til kort (Kristoffersen, 2005). Som tidligere nevnt, er det også sykepleierens oppgave å være legens assistent, i form av å observere pasienten etter at tablettene er tatt som del av den daglige rutinen i hjemmesykepleien. For noen kan det å holde oversikten over flere medisiner virke overveldende og det er fort å glemme å ta de til riktig tid. For mange brukere av hjemmesykepleien, er det å enkelt kunne se når neste tablett skal tas ved å se på neste pose i remsen, en måte de føler seg tryggere på. For en person som kan glemme, vil det også være betryggende å vite at så lenge posen er fjernet fra multidosestrimmelen, betyr det at den (mest sannsynlig) er tatt. For pårørende kan det også være lettere å følge med når de er innom og se at tablettene er tatt.

Det er to ulike typer fordeler når det gjelder hva pasienten opplever. En ting er direkte fordeler som pasienten selv ser. Det viktigste her, er tidsbesparelsene for sykepleieren. For hjemmesykepleien og innføring av multidosepakking, gjelder tidsbesparelsen først og fremst spart sykepleietid, som de før brukte på å legge dosetter. I en studie (Heier, Olsen, Rognstad, Straand & Toverud, 2007b) ble det regnet ut at det i et distrikt med 62 pasienter, ble det spart 27,5 ukentlige sykepleiertimer på innføring av multidose. Disse timene kommer pasientene direkte til gode. I tillegg er det fordeler pasienten ikke ser, men som han nyter godt av. Et eksempel, er den økte kontrollen og kontakten mellom hjemmesykepleier og fastleger som sikrer tryggere legemiddelhåndtering.

Rognstad & Straand (2004) kom fram til urovekkende resultater i sin studie. Det viste seg at for over 60 % av pasientene i studien, var det ikke samsvar mellom medisinalistene hjemmesykepleien og fastlegene hadde. Legene var også mer skeptiske til om pasientene fikk riktig medisin enn det sykepleierne i hjemmesykepleien var. Studien konkluderer med at det manglende samsvaret kan være et alvorlig folkehelseproblem. En annen studie (Heier, Olsen, Rognstad, Straand & Toverud, 2007a) konkluderer med viktigheten av å avklare ansvarsforhold mellom leger, hjemmetjeneste og apotek/pakkeprodusent. Det må være klare

og tydelige rutiner og retningslinjer for hvordan det skal gjennomføres for å hindre misforståelser og feilregistreringer.

Stortingsmelding nr 18 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005) refererer til en rapport fra Sosialstyrelsen i Sverige fra 2004. Én av de fem viktigste årsakene til sviktende pasientsikkerhet, viste seg å være feil i legemiddelhåndteringen. Derfor er fokus på selve legemiddelhåndteringen avgjørende for at også pasientsikkerheten skal bedres. Verdens Helseorganisasjon (WHO) kom i 2004 ut med en gjennomgang av studier som hadde sett på effekten av blant annet multidose for å bedre «compliance». Også i denne studien konkluderes det med at det vil bedre sikkerheten rundt legemiddelhåndtering, selv om det var noe mangelfullt med antall godkjente studier i oversikten for å kunne si noe mer om i hvilket omfang (Connor, Rafter & Rogers, 2004).

En viktig grunn til at Helse- og omsorgsdepartementet (2005) sterkt anbefalte overgang til multidose, var for å få en bedre oversikt over faktiske medisiner. Det viste seg at medisinkortene pasienter hadde hjemme, i 50-90 % av tilfellene ikke stemte overens med medisinkortet fastlegen satt med. Gjennomsnittlig var det 25 % flere legemidler på det medisinkortet som var hjemme, sammenlignet med det fastlegen hadde. Konsekvensene av dette, kan igjen være feilmedisinering og representere en stor helserisiko. Siden feil legemiddelhåndtering har vist seg å være grunn til en rekke sykehusinnleggelses og tilfeller av øyeblikkelig hjelp, var behovet derfor stort for at det skulle bli et tettere og bedre kontrollert samarbeid mellom fastleger og hjemmesykepleien (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005, s. 26).

En artikkel i Farmatid (2014) «Gir innføring av multidose riktigere legemiddelbruk?», viser til en internasjonal studie om at overforbruk og misbruk av vanedannende legemidler er ansett for å være et internasjonalt legemiddelrelatert problem. Et viktig aspekt ved pakking av multidose, er at det tas fotografi av hver enkelt multidosepose. Dette lagres i en lovfestet periode. Dette er også for pasients sikkerhet. På den måten kan det enkelt kontrolleres hvis en pasient hevder at det har manglet en tablett i en av multidoseposene. Før det tas bilde av posen, blir den lett ristet i en maskin for å sørge for at alle tablettene ligger flatt og ikke oppå hverandre. Etter at en multidoseremse har vært til fotografering, blir den puttet i en kasse.

Hvis det er registrert maskinell feil, sitter det en person som kontrollerer den posen maskinen mener er feil. Ofte er det fordi det har blitt tatt bilde hvor det ser ut at det kun er 4 tabletter når det skulle ha vært 5. Hvis to tabletter har ligget oppå hverandre, er årsaken funnet. Det er også enkelte tabletter, som Calcigran forte, som er spesielt store, som kan føre til at det kan mangle i en pose. Da vil kontrolløren lage et lite snitt i posen, åpne opp og legge i den manglende tablett, og så klistre igjen med en egen lapp om at det har blitt foretatt en manuell endring.

Hjemmesykepleieren kan enkelte ganger få tilbakemelding fra en bruker at det har vært en feil i en dosett. Ofte dreier dette seg om A- eller B-preparater (vanedannende legemidler). Det er ikke alle sykepleiere som er klar over den nøye kontrollen og muligheten for å sjekke hver enkelt multidosepose. I tilfeller hvor man kontakter leverandør for å forhøre seg om eventuell mangel i en multidosepose, vil de bli informert om at hvis de vet dato og klokkeslett, kan man gå tilbake og se på foto. Når brukeren får vite om dette, viser det seg ofte at det kanskje ikke var det at det manglet en tablett, men at den lå feil etc. Brukeren forsøker ofte å bortforklare det. Grunnet den nøye kontrollen, kan man derfor med sikkerhet vite om det har blitt lagt feil i en pose eller ikke. I de aller fleste tilfeller viser det seg imidlertid at multidoseposen stemte, men at brukeren forsøkte å få tilgang på flere tabletter. Dette er en økt sikkerhet man nå har ved multidose, som man ikke hadde med vanlig dosett (APO-kjeden, 2014b). Hjemmesykepleieren tok ikke bilde av hver dosett de la, og kontrollen var det at to personer hadde godkjent dosetten. På den måten sikrer man at det ikke blir gitt legemidler utover det legen faktisk har forordnet.

For en person som er avhengig av medisiner, er det mange ledd som må sikres. Hvis vedkommende ikke selv er i stand til å holde oversikten over legemidlene han skal ta, og får hjelp av hjemmesykepleien til dette, er det avgjørende at han kan stole på at det som gis, er rett medisin, rett mengde og til riktig tid. Med legemiddelbehandlingen, er formålet og det ønskelige resultatet at pasienten skal få bedre helse. I mange tilfeller vil det ikke dreie seg om å bli helt frisk, men hjelp til å leve med en sykdom eller tilstand slik at vedkommende får det best mulig.

Studien fra Trondheim i 2006 (Wekre, Melby & Grimsmo, 2011), konkluderer med at tillitt stod sentralt, både når det gjaldt multidosesystemet, men også det å stole på at andre

helsepersonellgrupper gjorde jobben sin riktig. De fleste som ble intervjuet var positive til innføringen, og konkluderte med at multidose førte til tryggere legemiddelhåndtering og færre legemiddelfeil. Kari Martinsen mener tillitt er en av grunnverdiene i omsorg. Og det å ha tillitt og vise omsorg, har igjen med hvordan sykepleieren klarer å bruke sitt engasjement og sin innlevelse i samværet med pasienten (Martinsen, 1999).

Et annet aspekt, er kassasjon. Før multidose, fikk pasienter medisiner for 3 måneder av gangen (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Med dagens ordning med multidose for 14 dager, betyr det at hvis det skjer medisinendringer, vil det ikke bli liggende ubrukte medisiner hjemme hos brukeren, utover de resterende posene med multidose før ny og endret multidoseremse blir levert. Dette har både en økonomisk gevinst for samfunnet i tilfeller der pasienter får medisiner på blå resept, men også en trygghet om at det ikke ligger legemidler hjemme hos eldre. Enkelte kan «selvmedisinere» seg for eksempel med tabletter ektemannen fikk mot smerter for 2 år siden istedenfor å gå til legen.

Slik legemiddelindustrien har utviklet seg, er det en stor og internasjonal bransje hvor det er mye penger involvert. Det finnes i dag et utall av ulike legemidler og mange legemiddelfirmaer. Det er flere aktører på markedet som fører til en tøff konkurranse om de samme pasientene. Hvordan kan man best mulig sikre at pasienter ikke blir sett på som konsumenter av et produkt, men at produktet skal være det som er til det beste for pasienten? I for eksempel USA, er det et annet forhold mellom helsepersonell og legemiddelfirmaer enn det vi er vant til her hjemme. Helsepersonell i Norge har ikke, jf Helsepersonelloven (1999) Kap. 2 § 9 lov til å ta imot gaver eller annet hverken fra pasienter eller andre, som for eksempel legemiddelindustrien. Dette sikrer pasienten i den forstand at helsepersonell ikke er betalt av et legemiddelfirma for å markedsføre og dermed kun selge én type legemiddel. Apotekloven (2000) i Norge sikrer også at det ikke er lov å reklamere for reseptbelagte legemidler.

Mange sykdommer behandles i dag på en mer komplisert måte, med både sterkere medisiner og stadig mer avanserte teknologiske behandlingsformer. Andelen av eldre i samfunnet øker, og det fører naturligvis til at stadig flere utvikler flere sykdommer. Dette igjen fører til at hver enkelt pasient bruker flere sterke medisiner, og noe som kan føre til komplikasjoner fordi

ulike medisiner blant annet kan virke uheldig inn på hverandre, såkalte interaksjoner. En del medisiner har mange bivirkninger, og det vil derfor være ønskelig å redusere antallet medisiner til hver enkelt til et minimum. De ulike hjelpestoffene som benyttes kan også pasienter reagere forskjellig på. Det er derfor ikke alltid at en pasient tåler et legemiddel like godt som et annet selv om virkestoffet er det samme. Mange pasienter kan være usikre på hva de ulike medisinene legen forskriver er godt for. Her kommer sykepleieren inn som en viktig formidler ved å sørge for at pasienten vet hva han tar. Det er mindre sannsynlig at en person glemmer å ta tablett når de har det klart for seg hvorfor de må ta akkurat de legemidlene. Sykepleieren må derfor hjelpe pasienten der han ikke har forstått og på den måten sørge for at pasienten er så informert som han kan bli (Bielecki & Børdahl, 2013).

I studiet fra Trondheim (Wekre, Melby & Grimsmo, 2011), sa en av de som ble intervjuet at pårørende hadde reagert veldig positivt på multidose. En av pasientene hadde blitt helt frisk etter at han gikk over til multidose. Det viste seg at vedkommende hadde rotet med medisinene sine, men etter multidose fikk han endelig det han skulle ha i rett tid, og resultatet ble fort at han «ble seg selv igjen». Dette viser viktigheten av compliance.

Som tidligere vist i Skedsmo kommune (Rognstad & Straand, 2004), var det ca. 25 % flere legemidler på medisinlistene hjemmesykepleien hadde i forhold til fastlegen sine medisinlister. Dette ble begrunnet med at etter at en pasient hadde vært til behandling eller innleggelse hos legevakt, sykehus eller andre spesialister, ble endringene kun sendt til hjemmesykepleien, og ikke fastlegen. Fastleger mottar epikriser etter at pasientene de har på sine lister har vært til behandling annet sted, og det har også kommet fram at fastleger ikke er flinke nok til å oppdatere medisinlistene etter mottak av epikriser. Det kan få alvorlige følger at fastleger ikke er oppdatert på hvilke medisiner pasientene tar. Ifølge den samme studien, viser forskning fra USA at 28 % av alle medisinske feil som fører til veldig alvorlige, til og med dødelige utfall, dreier seg om enten feil forskrivning, utlevering eller administrering av legemidler. Når fastlegene mister oversikten, er de forhindret fra å vite eller ha oversikten hvilke medisiner som kan interagere med andre legemidler pasienten står på.

## 4.2 Hvordan hemmer multidose hjemmesykepleierens mulighet til å ivareta pasientsikkerheten?

I studiet fra Trondheim (Wekre, Melby & Grimsmo, 2011), var en av tilbakemeldingene fra en sykepleier, at innføringen av multidose har ført til at de har mistet oversikten de hadde på pasientens medisiner. De får ikke lenger den ukentlige gjennomgangen med dosettlegging hvor de før har brukt tid på å tenke på pasienten mens de har lagt dosetter, vurdering av de ulike medisinene og eventuelt om de skulle kontakte fastlegen om det var behov for økning, reduksjon eller seponering av et legemiddel. Med innføring av multidose, har denne tiden til å reflektere falt bort, og det er ikke lenger noe naturlig tidspunkt for det. For enkelte var det også en utfordring å få kontakt med fastlegene, noe som kunne føre til legemiddelfeil. Dette er et viktig poeng rundt frafall av dosettlegging, og det kan få konsekvenser hvis sykepleiere føler de mer passive overfor pasienten når det kommer til legemiddelhåndteringen og oversikten over denne. I hjemmesykepleien jobber det både sykepleiere og hjelpepleiere. Det som skiller disse to yrkesgruppene, er utdannelsen. En sykepleier har gjennom utdannelsen hatt mer undervisning i sykdomslære, legemidler og hvordan de virker på kroppen. En viktig del av det å være sykepleier i hjemmesykepleien, dreier seg derfor om å kunne bruke denne kunnskapen slik at det kommer pasienten til gode.

I min praksisperiode i hjemmesykepleien opplevde jeg hvor fort det kan skje feil i legemiddelhåndteringen hos en bruker. Hjemmesykepleien hadde fått beskjed av en fastlege å seponere en tablett i 3 uker for videre vurdering. For at dette skal kunne gjennomføres på en sikker måte, er man avhengig av gode rapporteringssystem som alle følger opp. Vi måtte manuelt plukke ut én tablett i hver pose. Utfordringen er at slike tilfeller kan skje midt i en 14-dagers multidoseperiode, og dermed er det flere som må inn og kontrollere når det kommer ny multidose som også må «plukkes». I det tilfellet jeg har nevnt, viste det seg etter noen uker at brukeren likevel hadde tatt tablett i noen dager før legebesøket. En gul post-it lapp på medisinrommet hadde blitt oversett. Det var heller ikke tilstrekkelig dokumentert i journalen/rapporten at det var manuelt fjernet tabletter i flere uker. Jeg måtte derfor ringe fastlegen og informere om dette slik at hun var informert om at prøvene hun skulle ta av brukeren, antagelig ikke ville gi et riktig bilde. Man er avhengige av gode registreringsrutiner når det skjer medisinendringer.

En utfordring med dagens multidosepakking, er at det ikke finnes noe alternativ for å dele tabletter maskinelt. Dette må derfor gjøres for hånd. Også hos pakkeprodusenten, sitter det noen og gjør dette manuelt. For pasienter, kan dette føre til mulig feilmedisinering siden de kan få noe varierende mengde virkestoff fra dag til dag. Det samme gjelder dosetter som legges manuelt, men vet at sykepleier som doserer, legger begge de delte tablettene til samme pasient (på forskjellig dag), vil pasienten få i seg riktig mengde virkestoff likevel. I multidosesammenheng, kan det i verstefall resultere i at samme pasient får en delt tablett med for lite virkestoff, mens en annen får en med for mye. Det vil ikke være heldig for noen av de, og kan få alvorlige konsekvenser. Det jobbes i dag med å utvikle en maskinell deling av tabletter som sikrer identisk deling, men noe slikt finnes foreløpig ikke.

Før multidose, måtte pasienter til fastlegen for å fornye resepten. Med multidose, er det kun en årlig kontroll av ordinasjonen til apoteket så sant de ikke trenger noen nye medisiner i løpet av året. Det betyr at enkelte pasienter er sjeldnere hos fastlegen sin. I den forstand er observasjoner vi som sykepleiere i hjemmesykepleien gjør, enda viktigere. Når sykepleiere gir tilbakemelding om at de mister oversikten og kontrollen når de ikke lenger doserer medisiner til pasienten, kan dette få konsekvenser for pasienten. Da farmasøyter doserte legemidler i apotek, så de det som en teknisk oppgave, sammenlignet med sykepleiere som ser på det også som en gjennomgang av pasientens medisiner. Hos de fleste sykepleiere, ligger det i det faglige aspektet ved det å være sykepleier, å tenke helhetlig på pasienten og kontinuerlig observere og følge med på endringer hos en pasient. Til forskjell fra farmasøyter, som har en mer teknisk tilnærming til legemidler (Heier, Olsen, Rognstad, Straand & Toverud, 2007b).

Et viktig område studien (Wekre, Melby & Grimsmo, 2011) nevner, er at sykepleierollen er sett på som et sikkerhetsnett som fanger opp eventuelle feil legen har gjort i sin forordning. Etter innføring av multidose, har dette leddet forsvunnet, og apotekene med pakkeprodusent har overtatt det leddet (Wekre, Melby & Grimsmo, 2011).

Fordelen for pasientene med generika, er at det fører til pris konkurranse, og dermed billigere legemidler. I multidose benyttes billigste legemiddel, men det kan føre til forvirring siden farge, fasong og utseende kan variere fra gang til gang. For en pasient som bruker flere ulike legemidler flere ganger om dagen, er det ikke lett å ha oversikten selv om tablettene hadde



vært uforandret. Når de i tillegg kan endre seg flere ganger iløpet av et år, sier det seg selv at det er fort gjort å gå surr for noen og enhver.

Som Halle (2008) reflekterer over i sin oppgave, er det enkelte medisiner som ikke kan legges i multidose. Dette gjelder blant annet Warfarin, antibiotika/ penicillin og cytostatika for å nevne noen. Disse må derfor legges i egen dosett, noe som igjen kan skape forvirring hos enkelte brukere. Enkelte legemidler reagerer på lys, og siden multidoseposene er gjennomsiktige på den ene siden, må disse også tas separat. Som sykepleier vil jeg også her ha et ansvar for at pasienten forstår viktigheten av å ta medisinene sine til rett tid. Min erfaring er at hjemmesykepleien som regel bruker ukedoseringsbrett for medisiner utenom multidose. Flere kan ha problemer med å få disse opp, og da legges de gjerne over på mindre bokser (som ubrukte uringlass etc.) merket med for eksempel morgen, middag og kveld hvis hjemmesykepleieren kun er innom en gang om dagen og legger fra seg tabletter. Dette gjelder spesielt når en bruker står på antibiotikakur. Når vi kommer på besøk dagen etter, sjekker vi at tablettene er tatt.

## 5.0 Konklusjon/Avslutning

I denne oppgaven har jeg brukt litteratur for å belyse min problemstilling; Har overgangen til multidose i hjemmesykepleien gitt økt pasientsikkerhet? Hvis man ser på det økonomiske aspektet, er det mange studier som taler for at innføring av multidose har ført til innsparinger samt at verdifull sykepleietid har blitt frigjort fra tidkrevende dosettlegging. Dette er imidlertid ikke ensbetydende med at denne sykepleietiden direkte har kommet pasientene til gode. Noen kommuner har hatt fokus på dette, mens andre har heller satt inn rimeligere og mindre kompetent pleiepersonell. Det er fortsatt lite forskning på de helsemessige gevinstene ved bruk av multidose, selv om det er flere studier som peker på at det har hatt en positiv effekt. Compliance har for mange brukere av hjemmesykepleien sørget for at flere har fått riktig medisin til riktig tid, noe som er ett av kriteriene for å nå målet med legemiddelbehandling, nemlig å bedre pasientens helse. En klar fordel, er at samarbeidet mellom fastleger, apotek og hjemmesykepleien har økt som en direkte følge av rutine rundt multidose sammenlignet med tradisjonell, manuell dosettlegging. Det er fortsatt flere forbedringspotensialer, men det er i dag sikrere at en bruker får den medisinen han faktisk er ment å skulle ha, samtidig som det er årlig kontroll med gjennomgang hos fastlegen.

Innføring av et felles elektronisk rapportsystem reduserer blant annet også sannsynligheten for feil på grunn av manuell registrering i flere ledd.

En av svakhetene med multidose, er når det skjer medisinendringer midt i en periode. Tablettene må da plukkes manuelt fra multidoseposen, en prosess som er både tidkrevende og som også kan innebære en risiko for pasientenes sikkerhet i legemiddelhåndteringen. Det har i tillegg vist seg at en del sykepleiere opplever at de mister oversikten over pasienters legemidler når ikke sykepleierne selv doserer. Dette kan føre til at sykepleierne blir mer passive, og de klarer ikke å opprettholde sin funksjon som legens forlengede arm med å observere virkning og bivirkninger som de vanligvis har videreformidlet til legen.

Dette er et lite bidrag som peker på noen viktige aspekter ved multidose og pasientsikkerhet. Feilmedisinering som resultat av menneskelig svikt, kan korrigeres ved hjelp av multidoseregimet, men løsningen på ett problem, på ett nivå, kan gi uventede ringvirkninger på andre nivå, og i andre deler av legemiddelhåndteringen. Av den grunn, er det maktpåliggende å ha et mangefasettert overblikk av flere nivå samtidig.

Brukermedvirkning er et honnørord som det er vanskelig å være imot. Det er naturlig å aktivt samle inn pasienters subjektive opplevelse av overgangen av ett system til et annet for å ta med gode sider inn i det nye. Det slår meg at pasienters mening i liten grad er blitt systematisk behandlet på dette området.

## 6.0 Litteraturhenvisning

- APO-kjeden. (2014a). *Multidose – Verktøy for bedre kvalitet og mer effektiv legemiddelhåndtering*. Lokalisert på: <http://www.apotek1.no/avtalekunder/multidose-verktoy-for-bedre-kvalitet-legemiddelhaandtering> \*
- APO-kjeden. (2014b). *Multidose – løsning for ulike mennesker i ulike situasjoner*. Lokalisert på: <http://www.apotek1.no/multidose/multidose-loesning-for-ulike-mennesker-i-ulike-situasjoner> \*
- Apotekforeningen (2010). *Apotek og legemidler. Bransjestatistikk om apotekenes virksomhet og rammevilkår*. Lokalisert på: <http://www.apotek.no/Default.aspx?ID=2833&PID=17467&M=NewsV2&Action=1&NewsId=764> \*
- Apotekforeningen (2014). *Apotek og legemidler. Bransjestatistikk om apotekenes virksomhet og rammevilkår*. Lokalisert på: <http://www.apotek.no/Default.aspx?ID=2833&PID=17467&M=NewsV2&Action=1&NewsId=1098> \*
- Apotekloven, LOV-2000-06-02-39. \*
- Connor, J., Rafter, N. & Rodgers, A. (2004) *Do fixed-dose combination pills or unit-of-use packing improve adherence? A systematic review*. Lokalisert på: <http://www.scielo.org/pdf/bwho/v82n12/v82n12a10.pdf> \*
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Bielecki, T. & Børdahl, B. (2013). *Legemiddelhåndtering* (7. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Farmatid. *Gir innføring av multidose riktigere legemiddelbruk?* (2014). Lokalisert på: <http://www.farmatid.no/artikler/gir-innforing-av-multidose-riktigere-legemiddelbruk> \*
- Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Halle, N. (2008). *Hvilke tiltak kan gjøre multidose til et bedre egnet legemiddelhåndteringssystem for bruk i kommunehelsetjenesten?* (Kandidatoppgave i Folkehelsevitenskap). Tromsø: Universitetet i Tromsø. \*
- Heier, K. F., Olsen, V. K, Rognstad, S., Straand, J. & ., Toverud, E.-L. (2007a) *Riktig legemiddelopplysninger og farvel til dosettene?* *Sykepleien Forskning* (2(3): 166-170). Lokalisert på: [http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/utskriftsvennlig?p\\_documento\\_id=118275](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/utskriftsvennlig?p_documento_id=118275) \*

- Heier, K. F., Olsen, V. K., Rognstad, S., Straand, J. & ., Toverud, E.-L. (2007b) Helsepersonells oppfatninger om multidosepakkelegemidler. Tidsskrift Norsk Lægeforening nr. 18 (217:2382:5). Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/1585090> \*
- Helsedirektoratet. (2011). *Handlingsplan 2011. Meldingsløftet i kommunene 2010-2011*. Lokalisert på: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/handlingsplan-2011---meldingsloftet-i-kommunene-2010-2011/Publikasjoner/handlingsplan2011-meldingsl%c3%b8ftet-i-kommunene2010-2011.pdf> \*
- Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30. \*
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk*. (Meld.St. 18, 2004-2005). Lokalisert på: [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20042005/stmeld-nr-18-2004-2005-.html?regj\\_oss=1&id=406517](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20042005/stmeld-nr-18-2004-2005-.html?regj_oss=1&id=406517) \*
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld.St. 47 (2008-2009)). Lokalisert på: <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf> \*
- Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. \*
- Helsetilsynet. (2002). *Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester*. (Rapport fra Helsetilsynet 11/2002). Lokalisert på: [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). \*
- Henderson, V. (1961) ICN. Sykepleiens grunnprinsipper (2. utg.). Oslo: Norsk Sykepleieforbund. \*
- Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur. Refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Gyldendal. \*
- Henderson, V. A. (1991), *The nature of nursing—Reflections after 25 years*. New York: National League for Nursing Press. \*
- Johnell, K. & Fastbom, J. (2008) *Multi-dose drug dispensing and inappropriate drug use: A nationwide register-based study of over 700 000 elderly*. Scandinavian Journal of Primary Health Care (s. 86-91). Lokalisert på: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/02813430802022196> \*
- Kristoffersen, N. J. (2005) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 4* (s. 13-99). Oslo: Gyldendal.
- Legemiddeloven, LOV-1992-12-04-132. \*

- Martinsen, K. (1999) Omsorg i sykepleien, en moralsk utfordring. I Jensen, K. (Red), Engelsrud, G., Lauvdal, T., Løvlie, L., Martinsen, K., Eriksen, T. R., Rønning, R. *Moderne omsorgsbilder* (s. 61-98) Oslo: Gyldendal. \*
- Mekki, T. E. (2007) Sykepleie som fag og yrke. I Mekki, T. E. (Red.) *Sykepleieboken 1. Grunnleggende sykepleie* (s. 57 – 66). Oslo: Akribe.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2008). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert på:  
<http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler> \*
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014). *Pasientsikkerhetsprogrammet*. Lokalisert på:  
<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/Pasienter+og+p%C3%A5r%C3%B8r> ende
- Nordeng, H. (2007) Grunnleggende kunnskap. I Nordeng, H. & Spigset, O. (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (s. 23-46). Oslo: Gyldendal.
- Norsk Pasientskadeerstatning (2014) Lokalisert på: <http://www.npe.no> \*
- Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: NSF. \*
- Nylenna, M. (2013). *Medisinsk ordbok*. (7.utg.) Oslo: Kunnskapsforlaget og Gyldendal. \*
- Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. \*
- Patentloven, LOV-1967-12-15-9. \*
- Rognstad, S. & Straand, J. (2004) *Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene?* Tidsskrift for Norsk Lægeforening (nr. 6, 124; 810-812). Lokalisert på:  
<http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2004/810-2.pdf> \*
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Multidosepakking av legemidler. En samfunnsøkonomisk vurdering av tiltak*. Lokalisert på:  
<http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/legemidler/multidose/Documents/multidosepakking-av-legemidler-sluttrapport.pdf> \*
- Spigset, O. (2007) Eldre og legemidler. I Nordeng, H. & Spigset, O. (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (s. 391-398). Oslo: Gyldendal.

- Statistisk Sentralbyrå. (2014). *Kommuneregnskap, 2013, foreløpige tall*. Lokalisert på: <http://ssb.no/offentlig-sektor/statistikker/kommregnko/aar-forelopige/2014-03-17?fane=tabell&sort=nummer&tabell=168097> \*
- Wekre, L. J. (2014). *Implementation of Multidose Drug Dispensing in a Home Care Setting. Changes in Safety of Medicines Management*. (Doktorgradsavhandling). Trondheim: Norwegian University of Science and Technology (NTNU) \*
- Wekre, L. J., Melby, L. & Grimsmo, A. (2011) *Early experiences with the multidose drug dispensing system – A matter of trust?* Scandinavian Journal of Primary Health Care (29: 45-50). Lokalisert på: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b00c8299-751b-4c98-8889-890efa38aff5%40sessionmgr4003&vid=2&hid=4106> \*