

er målet derfor svært nær. Andre bykommuner har et stort omland, som trekker ned andelen nådd innen 12 minutter. Det trengs omorganisering, optimalisering av dagens system og politisk og faglig satsing for å nå målene.

Vi håper kvalitetssikringen av prehospitaltale responstider kan samordnes og bedres i hele landet.

Ellen Holtan Folkestad

Blefjell sykehus Notodden

Mads Gilbert

Universitetssykehuset Nord-Norge

Jon Erik Steen-Hansen

Sykehuset i Vestfold – Tønsberg

Litteratur

1. Folkestad EH, Gilbert M, Steen-Hansen JE. Når det haster – prehospitaltale responstider i Vestfold og Troms i 2001. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 324–8.
2. St.meld. nr. 43 (1999–2000). Om akuttmedisinsk beredskap. (<http://odin.dep.no/hd/norsk/publ/stmeld/030001-040003/index-dok000-b-n-a.html> (5.3.2004)).

Multidosepakking er et godt system

De siste årene har flere kommuner innført multidosepakking for pasienter i hjemmesykepleien som trenger hjelp til legemiddelbehandling. Multidosepakking er maskinpakkede doseringsesker der hver dose er pakket i en pose som er merket med pasientens navn, legemiddelinhold og dato og klokkeslett for doseinntaket.

I Tidsskriftet nr. 24/2003 presenterer Toril Bakken & Jørund Straand en studie med spørsmål om multidosepakking gir riktigere legemiddeloversikt enn tradisjonelt system for legemiddelbehandling (1). Studien gjaldt grad av samsvar mellom legejournal og hva pasienten egentlig fikk utlevert av legemidler. På grunnlag av et relativt lite materiale fant de at forholdene ikke nødvendigvis ble bedre ved innføring av multidosepakking. Studien avdekker at det mangler gode rutiner for samarbeid mellom de parter som er involvert når en pasient trenger hjelp til legemiddelbehandling.

Multidosesystemet gjør at sykepleier får friggitt tid fra teknisk legemiddelbehandling, som å flytte tabletter fra bokser til esker og å ringe og etterlyse resepter, til mer pasientrettet pleie. Multidosepakkene følges av et ordinasjonskort (legemiddeloversikt), som benyttes som resept. Det er gyldig for ett år og endres ved at lege gir melding til farmasøyt på apoteket. Farmasøyten sørger for oppdatering av de neste dosene. Multidosesystemet medfører ikke mer arbeid for legene enn tradisjonelt system, hvis dette i utgangspunktet er gjort etter forskriften (2). Sykepleieren skal, som legens medhjelper, ha alle endringer i dosering formidlet skriftlig, og telefonhenvendelser skal bekreftes skriftlig i ettertid. Med multi-

dosesystemet rettes endringene direkte til farmasøyt på apotek, for eksempel som telefonresept. Sykepleieren skal fortsatt observere pasientens legemiddelbehandling og holde kontakt med legen i forhold til dette. Det som forventes av legen, er at vedkommende har oversikt over hvilke av pasientene som mottar hjelp av hjemmesykepleien, og at disse dermed får legemidlene sine dosert på denne måten.

Multidosesystemet legger til rette for mer rasjonell og kvalitetssikker håndtering av legemiddelrekvireringen til den enkelte pasient, jevnfør en ECON-rapport fra 2002 (3). Innføring av multidosesystemet kan i tillegg brukes til etablering av gode samarbeidsordninger mellom alt involvert helsepersonell. Det optimale mål for lege, sykepleier, farmasøyt og ikke minst pasient er at legemiddelbehandling blir riktig.

Agnes Gombos

Sykehusapoteket Tønsberg

Litteratur

1. Bakken T, Straand J. Riktigere medisinlister ved multidosepakking? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3595–7.
2. Forskrift av 1987 for legemiddelforsyning mv. i den kommunale helsetjeneste.
3. Kassasjon av legemidler. ECON-rapport nr. 41/02. Oslo: ECON, 2002.

Hvordan skal ressursene prioriteres?

Økende kostnader i helsevesenet er et faktum i mange land. Kriteriene for fordeling av offentlige ressurser er et hett tema også i Tidsskriftet, og en aktiv deltakelse fra legene i prioriteringsdebatten etterlyses. De fleste av oss kan være enig i at effektivitet og kvalitet i det offentlige helsetilbudet bør vurderes fortløpende. Tilgang til nye og stadig dyrere behandlingsmetoder eller medikamenter bør styres. Imidlertid er det etter min mening problematisk å prioritere enkelte pasientgrupper på grunnlag av demografiske kriterier, som for eksempel alder (1). Det sies at unge bør prioriteres fremfor eldre. Argumenter for en slik begrensning kan være at en ung person muligens er «nyttigere» for samfunnet (1). Å bruke alder som begrensning rammer ikke bare de eldre, men det virker trolig lite motiverende for unge skattebetalere at tilgangen til helsetjenester blir sterkt begrenset når man blir eldre og virkelig har behov for det.

Som lege er jeg overbevist om at alle pasienter uansett skal tilbys det som er medisinsk riktig. Det betyr selvfølgelig ikke at alle får samme tilbud. Det forstår seg selv at en hjertesyk pasient på 85 år ikke får samme tilbud som en pasient på 40 år, dette av hensyn til risikoprofil og tilleggs sykdommer. Jeg vedgår gjerne at et helsevesen bygd på slike premisser fører til økt ressursbruk i fremtiden, for eksempel pga. aldersstrukturen i befolkningen.

Rettferdig prioritering i et statlig helsevesen er en myte. Et underbudsjettet helsevesen fører til et urettferdig tilbud. Ressurssterke og velinformerte pasienter er vinnerne. Det er åpenbart at egenandelene ved bruk av helsetjenester må økes etter hvert. Alternativet blir at en del medisinsk nødvendig behandling ikke tilbys i det hele tatt eller at enkelte pasientgrupper ekskluderes. Det sies at det finnes grenser for hvor mye samfunnet er villig til å betale for helsetjenester. Det er et viktig poeng, men det er tankevekkende at pengene vi bruker på lotteri, spill og alkohol ifølge Statistisk sentralbyrå utgjør rundt 50 % av det helsevesenet koster.

Diskusjonen om prioritering i helsevesenet setter i for stor grad søkelyset på kostnadssiden. Helsetjenesten er mer enn det: Den tilbyr sikre og meningsfulle arbeidsplasser. Medisinsk teknologi er et høyteknologiområde med spennende oppgaver for fremtidige ingeniører og forskere. Et høyverdig helsetilbud er en attraktiv vare som mange vil etterspørre og betale for, ikke bare den norske befolkningen, men muligens også utenlandske pasienter.

Alexander Wahba

St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Kristiansen IS. Koronare intervensjoner etter 80-årsalderen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1735–6.