

Multidose i e-resept

Erfaringer fra bruk av e-multidose i pilotkommuner

Johnsen E, Bergmo T, Jøsendal AV, Kolstrup N, Johansen M.



Multidose i e-resept

Delrapport: Erfaringer fra bruk av e-multidose i pilotkommuner

Rapportnummer

08-2016

Prosjektleder

Trine S Bergmo

Forfattere

Elin Johnsen
Trine S Bergmo
Anette Vik Jøsendal
Nils Kolstrup
Monika Johansen

ISBN 978-82-8242-066-2

Dato 19.01.2017

Antall sider 43

Emneord

E-multidose; pilot; erfaringer og synspunkter fra fastleger, hjemmesykepleiere og ansatte på multidoseapotek; e-resept; legemidler i bruk (LIB); medisiner

Oppsummering

Dette er en delrapport i prosjektet «Evaluering av pilotering av elektronisk løsning for multidose i e-resept» gitt til Nasjonalt senter for e-helseforskning av Direktoratet for e-helse. Denne rapporten beskriver erfaringer med e-multidose gjort av helsepersonell i pilotkommunene.

Utgiver

Nasjonalt senter for e-helseforskning
Postboks 35
9038 Tromsø
Telefon: 77 75 40 30
E-post: mail@ehealthresearch.no
Internett: www.ehealthresearch.no

Innhold

1	Sammendrag	4
1.1	Helsepersonellerfaringer med e-multidose	4
1.2	Våre konklusjoner	6
2	Innledning	7
2.1	E-multidose - bakgrunn	7
2.2	Oppdrag.....	7
2.3	Operasjonalisering av oppdraget	8
3	Framgangsmåte	9
3.1	Framskaffelse av data.....	9
3.2	Empirisk materiale - intervju	9
3.2.1	Rekruttering av informanter	9
3.2.2	Innhenting av intervjumaterialet	10
3.2.3	Bearbeiding og analyse av intervjumaterialet	10
3.2.4	Oppbygging av rapporten	10
4	Resultater	11
4.1	Erfaringer fra hjemmetjenesten.....	11
4.1.1	Hvordan påvirkes arbeidsprosessene av e-multidose	11
4.1.2	Utfordringer med multidose	12
4.1.3	Tiltak til forbedringer	14
4.1.4	Overgang til e-multidose	16
4.2	Apotekansattes erfaringer	16
4.2.1	Hvordan påvirkes arbeidsprosessene av e-multidose	16
4.2.2	Utfordringer med e-multidose	17
4.2.3	Vil de apotekansatte tilbake til papirbasert.....	18
4.2.4	Forslag til forbedringer	18
4.2.5	Implementeringsprosessen – viktige hensyn.....	19
4.3	Legeerfaringer	20
4.3.1	Hvordan påvirkes arbeidsprosessen av e-multidose	20
4.3.2	Utfordringer med e-multidose knyttet til EPJ	22
4.3.3	Vil legene tilbake til papirbasert multidose	26
4.3.4	Forslag til forbedringer.....	26
4.3.5	Implementeringsprosessen – viktige hensyn.....	27
5	Diskusjon og konklusjon	28
5.1	Begrensninger i materialet.....	28
5.2	Pasientsikkerhet og tidsbruk.....	28
5.2.1	Ansvarsforhold	28
5.2.2	Informasjonsflyt og gyldige resepter	29
5.2.3	Regelmessig innkalling?	31
5.2.4	IKT-systemene – forhold som berører utfallet av e-multidose.....	31
5.2.5	To ugunstige forhold og en mulig løsning.....	31

5.2.6	Forskningsfeltet.....	32
5.3	Implementeringsprosessen – nyttige erfaringer	33
5.4	Konklusjoner.....	33
6	Referanser	35
7	Vedlegg.....	36
7.1	Intervjuguider.....	36
7.1.1	Guide intervju med leger	36
7.1.2	Guide intervju i hjemmetjenesten	38
7.1.3	Guide intervju i apoteket.....	40
7.2	Ordinasjonskort for papirmultidose og for e-multidose.....	41

1 Sammendrag

Resultater beskrevet i denne rapporten er tidligere publisert i Sykepleien Forskning. Se Johnsen E, Jøsendal AV, Bergmo TS. «E-multidose er bedre for pasientsikkerheten enn dosett og faks» Sykepleien Forskning 2018 13(69983)(e-69983)¹

1.1 Helsepersonellerfaringer med e-multidose

Bakgrunn

Nasjonalt senter for e-helseforskning har av Direktoratet for e-helse fått i oppdrag å gjennomføre en forskningsbasert evaluering av pilotering av elektronisk løsning for multidose. Som del av denne evalueringen har vi sett nærmere på erfaringer med bruk av multidose i e-resept (e-multidose) gjort av helsepersonell i pilotkommunene. Et særlig fokus har vært pasientsikkerhet og effektivitet/tidsbruk. Vårt empiriske materiale er semistrukturerte intervjuer med brukere; tre ansatte på multidoseapoteket, fire fastleger og sytten hjemmesykepleiere.

Endringer i samarbeid og kommunikasjon

Innføring av e-multidose har medført endringer i kommunikasjon hos og samhandling mellom apoteket, fastleger og hjemmetjenesten. Apotekansatte og fastlegene vurderte det som en klar forbedring at de nå kunne sende elektroniske meldinger til hverandre. Når ikke meldingene blir besvart innen avtalte frister, medfører det imidlertid merarbeid og frustrasjon. Både apotekansatte og hjemmesykepleiere fortalte at de måtte purre oftere på legen for fornying av resepter ved e-multidose enn ved papirmultidose, og at de har hyppigere kontakt grunnet spørsmål om gyldig resept. Hjemmetjenesten opplever å være et unødvendig ledd mellom lege og apotek når det kom til reseptfornyning. Legene på sin side fortalte at innføringen av e-rutiner har medført utbedring av egne kontorrutiner og inngåelse av nye avtaler med hjemmetjenesten. Dette opplever legene tilfredsstillende, og hjemmetjenesten har gitt positive tilbakemeldinger på bedre samarbeid i form av raskere respons. I kommunikasjon med sykehus opplever fastlegene og hjemmetjenesten samme utfordringene som før innføringen av e-multidose.

Pasientsikkerhet

Innenfor alle tre informantgruppene gav man uttrykk for at e-multidose bedret pasientsikkerheten. Både apotekansatte og fastleger påpekte at man nå fanger opp enhver endring i medisineringen av en pasient i Reseptformidleren, også endringer gjort av andre leger enn fastlegen, og dermed har man bedre oversikt. Legene vurderte at pasientene fikk mer korrekt medisinerings med e-multidose, og at oppdateringen av legemiddellistene de måtte gjøre ved implementeringen av e-multidose, førte til at listene ble mer korrekte. Apotekansatte følte seg tryggere på at legemiddellisten i Reseptformidleren var oppdatert,

¹<https://sykepleien.no/forskning/2018/04/e-multidose-er-bedre-pasientsikkerheten-enn-dosett-og-faks>

slik at de visste hvilken liste som var gjeldende og skulle pakkes etter. Hjemmesykepleiere har også erfart at e-rutinene var raskere enn papirrutinene når pasientens multidose skulle endres, og de opplevde færre feil.

Hjemmetjenesten og fastlegen meldte om utfordringer rundt pasientsikkerheten ved kortidsopphold på institusjon og sykehus. Fastlegene følte seg tryggere på at sykehusene har riktig legemiddelliste for pasienten ved innleggelse siden listen ligger i Reseptformidleren, men ved utskrivelse kan usikkerhet oppstå om hvilken medisinerings som gjelder. Hjemmetjenesten erfarte at det tok for lang tid fra utskrivelse til listene var oppdatert og endringer kom i multidosen.

Tid/effektivitet

Sykepleiere opplever at endringer kommer fortere i multidosen med e-rutiner, og det sparer dem for tid brukt på manuell korrigerings av dosen. På den andre siden formidlet de at innføringen av e-multidose medfører at de brukte mer tid på å finne ut om pasienter har gyldige resepter og på å purre på leger for å få resepter fornyet.

Apotekpersonalet opplever e-multidose som mer tidkrevende enn papirmultidose. E-systemet fanger opp alle endringer i pasientenes medisinerings og dermed må apotekansatte kontrollere legemiddellisten hyppigere. De opplever også å må purre hyppigere på legene fordi pasientene mangler resepter. Legene trakk frem at det var positivt at alt nå ble skrevet i Reseptformidleren, og at samspillet med andre tjenester gikk raskere.

Implementering

Både apotekansatte og leger erfarte at det var mye arbeid med selve implementeringen av e-multidose da alle legemiddellistene måtte gjennomgå på nytt. Hjemmesykepleierne hadde i liten grad merket selve implementeringen. Klargjøring av ansvarsforhold og god opplæring ble nevnt av alle informantkategoriene som en forutsetning for at systemet skulle fungere tilfredstillende.

Forslag til forbedringer

Alle tre aktørene i denne studien ønsker at hjemmetjenesten får tilgang til pasientenes legemiddellister slik at de enkelt kan få en oppdatert oversikt over de legemidler pasientene står på, samt at de kan sjekke gyldigheten av reseptene til sine brukere.

Legene opplever svakheter med EPJ-ene og utfordringer med å bruke disse, og dette svekker mulighetene for en optimalt fungerende e-multidoseløsning.

De apotekansatte ønsker at legene forskrev større mengder på reseptene slik at reseptene ikke må fornyes så ofte, og at det er teknisk mulig begrense en resept til utlevering i multidose.

Det etterlyses tydeliggjøring av hvem som har ansvar for å fornye resepter og å holde listen oppdatert, spesielt oppleves dette som en utfordring ved skifte av omsorgsnivå. Alle tre informantgruppene peker på behov for tydeliggjøring av ansvarsforhold. En legemiddelliste i

sanntid som er tilgjengelig for helsepersonell med ansvar for pasienten, trekkes frem som noe som ville gitt stor kvalitetsheving.

1.2 Våre konklusjoner

Multidose i e-resept innebærer kvalitetsforbedringer når det gjelder riktig legemiddelforordning til pasienten. Feilkilder knyttet til papirbaserte løsninger blir borte, mens ny kvalitessikring følger av at apoteket nå systematisk kontrollerer enhver endring i legemiddelforskrivingen. Det viktigste kunnskapen vi kan trekke ut fra denne delen av prosjektet er tre tiltak som bør vektlegges ved en nasjonal innføring av e-multidose. Det første tiltaket er å klargjøre ansvarsforhold mellom de ulike aktørene og god opplæring, spesielt for legene. Det andre er en utbedring av EPJ-systemene slik at de blir mer oversiktlig og enklere å bruke. Den siste og kanskje viktigste tiltaket for at e-multidose skal fungere tilfredstillende er at alle brukerne, også sykepleierne i hjemmetjenesten, får tilgang til oppdaterte medisinlister i sanntid.

2 Innledning

2.1 E-multidose - bakgrunn

Rett medisinerer for forebygging eller behandling av sykdom er et viktig element i en moderne helsetjeneste. Når pasienter har flere kroniske sykdommer, øker ofte kompleksiteten i legemiddelbehandlingen og dermed muligheter for legemiddelinteraksjoner og ugunstige bivirkninger. Det finnes ulike måter å administrere legemidler på. Dosett med medikamentene som en pasient skal bruke, er et hjelpemiddel som skal gjøre det enklere for pasienten å få tatt riktig legemiddel på rett tidspunkt. For å effektivisere ileggingen av medisiner, har man utviklet «multidose» som alternativ til dosetten. «Multidose» er en automatisert pakking av legemidlene i doseringsposer merket med medikamentnavn og tidspunktet medikamentene skal tas. Den automatiserte pakkingen skal samtidig redusere mulighetene for feil i multidoseleveransen til pasienten.

«Elektronisk multidose» er en videreutvikling av denne tjeneste. Endringene består i at legen ikke lenger forskriver legemidler på papir og kort (papiordinasjonskort) som fakses apoteket, men sender forskrivningen elektronisk i en «e-reseptløsning». I dette ligger at multidoser bestilles innenfor en generell forskrivningsrutine med e-resepter, hvor kommunikasjonen lege-apotek skjer via Reseptformidleren, en sentral database for e-resepter. Denne nye ordningen skal understøtte sikre og effektive arbeidsprosesser for håndtering av multidoser, slik at pasienten får rett legemiddel til rett tid. (Helsedirektoratet 2015)

I 2014 ble det igangsatt en pilotering av elektronisk multidose (heretter e-multidose) i fem kommuner, en i Jevnaker og fire i Rogaland fylke: Gjesdal, Klepp, Sandnes og Time. Nasjonalt senter for e-helseforskning har fått i oppdrag av Direktoratet for e-helse å gjennomføre en forskningsbasert evaluering av erfaringer fra piloteringen av løsning.

2.2 Oppdrag

I oppdragsdokumentet fra Direktoratet for e-helse (Bilag 1) heter det som følger:

Den overordnede målsetningen med dette oppdraget er å gjennomføre en forskningsbasert evaluering av pilotering av elektronisk løsning for multidose i e-resept. Målet er å få kunnskap om positive gevinster og eventuelle utilsiktede negative effekter av ny elektronisk løsning, sett opp mot dagens eksisterende papirbaserte løsning. Det er videre en målsetning å få kunnskap om hvordan løsningen best kan nasjonalt innføres, basert på erfaringer fra pilot.

Direktoratet ønsket at oppdraget skulle belyse følgende:

- Positive effekter ved ny elektronisk løsning sett opp mot eksisterende papirbasert løsning som praktiseres i dag
- Eventuelle utilsiktede negative effekter ved ny elektronisk løsning slik at man i videre innføringsprosess av e-multidose, og for andre prosjekter som bygger videre på løsning med Legemidler i bruk-meldingen i Reseptformidleren, kan forebygge uønskede virkninger

- Dokumentere erfaringer med piloteringsrutiner som benyttes i selve overgangen til ny elektronisk løsning, for å kunne legge opp til bestep praksis ved nasjonal innføring av løsningen

Videre angir oppdragsgiver følgende retningslinjer for oppdraget:

Pasientsikkerhetsmessige effekter må vektlegges tyngst i forskningen, men det bør også inkluderes eventuelle effekter (positive eller negative) knyttet til tids- og ressursbruk for nye arbeidsprosesser og rutiner som følge av ny elektronisk løsning. Det er viktig både å få dokumentert effekter av selve løsningen, men også fokusere på erfaringer i selve overgangen til å ta ny løsning i bruk (piloteringsløpet). Dette fordi overgangen er kompleks og arbeidskrevende, spesielt med tanke på antall aktører som påvirkes til ulik tid, behov for detaljert informasjonsutveksling mellom involverte parter og at legene må samstemme multidosepasientenes legemiddellister. Både lege- og apoteksiden må belyses, samt konsekvenser av at kommunal helse- og omsorgstjeneste ikke inngår i den elektroniske løsningen. Forskningen må adressere eventuelle regulatoriske, organisatoriske og IKT tiltak som bør adresseres for å forebygge og redusere sannsynlighet for utilsiktede effekter som avdekkes både i overgangen til ny løsning og videre driftsfase. (Bilag 1)

2.3 Operasjonalisering av oppdraget

Evalueringen og anbefalingen for 2016 ble planlagt produsert i 3 faser. Hver av disse fasene ender i en delleveranse, det vil si rapporter, som skulle ha utgangspunkt i spesifikasjonene skissert i Bilag 1. En fase 4 er skriving av sluttrapport.

De tre delleveransene er som følger:

1. Produsere en oversikt over erfaringer med e-multidose med et spesielt fokus på de skandinaviske landene
2. Kartlegge pasientsikkerhet ved å måle avvik i Legemidler i bruk (LIB) - liste
3. Dokumentere erfaringer med bruk av e-multidose i pilotkommunene og foreslå tiltak til forbedringer.

Foreliggende rapport er for fase 3 og omhandler helsepersonells erfaringer fra piloteringen av e-multidose.

Rapporten gir først en beskrivelse av framgangsmåten for å fange opp helsepersonells erfaringer. Deretter beskrives resultater fra den empiriske studien. Til slutt følger drøfting og konklusjoner.

3 Framgangsmåte

3.1 Framskaffelse av data

Det ble i utgangspunktet planlagt å gjennomføre en spørreundersøkelse blant helsepersonell-brukerne i piloten. Brukerne skulle identifiseres i samarbeid med de sentrale aktørene i kommunene og Direktoratet for e-helse. Sentrale effektmål som skulle utredes var som følger:

- Hvordan påvirkes arbeidsprosessene av e-multidose
- Utfordringer generelt og spesielt i forhold til overganger mellom hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg
- Tiltak for forbedringer

For å få en dypere forståelse av erfaringene med multidose og e-multidose skulle det også gjennomføres intervju med helsepersonell i pilotkommunene. Det ble tatt sikte på å intervju tre hjemmesykepleiere, tre fastleger og tre apotekansatte, eventuelt å fortsette til ingen ny erfaringer fremkom. Intervjuene skulle ta utgangspunkt i resultatene fra spørreundersøkelsen. De skulle så langt det er mulig foregå i direkte samtale, eller i videokonferanse når det var mulig og hensiktsmessig.

Spørreundersøkelsen ble imidlertid skrinlagt fordi det nylig var gjennomført en tilsvarende undersøkelse (1), mens intervjuundersøkelsen ble gjennomført som intendert.

3.2 Empirisk materiale – intervju

3.2.1 Rekruttering av informanter

Direktoratet for e-helse informerte om hvilke legesenter som var med i piloten, og var behjelpelig med kontaktpersoner for hjemmetjenesten i de aktuelle kommunene og på multidoseapoteket i piloten.

For å få avtaler om intervju henvendte vi oss via e-brev til multidoseapoteket, til ledelsen for hjemmetjenesten og til legesentrene i de aktuelle kommunene. E-brevet gav en kort beskrivelse av prosjektet, hvem som var oppdragsgiver og hovedtema vi ønsket informasjon om.

Apotekansatte var umiddelbart interessert i intervjuavtale og tre ledere for hjemmetjenesten var behjelpelige med å arrangere intervjumøter for hjemmesykepleiere. Det var tidkrevende å få kontakt med leger for intervjuavtaler, bortsett fra med de to kontorene vi fikk avtaler med. Til sammen 16 legesentre fikk tilsendt forespørselen. Etter flere purringer, skriftlig og per telefon til legesekretær, fikk vi svar fra en del legekontorer. Resultatet ble at to leger meldte seg villig til å delta. En av dem rekrutterte to andre, slik at til sammen fire leger stilte til intervju.

Alle brukere som ønsket å delta, ble inkludert som informanter.

3.2.2 Innhenting av intervjumaterialet

To forskere (NK og EJ) reiste til Rogaland og gjennomførte intervjuene. Intervjuene foregikk på arbeidsstedet til legene og de apotekansatte, og på kommunale møterom for hjemmesykepleierne. De foregikk primo november 2016.

Det ble gjennomført til sammen seks intervju med til sammen 24 brukere av e-multidose i pilotområdet: ett intervju med tre apotekansatte, tre intervju med til sammen 17 hjemmesykepleiere og to intervju med til sammen fire leger. Kun en lege ble intervjuet alene. Intervjuene varte rundt 45 minutter. De foregikk ansikt til ansikt, ble tatt opp på bånd og ble transkribert av et profesjonelt byrå.

Vi valgte å bruke gruppeintervju. Vår vurdering var at gruppeintervju innenfor de aktuelle yrkesgruppene ville gi tilstrekkelig dybde på informasjonen vi ønsket å hente, og at vi derfor kunne spare ressurser ved å benytte gruppevis i stedet for individuelle intervju.

Vi gjennomførte intervju med utgangspunkt i intervjuguider. (Vedlegg 8.1) Disse guidene var utviklet på bakgrunn av e-Helsedirektoratets ønsker for studien og kunnskapsoppsummeringen som ble produsert i prosjektets fase 1 (Bergmo og kollegaer 2016). Intervjuene som ble gjennomførte, rommet oppfølgings spørsmål fra de som intervjuet, og de hadde til dels en semistrukturert form med spørsmålsformuleringer om å «si noe om» eller «kan dere beskrive». Våre gruppeintervju skiller seg fra fokusgrupper ved at vi ikke fokuserte gruppeinteraksjonen eller gruppenes holdninger, men konsentrerte oss om det som ble kommunisert om våre forhåndsbestemte emner og spesifikke spørsmål. Det var informantenes synspunkter og erfaringer på dette vi var ute etter. Individuelle forskjeller var i utgangspunktet like interessante som ensartede oppfatninger hos informantene.

3.2.3 Bearbeiding og analyse av intervjumaterialet

Forskningsstrategien har vært induktiv; vi produserer lærdommer og kunnskap basert på datamaterialet intervjuene framskaffet. Vi anvendte en temasentrert tilnærming i innhenting, koding og analyse av data. Intervjumaterialet ble først kodet med utgangspunkt i hovedtemaene i guidene. Deretter ble undertemaer innenfor de respektive hovedtemaene fokusert og merket.

Hvert intervju ble lest av minst to medarbeidere, mens tre medarbeidere fordelte kodingen av intervjuene mellom seg (TB, AV, EJ). Deretter ble det kodete materialet redigert inn i skriftlig tekstform, hvor vi tok sikte på å få fram erfaringer og utfordringer hos de respektive informantkategoriene; apotekansatte, fastlegen og hjemmesykepleieren.

3.2.4 Oppbygging av rapporten

Rapporten har følgende deler: en oppsummering; en beskrivelse av framgangsmåte i arbeidet; en resultatdel og til slutt følger en drøfting av resultatene som framkommer og konklusjoner.

Framstillingen av hjemmesykepleiernes erfaringer i kapitlet Resultater, skiller seg en del fra framstillingen av erfaringene til apotekansatte og legene. Det er fordi hjemmesykepleien i liten grad eller ikke merker overgangen fra papir- til e-multidose.

4 Resultater

Empiriske funn fra intervjuene blir presentert i fire hovedtemaer: endringer i arbeidsprosessen; utfordringer med e-multidose; tiltak til forbedringer og viktige hensyn i overgang til e-multidose.

4.1 Erfaringer fra hjemmetjenesten

Tre grupper med sykepleiere fra hjemmetjenesten ble intervjuet. To av gruppene, G1 og G2, har e-multidose fortsatt. Den tredje gruppen G3, har imidlertid fått alle pasientene tilbake på papirmultidose fordi «deres» leger har gått fra pasientjournal som støtter e-multidose til en journal som ikke gjør det.

I hjemmetjenesten var det vanskelig å skille mellom papirmultidose og e-multidose. I den utstrekning sykepleierne har gjort det, har vi referert deres synspunkter og erfaringer.

Vedlagte ordinasjonskort for henholdsvis papirmultidose og e-multidose illustrerer hvor liten forskjellen er mellom de repektive ordinasjonskortene sykepleierne får fra apoteket. (Vedlegg 8.1)

4.1.1 Hvordan påvirkes arbeidsprosessene av e-multidose

Det går mye fortere og det er mindre feil med e-multidose

En av gruppene opplevde at e-multidose var mer effektivt og hadde færre feil. Med e-multidose går også ordineringsprosessen raskere.

Når det er feil i multidosene så må jo vi klippe i posene eller rette på posene og når det tar lenger tid, så blir jo det over flere uker, hvor vi må gjøre det. Mens når vi melder til legene som har e-multidose at det er feil i multidosene, så retter jo han reseptene sine sånn at det blir riktig fra neste gang. Så det er mye lettere. ... Med de som ikke har elektronisk så kan det være at de ikke har sendt den faksen, eller så har ikke faksen kommet og så må de sende det per post. Så prosessen tar mye lenger tid. G1

Tidsbesparende med multidose

Alle tre gruppene i hjemmetjenesten, var positive til multidose generelt. Hovedgrunnene var at det sparte dem for mye tid. De mente multidose var effektivt for pasienter som har få endringer. Ved endring som må igangsettes før levering av neste multidoserull, klipper sykepleierne opp multidoserullene, tar ut medisiner som skal seponeres og legger ny medisin i dosett.

Overgangen til å få multidose sparte jo ufattelig mye tid. Det blir mye mindre legging i dosett. Men er det endringer, så er det noe herk. Når du må klippe opp og legge opp i dosett og du har kanskje en pasient som har fem og seks doser per dag, og...ja. For reglene er sånn at du kan ta ut, men du kan ikke legge i. G1

Sykepleierne slipper å mase på resepter for de pasientene som står på papirmultidose. Det må de gjøre for medisiner som ikke er i multidose.

En annen ting med multidose er jo at vi slipper å mase på resepter. Vi bruker mye tid på det på medisiner som ikke er i multidosen, da må vi mase på resepter hele veien. Mens det slipper vi nå. Det går av seg selv. Og det er fantastisk. G1

Fordelen er jo at, det er jo arbeidsbesparende. G3

Mistet litt kontroll ved overgang til multidose

En av gruppene opplevde å miste oversikt og kontroll på de medisiner pasientene står på. Dette ble bedre når de fikk bilder av de ulike tablettene og informasjon om synonympreparater.

Når vi legger medisinene i [dosett]... følte jeg at jeg hadde mye mer sånn oversikt og visste hva de stod på. Men når de får multidose ... Det kommer i en rull og det er noe med oversikten ... Jeg synes i hvert fall at det var en sånn stor overgang.

Imidlertid synes mange pasienter at multidose gir god oversikt, med merkingen som er på pakkene.

...og mange av brukerne synes det er ryddig med klokkeslett og hva er det som ligger opp i. . G3

Pasientsikkerhet ved multidose

Noen opplevde at pasientsikkerheten blir bedre med multidose. De opplever imidlertid også feil av og til i multidosepakkene.

Jeg trodde jo at dette skulle være et veldig sånn kvalitetssikret, men vi har jo opplevd flere feil i løpet av ... Ting som blir pakket feil eller som ikke blir pakket i, også i multidoseordningen. G3

4.1.2 utfordringer med multidose

Endringer i multidoserullene

En av gruppene, G2, leier inn ekstra sykepleier når multidoserullene kommer for å oppdatere rullene. Hvis ikke multidoserullene er oppdaterte på grunn av endringer som ikke er meldt apoteket eller meldt apoteket for sent, blir det klipping og liming av poser hvor medisiner tas ut og nye medisiner legges i dosett.

Utfordringer med informasjonsflyt mellom fastlege, sykehus og hjemmesykepleiere

Noen sykepleiere avbestiller multidosepakkingen hvis pasientene skal være mer enn 14 dager på institusjon. Hvis oppholdet er kortere, får de med seg multidoserullen. Dette

gjelder både for sykehjem og sykehus. Andre avbestiller når pasientene skal inn på sykehus også for kortere opphold fordi det mest sannsynlig blir endringer uansett. De mente også medisinlistene bør gjennomgås av en lege ved overgang til institusjon.

Sykepleierne sender innleggelsesrapport med medisinoversikt til sykehuset når pasienten blir innlagt der. Fastlegene får ikke nødvendigvis melding når en pasient legges inn.

Hvis sykehuset ikke plukker opp våre innleggelsesrapporter og kun går ut i fra hva pasienten sier, ... da blir det også veldig mye feil. Og så er det mange leger som er inne i bildet på sykehuset. Du har inntakstlege, så har du en postlege, så har du en utskrivende lege. ... Det er veldig mange kokker så om du har alt liggende i en base [sky] på en måte G1

Jeg har tatt telefoner inn til sykehuset, der det høres ut som det er kaos i deres system. G3

Endringer i medisiner etter sykehusinnleggelse

Sykepleierne får sykepleierrapport («utskrivingsrapport») fra sykehuset ved utskriving av pasienter. Denne inkluderer en medisinoversikt. Det første de gjør, er å se om medisinoversikten stemmer med egne medisinlister. Er det endring, kontakter de fastlegen så multidosen kan endres. Epikrisen sendes fastlegen mye senere. Forsinkelser i informasjonsflyten gir merarbeid for sykepleierne. En av gruppene sender sammendrag til fastlegen etter utskriving.

Vi får jo pasientene når de skrives ut. Og det fungerer veldig bra synes jeg, for det er et krav at skrives en pasient ut fra sykehus, sykehjem eller legevakt, så skal det sendes melding til oss. Vi er veldig strenge på at pasienter ikke skal sendes hjem uten at alle opplysninger er sent til oss først. G1

Sykehuset er den største utfordringen. Det vil jeg si. For endringene blir ikke meldt til apoteket fra sykehuset, så jeg vil si at det alltid tar litt tid, for det tar tid før fastlegene får endringene og så er man alltid litt i tvil om hvordan vi skal gjøre det. G2

Må purre på legene

Sykepleierne opplevde at de ofte må purre på fastlegene. Det kan gjelde både å få dem til å endre multidosen, for eksempel etter sykehusinnleggelse, og å få dem til å fornye resepter. De opplever også å være et unødvendig mellomledd mellom apoteket og fastlege.

Om de kommer hjem fra sykehuset og har en multidose med endring, så [må vi legge i dosett og «klippe og limer» litt]. ... Da er det jo ikke alltid, etter vår erfaring, at legene er flinke nok til å gjøre den jobben. Vi må kanskje purre en eller to ganger. G1

Jeg følger jo alltid siste utskrivelse. Altså siste instans hvor pasientene har vært.... Og så ringer vi fastlegen og hører hvilke endringer som er lagt inn. ... Vi får ofte tilbakemelding fra apoteket at vi mangler en resept, eller at det er dosering i multidosen som ikke kan endres fordi legen ikke har gjort det. Og det er ikke alle de nye legene som kjenner systemet. ... Det blir mange telefoner. G2

Dobbelføring og doble prosedyrer

Det er ikke lov å bruke multidosekort som medisinkort. Sykepleierne må derfor føre medisinkortet for multidosepasienter inn i Profil [datasystemet som hjemmesykepleierne bruker]. Det vil si at de må føre medisinerne om står på kortet inn i «permen» på medisinrommet og de må også skrives inn i Profil. Det er også en utfordring med to systemer, både multidose og dosett. Dette mener de kan gi flere feil.

Nå får vi multidosekortet, så må vi sjekke at det er riktig. Så må vi legge det inn i profilen i tillegg, fysisk. Så jeg føler at det kan bli litt feilmarginer i det. G1

Så vi blir liksom mellomledd og det synes jeg kan være litt frustrerende. For da må vi legge både dosett og så har vi multidose –altså da blir det sånn to ting å forholde seg til. G2

Tilbake til papirmultidose?

Gruppene hadde ulike syn på om de mente papir eller e-multidose var best. En gruppe var helt klar på at e-multidose både var mer effektivt og hadde mindre feil.

Det er vår erfaring at hvis de gjør det elektronisk, så er det mye enklere, for da vet vi at det kommer ganske kjapt. Med de som ikke har elektronisk, så kan det være at de ikke har sendt den faksen, eller så har ikke faksen kommet og så må de sende det per post. Så prosessen tar mye lenger tid. G1

En annen gruppe opplevde at multidose på papir fungerte bedre enn e-multidose. Begrunnelsen var at de hadde mer oversikt over hvilke medisiner pasienten stod på når de hadde et ordinasjonskort som varte i et år. Dessuten slapp de da å få fornyet e-resepter fordi ordinasjonskortet fungerer som papirresept for papirmultidose.

Det er klart at for vi som står der og skal levere ut medisinene, så har jeg opplevd at jeg må mase mer på apotekene om e-reseptene er fornyet. Jeg har ingen tilgang til modulen, og at vi har veldig lite oversikt, egentlig, i hvilke medisiner pasienten bruker egentlig. 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. Så der ser jeg også at det blir en del. G2

Før ... var det ingen tvil om hvilke resepter som gjaldt. ... Vi hadde også ordinasjonskortene hvor legen på en måte skrev en godkjenning i løpet av et år for de og de medisinene. Så jeg opplever at det er et økt press overfor apotekene og legene. G2

En annen gruppe opplever ikke forskjell på e-multidose og papirmultidose.

For oss betyr det ikke noe. Det eneste er at vi slipper å purre på at legen må melde seg som LIB-ansvarlig lege [med papirmultidose]. G3

4.1.3 Tiltak til forbedringer

Tilgang til LIB lister

Sykepleierne mener at det ville være til stor hjelp for dem om det eksisterte et felles område hvor alle involverte instanser hadde tilgang til å se pasientenes medisinlister. Andre sykepleiere sier at det hadde vært en fordel for dem om de hadde tilgang til legenes oversikt over e-resepter.

Da hadde det nok vært bedre om e-multidose ... at du hadde alt på ett sted, at du hadde en base som alle instansene hadde tilgang til. At du har en sky, eller hva det heter, hvor alle kan hente informasjonen ... Den skyen hvor alle medisiner legges inn. Går de til legevakten, inn og hent dem. Kommer de i hjemmesykepleien, inn og hent dem. Om sykehuset gjør endringer, så havner de i den skyen. Og alle systemene må kunne snakke sammen. Det er den største tingen, som gjør det vanskelig for oss. G1

[Om vi kunne] se e-reseptene, at vi har tilgang til det systemet fra legene. Det hadde lettet arbeidet veldig og hadde skapt mindre mas for leger og apotek også. Så det hadde vært vinn-vinn. G2

Et annet ønske var at sykepleierapporten som sykepleierne får fra sykehuset, også kunne sendes til fastlegen.

Det hadde vært utrolig kjekt om det gikk an [at fastlegen fikk utskrivningsrapporten]. Fordi da visste fastlegene også om hvilke endringer som var gjort. At det automatisk ble meldt til apoteket det er endringer. Det er jo ikke alltid at fastlegen er enig i det som er gjort, så da trekker de det tilbake igjen. G2

Ansvar for å oppdatere legemiddellistene

Flere påpekte behovet for å tydeliggjøre hvem som har ansvar for å oppdatere legemiddellistene. Alle skal kunne vite hvem som har ansvar for å oppdatere legemiddellistene. De påpekte også at det hadde vært nyttig for dem om alle leger oppdaterte legemiddellistene med en gang de har gjort endringer. Sykepleierne føler at de må passe på og de må mase.

...[vite] hvem som har ansvaret for å oppdatere legemidlene som er i bruk. For det er ganske sammensatte pasienter, mange som stadig legges inn, det blir jo gjerne en slags runddans. ... Ja, at alle til enhver tid har klart for seg hvem som har ansvaret for hvilken informasjon. G2

Det hadde vært utrolig godt om legene hadde oppdatert med en gang de gjorde en endring. G2

Og da må vi mase tilbake, og det blir mer jobb for alle parter. ... Vi føler at vi må passe mye på. Og det føles som vi maser en del. G2

Angående e-multidose så har sykepleiere opplevd at LIB-ansvarlig lege ikke har meldt seg opp som LIB-ansvarlig til apoteket.

Vi har jo hatt litt i forhold til det med ... ansvarlig lege. Hvis de ikke har meldt seg opp som det [LIB-lege], så blir det ikke pakket, og så går det nærmest en måned før det blir pakket i multidoseposen. Da har vi måttet purre på fastlegen. G3

Strengere beskjed til legen om oppfølging

Sykepleierne opplever at det er ett stor problem at legene ikke følger opp pasienten som står på multidose godt nok, spesielt når det gjelder medisinendringer.

Noen mener det bør bli et krav at legen sender beskjed om medisinendringer med det samme, og ikke venter til slutten av dagen. De påpeker også at det er forskjell fra lege til lege på dette punktet.

De [legene] bør få en bedre opplæring og at det stilles krav til dem. Dette er jo faktisk det kommunen har valgt å gå for og da er jo de i grunnen pliktige til å følge opp dette. Og da er vi jo snille som purrer og minner dem på det, for det er jo egentlig legen sitt ansvar å ha kontroll på medisinene. Vi bruker veldig, veldig mye tid på det å mase på legene [og holde orden på medisinlister og resepter]. Det er der alt stopper. G1

De mener dette bedre med e-multidose, for da endres resepten når pasienten er til konsultasjon.

Du purrer aldri på de legekantorene som har e-multidose, men alltid på alle andre. De får faksnummeret, de får beskjed om hva de skal fakse og de får en frist på når det skal gjøres. Altså, det burde ikke være nødvendig, vi har hatt multidose i ganske mange år. G1

4.1.4 Overgang til e-multidose

Sykepleierne merket lite til overgangen fra papir- til e-multidose.

De påpeker imidlertid at rutinene må bli bedre på legesiden. Nå hviler en del av kvalitetssikringen på hjemmesykepleierne.

Innspill fra sykepleiere om multidose

- Multidose generelt er nyttig
- Streng beskjed til leger om oppfølgingsansvar og legenes rutiner må forbedres
- Det er færre feil med e-multidose
- E-multidose er mer effektivt
- Utfordringer følger med endring av og fornying av resepter
- Ønsker seg elektronisk tilgang til oppdaterte medisinlister

4.2 Apotekansattes erfaringer

4.2.1 Hvordan påvirkes arbeidsprosessene av e-multidose

Mer arbeidskrevende med e-multidose

De apotekansatte opplever at e-multidose er mer arbeidskrevende enn papirmultidose. Ved elektroniske rutiner oppleves det at man må håndtere samme pasient mange flere ganger, at man må gjøre langt flere farmasøytikontroller og må be om fornyinger av resept mye oftere.

Ved papirutiner mottas legemiddellister på faks eller brev fra fastlegen og så fordeles de inn i mapper. Disse mappene hentes frem igjen og listene jobbes med når det nærmer seg bestillingsfrist. For e-multidose kommer endringene inn i dataprogrammet hver natt og det kommer varsel på pasienten det gjelder. Ved elektroniske rutiner vil alle endringer på LIB og i Reseptformidleren komme inn til apoteket. Alle endringer må tas stilling til, selv om den ikke påvirker det som pakkes multidosen.

Alle endringer i LIB-en vil på en måte komme til oss. Så må man ta stilling til det, rett og slett. Eller ved fornyelse av resepter, det krever jo óg en farmasøytikontroll sånn som det er pr. i dag. Så må man jo inn på en måte og bare se at alt ser greit ut, farmasøytikontrollere kortet, og så godkjenne det.

Pasientsikkerhet

Det at alle endringer i Reseptformidleren kommer til apoteket ble også nevnt som et positivt aspekt ved e-multidose når det kommer til pasientsikkerheten, ved at man nå har mulighet til å fange opp alle endringer og gjøre interaksjonskontroll osv.

Så sikkerheten er jo mye bedre med e-multidose ...

... fordi at du har muligheten til å fange opp sånne ting da, som kan ha blitt henta ut. En interaksjon eller, ikke sant? På papirmultidose så ville aldri denne antibiotikakuren ha blitt fanget opp fordi at den blir aldri meldt til oss.

I tillegg var det positivt at man ved e-multidose hadde bedre oversikt over hvilken legemiddelliste som var den gjeldende:

Det er ikke fullt så mye luring på hva kom først og sist av disse her endringene, for når vi får masse endringer på faks og brev og forskjellige sånt, så er det av og til, hva er det som gjelder ... hvis det er fire endringer, som skal gjelde her. Så det synes vi er en kjempefordel.

Kommunikasjon

Den nye elektroniske løsningen gir apoteket mulighet til å stille spørsmål direkte til lege, noe de apotekansatte så på som en fordel. Imidlertid opplevde de problemer med at legen ikke alltid svarte på disse spørsmålene slik at man uansett måtte ta en telefon ved siden av.

... med de elektroniske så har vi mulighet til å sende elektroniske spørsmål tilbake til legen. Og forhåpentligvis også få svar i tide i forhold til våre frister og uten at vi er nødt til å ringe mens man har en annen pasient inne på kontoret. Det tror jeg mange leger setter pris på!

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 for å be de om å gjøre det.

4.2.2 utfordringer med e-multidose

Utgåtte resepter og manglende svar fra lege

De apoteksatte påpekte utfordringer rundt resepter som går ut på dato. For papirmultidose vil hele ordinasjonskortet ha én gyldighetsdato og alle legemidler som står på listen vil i hovedregel kunne hentes ut for ett års forbruk. Med e-rutiner vil hver oppføring i legemiddellisten ha sin egen resept og det er ikke gitt at det er skrevet ut nok for ett års forbruk. Apotekansatte opplevde dette spesielt krevende med A og B- preparater da de ofte opplevde at legene vegret seg for å skrive store forpakninger av disse preparatene, til tross for at de skulle brukes fast og pakkes i multidosen. Dette førte derfor til at de apotekansatte opplevde å måtte purre om fornyinger veldig ofte.

Det er lite hensiktsmessig når du bruker én sovetablett hver kveld i multidose, og legen skriver ut 30 tabletter. Da pakker du for fjorten dager, og så hele den, og så får du spørsmål om fornyelse av resept. Og idet du har fått han, så må du sende et nytt fordi at da har du jo brukt opp den. Og så må du et nytt. Istedenfor at du kunne skrevet ut for ett år om gangen.

Med papirmultidose så kunne du skrive en resept på 30 tabletter bare sånn at det var registrert at pasienten skulle stå på simvastatin. Og så fikk pasienten simvastatin daglig år ut og år inn inntil det ble seponert. Men nå må det jo være resepter for det antallet tabletter som skal leveres ut, og det er en tanke som virker, som er litt uvant for mange av legene.

De apotekansatte opplever også problemer med at legene ikke svarer på spørsmål om fornying. Når apotekansatte skal bestille multidoserullene har dermed ikke pasientene gyldige resepter.

Det er litt merarbeid, men utfordringene vår er jo legene, eller de legene som ikke gjør jobben sin.

Hjemmesykepleien mangler innsyn

De apotekansatte opplever hjemmetjenestens manglende innsyn i Reseptformidleren som problematisk i forbindelse med e-multidose. Dette gjør at de får flere telefoner fra hjemmetjenesten med spørsmål om pasientene har resepter, samt at sykepleierne forsøker å bestille legemidler for sine brukere uten gyldig resept.

Vi får jo veldig mange telefoner, «jeg skal bare sjekke», «har den og den resept».

For de har jo også vært vant til at faste medisiner som ikke pakkes i multidose, insulin og inhalasjonsmedisiner og forskjellig sånn, står det på ordinasjonskortet så er det ordinasjonskortet gyldig som resept. Men det er det jo ikke i e-dose hvis det ikke faktisk ligger en nylig resept i bunn. Og det har vi hatt litt problemer med å få kommunisert.

4.2.3 Vil de apotekansatte tilbake til papirbasert

De apotekansatte uttalte seg ikke konkret om de ønsket å gå tilbake til papirrutiner eller ikke. Det kom tydelig frem at de opplevde e-multidose som mer tidkrevende og at det ga dem mye merarbeid i forhold til papirrutiner. Det ble imidlertid også tatt frem positive sider med e-multidose spesielt i forhold til pasientsikkerhet, samt noe i forhold til arbeidsrutiner. Det kom til uttrykk at de synes e-multidose var en positiv utvikling, men at endringer i både organiseringen av systemet, arbeidsrutiner for de ulike aktørene og IT-systemene bør forbedres for at systemet skal fungere som tiltenkt

Hvis reseptene var gyldige og legene svarte på spørsmål, så hadde e-dose vært helt fantastisk.

4.2.4 Forslag til forbedringer

Forskrive for ett års forbruk og låse resepter til multidose

De apotekansatte hadde flere forslag til hvordan man kunne forbedre situasjonen med at resepter hele tiden må fornyes. De ønsket seg et legesystem som automatisk regnet ut antall tabletter for ett års forbruk hver gang de la inn legemidler som fast medisiner. I tillegg foreslo de at hver gang det ble gjort en endring i medisineringen av en pasient, så skulle alle reseptene til pasienten fornyes. Spesielt i forhold til A- og B-preparater så de det som hensiktsmessig om det hadde vært mulig å låse reseptene til bruk i multidose slik at man ikke kunne hente ut disse på vanlig apotek. Dette så de på som et tiltak for å gjøre det enklere for legene å forskrive større mengder av A- og B-preparater.

Ja, så det hadde nok vært mye sikrere, hvis det som skulle pakkes i multidose kunne på en måte forskrives for ett år og vært låst til multidoseapotek.

Tilgang for hjemmesykepleien

De apotekansatte mente at det ville være til stor hjelp dersom hjemmesykepleien hadde tilgang til legemiddellistene direkte, slik at man kunne unngå en del telefoner og det ville være enklere for dem å fornye resepter i tide.

Jeg tenker jo at det hadde vært en fordel hvis det hadde latt seg gjøre at vi og kunne kommunisert elektronisk med hjemmetjenesten. At hjemmetjenesten har mulighet til å gå inn og eventuelt sjekke hvilke resepter som mangler på ulike pasienter.

4.2.5 Implementeringsprosessen – viktige hensyn

Klare ansvarsforhold og god informasjon

De apotekansatte påpekte at det er viktig at man får god informasjon og at det er klare ansvarsforhold under overgangen til nye rutiner spesielt mellom lege og apotek. De ønsket at når de skulle gå over til å pakke med utgangspunkt i elektronisk LIB og e-resepter, at de da kunne være trygge på at den listen som lå i Reseptformidleren var oppdatert og det forelå gyldige resepter.

Det var derfor vi var veldig på at legene skulle gjøre den avstemmingen i forhold til LIB-en og sette opp en liste at akkurat dette bruker pasienten og her er reseptene. Mens legene er veldig flinke til å hve det over til oss. «Nei, her er LIB-en, dere får stemme av, finne ut.» Det er vel fremdeles enkelte leger som har doble resepter og ...

Nei, i Reseptformidleren er det mange pasienter som har mye rot, ja.

Riktig fastlege

De apotekansatte påpekte at det var veldig viktig at det lå riktig fastlege inne i apotekets system ved overgang til elektroniske rutiner og inntil systemet er fullt utrullet. Da vet personalet at man gir beskjeder til riktig lege. I en overgangsfase risikerer man dessuten å ikke fange opp endringer i pasientenes legemiddelliste dersom man har feil lege registrert.

... så når absolutt alle har e-dose, så er ikke det et problem lenger, men nå så er det det. I overgangen. Og det er helt kritisk, altså. At vi får beskjed om hvem som er fast og har riktig fastlege til enhver tid.

Innspill fra de apotekansatte om e-multidose

- Elektronisk multidose oppleves som mer arbeidskrevende enn papirmultidose.
- Utfordringer med utgåtte resepter og oppfølging av at legene fornyer reseptene
- E-multidose har potentiale, men uklare ansvarsforhold og rutiner gjør at systemet ikke fungerer optimalt.
- Økt pasientsikkerhet ved e-multidose
- PLO bør få innsyn i e-reseptene for sine brukere
- Ønsker tydeliggjøring av legens ansvar ved oppdatering av legemiddellistene og fornyelse av resepter.

4.3 Legeerfaringer

4.3.1 Hvordan påvirkes arbeidsprosessen av e-multidose

Legene forteller at starten innebar en betydelig jobb arbeidsmessig sett. Imidlertid gikk det greit etter hvert som øvelsen kom. Samtidig fulgte den positive opplevelsen av å ha fått ryddet i egne medisinlister.

Altså, det var en betydelig jobb (...) i det vi skulle gå over fra papir til elektronisk. Og vi fikk ryddet en del i papirene, for hjemmesykepleien var med når vi skulle legge om, og det kom frem, husker jeg, at listene våre ikke var samkjørte. Så det ble mye arbeid. Men i hvert fall så opplevde jeg personlig at det var nyttig å rydde i medisinlistene. L4

En av legene oppsummer betydningen av e-multidose for hvor riktig medisinerings av pasienten blir, og for hvordan egen arbeidsdag blir. Denne legen beskriver mer korrekt medisinerings og en grei arbeidsflyt. Det er tilfredsstillende å få bedre oversikt over hvilke medikamenter som er foreskrevet til egne pasienter.

Jeg er overbevist om at pasientene med e-multidose får mer korrekt medisinerings nå gjennom multidose. At de faktisk får det som ligger i posen og jeg tenker også at de får en helt annen gjennomgang enn hva vi hadde for 10 år siden. Da bare skrev vi det ut og sykehuset ... vi hadde ingen kontroll med hva de fikk av andre.... Og jeg opplever det som godt å få bort en del av disse røde og gule flaggene på interaksjoner og jeg tror at det gavner pasienten. L4

Det går greit når rutiner og avtaler følges

Noen leger forteller at de synes arbeidet med e-multidose går greit, selv om starten ikke var like enkel. Det tilskriver de at det ble utarbeidet avtaler med hjemmesykepleien og gode rutiner på kontoret. Her har samarbeid hatt betydning. Noen har kollegaer som er gode på å få i stand rutiner, og hjemmesykepleien «sto på» for å få orden på ting.

Og ved endringer så tror jeg vi stort sett er flinke til å sende meldinger om endringer til PLO. *Hvorfor har dere blitt flinkere?* Fordi vi fikk kjeft for at vi glemte det og da tror jeg de fleste skjerpet seg og gjorde noe med det. Og så har vi et par på kontoret som er veldig ivrige på å lage gode rutiner. Så vi har gode tilbakemeldinger fra hjemmesykepleien at de er godt fornøyd med vårt kontor. ...

Når vi skulle innføre elektronisk kommunikasjon med PLO, så skrev vi under på en avtale at vi skulle respondere i løpet av et døgn. Og det gjør vi stort sett. De andre [legekontorene] skrev under det samme, men det er ikke alle som klarer å følge opp i praksis. L4

Det vurderes også gunstig å ha en dataansvarlig som skal ha beskjed hvis de oppdager feil.

Det samme med den som har ansvaret for en e-melding. Altså hvis vi oppdager feil, så skal vi også gi tilbakemelding til dataansvarlig... Og det tror jeg også vi har på stell her. L4

Hva har e-multidose betydd for legenes egen arbeidsdag? Hvordan organiserer de arbeidet sitt? En lege forteller om en rutine med å sjekke boksen for dialogmeldinger på slutten av arbeidsdagen, og mener det er en forutsetning for å holde avtalen med hjemmesykepleien om å svare innen et døgn.

Jeg har rutine at jeg på slutten av dagen er inne og sjekker litt. Jeg tenker at om vi skal følge avtalen om respons innen et døgn, så må vi gjøre det sånn. Sykepleieren som har ansvaret hos oss, hun skal da også gi beskjed til meg. Men når jeg er på ferie, så er det ingen andre, og da halter det litt. L4

Når legen må ta over for en annen lege, er det bare å gå inn å se, på samme måte som for egne pasienter. Igjen understrekes at det primære her er å ha gode rutiner og å ha intensjonsavtaler som man følger.

Sikkerhet og oppfølging av pasienten på multidose

Endringer i medisineringsen som ikke skjer hos fastlegen, skaper lett usikkerhet.

Det tryggeste er når pasienten kommer til kontoret og har med seg en liste fra hjemmesykepleien om hva de faktisk bruker og at vi får sjekket at de faktisk tar det som står på listen. Det er den beste sikkerheten. L1

Ingen leger forteller at de har som rutine å innkalle pasienter én gang i året for å kontrollere medisinalisten. Et synspunkt er at pasienten i utgangspunktet skal ha ansvar for egen helse. Dessuten er vanligvis multidosepasienten såpass syk at legebesøk er nødvendig flere ganger i året. Hjemmesykepleien hjelper også til hvis det kreves endringer.

I utgangspunktet så kaller ikke jeg inn pasienter sånn rutinemessig. Det er litt med, hvem skal ha ansvar for å følge opp sin egen helse. Er det doktoren som skal kalle deg inn, eller skal du faktisk ha et initiativ på deg selv? Så jeg kaller nok bare inn et fåtall pasienter i året. L1

Er det også sånn dere gjør? Ja, jeg tenker at de med multidose er ofte såpass syke at de jo er innom noen ganger i året uansett. L3

Når pasienten skal på sykehus eller sykehjem

Når pasienten skifter omsorgsinstitusjon, krever det informering mellom berørte instanser. For eksempel gjelder det når pasienten skal på sykehus. Noen fastleger informerer hjemmesykepleien når de legger inn en pasient. Noen fastleger har automatisk kopiering av LIB-listen inn i henvisningen av pasienten til sykehus.

Hvis det er jeg som legger inn pasienten og vet at PLO har noe der å gjøre, så legger jeg inn en beskjed. Det er rent praktisk, tenker jeg, så de slipper å reise bomtur. Men generelt når en pasient legges inn så slipper jeg å ha ansvaret for vedkommende, ... men jeg tenker at det er viktig at pasienten har med seg riktig medisinalliste på sykehus. Og så vet jeg at når det gjelder multidose, så har sykehuset tilgang til den [via Reseptformidleren]. L4

Men jeg lurer litt på hvorfor sykehusene ikke bare kan gå inn å se medikamentlistene når de ikke er i [e-multidose.] ... Akkurat forskjellen på e-resept og multidose-e-resept skulle jeg gjerne visst mer konkret hva er. L4

Den nye e-multidoseordningen berømmes, fordi det blir lettere å gi sykehuslegen den korrekte medisinalisten, og mer generelt å holde pasientens legemiddelliste oppdatert ved å gjenbruke medisinalistene i Reseptformidleren:

Er dere også klar over at når vi sitter på legevakten nå, så har de laget systemet slik at alle pasienter som er i hjemmesykepleien, der kan du få opp listen inne i forskrivningen. Og det er veldig greit når du skal henvise... Så kan du gå inn der og på en måte flytte over medisinen; du lager en lokal LIB-liste på

bakgrunn av det som ligger inne i forskrivningsmodulen. Det synes jeg har vært en måte jeg i hvert fall har kunnet hjelpe sykehuslegen på, at det jeg har sendt ifra meg er mer korrekt. L1

4.3.2 Utfordringer med e-multidose knyttet til EPJ

Visse utfordringer knyttet til den elektroniske pasientjournalen (EPJ-en) kan vanskeliggjøre en nasjonal innføring og bruk av e-multidose. Innledningsvis formidlet vi erfaringer fra leger som har «fått et grep» om e-multidosearbeidet. Ut fra det hjemmetjenesten formidlet, gjelder ikke det alle legekantorene i piloten. Videre er det slik at selv om de legene som vi har sitert, synes e-multidose er et framskritt, så er de ikke like fornøyd med alt de har å forholde seg til. Alt er ikke like greit for alle. De strever litt – eller mye - med å bruke, utnytte og forstå EPJ-ene de bruker og det oppstår utfordringer når en multidose skal endres.

En av legene avslutter sin oppsummering av fordelene med e-multidose med å peke på det han ikke sa noe om. Det var utfordringer knyttet til bruk av EPJ-en. Det går for trekt og henger seg. Samstemmingsmodulen² oppleves å være for dårlig. De opplever at det mangler funksjoner som å kunne skrive ut medikamentlister og historikk. Når man beveger seg mellom moduler, er det lett å miste oversikten over hvor man befinner seg. Flere omtaler tilsvarende utfordringer. En savner også automatisk generering av regningskort knyttet til forskrivingen.

Da [jeg beskrev alle fordelene] hopper jeg over at det av og til er trekt og henger når jeg skal bevege meg rundt i systemet, for det er ganske frustrerende, men vi venner oss til det. Det gjelder det elektroniske. L4

Jeg har ikke snakket om det å sammenligne. Når jeg får en epikrise, så kan jeg klippe tekstdelen inn og sammenligne og se på listene. Men ofte så synes jeg faktisk er kjappere å gjøre manuelt altså. Men jeg så at 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 også muligheten til å skrive ut fra ikke bare medikamentlister, men det er også noen som spør etter litt historikk og sånt og der er det umulig å få utskrift. L4

Utfordringer knyttes til for dårlige EPJ-systemer, og for dårlig integrerte EPJ-systemer.

Men det er jo der jeg synes det er dumt at de spørremeldingene fra apoteket kommer der. Og når du da åpner forskrivningsmodulen derfra, så tar det litt tid å komme inn i forskrivningsmodulen. Så må du svare på spørsmålene, og så blir du tatt tilbake igjen til fm innboks. Og så, når du da er ferdig og har gjort endringene, så skal den oppdatere og det tar litt tid. Og så må du da gå inn og hente pasienten i journalsystemet og lage regningskort, holdt jeg på å si. Og da vil jo på en måte endringene komme til syne der. Og så tilbake. Du får den her ventinga hele tida, og inn og ut [i EPJ-modulene]. Det tar lang tid ... å gå og bytte mellom de forskjellige tingene. L1

Når jeg har fått en epikrise tilbake, så journalfører jeg epikrisen inn i systemet. Så tar jeg ofte ut en print hvis jeg ikke klarer å huske hva det er for noe... Hadde du hatt et integrert system, kunne du hatt den ene oppi der, så kunne du bare sammenligne. Nå er du på en måte nødt til å åpne et eksternt program for å klare det, og da har ikke jeg lesetilgang i journalen mens jeg er inne i systemet. L1

² Omtalte samstemmingsmodul er ikke en del av e-reseptløsningen, men en modul der de kan gjøre gjenkjenning av tekst fra epikrise opp mot lokal legemiddelliste i EPJ-en.

Det pekes på at den siste legen som korrigerer pasientens medisinliste, er ansvarlig for listen pr. da. Imidlertid hersker forvirring og usikkerhet om hvem som ser hva, og status på listen i forskrivingsmodulen. Er resepten trukket tilbake, når den skulle? Oversikten i forskrivingsmodulen er uoversiktlig.

Jeg tenker at når du legger til eller trekker fra noe, så er du ansvarlig for at det er greit i forhold til pasienten og i forhold til interaksjoner på medisinene. ...[Nå kan]det jo være flere aktive medisiner ute og går på samme pasienten, fordi resepten ikke er trukket tilbake. Og den ryddejobben er enorm, sant. Hvis du åpner forskrivingsmodulen nå og ser på denne her listen nedenfor, så kan det ligge uhorvelig med medisiner. Og du har faktisk ikke noe grunnlag for å vurdere om det som ligger der er riktig eller ikke, for du har ikke tilgang på journalnotater og sånn som er gjort for å begrunne forskrivningen. L1

IKT-kompetansen – en utfordring

Ikke alle har kompetanse til å bruke EPJ-modulene de har tilgjengelig, like godt. Det er et problem for de aktuelle legene, og det er et problem for de som har sendt spørremeldinger som de ikke får besvart. Ikke alle får til å bruke samstemmingsmodulen. For noen forsvinner spørremeldingen mellom mengder av utleveringsmeldinger. Noen er inne på tanken om at spørremeldingene er så viktige at de burde komme i den ordinære innboksen.

Jeg må si, den samstemmingsmodulen av medisinene, den har jeg ikke skjønt helt. Så den har ikke jeg brukt. Jeg har tatt ut på papir og så på en måte gjort det manuelt. Det er jo stort sett første gangen. Jeg har ikke forstått poenget med den, på sett og vis. 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. ... Men de maser jo ikke på det, den ligger bare der for å si det på den måten. L2

De spørremeldingene er jo så viktige at de skulle jo egentlig ha kommet i den vanlige innboksen automatisk. L3

En lege trodde det hovesakelig ligger utleveringsmeldinger, uten interesse for eget arbeid, i boksen for dialogmeldinger. Legen var ikke klar over at man kunne begrense tilsendte utleveringsmeldinger til de pasientene man ville følge med på.

En annen forteller at boksen for dialogmeldinger sjekkes hver dag, eller i det minste flere ganger i uka. Hvis ikke hoper det seg opp, og apotek hjemmetjeneste får ikke de svarene de ber om. Følgende replikkveksling fant sted mellom noen av legene:

Men jeg har ikke noe behov for å se utlevering når pasienten har vært og tatt ut L2

Nei, men de [spørremeldingene] ligger jo innimellom.... L1

Ja, den kommer på feil plass, den [spørre]meldingen. For det er jo så mye utleveringsmeldinger som du óg må bruke tid på. Slette og jobbe deg igjennom. L2

Ja, men jeg tenker at hvis en hele tiden gjør det, så blir det aldri mange meldinger der. Det er det som er poenger. ... I forhold til utleveringsmeldinger så har jeg gjort det slik at jeg ber bare om utleveringsmeldinger på pasienter som jeg tror kan ha et medikamentmisbruk. L1

Noen ganger skal multidosen forandres. Det er når dosering skal justeres, og når pasienten skal ha ny behandling. Når multidosen skal endres med pasienten på kontoret, er det mye å passe på og det kan bli tidkrevende. Enkelte sender medisinlisten på faks i tillegg til elektronisk.

Ellers så er det jeg synes har vært vanskelig, det er når du skal endre dose når du har pasienten på [kontoret]. Eller ikke vanskelig, men litt arbeidskrevende, ... endre en dose, seponere eller du skal gjøre noen endringer i medisinen. Du må sende meldinga til hjemmesykepleien, det må fakses til apoteket - selv om det går elektronisk ... Jeg fakser det, og så sender jeg det med pasienten sånn at hjemmesykepleien skal få i tillegg. Og så har jeg lagt PLO-meldinga for å være sikker på at hjemmesykepleien skal oppfatte det. L2

Det er forskjellige måter å gjennomføre endringen i multidosen på blant legene. Noen fakser i tillegg til e-meldingen, og noen orienterer hjemmetjenesten.

Jeg har tenkt sånn at har jeg signert og endra det elektronisk, så er det up-to-date... Men så har jeg sendt en PLO-melding til hjemmesykepleien. Det er det jeg har gjort. ... Mer som en info. Men det kan jo av og til være at jeg faktisk vil at jeg skal endre fra den dagen. L1

Det kan oppstå uenighet om hastegrad av en medisinendring. Hjemmetjenesten kunne spørre seg om det virkelig hastet på dagen å endre en medisinering pasienten hadde brukt i årevis. Andre ganger kan legen finne det nødvendig – eller oppleve seg utsatt for press. Uansett, endring skaper press på legen og ekstraarbeid for hjemmetjenesten.

Det er særlig én pasient, hvor [pårørende] er doktor, som har vært veldig sånn at det må skje akkurat på dagen, og så har det nå vært en dag eller to etter [utdeling] ... Og så er det fjorten dager å vente ...Så det har vært én pasient det har vært litt styr med sånn. Men ... det er jo ikke så ofte at du må ha det akkurat på dagen. L2

Jeg tenker jo også at hvis du for eksempel har tatt serummåling av litium eller annet sånt, og du skal justere noe, så vil du jo helst justere det fort hvis det er galt. Eller lanoksin for eksempel eller. L1

Når det i blant oppstår usikkerhet om hva andre leger har gjort med en pasients medisinering, kan tanken melde seg at det hadde vært en fordel at «alle skrev i samme system». Det har sine fordeler når kommunikasjonspartnerne benytter e-resept.

Men så er det jo det du av og til lurer på hvis det er flere kokker inne i bildet her. Er listen du har faktisk korrekt? Og det er jo irriterende at ikke alle skriver det i samme systemet. L1

Når de [sykehuset] har skrevet ut en ny medisin så kan jeg importere den [fordi sykehuset har e-resept]. Og det fungerer veldig bra. Det er vel den største fordelen, synes jeg. L4

Kommunikasjonen med sykehus

Når epikrisen kommer fra sykehuset, må fastlegen følge opp. Legens registreringer må oppdateres, og hjemmetjenesten må informeres. Når multidosen skal endres, må også apoteket få beskjed. Et problem kan være at epikrisen ofte har mangler, og da må fastlegen «fille opp», noen ganger ved å kontakte sykehuset.

Det er ikke mer jobb enn før, men det er ganske mye når det kommer epikrise i fra sykehuset og vi skal følge opp. For da er det ofte mangler og en del som ikke er med. Det er sjeldent at jeg må ta kontakt med sykehuset med spørsmål. ... Og hver gang jeg gjør en endring i multidosen så sender jeg en e-melding til PLO. Etter det. Og så vet jeg jo at hjemmesykepleierne har en masse jobb med det jeg sender til dem. L4

Fastlegene må passe på at deres LIB-lister er oppdaterte etter sykehusopphold. Flere snakker om at sykehuslegene ikke seponerer det som skal seponeres etter innleggelse.

Men, av og til lurer du på hvis det er flere kokker inne i bildet her. Er listen du har faktisk korrekt? Og det er jo irriterende at ikke alle skriver det i samme systemet. Det er irriterende at sykehusleger ikke seponerer ... de skriver ofte bare ut nye resepter, uten å trekke ut de gamle. Og det er litt skummelt. ...

De går jo da ut fra at papir som de sender ut til oss, er riktig, men forskrivningsmodulen er ikke oppdatert tilsvarende. L1

Flere leger forteller at de får kjennskap til at pasienten har vært på sykehus når epikrisen kommer. Og det kommer raskere enn før, mener flere. I andre tilfeller sender hjemmetjenesten kopi av sykepleierrapporten de mottar fra sykehuset, til fastlegen. En begrensning er at sykepleierrapporten er skrevet på «pasientspråk», som en leger uttrykker det, men medisinlisten er inkludert.

Det er ulike oppfatninger blant fastlegene om andre leger kan seponere på en fastlegens LIB-liste. Dette kan bli et problem når sykehuslegen bytter medisin på pasienten. Et eksempel på hvordan det oppstår usikkerhet, refereres: 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.

Og jeg hevdet jo litt hardnakket at ... «du kan jo ikke seponere en resept på min pasients liste». «Du kan legge til nye, men du kan ikke seponere». «Jo», sa han, «jeg kan seponere ut av listen din.» Så da, hvis du kan gjøre det, må jo sykehuslegene også kunne seponere medisinene når de skriver ut nye, når de bytter en ACE-hemmer til en A2-blokker, for eksempel. L1

Ja, for det satt jeg med en i dag. Kardiologen han skrev i epikrisen, «seponerer (preparat) og så bytter til Emconcor». Men når jeg går inn i reseptmodulen, så ligger begge to der. Så de hadde lagt til nytt, men de hadde ikke tatt bort. Men de skrev i epikrisen at den var seponert. L2

Flere mener sykehuslegenes holdninger når det gjelder å informere fastlegen, er for dårlige og at det ikke bare skaper forvirring og merarbeid, men at det også kan redusere pasientsikkerheten.

Kommunikasjon med hjemmetjeneste og sykehjem

Det skjer at hjemmetjenesten maser. Noen ganger henger det sammen med at legen ikke har mottatt epikrisen ennå. Andre ganger synes problemet ligge på hjemmetjeneste-siden. Det kan også se ut som legene ikke vet at sykepleierne ikke har tilgang til Reseptformidleren.

Synes ikke det er mye mas, men det er jo en del dobbelt av og til, altså høyrehånda vet ikke hva venstrehånda gjør, synes jeg. At du bestiller medisin og så går det noen dager og så bestiller de det på nytt selv om det er skrevet ut. L2

Og så lurer jeg på om de i det hele tatt har muligheten til å se om det er reiterert. For jeg vet ikke hvordan de oppdager om en resept finnes eller ikke lenger. L1

Fordi hjemmesykepleien og sykehjemmet deler journalsystemet, ser de de samme e-meldingene. Og fastlegen regner med at hjemmetjenesten informerer sykehjemmet. Sykehjemslegen kommer ikke inn i fastlegens journalsystem; fastlegen og kommunen deler ikke journalsystem. Hvis en av fastlegens pasienter blir lagt inn på et avlastningsopphold, så skal legen der sende beskjed om endringer i pasientens medisinerings.

Der har nok jeg stolt på at hjemmesykepleien tar kontakt med meg for å få nye resepter hvis noen endringer er blitt gjort. Og at det på den måten blir fanget opp endringer i medisinkort. (L1)

Ja. ... medisinkortet blir jo alltid oppdatert på sykehjemmet, og pasienten får jo med seg det siste medisinkortet som er skrevet der. L2

Kommunikasjon med apoteket

Å få spørremelding samme dag som resepten må være klar, er ugustig for legen.

Det som jeg kanskje har opplevd noen ganger som jeg synes er litt dumt, det er at jeg får spørremeldingen den dagen de må ha resepten.faktisk at de har glemt å sende spørremelding og derfor ringer at de må ha den resepten før klokka 12 i dag eller så får ikke de... L

Det hender apotekansatte maser på fastlegen.

... de røde meldingene inn i resept ... det ligger jo av og til. ... Men det er jo tilfeldig at jeg oppdager det når jeg er inne. L2

4.3.3 Vil legene tilbake til papirbasert multidose

Legene vi snakket med, foretrakk e-multidose framfor papirbasert multidose. De argumenter både med tidsbesparelser og at e-multidose gir bedre sikkerhet for riktig medisinerings av pasienten.

Utvilsomt. Jeg ville jo aldri gå tilbake til papirresept sant, når jeg først har fått mulighet til å ha en elektronisk variant. L1

Ja da, jeg er for så vidt enig. Men jeg tror det gjelder å finne de riktige pasientene. De stabile. L2

Altså, jeg foretrekker e-systemet, det er konklusjonen. ... Jeg tror vi stort sett er fornøyde. Jeg har også snakket litt med kollegaene som ikke ville være med på dette her. Men de er stort sett fornøyde de også og de vil stort sett ikke tilbake til det gamle. L4

Jeg vil ha det sånn som nå, av to årsaker. For det første at du skriver i det samme systemet, du får inn meldingene. Du får litt ekstra kontroll på listene hvis det kommer spørremeldinger på ting. Du kan fange opp ting som du ellers ikke ville ha fanget opp. Det tror jeg kanskje er de to hovedargumentene mine på å ville ha det fortsatt. L1

Jeg stemmer på den elektroniske.... Jeg synes det er greit å ha det litt raskere samspillet med helsetjenesten for øvrig. Både apotek og PLO-meldinger, sånn som vi har mulighet til nå. I stedet for å få brev og skrive utapotek og signere og fakse og... Ja. Det er litt mer smidig nå. L3

4.3.4 Forslag til forbedringer

Legene ser forbedringspotensial i EPJ-ene som er i bruk. De opplever at det kan være vanskelig å bruke, utnytte og forstå flere av modulene i disse, og at integreringen av modulene burde vært bedre for å spare arbeidstid og gjøre det lettere å holde oversikt i arbeidsprosessene.

Det kan oppstå usikkerhet blant fastlegene om hvem som ser hva av foreskrevne legemidler til en pasient, og status på legemiddellisten i forskrivingsmodulen. Når det oppstår usikkerhet om hva andre leger har gjort med en pasients medisinerings, kan tanken melde seg om at det hadde vært en fordel at «alle skrev i samme system».

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

Hvis en virkelig skulle gjort en kvalitetsheving, så burde det vært slik at alle skrev i sanntid i samme systemet. Slik at du visste at den LIB-lista som var riktig, var riktig holdt jeg på å si. Det tror jeg er det største problemet. At sykehusleger faktisk reelt sett var, altså alle hadde felles LIB-liste. L1

For å dra fulle vekslers på e-multidosesystemet med tanke på effektivitet og pasientsikkerhet, peker kompetanse i å bruke det aktuelle EPJ-systemet seg ut som et viktig område for forbedring.

4.3.5 Implementeringsprosessen – viktige hensyn

Opplæring understrekes som avgjørende for en god innføring. Det er mange begreper og e-systemer i bruk som skaper usikkerhet for legene, og som gjør arbeidet utfordrende. Videre er det viktig å få support i innkjøringsperioden. Opplæring på kveldstid må gjerne være betalt; det gjør det litt lettere å få legene til å delta. Kvaliteten må være god; ryktet sprer seg fort om det er et nyttig kurs. Det bør tilbys et pedagogisk opplegg som rommer at man får øvd seg litt og finner fram til løsningene.

Support, at det blir fulgt opp, og at det er enkelt, det er viktig. (...) Det beste er jo om man slipper support, selvfølgelig, men det er vesentlig at det er der når man trenger det. L4

Vi har jo gått på kurs og sånt, men jeg har underveis av og til lurt litt på disse begrepene, hva er det de er. Hva betyr det som står der, hva er utenfor resept og hva er reseptformidlere, og hva er (hører ikke) ... Det hender fremdeles at jeg går meg litt vill der [i Reseptformidleren]. Jeg tror nok det hjalp for oss som begynte at vi fikk betalt for å gå på kurs på kvelden... kvaliteten på kursene er viktig. ... [Vi får jo ikke oppdatert oss samtidig] og hvis opplegget får et godt rykte, så er det også lettere å få en positiv innstilling til det. Så kvalitet har stor betydning, ikke bare penger. L4

Innspill fra fastleger om e-multidose

- E-multidosen går greit å forvalte når arbeidsavtaler med hjemmesykepleien og gode rutiner på legekantoret er på plass og følges.
- E-multidose har fordeler for riktig medisiner og for egen tidsbruk.
- Legene ønsket e-multidose framfor papirbasert, og forteller at andre leger har kommet til samme standpunkt.
- Overgangen til e-multidose gir legen en utmerket anledning til opprydding i medisinlistene.
- Implementering av e-multidose krever opplæring.

5 Diskusjon og konklusjon

5.1 Begrensninger i materialet

Multidoseapoteket stilte med tre personer til intervju og omsorgstjenesten med 17 hjemmesykepleiere fra tre av fire aktuelle kommuner. Apoteket og hjemmetjenesten er således godt representert. Når det gjelder fastlegene, så fikk vi informanter bare fra to sentre. Vi vet ikke grunner til at noen valgte å stille til intervju og andre ikke. Kanskje uteble de misfornøyde. Det kan vi ikke si noe om. På den andre siden fikk vi mye informasjon gjennom de to intervjuene som ble gjennomført, og alle de fire legene deltok aktivt.

Gruppeintervju kan være tidsbesparende, og gruppedeltakerne kan inspirere hverandre. Samtidig er det slik at gruppeintervju ikke gir mulighet til fordypning i en persons perspektiv og opplevelse, og deltakerne kan både lede og avlede hverandre. Vår vurdering er at gruppeintervjuene fungerte bra til vårt formål; å få belyst erfaringer med og synspunkter på bruk av e-multidose.

5.2 Pasientsikkerhet og tidsbruk

E-multidoseordningen innebærer nye praktiske og formelle ordninger for ordinering av multidoser. Disse ordningene realiserer kvalitetsforbedringer knyttet til at pasientene får riktige legemidler. Fordi fastlegen sender forskrivningen av multidosen elektronisk i en «e-reseptløsning» til apoteket, bortfaller feilkilder knyttet til papirmultidose. Når legen forordner e-multidoser innenfor en generell forskrivningsrutine med e-resepter, skjer forskrivningen via Reseptformidleren, en sentral database for e-resepter. Når all legemiddelforskriving skjer innenfor e-reseptløsningen via Reseptformidleren, fanger Reseptformidleren opp alle forskrivningsendringer i en pasients medisinerings. En viktig kvalitetssikring ligger i at apoteket får melding om og må kontrollere enhver endring. En slik ordning understøtter sikre arbeidsprosesser for håndtering av multidoser, slik at pasienten får rett legemiddel til rett tid. Kvalitetssikring av legemiddelhåndteringen løftes også fram som et framskritt ved e-multidose i vårt materiale.

Imidlertid kan det oppstå utfordringer.

5.2.1 Ansvarsforhold

Endringer i multidosepasienters medisinerings kan gjøres av andre enn fastlegen; av legevakt, sykehuslege, sykehjemslege eller annen allmennlege enn fastlegen. I materialet framkommer utfordringer knyttet til utskriving fra sykehus. Mens hjemmesykepleieren mottar pasientens medisinsliste i sykepleierapporten fra sykehuset, må fastlegen vente på epikrisen. Situasjonen kan da oppstå at fastlegen mangler informasjon om endringer fra sykehusets side i pasientens medisinerings inntil epikrisen kommer. Enkelte hjemmesykepleiere informerer legen om det som står i sykepleierapporten. Vårt materiale viser også at det hersker uklarheter og ulike syn blant fastlegene på om sykehuslegen kan seponere på medisinslisten til fastlegens pasienter. I denne forbindelse omtales også uoversiktlige EPJ-

programmer; det er vanskelig å sammenligne medisinlister og å se hva som er seponert eller ikke.

Tilbake i 1994 ble fastlegeordningen analysert som introdusering av «en adresse for ansvar» i den norske helsetjenesten (Johnsen 1994). Fastlegeforskriftens § 25 pålegger fastlegen ansvar for å koordinere legemiddelbehandlingen til sine listepasienter, og at når fastlegen endrer eller får informasjon om at legemiddelbehandlingen er endret, skal legemiddellisten oppdateres. Videre heter det at fastlegen skal gi en oppdatert legemiddelliste til andre tjenesteytere i helse- og omsorgstjenesten dersom dette er nødvendig for å gi et forsvarlig tilbud til listeinnbyggeren. Vi tolker dette som at fastlegen har ansvar for å holde sine pasienters legemiddelliste ajourført.

Legemiddelhåndteringsforskriften § 5 angir at en oppdatert og samstemt LIB-liste, i forståelse med pasienten, alltid skal følge pasienten ved skifte av omsorgsnivå og ved overflytting innen virksomheten. Helsedirektoratet utdypet bestemmelsen i rundskriv (IS-7/20151). Endringer i en legemiddelbehandling krever begrunnelse i pasientens epikrise/utskrivningsnotat, og en legemiddelsamstemming skal sikre at legemiddelopplysninger overføres korrekt ved «overganger i pasientforløpet». Dette prinsippet blir presisert ved at man skal påse at den som overtar det medisinske behandlingsansvaret får en komplett liste over legemidler pasienten bruker på det aktuelle tidspunkt (LIB-listen).

Vår vurdering er at i likhet med Fastlegeforskriften, angir Legemiddelhåndteringsforskriften klare ansvarsforhold: Pasientens LIB-liste skal være oppdatert og kvalitetssikret ved ethvert flytting innenfor og mellom omsorgsnivå. Det kan imidlertid gå en viss tid mellom tidspunktet legemiddelendringer blir gjort og tidspunktet fastlegen mottar informasjon om endringene. Dette tidspennet rommer mulige problemer og utfordringer når LIB-liste og dermed e-multidosen skal administreres i praksis.

Nevnte rundskriv om legemiddelhåndteringsforskriften gjør oppmerksom på at praktisk gjennomføring av legemiddelsamstemming, og dokumentasjon, i noen grad vil avhenge av ulike verktøy. Herunder er virksomhetens EPJ, verktøy for samstemming i e-resept, eventuell elektronisk kurveløsning, kjernejournal og eventuelle andre elektroniske muligheter. Dette punktet kan karakteriseres som et forbehold som tar høyde for praktiske realiteter. Imidlertid kan det også gi rom for uheldige praksiser og holdninger som går ut på at det ikke er viktig å informere fastlegen snarest mulig. Kanskje medfører det ikke mye ekstraarbeid for noen av partene at fastlegen får kopi av medisinendring fra forskrivende lege. En slik «preepikrise» vil ikke gi fullgod informasjon om bakgrunn for legemiddelendringer, men kan avhjelpe litt av informasjonssvikten ved overgang mellom sykehus og primærtjenesten.

Vi kommer tilbake til disse informeringsutfordringene i p. 5.2.5.

5.2.2 Informasjonsflyt og gyldige resepter

Endret dosering i perioden mellom to utsending av multidosforpakninger

Endringer i multidosepasienters medisinerings mellom to utsendinger av multidosforpakninger, medfører at hjemmetjenesten må klippe opp poser for å fjerne

medisin i multidoserullen eller må legge ny medisin i dosetter, for at pasienten skal få riktige legemidler.

Spørsmålet kan oppstå om endringen kan vente til neste multidosepakking. Noen ganger ønsker fastlegen å endre medisineringsen umiddelbart, men ikke alltid. Hjemmetjenesten ønsker at fastlegen spesifiserer hvor raskt medisineringsendringen skal skje.

For apoteket er det uansett viktig å få beskjed om endring i multidosen tidsnok til å rekke å endre pakkingen av påfølgende levering.

Utfordringen omtalt ovenfor kan reduseres via rutinene på legesiden. Å bruke multidose for stabile pasienter kan forebygge endringer i multidoseperioden. At fastlegen spesifiserer når en endring i medisineringsen må skje, kan spare unødvendig arbeid og avklaringer.

Fornyning av resepter og svar på spørremeldinger

Både hjemmesykepleiere og apotekansatte kritiserer fastlegesiden for utgåtte resepter og manglende respons på henvendelser. E-rutiner gir hver oppføring i legemiddellisten en egen resept, og det er ikke alltid krevet ut nok e-resepter for ett års forbruk. Manglende resept skaper ekstraarbeid og problemer for apotek og hjemmetjeneste. Apoteket må ofte purre på legen fordi legen ikke responderer. Når legen ikke svarer eller fornyer resepten i tide, har ikke apoteket gyldig resept å pakke på.

Går vi tilbake til legen som oppdager sine spørremeldinger mer sporadisk, så erfarte ikke denne legen mas om svar: «Men de maser jo ikke på det, den ligger bare der for å si det på den måten.» Det som kan skje, er at apotekansatte tar telefonen til hjelp og møter legesekretæren. Vi fikk et eksempel på at legesekretæren, når apotekansatte ringer for tredje gang, svarte at dette måtte de slutte å mase om. Denne kommunikasjonen vet kanskje ikke legen noe om. Kanskje prøver sekretæren å beskytte legen og pasienter mot forstyrrelser.

En rutine som fra legesiden beskrives hensiktsmessig i denne forbindelse, er å sjekke og rydde i boksen for dialogmeldinger hver dag; slette utleveringsmeldinger og svare på spørsmål. Da hoper ikke meldingene seg opp, samarbeidspartneren får svar og boksen forblir oversiktlig.

Eksemplene ovenfor viser at det er viktig at legene har tilstrekkelig kompetanse til å forstå teknologien og hvordan de bør tilpasse sine arbeidsmønstre den nye teknologien.

Varighet på resepten

De apotekansatte og hjemmesykepleiere ønsker at fastlegen skriver ut ett års forbruk på resepten i legemiddellisten. Et annet «forenklings»-ønske fra apoteksiden er at når en resept på multidoselisten fornyes, så fornyes alle de andre samtidig. Legesiden er på vakt mot misbruk nå det gjelder A- og B-resepter, men synspunktet forekom om at for eksempel sovepillen Pettersen hadde tatt hver kveld i tre år, gjerne kunne inngå i multidosen. Med andre ord, når det ikke er misbruksproblematikk inne i bildet, er det ikke nødvendigvis problematisk å legge slike preparater i multidosen. Dette vil imidlertid være i strid med nasjonale retningslinjer, og ønsket må sees i sammenheng med hva som vurderes som rasjonell og korrekt medisineringsen i «Veileder for forskrivning av vanedannende legemidler»

og i Legemiddelforskriften. Igjen illustreres viktigheten av gode samarbeidsrutiner for å hindre unødvendig ekstraarbeid og høy pasientsikkerhet.

5.2.3 Årlig innkalling?

Studier fra Sverige meddeler at dersom e-multidose blir for automatisert, kan det medføre at pasientene får færre legemiddelgjennomganger og bli stående unødig lenge på enkelte medikamenter (Johnell 2008, Sjøberg 2011). Hjemmesykepleierne ytret ønske om at legene rutinemessig innkalte multidosepasientene en gang i året for å sikre oppdatert medisinerings og fornying av reseptene/forskrivingen.

Ingen lover eller forskrifter sier at leger ikke skal drive oppsøkende virksomhet, derimot ble obligatorisk kontroll foreslått inn i fastlegeforskriftene for et par år siden. Det er imidlertid motstand mot dette fra allmenmedisinsk hold; det argumenteres både med at det er for få fastleger og at det betyr økt medikalisering. En slik vurdering kom også til uttrykk blant legene vi intervjuet. Imidlertid har i praksis flere legekontorer innkallingssystemer, ofte med årlige kontroller, så innkalling er ikke kontroversielt.

Å innkalle pasienter med multidose en gang i året, kan hindre at multidosepasienter blir «glemt» og at den faste medisinerings og multidosen bare ruller og går. Årlig innkalling er imidlertid ingen garanti for at pasientens medisinerings blir vurdert ofte nok; i følge erfarne fastleger skjer det ofte flere endringer i en pasients faste medisinerings i løpet av et år. Denne vurderingen kom også til uttrykk blant våre legeinformanter.

5.2.4 IKT-systemene – forhold som berører utfallet av e-multidose

Fra legesiden beklages flere lite funksjonelle løsninger i EPJ-ene de arbeider med til daglig; det går for tregt og EPJ-en «henger seg». Samstemmingsmodulen oppleves å være for dårlig; også datakyndige leger tyr iblant til «manuell avstemming». Leger opplever at det mangler funksjoner som å kunne skrive ut medikamentlister og historikk, og at modulene i de forskjellige EPJ-systemene er for dårlig integrerte. Når man beveger seg mellom moduler, er det lett å miste oversikten over hvor man befinner seg. Automatisk generering av regnskapskort knyttet til forskrivning etterlyses også.

Ovenfor nevnte forhold er tidkrevende. For leger som er mindre datakyndige, skaper uoversiktelige EPJ-systemer særlige vanskeligheter, og kan resultere i at de ikke følger opp henvendelser fra apoteket og hjemmetjeneste som de skal.

5.2.5 To ugunstige forhold og en mulig løsning

To forhold peker seg ut som særlig ugunstige for tidsbruk og pasientsikkerheten. Det ene gjelder hjemmetjenestens manglende tilgang til pasientens legemiddelliste. Det andre er utilstrekkelig informasjonsflyt når pasienten skrives ut fra sykehus.

At hjemmesykepleien ikke har oversikt over hvilke medisiner pasienten bruker (LIB-listen), innebærer problemer og utfordringer knyttet til e-multidose slik systemet er i dag. Tidsbruk er ett aspekt. Hjemmetjenesten melder at de må bruke mye tid på å mase på legene om fornying av resepter, og på å finne ut om pasientene har gyldige resepter. Med fastlegen kan

hjemmetjenesten kommunisere elektronisk («PLO-meldingene»), men det er ikke alltid legen svarer. De prøver å ringe legene for å sjekke, og de ringer apoteket og spør hvilke resepter som ligger der. Apotekpersonell forteller om enkelte tilfeller hvor hjemmesykepleiere forsøker å få medisiner til pasienter uten resept. Apoteket eller legen vet ikke nødvendigvis om det er hjemmetjenesten som ringer, eller om pasientene har samtykket til at opplysningene blir utleverte; spørsmål kan knytte seg til både til oppringerens identitet og myndighet. De praktiske utveiene hjemmesykepleierne tyr til, kan berøre pasientens personvern.

Et resultat blir at hjemmesykepleiere opplever å bli et unødvendig ekstra ledd i administreringen av legemidlene. Et alternativt perspektiv på dette, er at sykepleierne kvalitetssikrer medisinlistene og dermed har en verdifull funksjon. Per dags dato fungerer ikke dette optimalt, verken med tanke på kvalitetssikring, personvern eller sykepleiernes arbeidssituasjon. Det er ugunstig at hjemmetjenesten skal administrere pasientens legemidler og ha oversikt over pasientens resepter uten å ha tilgang til en oppdatert legemiddelliste (LIB-listen).

Når andre enn fastlegen endrer pasientens medisiner, kan andre utfordringer oppstå. Dette kan skje for eksempel når pasienten midlertidig skifter omsorgsnivå, og skjer sannsynligvis oftest når pasienten skrives ut fra sykehus. Situasjonen kan bli at pasientens legemiddelliste er forskjellig hos fastlegen og i utskrivingsrapporten hjemmesykepleieren får fra sykehuset. Når legemiddellisten i reseptformidleren ikke stemmer med fastlegens LIB-liste og ikke er oppdatert på korrekt vis, får fastlegen merarbeid, og det kan oppstå usikkerhet i hele behandlingsskjeden om hvordan pasientens medisiner faktisk er.

Et ønske blant våre informanter, både blant hjemmesykepleiere, apotekansatte og legene, er at det opprettes et fellesområde for sanntidsinformasjon hvor alle med ansvar for forordning og administrering en pasients legemidler, har tilgang til pasientens LIB-liste. Når det gjelder pasientsikkerheten med tanke på at pasienten får riktige medisiner til riktige tidspunkter, synes en slik løsning å være klart fordelaktig. En slik løsning krever tilrettelegging av tekniske systemer, så vel som juridiske betraktninger og endringer. Imidlertid framholder Legemiddelmeldingen (Meld. St. 28 (2014–2015)) det som en hovedutfordring på legemiddelfeltet at det ikke eksisterer en felles sanntids oversikt over hvilke legemidler en pasient bruker på tvers av behandlere og behandlingsnivå.

5.2.6 Forskningsfeltet

Bergmo og kollegaer (2016) fant ingen vitenskapelige artikler fra Norge om e-multidose. Imidlertid har Ertesvåg og Gennadjevna Tselishcheva (2015) utført en survey blant legene i «LIB i RF-pilotprosjektet». Av til sammen 58 leger som deltok i piloten, besvarte 36 (62 %) spørreskjemaet primo 2015. I surveyen ble løsningen med LIB i RF inkludert e-multidose sammenlignet med løsningen med papirbaserte ordinasjonskort fakset fra lege til apotek. Resultatene viste at løsningen ble angitt å ha høyere grad av pasientsikkerhet i forhold til reduksjon av uønskede hendelser, den ble vurdert som et nyttig verktøy for kvalitetsforbedring og som mer effektiv. Problemer var relatert til IKT-systemkvalitet inkluderte ytelsesproblemer med flere programfeil, opplevd ved vanlig og etablert drift. I denne forbindelse, påpekte legene viktigheten av lokal brukerstøtte i startfasen. Oppsummeringen er at legene generelt

sett var fornøyde med pilotløsningen. Veileder for masteren, J. G. Dale opplyser at survey ble iverksatt i januar 2016.

Resultatene fra denne surveyen, hvor resultatene forelå vel 10 måneder før våre, viser altså vurderinger fra legenes side som sammenfaller med de som framkommer i våre intervjuer.

5.3 Implementeringsprosessen – nyttige erfaringer

Både apotekansatte og fastleger bør vite at det er arbeidskrevende å starte opp e-multidose fordi alle legemiddellistene må gjennomgås. På den andre side, når det først er gjort, blir det arbeidsbesparende for legene i arbeidet framover.

En effektiv implementering forutsetter at impliserte aktører innser at prosessen krever både økt kunnskap og ikke minst omlegging av arbeidsrutiner.

Opplæring av fastlegene i hvordan de effektivt bruker de elektroniske systemene for kommunikasjon og informasjon, særlig EPJ-ene, vil være verdifullt.

Gode rutiner på fastlegekontoret, som tar høyde for det apotek og hjemmetjeneste trenger, letter det framtidige arbeidet. Gode rutiner og samarbeidsavtaler kan for eksempel utvikles i samarbeid med hjemmetjenesten.

En rutine som beskrives som hensiktsmessig og som vil øke pasientsikkerheten, er å sjekke og rydde i innboksen for dialogmeldinger hver dag; slette utleveringsmeldinger og svare på spørsmål. Da hoper ikke meldingene seg opp, samarbeidspartneren får svar og innboksen forblir oversikkelig.

Tilgjengelig support i innførings- og læringsfasen, synes nødvendig. En av legene, som sier det går greit med e-multidosen, foreslår følgende: Et første innføringskurs og noe senere et grundigere oppfølgingskurs, sammen med tilgang på hjelp.

5.4 Konklusjoner

Multidose i e-resept innebærer kvalitetsforbedringer når det gjelder riktig legemiddelforordning til pasienten. Feilkilder knyttet til papirbaserte løsninger blir borte, mens ny kvalitessikring følger av at apoteket systematisk kontrollerer enhver endring i legemiddelforskrivingen.

E-multidose gir apoteket en ny funksjon som er tiltenkt, men tidkrevende. Ellers gir e-multidose gevinster i form av tidsbesparelser på fastlegekontoret og mer generelt i ordineringen av multidosen.

En forutsetning for å optimalisere fordelene ved e-multidose, er at fastlegene har tilstrekkelig forståelse for e-systemene/EPJ-ene de arbeider med, og gode rutiner både internt på fastlegekontoret og i samarbeidet med apotek og hjemmetjenesten. I dag opplever mange leger at EPJ-ene som de bruker, har flere funksjonelle svakheter, noe som gjør effektiv og rasjonell bruk av systemene vanskelig.

En utilsiktet effekt av e-multidose er at hjemmesykepleierne mister oversikten over reseptfornyinger. Dette gjør det vanskelig å ivarta funksjonen de har hatt som kvalitetssikrere av pasientens multidose, og skaper merarbeid både for andre og særlig for hjemmetjenesten selv.

I kommunikasjon med sykehus opplever fastlegene og hjemmetjenesten samme utfordringene som før innføringen av e-multidose. Når pasienten skrives ut fra sykehus, må fastlegen vente lengre enn hjemmetjenesten på informasjon om endringer i pasienters medisiner. Diskrepans mellom fastleges og hjemmetjenestes informasjon, utløser usikkerhet og merarbeid hos berørte instanser. Etter innføring av e-multidose bør det i større grad være samsvar mellom informasjonen i legemiddellisten hos fastlegen og i Reseptformidleren, og man kan tenke seg at det derfor blir lettere for fastlegen å holde legemiddellisten oppdatert. Det forutsetter imidlertid at spesialistlegetjenesten ajourfører legemidlene korrekt og at fastlegen vet at pasienten er utskrevet.

Et fellesområde med pasientens LIB-liste med tilgang for alle som bidrar i administreringen av pasientens medisiner, vil både løse hjemmetjenestens nye problemer og tilrettelegge for deres rolle som kvalitetssikrer, og ta høyde for utfordringene knyttet til endring av e-multidose, også når pasienten skifter omsorgsnivå.

6 Referanser

- Bergmo Trine, Anette Vik Jøsendal, Nils Kolstrup, Monika Eriksen, Elin Johnsen, Monika Johansen 2016 Multidose i e-resept: Erfaring med multidose med fokus på de skandinaviske landene. *NSE-rapport* 04-2016. ISBN 978-82-8242-062-4
- Ertesvåg, Magne og Elena Gennadjevna Tselishch 2015 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.
- 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*. 2008;26(2):86-91.
- Johnsen, Elin 1994 Riset over pulsten. Fastlegeforsøk og tjenestekvalitet - rapport fra fastlegeforsøkets første fase i Tromsø. Tromsø, Norge: *NORUT Samfunnsforskning rapport* 1994 ISBN 82-7697-045-1
- Sjøberg C, Ohlsson H, Wallerstedt S.M. 2012 Association between multi-dose drug dispensing and drug treatment changes. *European journal of clinical pharmacology*. 2012; 68(7):1095-101.
- Fastlegeforskriften - Forskrift av 14. april 2000 om fastlegeordning i kommunene. Revidert 29. oktober 2015.
- Helsedirektoratet 2015 Multidose Status og veien videre. *Rapport IS-2422*. Helsedirektoratet 2015.
- Legemiddelforskriften - Forskrift av 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Revidert 1. januar 2015.
- Meld. St. 28 (2014–2015) Legemiddelmeldingen — Riktig bruk – bedre helse

7 Vedlegg

7.1 Intervjuguider

7.1.1 Guide intervju med leger

Introduksjon til intervjuene, etter presentasjon av de tilstedeværende

Intervjuet er altså en del av datainnhenting i et prosjekt for e-helsedirektoratet. Resultatene vil bli presentert anonymisert; ingen personer skal kunne gjenkjennes.

Som det stod i vår skriftlige henvendelse, er vi ute etter å høre dine/deres erfaringer med

- den elektroniske løsningen i drift
- selve implementeringsprosessen, dvs. vi ønsker å høre hvordan overgangen var da du/dere gikk over til multidose i e-resept fra papirbaserte løsninger.

I Helt åpne spørsmål

Vi tar implementeringsprosessen til slutt.

- Først har vi lyst å høre om hvilke forandringer du/dere erfarte at det medførte å *bruke multidose i e-resept* i stedet for papirbaserte løsninger i *eget daglig arbeid*.
 - Kan du/dere kort beskrive arbeidsflyten?
 - Kan du/dere gi et eksempel som illustrerer hvordan det foregår?

II Spørsmål hvor tematikker er angitt

- Mener du/dere at overgangen til å bruke multidose i e-resept har betydning for at pasienten får riktig/riktigere medisinering?
- Har overgangen til multidose i e-resept hatt betydning for hvor effektiv egen arbeidsdag blir, evt. hvordan?
- Er det utfordringer knyttet til overgangene mellom hjemmebasert oppfølging og institusjonsbasert som trenger tiltak, f. eks. når:
 - pasienten har sykehusopphold?
 - pasienten/brukere har korttidsopphold på sykehjem:
 - når pasienten kommer hjemmefra for avlastning?
 - når pasienten kommer hjemmefra pga. akutt sykdom
 - når pasienten kommer fra sykehusopphold – og skal hjem etterpå?
 - pasienten/brukere flytter permanent hjemmefra til sykehjem?
- Tiltak for forbedringer?

III Deres oppsummering av tap og vinning

- Hvis du/dere kort skulle oppsummere vesentlige gevinster og tap med overgang til multidose i e-resept, hvordan ville det bli?
- Ønsker du/dere nå å komme tilbake til e-resept-løsningen, eller forbli i papir-løsningen, evt. hvorfor?

IV Relevante erfaringer fra selve implementeringsprosessen

- Hvis du/dere går tilbake til selve implementeringsprosessen av multidose i e-resept, har du erfaringer som tilsier at noe bør gjøres annerledes ved innføring av ordningen på landsbasis?
- Har du/dere synspunkter angående oppfølging i tida etter at ordninga – altså multidose i e-resept – er implementert?

V Oppfølgings spørsmål – erfaringer og forslag til tiltak

- IKT-systemer
- Organisatoriske forhold ...
- Regulerende tiltak de ønsker
- Annet de ønsker fra helsemyndighetenes side?
 -
- Annet du/dere ønsker å si noe om?

SLUTT

7.1.2 Guide intervju i hjemmetjenesten

Introduksjon, etter presentasjon: Intervjuet er en del av datasamlingen i et prosjekt for e-helse-direktoratet, og vi ønsker å høre dine/deres erfaringer med å bruke multidose – positive og negative. Resultatene vil bli presentert anonymisert; ingen personer skal kunne gjenkjennes.

I Åpningsspørsmål

Først, er det noen her som har opplevd overgang fra dosett til multidose?

Hvis ja:

- Hvilke forandringer erfarte du/dere erfarte at overgangen til å *bruke multidose* i stedet for dosett medførte i *eget daglig arbeid*.
- Kan du/dere kort beskrive arbeidsflyten med og uten multidose-pakking?
- Mener du/dere at overgangen til å bruke multidose i e-resept har betydning for at pasienten får riktig/riktigere medisinerings?
- Enn egen arbeidsdag, fikk overgangen til multidose i e-resept betydning for hvor effektiv egen arbeidsdag blir, evt. hvordan?

(Til alle) // Spørsmål hvor tematikker er angitt

- Kan du/dere beskrive den *befatningen* PLO har med medisinen til sine brukere i dag?
- Ved *seponering* av medisiner i «multidose-perioden», hvordan går man fram rent praktisk for at brukeren skal få riktige medisiner til riktig tid?
- Hvordan går dere fram når brukeren skal ha *tilleggsdose* til multidosen som er ferdigpakket?
- Når pasienten får *medisin utenom multidose*, eks penicillinkur, hva er framgangsmåten?
- Hvis du/dere erfarer at multidose medfører utfordringer knyttet til riktig medisinerings når *brukeren skifter mellom hjemmebasert oppfølging og institusjonsbasert*,
 - kan du/dere beskrive hvordan disse utfordringene arter seg for dere i PLO?
- Hvordan oppstår disse utfordringene?
 - Fordi andre enn fastlegen ordinerer, uten å gi fastlegen beskjed?
 - Fordi fastlegen ikke følger opp?
 - Annet?
- Når brukeren skal innlegges på sykehus – elektivt eller akutt - stoppes multidose da?
 - Vet dere hvordan informasjonen om multidose/ikke multidose formidles - til hvem og fra hvem?
 - Hvis det ikke er fastlegen som «legger inn», vet dere hvordan fastlegen får beskjed?

- Hvis brukeren skal flyttes fra sykehus til sykehjem, skjer det da noe i h.t. multidose da?
 - Vet du/dere om/hvordan fastlegen får beskjed om overføringen og multidosen?
- Når brukeren skal flytte permanent til sykehjem,
 - stoppes multidose da?
 - Hvis det ikke er fastlegen som innlegger på sykehjemmet, vet dere hvordan fastlegen får beskjed om innleggelsen?

- Evt. : Har dere synspunkter på eller ideer om *tiltak* som kunne være gunstige iht. til utfordringene knyttet til skifte mellom hjemmebasert oppfølging og institusjonsbasert?
- Får PLO det de trenger av informasjon om brukerens medisinerings til å utføre sitt arbeid på en tilfredsstillende måte?
- Evt. hensiktsmessige tiltak? IKT; Organisatoriske forhold; Regulerende tiltak;

III Deres oppsummering av fordeler og ulemper ved multidose i stedet for dosett

- Tidsbruk
 - Pasientsikkerhet
 - Annet

IV Erfaringer med multidose i e-resept versus faks

- Merket dere i PLO at legene gikk over fra å fakse multidoserekvireringen til apoteket til å bruke
- Ordinasjonskortene er forskjellige – ...

V Eventuelt

- Annet de vil si noe om?

SLUTT

7.1.3 Guide intervju i apoteket

Presentasjon.

- Gjennomgang av apotekets rutiner for vanlig multidose og for multidose i E-resept.
- Beskrive problemene med at få tak i gyldige resepter og om det er noen forskjell mellom vanlig multidose og multidose i e-resept.
- Det ville være fint for dere hvis legene sjekket at reseptene hadde lang nok gyldighetstid; er det en rett forståelse?
- Dere forteller at tilbakemeldinger fra PLO er at eDose er et steg tilbake, da de må bruke mye ressurser på å mase om nye resepter. Kan dere forklare dette mer. Hva er «maseforskjellen» mellom vanlig multidose og eDose?
- Kan dere forklare dette synspunktet: A og B-preparater som pakkes i multidose, bør merkes "Kun til bruk i multidose" og forskrives i mengder som tilsvarer minst 3 måneders forbruk.
- Mottatte synspunkter som det ville være fint å få utdypet:
*Flere mottatte endringer på eDose i forhold til papir tar jo også noe ekstra tid.
Doble resepter var hovedsakelig et oppstartsproblem, men forekommer i noen tilfeller.*
- Hvilke teknologiske endringer kunne gjøre multidose til et bedre og sikrere redskap i legemiddel behandlingen?
- Har dere noen ideer til hvilke administrative eller pedagogiske grep man kunne tenke seg for å forbedre samhandlingen med fastlegene?
- Har dere noen ideer til administrative eller pedagogiske grep man kunne tenke seg for å forbedre samhandlingen med PLO?
- Ønsker/synspunkter om nye krav til systemstøtte ift deler av det – eks. forny alle faste når en resept skal fornyes?
- Er det noe vi ikke har fått belyst?

Takke for at de stilte opp.

7.2 Ordinasjonskort for papirmultidose og for e-multidose

Ordinasjonskort for papirmultidose

620 TestApotek		Apotek 1 Gruppen AS, Avd. for Dosepakking													
620HS Hjemmesykepleien sone Sentrum		ORDINASJONSKORT								ORSS / INFO Ikke generisk bytte av Imovane NB - Har pacemater		Standard pakkeintervall Ingen			
Navn og fødselsnummer OLA NORDMANN 99.99.99 53197		Løpenr. 4062666	Versjonsnr. 4		Side 1 av 1		CAVE -BETA-LACTAM ANTIBACTERIALS, PENICILLINS. Avorlig hudreaksjon (-).			Første dose Fredag ulti uke					
Adresse Vestsideveien 5 1471 Lørenskog										Endringsstift Mandag ulti uke kl.12					
Første dose *	Siste dose *	LEGEMIDDEL	DOSERING								Ord. Lege	R	Resept- og refusjonskode		
		FASTE ORDINASJONER I MULTIDOSE	07:00	08:00	09:00	12:00	13:00	17:00	20:00	23:00	Bruksområde, dosering, administrasjonsmåte etc.				
09.09.16		Calcigran Forte tytab 500/400					2					ETE			
09.09.16	08.05.17	Clopidogrel actavis tab 75mg			1						=Plavix 75mg. Brukes i 9 mnd. Forebygger blodpropp.	ETE	T	K74/ICPC	
09.09.16		Levaxin tab 50mcg			1						man, ons, fre, søn.For stoffskifte	ETE	T	T86/ICPC	
09.09.16		Levaxin tab 75mcg			1						tir, tor, lør. For stoffskifte	ETE	T	T86/ICPC	
09.09.16		Losec MUPS enterotab 20mg			1							ETE	T	D84/ICPC	
10.05.12		Metformin orifarm tab 500mg			1	1		1			=Glucophage. Diabetesmedisin	ETE	T	T90/ICPC	
09.09.16		Mucomyst bruseta 200mg			1						I egen pose.	ETE	K	T-90/ICPC	
10.05.12		Nycoplus B-total tab			1			1			Vitamintilskudd	ETE			
10.05.12		Nycoplus omega-3 basic kaps						2			Vitamintilskudd				
10.05.12		Pursennid tab 12mg			3						Mandag og torsdag	ETE			
		FASTE ORDINASJONER UTENOM MULTIDOSE													
09.09.16		Apolar krem 0,1%									Brukes som avtalt med lege	ETE	T	S88/ICPC	
10.05.12		Imovane tab 5mg							1		Mot sønvnansker	ETE	L		
03.03.15		Proscar farmagon tab 5mg			1						Mot prostata. Kan ikke pakkes i multidose	ETE			
10.05.12		Sobril tab 10mg						1			Beroligende.	ETE			
10.05.12		Ventoline inh væske 1mg/ml									Brukes som avtalt med legen	ETE	T	R55/ICPC	
09.09.16		Vitamin B12 Depot inj 1mg/ml									Til injeksjon hver 3. måned	ETE	T	K91.2/ICD	
		ORDINASJONER VED BEHOV													
10.05.12		Nitrolingual munnspr 0,4mg/dos									1 dose under tungen ved brystmerter	ETE	T	K74/ICPC	
Primærlege 7068204 Evelin Testempal	Endring/forlenging av ordinasjon: Dato:	Sist validert av lege 01.05.2012	Orderende leger EUN = Unsvåg, Einar Wettre ETE = Testempal, Evelin		Kontaktperson (navn/tlf) Apotek 1 Svanen Guri Hansen tlf. 55678899		Ikke godkjent, 03.03.2015 1. kontroll		2. kontroll						

* Det settes inn dato for første og eventuelt siste dosering. "Siste dose" er siste dato MED dosering og vil være datoen FØR esponeringsdato.

*R- Reservasjon mot generisk bytte. A=Apotek, K=Kunde, L=Lege.



Ordinasjonskort for e-multidose

Første dose *		Siste dose *	LEGEMIDDEL	DOSERING							Bruksområde, dosering, administrasjonsmåte etc.	Ord. Lege	Resept gyldig til	P/E			
07:00		08:00		09:00		12:00		13:00		17:00		20:00		21:00			
806 Muspelheim			806MuspA1 Muspelheim HSP A1							VARER I BRUK / RESEPTER			OBS / INFO Odel Maksimaldose paracetamol		Standard pakkeintervall 2 uker		
Navn og fødselsnummer KURT ISERE 01.11.46 98195			Løpenr. 4120798							Versjonsnr. 3			Kontrollert		Side 1 av 2		
Adresse			CAVE							Endringsfrist							
FASTE ORDINASJONER I MULTIDOSE																	
13.08.14			Alendronat teva tab 70mg		1									Kun mandag	ASE	13.08.2015	E
15.08.14			Bisoprolol sandoz tab 5mg			1									ASE	14.08.2015	E
31.07.14			Burinex tab 1mg			1								Fra SØF	ASE	13.08.2015	E
15.08.14			Lerkanidipin actavis tab 20mg		1										ASE	15.08.2015	E
01.08.14			Panodil tab 1g			1				1				=Paracet 1g.	ASE	13.08.2015	E
31.07.14			Ramipril actavis tab 2,5mg			1				1				=Triatec 2,5mg.	ASE	13.08.2015	E
31.07.14			Spirix tab 25mg			1									ASE	13.08.2015	E
FASTE ORDINASJONER UTENOM MULTIDOSE																	
31.07.14			Betulac laktulose mik 667mg/ml			15					15			ml. Fra SØF	JBE		P
31.07.14			Cosopt eyedr 20+5mg/ml											1 dråpe i hvert øye som avtalt med legen	ASE	13.08.2015	E
13.08.14			Pradaxa kaps 110mg			1				1				Pakkes ikke	ASE	13.08.2015	E
31.07.14			Travatan eyedr 40mcg/ml											Dryppes i øynene som avtalt med legen	ASE	13.08.2015	E
15.08.14			Ventoline inh væske 1mg/ml		1					1					ASE	19.08.2014	P
ORDINASJONER VED BEHOV																	
15.08.14			Sobril tab 15mg											1 tablett kveld ved behov	ASE		Resept mangler E
Primærlege 9144897 August September			Pasienten inngår i elektronisk medlingsutvalging for multidoose. Dersom pasienten har papirresept som ikke står på kortet, vennligst ta kontakt med legen. P/E: P=papirresept og E=elektronisk resept							Orderende leger ASE = August September JBE = Jasmina Besirevic			Kontaktperson (navn/tlf)		Ikke godkjent, 15.08.2014 1. kontroll 2. kontroll		
*Det settes inn dato for første og eventuelt siste dosering. "Siste dose" er siste dato MED dosering og vil være datoen FØR seponeringsdato.																	
(se neste side)																	
*R- Reservasjon mot generisk bytte. A=Apotek, K=Kunde, L=Lege.																	

