

Vurdering av tiltak - Legemiddelhåndtering

Innhold

Innledning	2
Dagens situasjon og utfordring.....	2
Ressursbruk og kostnader knyttet til legemiddelhåndtering	3
Tildelingspraksis, før vedtak fattes:	5
Behandlingssentrene beskivelse av dagens tildelingspraksis:	6
Vurderingsteamets beskrivelse av dagens tildelingspraksis:	6
Helsetjenesteteam og Omsorgstjenesteteams beskrivelse av dagens tildelingspraksis:	7
Praksis ved oppstart av helsetjenester i hjemmet:	8
Praksis for involvering av pårørende:	9
Praksis for bruk av medisineringsstøtte:	9
Erfaringer fra andre kommuner	10
Apotek tjenester i Bergen	12
Mål – hva vil vi oppnå med våre foreslåtte tiltak?	14
Hva skal til for at vi kan redusere dagens tildelingspraksis?	16
Beslutning om å avgrense helsetjenestens ansvar for dosering og transport av legemidler	16
Pyramide-veileder for legemiddelhåndtering: et hjelpemiddel for ansatte.	16
Aktuelle tiltak	18
Vurdering av tiltak 0: Ingen endring	18
Vurderinger av tiltak 1: Benytte apotek eller andre private løsninger	19
Arbeidsgruppens anbefaling, tiltak 1:	20
Vurderinger av tiltak 2: Helsetjenestene doserer ikke legemidler.	23
Arbeidsgruppens anbefaling, tiltak 2:	25
Vurderinger av tiltak 3: Medisindispenser som førstevalg	26
Arbeidsgruppens anbefaling av tiltak 3:	27
Vurderinger av tiltak 4: Økt bruk av opplæringsvedtak og tidsavgrenset vedtak.	28
Arbeidsgruppens anbefaling av tiltak 4:	29
Økonomisk gevinstberegning	31

Innledning

Kommuneloven skal legge til rette for at kommuner og fylkeskommuner kan yte tjenester og drive samfunnsutvikling til beste for innbyggerne. Loven skal også legge til rette for kommunenes og fylkeskommunenes utøvelse av offentlig myndighet. Videre skal loven bidra til at kommuner og fylkeskommuner er effektive, tillitskapende og bærekraftige jfr §1-1.

I lys av økende økonomiske utfordringer og knapphet på personellressurser, må Bergen kommune gjennomgå og vurdere eksisterende praksis for tjenestetildeling og utmåling av tjenester. Dette gjelder særlig helse- og omsorgstjenester, hvor kommunen har et lovpålagt ansvar for å tilby nødvendige tjenester til innbyggere som har behov for det, jf. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 har kommunen plikt til å sørge for at alle som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Samtidig gir pasient- og brukerrettighetsloven pasienter og brukere rett til å motta helse- og omsorgstjenester når de har et dokumentert behov. Denne balansen mellom rettigheter og plikter krever at kommunen kontinuerlig vurderer om tjenestene som ytes er forsvarlige, nødvendige og hensiktsmessige – både for den enkelte bruker og for tjenesten som helhet.

I enkelte tilfeller kan det oppstå en praksis der kommunen yter bistand utover det som er nødvendig eller innenfor det lovpålagte ansvarsområdet. I dag fattes det vedtak om helsetjenester i hjemmet basert på helsefaglige vurderinger. Det er derfor viktig å undersøke om dagens praksis er i tråd med kommunens ansvar, og om det finnes rom for endringer som kan bidra til bedre ressursutnyttelse uten at det går på bekostning av pasientsikkerhet eller rett til nødvendige tjenester.

I denne saken utredes muligheten for å redusere tildelingspraksis for Legemiddelhåndtering (LMH) for hjemmeboende brukere som:

selv kan hente sine legemidler på apotek, og

- selv kan læres opp til å administrere sine legemidler eller få hjelp av pårørende, apotek eller medisineringsstøtte.

Utredningen omfatter tjenester som ytes av etat for hjemmebaserte tjenester, inkludert vedtak fattet av Forvaltning psykisk helse. Tjenester til barn og unge, samt tjenester utført av etat for psykisk helse og rus eller etat for tjenester til utviklingshemmede, inngår ikke i denne vurderingen. Eventuell overføringsverdi til andre målgrupper må vurderes separat.

Dagens situasjon og utfordring

Tildeling av hjelp til legemiddelhåndtering skjer som en del av vedtak om helsetjenester i hjemmet, hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 bokstav a¹. Kommunen har

¹ [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) - Lovdata](#)

ansvar for å tilby nødvendige helsetjenester i hjemmet, og vedtaket skal være basert på en individuell, helsefaglig vurdering av pasientens behov.

Vedtak om hjelp til legemiddelhåndtering fattes når pasienten ikke er i stand til å håndtere legemidler på en trygg og forsvarlig måte. Dette kan skyldes:

- Diagnoser som krever tett oppfølging av medikamentbruk.
- Nedsatt fysisk funksjon, som svekket syn, finmotorikk eller fatigue.
- Kognitiv svikt, som demens eller redusert hukommelse.
- Manglende evne til å følge medikamentregime til tross for opplæring.

Vurderingskontor for voksne og eldre og Forvaltningsenhet psykisk helse fattet vedtak om helsetjenester i hjemmet, ut ifra følgende kriterier:

Hjemmeboende personer som ikke selv kan oppsøke helsehjelp på grunn av sykdom eller funksjonsnedsettelse, og som er avhengig av hjelp i eget hjem for å få dekket grunnleggende helse og omsorgsbehov.

Med helsehjelp menes handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgs formål og som er utført av helsepersonell. Det er pasientens medisinske tilstand som er avgjørende for hvilken hjelp pasienten har rett til og hvilken kompetanse den som skal yte hjelpen må ha.

Ressursbruk og kostnader knyttet til legemiddelhåndtering

Legemiddelhåndtering er en kompleks og kompetansekrevene oppgave som utgjør en betydelig del av helsetjenestene i hjemmet. Kommunen har et tydelig ansvar for å sikre at legemidler gis til rett pasient, i rett dose, til rett tid og på rett måte. Dette ansvaret er forankret i både helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift om legemiddelhåndtering², og er avgjørende for å forebygge feilmedisinering og sikre pasientsikkerhet.

Tjenesten er kostnadsfri for brukerne, men de må selv dekke utgifter til legemidler og dosetter. Brukere får delvis refusjon for legemidler via Helfo. Kommunal multidose er også gratis for brukerne, og kommunen sender refusjonskrav til Helfo for denne tjenesten. Alternativt kan pasienten selv bestille multidose fra apotek, men må da betale et pakkegebyr. Prisen varierer mellom apotekene, cirka 250kr per måned³.

Tall fra Profil viser at det i løpet av 2024 var i snitt ca. 2750 pasienter som mottok hjelp til legemiddelhåndtering. Finansieringsrapporten viser at totalt 4025 unike pasienter mottok tjenesten i løpet av året, noe som tilsvarer et gjennomtrekk på omtrent 100 pasienter per måned. Per 1. januar 2025 mottok 2712 pasienter bistand til legemiddelhåndtering, hvorav 907 hadde multidose. Selv blant pasienter med multidose er det vanlig at enkelte legemidler doseres manuelt ved siden av, for eksempel ved antibiotikakurer, behovsmedisin eller legemidler som ikke egner seg for multidosepakking.

Helsetjenestenes ressursbruk til dosering av legemidler er anslått til å være i gjennomsnitt 18 minutter per pasient per uke og oppgaven må utføres av to autoriserte sykepleiere eller

² [Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp - Lovdata](#)

³ [Multidose - Apotek 1](#)

vernepleiere. I januar 2025 ble det dosert legemidler for minst 1805 pasienter, noe som tilsvarer 32 490 minutter eller 541,5 timer. Dette utgjør om lag 15,25 årsverk, basert på en arbeidsuke på 35,5 timer. Disse tallene illustrerer hvor stor andel av kommunens helsepersonellressurser som går med til legemiddelhåndtering, og understreker behovet for å vurdere om ressursene brukes på en mest mulig effektiv og forsvarlig måte.

Helsetjenestene har over tid hatt som mål å øke andelen pasienter med multidose, da elektronisk multidose anses som et viktig tiltak for å styrke pasientsikkerheten og forebygge avvik. Multidose reduserer behovet for manuell dosering og bidrar til å sikre at legemidler gis til rett pasient, i rett dose, til rett tid og på rett måte. Dette er særlig viktig fordi legemiddelhåndtering er en prosess med høy risiko for feil.

Kommunens kvalitetssystem, BkKvalitet, viser at legemiddelhåndtering er den mest avvikssatte delen av tjenestene. Omtrent halvparten, dvs ca. 4000, av alle meldte uønskede hendelser i etat for hjemmebaserte tjenester i 2024 var knyttet til legemiddelhåndtering. Selv om de fleste hendelsene ikke fører til direkte pasientskade, bekrefter meldingene en betydelig risiko for feil og mangler. 485 av de uønskede hendelsene er markert med at de har ført til personskade, ingen alvorlige, men 21 med moderat alvorlighetsgrad.

Bergen kommune mottar tertialrapporter fra apotekene, som pakker multidose for kommunen, som viser en feilrate på ca. 0,1 % av alle leveranser. Dette inkluderer alle typer avvik, ikke bare feil i selve multidosepakking. Selv om kommunen ikke har et direkte sammenlignbart tall for manuell dosering, anslås det at feilraten ved manuell dosering er betydelig høyere.

Det har vært en forventning om at økt bruk av multidose vil være ressursbesparende for tjenestene. I 2024 ble etat for hjemmebaserte tjenester trukket 10 millioner kroner i budsjett, basert på antakelsen om at elektronisk bestilling av multidose ville gi økonomisk gevinst. I ettertid har det vist seg at innsparingen ikke ble så stor som forventet, blant annet fordi kontrollfunksjoner og administrasjon knyttet til multidose fortsatt krever betydelig innsats fra tjenestene. Andelen pasienter med multidose må heves for å få den gevinsten som først ble anslått.

Antall pasienter med multidose i hjemmebaserte tjenester har økt. I oktober 2023 var det 538 pasienter med multidose, mens tallet per juni 2025 var 1123. Tjenestene vurderer at det fortsatt er potensial for ytterligere økning. Til sammenligning hadde etat for hjemmebaserte tjenester rundt 1400 pasienter med multidose i 2018, før andelen falt som følge av motstand fra enkelte fastleger på grunn av mangelfulle elektroniske dialogverktøy (omtalt i NRK Vestland 6. mars 2019⁴).

Innføringen av elektronisk multidose⁵ har forbedret kommunikasjonen mellom fastlege og apotek, særlig gjennom muligheten for elektronisk meldingsutveksling. Dette har ført til raskere respons og bedre samarbeid. Elektronisk multidose gir bedre oversikt over pasientens medisiner, inkludert endringer gjort av andre leger. Dette bidrar til mer korrekt medisiner og færre feil⁶. I dag har ca. 90 % av Bergens fastleger teknisk mulighet for å

⁴ [Leger boikotter multidose – NRK Vestland \(06.mars 2019\)](#)

⁵ [Elektronisk multidose - Norsk helsenett](#)

⁶ [Implementation of a shared medication list in primary care - a controlled pre-post study of medication discrepancies](#)

benytte elektronisk multidose. Innen utgangen av 2025 håper vi at så godt som alle resterende fastleger vil kunne ta i bruk løsningen.

Det er ikke en forutsetning at kommunen har overtatt ansvaret for legemiddelhåndtering for å benytte multidose. Som privatperson kan man inngå avtale med et apotek om såkalt privat multidose.

Legemiddelhåndtering har tradisjonelt blitt sett på som en inngangsport til hjemmetjenesten. En gjennomgang av tildelingspraksis viser at personer som i utgangspunktet er i stand til å hente legemidler selv på apotek, får vedtak om helsetjenester knyttet til legemiddelhåndtering. I denne sammenhengen er begrepet *hjemmebundet* ofte brukt i helsetjenestene. Arbeidsgruppen er ikke kjent med at det finnes en formell eller entydig definisjon av begrepet. Det er derfor rimelig å anta at forståelsen og tolkningen varierer mellom ulike fagpersoner og tjenesteytere.

For å sikre en felles forståelse i denne utredningen, har arbeidsgruppen valgt å definere *hjemmebundet* som:

«Personer som på grunn av sykdom, funksjonsnedsettelse eller redusert mobilitet i praksis ikke kan forlate hjemmet uten betydelig hjelp eller belastning.»

Denne definisjonen inkluderer personer med psykiske lidelser eller kognitiv svikt, som ikke er i stand til å oppsøke helsehjelp på egen hånd.

Med denne definisjonen som utgangspunkt, vil personer som klarer å handle dagligvarer, besøke fastlege eller utføre andre daglige gjøremål, også kunne forventes å hente legemidler på apoteket. Ifølge data fra Profil per 01.01.2025 mottar cirka 380 pasienter hjelp utelukkende til dosering og levering av legemidler, uten annen bistand fra hjemmetjenesten. Dette utgjør 14 % av dagens pasienter som får bistand til legemiddelhåndtering. Enkelte av disse har tilleggstjenester som trygghetsalarm eller praktisk bistand i husholdningen, men arbeidsgruppen anslår at rundt 90 % av dem sannsynligvis kan avsluttes dersom terskelen for tildeling heves.

Dersom behovet for bistand til legemiddelhåndtering vurderes uavhengig av øvrig helsehjelp, anslår arbeidsgruppen at det også vil være mulig å redusere tjenesten for pasienter som får annen bistand fra helsetjenestene – selv om andelen unntak vil være høyere blant dem som har større behov for bistand.

Profil-data viser at enkelte pasienter kun mottar hjelp til enkeltoppdrag i tillegg til legemiddelhåndtering, som for eksempel dusj én gang i uken, sårstell to ganger i uken, blodtrykksmåling én gang i uken eller hjelp med støttestrømper. Arbeidsgruppen har ikke klart å kartlegge hvor mange av disse som vil kunne få et fullverdig tilbud fra apotekene, men vurderer at flere vil kunne klare dette på egen hånd.

Tildelingspraksis, før vedtak fattes:

Erfaring viser at mange pasienter får hjelp uten at behovet er tilstrekkelig vurdert. Helsetjenestene i hjemmet melder om at ressurser benyttes på oppgaver som kunne vært

løst med opplæring, medisindispenser eller støtte fra andre aktører. Dette bidrar til ineffektiv ressursbruk og økt belastning på tjenestene.

Behandlingssentrenes beskrivelse av dagens tildelingspraksis:

Behandlingssentrene sin praksis rundt vurdering av behov for bistand til legemiddelhåndtering, skjer gjennom en helhetlig kartlegging av pasientens funksjonsnivå, helsetilstand og kognitive evner under oppholdet. Vurderingen inkluderer bruk av flere ulike kartleggingsverktøy, og det gjennomføres samtaler med pasient og pårørende før utreise.

Mange pasienter vegrer seg for å ta ansvar for egen legemiddelhåndtering, og ber om bistand etter hjemkomst. Dette utfordrer intensjonen om selvstendiggjøring. Enkelte behandlingssentre peker på behov for tydeligere kriterier for søknad om bistand til legemiddelhåndtering fra hjemmebaserte tjenester.

Det foreligger per i dag ikke noen rutine for doseringsopplæring med pasient i behandlingssenter. Det vil være mulig å gjennomføre lokal opplæring, men man er da avhengig av å hente ut pasientenes egne medisiner og kjøpe inn dosett (pårørende). Det må i tillegg skrives personbundet regnskap på eventuelle A/B preparater. Det bør i så tilfelle lages en felles prosedyre, for gjennomføring av opplæring i behandlingssenter.

For å redusere antall søknader om bistand til legemiddelhåndtering, foreslås det tydelige vedtak med utfyllende beskrivelse for oppholdet, sjekklister og kartleggingsverktøy som kan støtte vurderingsarbeidet. Det foreslås også undervisning av ansatte ved behandlingssentre i bruk av medisineringsstøtte og annen velferdsteknologi, informasjonsmateriell om multidose og hvordan pasienter kan starte med dette.

Behandlingssentrene har begrenset kapasitet til opplæring i bruk av multidosedispenser, både for pasienter og pårørende. De har også lite kjennskap til velferdsteknologiske løsninger som tilbys via responscenteret. Det er derfor ønskelig med undervisning. Et ønsket tiltak fra behandlingssentrene er at de kan søke om midlertidige vedtak (f.eks. én måned) for legemiddelhåndtering, slik at hjemmebaserte tjenester kan vurdere pasientens evne til å håndtere dette selv. Enkelte behandlingssenter henviser aktuelle pasienter til Responscenteret for utprøving av medisineringsstøtte, men praktiserer i liten grad utprøving/testing/kartlegging under korttidsoppholdet.

Vurderingsteamets beskrivelse av dagens tildelingspraksis:

De som overføres til helsetjenester i hjemmet for bistand til legemiddelhåndtering er pasienter som selv ikke mestrer å administrere sine legemidler på en forsvarlig måte, og som ikke ønsker å inngå private løsninger (multidose, pårørende) for legemiddelhåndtering. Unntaket er dersom pasienten kjører bil. Som hovedregel er det forventet at pasienter som er i stand til å kjøre bil også er i stand til å administrere egne medisiner.

Vurderingen skjer gjennom legemiddelkartlegging, der det er fokus på selvstendiggjøring av pasienten (enten i dosering, eller å ta medisiner direkte fra eskene). I tilfeller der det er opplagte grunner til at pasienter ikke selv mestrer å administrere sine legemidler gjennomføres det kun én doseringskartlegging (for eksempel kognitiv svikt, nedsatte finmotoriske ferdigheter der hjelpemidler ikke er tilstrekkelig, blindhet, uttalt tremor på hendene eller lignende). I de tilfellene der det ikke er opplagte bistandsbehov skal det

gjennomføres flere doseringskartlegginger, med fokus på opplæring/trygging/selvstendiggjøring. Dersom pasienten ikke blir selvstendig, og det vurderes som ikke forsvarlig at bruker ivaretar legemiddelhåndteringen selv, konkluderes det med at de har rett til bistand fra helsetjenester i hjemmet. Der det er aktuelt informeres pasienten om mulighet for privat multidose, eller det etterspørres om pårørende kan ivareta legemiddelhåndtering. Dersom pasienten ikke ønsker dette (noe kun et fåtall gjør) overføres de til helsetjenester i hjemmet for bistand til legemiddelhåndtering.

Vurderingen skal være grundig beskrevet i kartleggingsskjema, som saksbehandlerne benytter som grunnlag for å fatte vedtak. Selv om alle i Vurderingsteam skal følge samme prosedyre for vurdering av bistandsbehovet, er det mye rom for skjønnsmessige vurderinger.

Unntaksvis overføres pasienter til helsetjenester i hjemmet med tidsavgrensede vedtak/opplæringsvedtak. Dette gjelder tilfeller der en ser at pasienter har potensiale til å bli selvstendige, men trenger lengre tid enn de ukene Vurderingsteam følger opp pasienten. Vurderingsteam tar utgangspunkt i følgende trinn ved vurdering av behov for legemiddelhåndtering, hentet fra legemiddelprosedyren. Det startes på laveste nivå:

- Kartlegger om pasient mestrer å ta medisiner direkte fra emballasjen selv på en forsvarlig måte. De oppfordres da til å fortsette med dette.
- Kartlegger om pasient eller pårørende kan dosere i dosett. Forsøker å gjøre pasienter selvstendige/gi opplæring i dosering. Tilbyr også å gi opplæring til pårørende i aktuelle tilfeller.
- Oppfordrer pasient til å inngå avtale om privat multidose med apoteket
- Vurderer om det kan benyttes elektronisk medisineringsstøtte, fortrinnsvis for multidose.
- Pasient har behov for kommunal multidose, med eller uten elektronisk medisineringsstøtte.
- Pasient får bistand fra hjemmebaserte tjenester til dosering.

I praksis er det mange pasienter, som kunne inngått avtale om privat multidose med apotek, som overføres til hjemmebaserte tjenester for legemiddelhåndtering, fordi det mangler kriterier som sier at pasienter som ikke er *hjemmebundet* først må forsøke private løsninger. Privat multidose, eller at pårørende bistår med dosering, er i dag kun en anbefaling, men ikke noe som kan pålegges. De blir dermed i de fleste tilfellene overført til hjemmebaserte tjenester.

Tildelingspraksisen ville sannsynligvis vært betydelig redusert dersom det forelå tydelige kriterier som sier at pasienter som ikke er *hjemmebundet* ikke kvalifiserer til å få bistand fra kommunen til legemiddelhåndtering.

Helsetjenesteteam og Omsorgstjenesteteams beskrivelse av dagens tildelingspraksis:

Pasienter som allerede mottar helsetjenester i hjemmet, kan virke å ha enda lavere terskel for å få hjelp til legemiddelhåndtering enn nye pasienter. Ansatte, pårørende og pasienter kan tenke at det allerede utføres helsetjenester i hjemmet, og da er legemiddelhåndtering

bare en liten ekstra oppgave. Legemiddelhåndtering skaper mye administrasjon- og oppfølgingsarbeid, som ikke er direkte synlig for alle ansatte og pasienter.

Etter omorganisering i prosjektet HeltOm, og opprettelse av helsetjenesteteam (HT), har helsetjenester i hjemmet også en grundigere vurdering av hvem som får utvidet sin hjelp til også å omfatte legemiddelhåndtering. Det er likevel store variasjoner mellom de ulike HT og den enkelte sykepleier/vernepleier, som vurderer om pasienten skal få hjelp til legemiddelhåndtering.

I praksis ser vi at omsorgsteam kan melde behov for hjelp til legemiddelhåndtering, uten at det er gjort grundige vurderinger og dokumentasjon av behovet. Dette kan føre til merarbeid i HT, eller for vurderingskontor om det meldes dit først.

Klare kriterier for hvem som kan/skal få hjelp til legemiddelhåndtering vil trygge ansatte i sine vurderinger, og tjenesten kan unngå unødvendige henvisninger internt i egen enhet eller til vurderingskontor.

Praksis ved oppstart av helsetjenester i hjemmet:

Oppstart av helsetjenester i hjemmet innebærer en rekke oppgaver, selv når vedtaket kun gjelder legemiddelhåndtering. Alle pasienter får oppnevnt en primærkontakt og sekundærkontakt, som har hovedansvar for oppfølging av pasienten og pårørende.

Ved oppstart skal det gjennomføres risikovurdering av pasientens ernæringsstatus⁷, kartlegging av vitale målinger for å etablere en baseline⁸, og en oppstartsamtale for å sikre helhetlig oppfølging og innhenting av nødvendige data til kommunalt pasient- og brukerregister⁹. I tillegg skal det utføres arbeidsplasskartlegging for å sikre et forsvarlig arbeidsmiljø for ansatte. Ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten skal det sendes innleggelsesrapport med relevant informasjon¹⁰, i tråd med gjeldende tjenesteavtaler.

Vedtak om legemiddelhåndtering utløser alle disse oppgavene. I tillegg medfører det e-meldingsdialog med fastlege, administrativ håndtering ved mottak og utdeling av legemidler, samt eventuell dosering i dosett. Dersom pasienten ikke har multidose, krever dette hyppigere kontakt med lege for resepter, samt tid til dosering og kontroll.

Oppgavene er forankret i nasjonale faglige retningslinjer, samarbeidsavtaler og interne prosedyrer, og har som mål å ivareta pasientsikkerheten. Primærkontakter har et omfattende ansvar, som inkluderer kontinuerlig vurdering av pasientens behov for helsehjelp og andre tjenester, samt å sikre tverrfaglig samhandling. Dette arbeidet pågår fortløpende og varierer i omfang mellom pasienter.

I enkelte avdelinger har primærkontakter ansvar for et høyt antall pasienter, noe som kan utfordre kvaliteten på oppfølgingen. Tjenesten vurderer at det er behov for å begrense antall primærpasienter per ansatt for å sikre tilfredsstillende oppfølging, men utfordres av høyt sykefravær, turnover og mangel på helsepersonell.

⁷ [Forebygging og behandling av underernæring - Helsedirektoratet](#)

⁸ [Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand - Helsedirektoratet](#)

⁹ [Registrering av helse- og omsorgsdata i kommunen - Helsedirektoratet](#)

¹⁰ [Tjenesteavtaler - Saman](#)

Statens helsetilsyn har i 2025 landsomfattende tilsyn med tema «Grunnleggende behov hos eldre som bur heime». Bergen kommune har fått varsel om tilsyn høsten 2025. Rødøy kommune har nylig hatt tilsyn, og i [Rapport - Landsomfattende tilsyn - kommunale helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende eldre 2025 - 2026 - Rødøy 2025 | Helsetilsynet](#), kommer det tydelig frem at brudd på primærkontaktsystemet og manglende etterlevelse av de nasjonalfaglige rådene håndheves som lovbrudd/avvik.

Praksis for involvering av pårørende:

Pårørende har ingen plikt til å utføre omsorgsoppgaver for familiemedlemmer over 18 år, med mindre de selv ønsker det¹¹. Involvering fra pårørende er derfor frivillig. Helsepersonell kan likevel gå i dialog med pasient og pårørende for å avklare ønsker og forventninger, men det forutsetter at pasienten samtykker.

Dersom pårørende allerede er involvert i samarbeidet rundt pasientene er praksis i Vurderingsteam at pårørende noen ganger blir spurt om å bidra med legemiddelhåndtering. Hvis pasienten er samtykkekompetent og ikke ønsker at pårørende skal kontaktes, respekteres dette.

De fleste pårørende takker nei til oppgaven, ofte fordi de mener det er tryggere at kommunen håndterer medisiner. Noen opplever også at medisintutlevering fungerer som tilsyn, noe de verdsetter. Selv om opplæring tilbys, er det få som ønsker å ta den. Mange pårørende opplever allerede stor belastning og foretrekker at kommunen tar ansvar for medisiner fremfor mer personlige omsorgsoppgaver.

I tilfeller der pårørende allerede bistår med legemiddelhåndtering, ønsker de ofte å fortsette. Men når det søkes om hjelp, er det som regel fordi både bruker og pårørende ønsker at kommunen skal overta ansvaret.

Praksis for bruk av medisineringsstøtte:

Medisineringsstøtte, som for eksempel bruk av medisindispensere, regnes som en trygg og effektiv administrasjonsform som bidrar til å sikre at legemidler gis til rett pasient, i rett dose og til rett tid. Helsedirektoratet fremhever i rapporten Digital legemiddelhåndtering i kommunal helse- og omsorgssektor¹² at medisindispensere kan styrke pasientsikkerheten og redusere risikoen for feilmedisinering.

Tildeling av medisineringsstøtte skjer basert på et vurdert behov og er aktuelt for personer med kognitiv svikt, nedsatt finmotorikk, redusert syn eller annet¹³.

Helsetjenestene i hjemmet har de siste årene arbeidet målrettet for å øke bruken av medisindispensere. Per tredje tertial 2024 mottok 73 pasienter hjelp til legemiddelhåndtering ved bruk av multidosedispenser. I første tertial 2025 hadde dette økt til 118 pasienter (BkStyring). Økningen kan blant annet tilskrives økt søkelys på velferdsteknologi, ansettelse

¹¹ [Pårørendeveileder - Helsedirektoratet](#)

¹² [Digital legemiddelhåndtering i kommunal helse- og omsorgssektor - Helsedirektoratet](#)

¹³ [Dokument «EHBT Den gode kandidaten for medisineringsstøtte», ID 13725 - BkKvalitet](#)

av velferdsteknologiagenter og en bevisst strategi om å utnytte mulighetsrommet som oppstår når andelen multidosebrukere øker.

I tillegg benyttes det rundt 200 dosettdispensere (Pilly) blant pasienter med vedtak om helsetjenester i hjemmet. Responssenteret rapporterer at 64 pasienter per 1. mai 2025 (BkStyring) benytter medisineringsstøtte uten vedtak om helsetjenester. I disse ordningene har pasienten selv eller pårørende ansvar for håndteringen. Vurderingskontoret fatter i disse tilfellene vedtak, som en kommunal serviceytelse, og responssenteret følger opp teknologien i samråd med pasient/pårørende.

Det er fortsatt lite kjent blant pasienter, pårørende og helsepersonell at medisindispensere kan benyttes uten at helsetjenesten er involvert i den daglige oppfølgingen. Mange har en forventning om at dette er en oppgave som må håndteres av helsepersonell og søker derfor om bistand fra helsetjenestene. Økt kunnskap om dette mulighetsrommet kan bidra til at flere pasienter og pårørende kan ta ansvar for egen legemiddelhåndtering, noe som igjen kan frigjøre ressurser i tjenestene. For å lykkes med dette arbeidet er det avgjørende at opplæringsmateriell og informasjon er lett tilgjengelig både for publikum og ansatte i pasientnært arbeid. Selv om noe materiell allerede finnes, er det behov for videreutvikling og bedre formidling.

Det finnes en viss skepsis både i befolkningen og enkelte fagmiljøer til at pasienter eller pårørende kan ivareta legemiddelhåndtering på egen hånd. Denne skepsisen kan skyldes usikkerhet om ansvar, frykt for feilmedisinering eller manglende erfaring med medisindispenser. For å redusere denne motstanden er det viktig med tydelig kommunikasjon om sikkerhet, ansvar og gevinster, samt å vise til praktiske eksempler på vellykkede implementeringer.

Bergen kommune tilbyr i dag tre ulike medisinerdispensere: to for multidose og én for dosett. Administrasjon av multidosedispenserne er både tryggere og mer brukervennlig, ettersom man unngår manuell dosering og behovet for å følge opp reseptfornyelser. Dispenserne har flere innebygde kontrollmekanismer, blant annet funksjoner som sikrer at riktig multidoserull benyttes til rett pasient. Det er dermed ikke mulig å sette inn feil multidoserull i dispenserens. Alle de tre medisindispenserne er trygge. For pasienter som ikke har tabletter som kan pakkes i multidose, er tablettdispenseren ett god alternativ.

Erfaringer fra andre kommuner

Prosjektet har vært i dialog med flere ASSS-kommuner og kommuner i Vestland fylke. Selv om kommunene har kommet ulikt i arbeidet, er det et felles trekk at legemiddelhåndtering er et prioritert område. Det er en tydelig forventning om at pasienter som har mulighet til å hente medisiner selv på apotek, skal gjøre dette.

Eksempler fra andre kommuner viser at det er mulig å stille tydelige krav til pasientenes egeninnsats, og å prioritere tjenester basert på dokumentert behov og helsefaglige vurderinger. Dette gir et mer målrettet tjenestetilbud og bidrar til bedre ressursutnyttelse.

Legemiddelhåndtering: Dersom du har mulighet, er det best om du tar hånd om dine medisiner selv. Apotek tilbyr eventuelt dosering av medisiner i dosepakker som kan hentes på apoteket. Fastlegen din kan sende oversikt

over dine medisiner til apotek og be om at medisinerne pakkes i doser. Du bestemmer selv om du vil hente medisiner hver 2. eller 4. uke.

Dersom det er spesielle grunner til at hjemmetjenesten skal administrere dine medisiner, kan en avtale om medisinsoppfølging med eller uten medisindispenser utarbeides i samarbeid med hjemmetjenesten. (Lørenskog kommune)

Flere kommuner fremhever at bruk av medisineringsstøtte og multidose er et førstevalg.

Velferdsteknologi og andre hjelpemidler er førstevalg når du får behov for tjenester. Det betyr at vi alltid først vurderer om teknologiske løsninger kan være riktig hjelp for deg. Målet er å gjøre deg tryggere, mer selvstendig og mindre avhengig av hjelp (Trondheim kommune)

Bistår med medisiner i form av multidose og eventuelt medisindispenser. Bistår ikke med dosering - unntak for kurer. (Lillestrøm kommune)

Gjennom dialog med utvalgte kommuner har vi fått innsikt i at flere arbeider målrettet for å øke andelen multidosebrukere i hjemmetjenesten. Enkelte kommuner anslår at omtrent 75 % av pasientene i helsetjenestene i dag mottar legemidler via multidose. Til sammenligning hadde Bergen kommune per juni 2025 en andel på rundt 40 %. Dette indikerer at det finnes et betydelig potensial for å øke bruken av multidose i Bergen.

Samtidig fremheves det at mange pasienter har dosetter i tillegg til multidose, noe som skaper utfordringer – særlig ved endringer i legemidler mellom leveransene fra apotek. Et velfungerende dialogverktøy mellom apotek og fastlege, samt et tett samarbeid med felles målsetting mellom fastlege og kommunale helsetjenester, trekkes frem som avgjørende for å redusere behovet for dosetter ved siden av multidose.

Drammen kommune oppgir at de har tre apotekkjeder i sin kommune som tilbyr pakking av multidose, hvorav to av apotekkjedene også tilbyr hjemlevering, som de henviser pasientene til. De opplyser at dette har medvirket til å holde tildelingspraksisen nede.

Enkelte andre kommuner oppgir at de har få eller ingen apoteker i som tilbyr multidose. Hvilke apotek som er tilgjengelige, og hvilke tjenester de tilbyr, vil derfor ha direkte betydning for hvilke oppgaver helsetjenestene kan avvikle eller effektivisere.

Bjørnafjorden kommune startet i 2022 et prosjekt for å redusere bruken av dosett og øke overgangen til multidose. Samtidig ble pasienter som kun mottok legemiddelhåndtering som den eneste kommunale tjenesten, oppfordret til å gå over til privat multidose. Forvaltningskontoret endret praksis og tildelte som hovedregel ikke lenger legemiddelhåndtering som eneste tjeneste. Kartleggingen i forkant av tjenestetildeling ble styrket.

Prosjektet har gitt flere positive resultater og erfaringer, følgende ble delt i erfaringsmøte 01.09.2025:

- **Reduksjon i tjenestebruk:** Hjemmetjenesten opplevde en nedgang på nesten 40 % i antall pasienter der de hadde ansvar for legemiddelhåndtering.
- **Overgang til multidose:** Alle pasienter som ble vurdert som egnet, ble overført til multidose.
- **Godt samarbeid med fastlegene:** Kommunens 30 fastleger ble informert i forkant og støttet endringene. De samarbeidet aktivt for å få tiltakene gjennomført.
- **Brukerinvolvering:** Helsetjenesten hadde dialog med berørte pasienter og pårørende før opphørsbrev ble sendt ut. Dette bidro til en smidig overgang.
- **Ingen klager eller uro:** Forvaltningskontoret rapporterer at det ikke har kommet klager fra pasienter som har gått til Statsforvalteren. Det oppsto ikke noen nevneverdig uro i forbindelse med endringene.
- **Forståelse fra pasienter og pårørende:** Det er uttrykt forståelse for kommunens grep.
- **Bedre kvalitet og færre avvik:** Helsetjenestene opplever færre avvik og uønskede hendelser etter at de ikke lenger fungerer som mellomledd mellom apotek og fastlege. Direkte dialog mellom disse aktørene har styrket kvaliteten.
- **Erfaringsdeling:** det er enklere å stoppe tildeling enn å omgjøre tjenester som allerede ytes.

Selv om ikke alle pasientene, hvor hjelpen ble avsluttet, klarte denne oppgaven selv oppgir kommunen at de har en betydelig reduksjon i antall pasienter som får hjelp til medikamenthåndtering.

Apotektjenester i Bergen

Helsetjenestene rapporterer om at de er kjent med at det er et variert tilbud av tjenester som tilbys til privatpersoner fra apotekene i Bergen, men at det er store ulikheter mellom de ulike apotekene, også internt i samme apotekkjede.

I følge [Apotekoversikt - Direktoratet for medisinske produkter](#) finnes det i dag 49 gyldige apotekkonsesjoner i Bergen kommune. De største leverandørene er Apotek 1 (22 stykk), Vitusapotek (9 stykk) og Boots apotek (9 stykk).

Ifølge nettsidene til [Apotek 1](#) tilbys følgende medisinske tjenester til privatpersoner:

- [Multidose](#)
- Vaksine
- Blodtrykksmåling
- Inhalasjonsveiledning
- [Veiledning](#) – for optimal effekt av legemiddelbehandlingen
- Medisinstart – for de som skal starte opp med ny hjertemedisin
- Blodprøvetaking av kolesterol og langtidsblodsukker
- Abonnement på medisiner, [nettbestilling og hjemlevering](#)

Ifølge nettsidene til [Vitusapotek](#) tilbys følgende medisinske tjenester for privatpersoner:

- Vaksine
- Multidose
- Inhalasjonsveiledning
- [Medisinstart](#) - en apotektjeneste for de som skal starte opp med ny hjertemedisin
- Blodtrykksmåling
- Abonnement på medisiner, nettbestilling og [hjemlevering](#)

Ifølge nettsidene til [Boots.no](#) tilbyr ikke de multidose, men tilbyr:

- Vaksine
- Inhalasjonsveiledning
- Blodtrykksmåling
- [Hjelp med medisinstart](#)
- [Hjemlevering](#)

Arbeidsgruppen legger til grunn at tjenestetilbudet varierer mellom de enkelte apotekene, og at det nærmeste eller foretrukne apoteket ikke leverer de tjenestene de har behov for. Til tross for dette vurderes det samlede tjenestetilbudet i Bergen kommune som bredt og tilgjengelig. Basert på informasjon fra apotekenes nettsider og begrenset erfaring fra praksis, anser arbeidsgruppen tilbudet som tilstrekkelig til å kunne forvente at privatpersoner i større grad enn i dag kan benytte seg av apotekenes tjenester.

Oversikt over hvilke apotek som per august 2025 tilbyr multidose til privatpersoner:

Åsane bydel	Arna bydel	Årstad bydel	Bergenhus bydel
Apotek 1 Åsane Ditt apotek Eidsvåg Vitusapotek Gullgruven		Apotek 1 Ulriksdal Apotek 1 Kronstad Vitusapotek Minde	Apotek1 Svanen Bergen Vitusapotek Krinkelkroken Vitusapotek Bergen storsenter Vitusapotek Fisketorget
Fana bydel	Ytrebygda bydel	Fyllingsdalen bydel	Laksevåg bydel
Apotek 1 Lagunetoppen Vitusapotek Laguneparken Vitusapotek Paradis	Vitusapotek Blomsterdalen	Apotek 1 Oasen	Apotek 1 Laksevåg Apotek 1 Olsvik Vitusapotek Vestkanten

I Bergen kommune finnes det apoteker i alle bydeler som tilbyr privat multidose, bortsett fra i Arna bydel, selv om de har Apotek 1 der. Tjenestene har erfart at pasienter har blitt avvist på henvendelser på Arna Apotek 1 og har måtte henvise pasienter til Gullgruven i Åsane.

Både Apotek 1 og Vitusapotek opplyser at alle apotek i teorien kan tilby multidose. Privatpersoner kan rette en forespørsel til sitt apotek. Det som hindrer alle apotekene fra å tilby multidose er manglende kompetanse rundt registrering og bestilling av multidose, samt eventuelt kapasitet på det enkelte apotek. Ved økt forespørsel og økt mulig kundemasse er det dermed sannsynlig at flere apotek vil kunne tilby multidose til privatpersoner.

Det er opp til hvert enkelt apotek å vurdere om de tilbyr hjemlevering. Kostnader knyttet til bestilling av apotektjenester varierer mellom de enkelte apotekene. Da arbeidsgruppen, via chatfunksjonen på apotek1 sine nettsider, spurte om de kan være behjelpelige med

hjemlevering av privat multidose, var svaret nei. På spørsmål om de kan være behjelpelige med å legge kurer i dosetter, svarte de at det er noe de kan være behjelpelige med ved forespørsel.

Mål – hva vil vi oppnå med våre foreslåtte tiltak?

1. Øke pasientautonomi og selvstendighet

- Flere pasienter skal hente og administrere sine egne legemidler for å oppnå økt selvstendighet og kontroll over egen helse, noe som vil kunne forbedre deres livskvalitet og redusere behovet for kommunale tjenester.

2. Forbedre pasientopplæring og bevissthet

- Øke pasientenes bevissthet og kunnskap om egen medisinerings gjennom opplæring. Dette vil føre til bedre etterlevelse av medisinerregimer, redusert risiko for feil og styrket dialog mellom helsepersonell og pasienter.
- Gjøre pasienten mindre sårbar ved overganger mellom ulike tjenester og aktører, og gi dem bedre oversikt og kunnskap om egen behandling. Øke sannsynligheten for at kunnskapen er tilgjengelig når de møter behandlende lege eller helsepersonell og gi pasientene mulighet til å forebygge feil og bidra til egen pasientsikkerhet.

3. Styrke pasientsikkerheten gjennom bruk av teknologi og multidose

- Øke bruk av elektroniske medisindispensere for å sikre at rett medisin tas til rett tid, noe som vil redusere risikoen for menneskelige feil.
- Økt bruk av multidose forebygger menneskelige feil og reduserer avvik og uønskede hendelser

4. Tilrettelegge for pårørendes involvering

- Legge til rette for at pårørende som ønsker å bidra blir en ressurs for pasientene. Dette vil kunne skape en trygg og støttende samhandling, forbedre kommunikasjonen med helsepersonell og redusere stress og bekymring.

5. Redusere arbeidsbelastningen og øke jobbsikkerheten for helsepersonell

- Frigjøre tid og ressurser for helsepersonell ved å legge til rette for at pasienter i større grad kan administrere sine egne legemidler. Dette vil bidra til å redusere arbeidsbelastningen, øke effektiviteten og styrke kvaliteten i helsetjenestene, blant annet ved styrket primærkontaktarbeid. Videre vil det fremme høyere jobbtilfredshet og opplevelse av trygghet blant ansatte, samtidig som det reduserer sykefravær og turnover.

«Det er utrolig hvor passive og lite delaktige pasienter blir, når vi overtar legemiddelhåndteringen. Det er som om de bare stoler blindt på oss – og det er et stort ansvar å bære! Jeg kunne ønske de tok mer eierskap til egne

medisiner, slik at vi kunne hatt større grad av dialog knyttet til bivirkninger, effekt og behandling.» sykepleier i Helsetjenesteteam.

6. Øke bruken av apotekets ekspertise

- Trygge pasienter til å benytte apoteket som støtte til egen legemiddelhåndtering, for å redusere helseutgifter ved å forebygge medisinfeil og forbedre etterlevelsen av legemiddelforordningen.

7. Oppnå økonomiske besparelser for kommunen

- Reduksjon av antall pasienter som får tjenesten legemiddelhåndtering, vil frigjøre ressurser og øke sannsynligheten for å drifte bærekraftige tjenester ut ifra tildelte budsjettammer.
- Redusere antall sykepleiere som er bundet opp i dosering. Ved å øke bruk av multidose og redusere antall pasienter som får vedtak om legemiddelhåndtering, vil sykepleierressurser frigjøres til andre oppgaver.
- Redusere antall oppdrag for utkjøring av legemidler til pasientens hjem, reduseres transportkostnader og slitasje på biler/utstyr. Reduksjon av oppdrag vil frigjøre ansatte til å kunne gjøre andre oppdrag, redusere behovet for vikarer og innleid arbeidskraft.
- Redusere behov for fysiske lagringsarealer til medisiner og doseringsutstyr.

8. Bidra til miljø- og klimamessig bærekraft

- Redusert transport av legemidler og færre manuelle doseringsoppdrag, vil kunne gi en positiv miljøeffekt. Ifølge Helsedirektoratets veikart for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste¹⁴, står helsesektoren for 4–5 % av globale klimagassutslipp, blant annet gjennom transport, legemiddelbruk og avfallshåndtering
- Ved å redusere antall transportoppdrag knyttet til legemiddellevering, kan kommunen kutte ned på drivstoffbruk, kjøretøybruk og tilhørende utslipp.
- Mindre behov for dosetter, engangsutstyr og emballasje knyttet til manuell dosering vil også redusere avfallsmengden.
- Økt bruk av multidose og medisindispensere kan bidra til mer presis legemiddelbruk og redusert svinn, noe som igjen minsker risikoen for at legemidler havner i naturen.

¹⁴ [Veikart mot en bærekraftig, lavutslipps og klimatilpasset helse- og omsorgstjeneste - Helsedirektoratet](#)

Hva skal til for at vi kan redusere dagens tildelingspraksis?

Beslutning om å avgrense helsetjenestens ansvar for dosering og transport av legemidler

Det anbefales at helsetjenestene ikke lenger skal dosere eller kjøre ut legemidler til pasienter, som selv er i stand til å hente dem på apoteket eller oppsøke helsehjelp andre steder. Denne anbefalingen bygger på et ønske om å sikre en mer målrettet og effektiv bruk av kommunens helsepersonell, samt styrke pasientsikkerheten. For å kunne gjennomføre en slik endring, må beslutningen forankres tydelig i tjenestene, og det må etableres rutiner som sikrer at praksis etterleves.

Bakgrunnen for anbefalingen er en erkjennelse av at helsetjenestene i enkelte tilfeller yter bistand utover det som er nødvendig for å sikre forsvarlighet. Ved å avgrense tjenestens ansvar til de pasientene som faktisk har behov for helsefaglig bistand, kan kommunen frigjøre tid og kompetanse.

Pyramide-veileder for legemiddelhåndtering: et hjelpemiddel for ansatte.

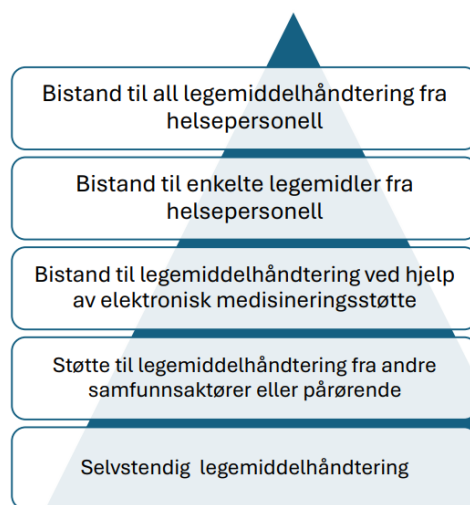
Representanter fra etat for hjemmebaserte tjenester og etat for helsetjenester har i samarbeid utarbeidet et utkast til en pyramide-veileder for hvordan helsetjenestene kan hjelpe, på rett nivå. Veilederen har blitt utarbeidet etter ønske fra ansatte i helsetjenester i hjemmet, som har uttrykt et behov for:

- å synliggjøre mulighetsrommet for pasientens egenmestring
- å sikre likhet og rettferdighet i tjenestetildelingen
- å gi ansatte et felles rammeverk for kartlegging av pasientens ressurser og behov

En forutsetning for å kunne håndheve en strengere praksis er at det gjennomføres grundige og individuelle vurderinger av pasientens funksjonsevne og risikofaktorer knyttet til legemiddelhåndtering. Det må være tydelig dokumentert at pasienten ikke har behov for helsetjenester fra kommunen, men at egenmestring eller støtte fra pårørende er tilstrekkelig og vurderes som faglig forsvarlig.

Vurderingen må ta hensyn til faktorer som kognitiv funksjon, fysisk evne, medikamentregime og tidligere avvik. Samtidig må det kommuniseres tydelig til ansatte, pasienter og pårørende hva endringen innebærer, og hvorfor den er nødvendig.

Illustrasjonen (figur 1) er en enkel fremstilling av de ulike nivåene som skal testes ut før helsetjenestene i hjemmet skal bistå med legemiddelhåndtering. Veilederen er utviklet basert på et faglig behov, og arbeidsgruppen anbefaler derfor at den



Figur 1: Pyramide-veileder for legemiddelhåndtering

videreutvikles og publiseres som en veileder i BkKvalitet. Veilederen kan publiseres slik den er, med tilhørende informasjon, men kan med fordel lenkes opp til flere relevante ressurser og veiledere som kan støtte ansatte på hvert enkelt trinn i pyramiden.

Arbeidsgruppen anbefaler at pyramiden gjøres kjent for alle etater og knyttes opp mot allerede eksisterende prosedyrer som omhandler tjenestetildeling av legemiddelhåndtering. Arbeidsgruppen anbefaler at veilederen utvikles og sikrer utdypende informasjon på hvert enkelt punkt. Veilederen bør inngå som en del av informasjons- og opplæringsarbeidet dersom foreslåtte tiltak besluttet å gjennomføres.

Nivåer av bistand ved legemiddelhåndtering - Pyramide-veilederen:

Trinn 1: Selvstendig legemiddelhåndtering:

Pasienter håndterer alle legemidler på egen hånd, uten behov for bistand. Tablettdele, dosetter, forstørrelsesglass og lamper som gir godt arbeidslys er eksempler på hjelpemidler som kan bidra til at man kan håndtere sine legemidler selv.

Å ha oversikt over hvilke legemidler som behandleren har forskrevet er en forutsetning for å kunne håndtere dette selv. Å bli kjent med helsenorge.no eller å få en utskrift av legemiddelkortet etter en konsultasjon hos forskriver, kan hjelpe med å få oversikt.

Trinn 2: Støtte fra pårørende eller andre samfunnsaktører:

Pasienter får hjelp til legemiddelhåndtering fra familie eller farmasøyter på apotek. Apoteket kan blant annet sette vaksiner, gi opplæring og veiledning (for eksempel inhalasjonsveiledning, opplæring i bruk av utstyr og legemidler), levere legemidler/forbruksmateriell til pasientene via hjemlevering/post eller pakke legemidlene i multidose.

Om pasienten ønsker, kan pårørende få fullmakt og tilgang til legemiddelopplysningene sine på www.helsenorge.no.

Trinn 3: Bistand ved bruk av elektronisk medisineringsstøtte:

Pasienter benytter teknologiske hjelpemidler (f.eks. medisindispensere) for å håndtere legemidler, med eller uten oppfølging fra helsepersonell. Pasienten som er redd for å glemme å ta legemidlene til rett tid, sliter med finmotorikk eller har dårlig syn vil ved hjelp av en medisineringsstøtte få varsel når medisinen skal tas. Pasienter og pårørende kan låne og administrere elektronisk medisinstøtte selv, uten behov for at helsetjenestene overtar medisinsansvaret. Kommunen vil hjelpe pasienter med å finne den teknologien som passer best for den enkelte og tilby opplæring til pasient og pårørende. Kommunen sikrer nødvendig service og vedlikehold av utstyret, og tilbyr råd og veiledning ved behov. Det fattes et vedtak som beskriver hvilken teknologi som lånes ut, og hvem som har ansvar for hva.

Trinn 4: Delvis bistand fra helsepersonell:

Pasienten håndterer noen legemidler selv, men får hjelp til spesifikke legemidler eller tidspunkter. Det er pasientens ressurser og behov som skal være førende for hva slags hjelp

pasienten får. Pasienten bør oppfordres til å gjøre mest mulig selv, definere eget hjelpebehov og hva de selv og eventuelt pårørende kan bidra med. Dersom pasienten på sikt kan bli selvstendig, skal vi hjelpe de på veien dit.

Trinn 5: Full bistand fra helsepersonell:

Pasienten får hjelp til all legemiddelhåndtering, inkludert oppbevaring, dosering og administrering av legemidler. De som trenger hjelp, skal få det av kommunen. Det skal være medisinske grunner til at pasienten ikke klarer dette selv. Dersom pasienten på sikt kan bli selvstendig, skal tjenestene hjelpe de på veien dit.

Aktuelle tiltak

Tiltak 0: Ingen endringer.

Tiltak 1: Alle som kan oppsøke/følge opp helsehjelp utenfor hjemmet skal benytte apotek, legekontor eller andre private løsninger for å få multidose/få levert legemidler.

Tiltak 2: Multidose skal være førstevalget hos pasienter som kvalifiserer for hjelp til legemiddelhåndtering. Alle som kan benytte seg av multidose, skal ha multidose. Dosering skal kun gjøres unntaksvis.

Tiltak 3: Bruk av medisindispenser skal vurderes/prøves ut før helsetjenestene må dele ut legemidler.

Tiltak 4: Det skal vurderes om opplæringsvedtak eller tidsavgrenset vedtak er hensiktsmessig, før langvarige vedtak om helsetjenester til legemiddelhåndtering fattes.

Vurdering av tiltak 0: Ingen endring

Tiltak 0: ingen endringer.

Dersom det ikke igangsettes tiltak for å endre dagens praksis for tildeling av hjelp til legemiddelhåndtering, vil helsetjenestene fortsatt yte bistand som i flere tilfeller går utover det som er nødvendig. Arbeidsgruppen har identifisert at det allerede gjøres mye godt arbeid lokalt for å redusere omfanget av hjelp til denne oppgaven. Uten en felles beslutning og tydelig retning vil innsatsen forbli fragmentert. I praksis betyr dette at hver enkelt tjeneste må fortsette å gjøre små, lokale grep – ofte uten tilstrekkelig støtte, koordinering eller felles verktøy. Dette kan føre til ulik praksis mellom bydeler, avdelinger eller helsepersonell, og svekke både effektiviteten og rettferdigheten i tjenestetildelingen.

Manglende tiltak vil også medføre at ressursbruken til legemiddelhåndtering forblir høy, og at potensialet for pasientautonomi, teknologisk støtte og pårørendes involvering ikke utnyttes fullt ut. Det vil være vanskeligere å oppnå økonomiske og miljømessige gevinster, og helsetjenestene risikerer å fortsette med en praksis som binder opp høyt kvalifisert personell til oppgaver som kunne vært løst på andre måter. På sikt kan dette svekke tjenestens bærekraft og evne til å møte økende behov i befolkningen.

Vurderinger av tiltak 1: Benytte apotek eller andre private løsninger

Tiltak 1: Alle som kan oppsøke/følge opp helsehjelp utenfor hjemmet skal benytte apotek, legekantor eller andre private løsninger for å få multidose/få levert legemidler.

Tiltaket vurderes som hensiktsmessig og realistisk. Det bygger på prinsippet om behovsprøvd helsehjelp, og vil bidra til å tydeliggjøre kommunens ansvar og avgrense bistand til pasienter med reelt behov for helsefaglig støtte.

Tiltaket er ikke nytt. Flere kommuner har allerede innført lignende praksis med gode erfaringer. I Bergen kommune har tjenestene jobbet aktivt for å redusere omfanget av legemiddelhåndtering, og det er gjort mye godt arbeid. Likevel har arbeidsgruppen identifisert at det fortsatt ytes bistand utover det som er nødvendig, og at mangelen på et felles løft og enhetlig forståelse har gjort det utfordrende å oppnå varige endringer. Det mangler også felles retningslinjer/rutiner og føringer.

Ved å etablere en felles praksis, kan kommunen sikre likhet på tvers av avdelinger og bydeler, og samtidig støtte opp under pasientautonomi, effektiv ressursbruk og bærekraftig tjenesteutvikling. Tiltaket må følges opp med tydelige retningslinjer, opplæring og informasjon til ansatte, pasienter, pårørende og samarbeidspartnere. Dette vil bidra til at overgangen oppleves trygg og gjennomførbar.

Målgruppe for tiltak 1:

Alternativ 0: Kun nye brukere som søker om bistand til legemiddelhåndtering.

Alternativ 1: Nye brukere som søker om bistand til legemiddelhåndtering og pasienter som kun har hjelp til legemiddelhåndtering av helsetjenestene.

Alternativ 2: Nye brukere som søker om tjeneste, pasienter som har et utløpt/nært utløpt vedtak og pasienter som kun har hjelp til legemiddelhåndtering av helsetjenestene.

Alternativ 3: Alle som ikke er hjemmehbundet, uavhengig av dagens tjenestetilbud.

Uhensiktsmessige virkninger og risikoer:

Risiko for misnøye: Det er sannsynlig at noen pasienter vil klage på økte kostnader. Det må derfor tydeliggjøres at økonomiske forhold alene ikke kvalifiserer til videre kommunal bistand med legemiddelhåndtering. Pasienter som benytter apotekpakket multidose må betale et pakkegebyr, som i dag dekkes av kommunen. Per august 2025 var prisene på ca.250 per måned. [OBJ]

Svekket omdømme: Innbyggere kan oppleve at kommunen fraskriver seg ansvar for å yte nødvendig helsehjelp, særlig for personer med sammensatte behov. Dette kan svekke tilliten til tjenesten og skape uro blant pasienter, pårørende og helsepersonell. Dersom hensynet til effektivisering går på bekostning av trygghet og individuell tilpasning, fremstår tjenesten som lite empatisk og pasientsentrert. En slik regel kan dermed skade kommunens omdømme og reise spørsmål om hvorvidt plikten til å sikre forsvarlig helsehjelp faktisk ivaretas. Det må være en grundig vurdering av hvordan endringen kommuniseres ut til pasienter og deres pårørende.

For noen pasienter, som mottar helsetjenester i dag, kan det innebære **bortfall av rettigheter, som gratis tannbehandling fra den offentlige tannhelsetjenesten**. I henhold til samarbeidsavtalen mellom Bergen kommune og Vestland tannhelsetjeneste¹⁵ har langtidssyke og uføre som mottar hjemmesykepleie rett til oppsøkende tannhelsehjelp. Dette inkluderer pasienter med vedtak om helsetjenester i hjemmet etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 bokstav a, der legemiddelhåndtering regnes som en del av hjemmesykepleien. Pasienter som mottar hjelp til legemiddelhåndtering minst én gang per uke over tre måneder eller mer, kvalifiserer til denne rettigheten. For enkelte pasienter har dette vært en avgjørende grunn til ønske om å opprettholde vedtaket.

Tiltaket kan også føre til **økt belastning for pårørende**, som allerede har en belastende omsorgsrolle. Legemiddelhåndtering oppleves av enkelte som krevende, og ikke alle pårørende opplever å ha kapasitet eller kompetanse til å ta ansvar for dette. Dette kan skape stress og usikkerhet, spesielt i familier der helsetjenesten tidligere har ivaretatt oppgaven. Arbeidsgruppen anbefaler derfor at tjenestene i større grad tilbyr opplæring, støtte og veiledning til pårørende, og at andre typer støttetiltak (for pårørende med belastende omsorgsoppgaver) vurderes før helsetjenesten overtar legemiddelhåndteringen. Arbeidsgruppen vurderer at helsetjenestenes oppbygning og strukturer er godt rustet til å oppdage disse unntakene, og forventer at individuelle vurderinger vil sikre at unntakene fra hovedregelen vil bli oppdaget og håndtert. Arbeidsgruppen understreker at individuelle vurderinger fortsatt må sikre at pasienter med reelt behov for helsetjenester får nødvendig hjelp. Kostnaden ved å overbelaste pårørende med krevende omsorgsoppgaver kan få betydelige konsekvenser – både for den enkelte og for kommunen. Det pågående arbeidet i kommunen med implementering av pårørendeveilederen¹⁶, vil bidra til å redusere risikoen for utilsiktede virkninger, og bidra til å sikre at endringen gjennomføres på en trygg og forsvarlig måte.

Risiko for feil eller mangelfull legemiddelhåndtering ved egen administrasjon anses å ligge primært til fastlegene ansvar. Fastlegene har mulighet for elektronisk dialog med apotekene og har gode forutsetninger til å følge opp. Helsetjenestene må sikre en individuell vurdering av om pasienten kan håndtere dette.

Arbeidsgruppens anbefaling, tiltak 1:

Arbeidsgruppen anbefaler at tiltaket iverksettes og at målgruppen for tiltaket er alternativ 3: *Alle som ikke er hjemmebundet, uavhengig av dagens tjenestetilbud.*

Arbeidsgruppens anbefalte følgende støttetiltak for å motvirke uhensiktsmessige virkninger og risikoer av tiltak 1:

1. Informasjon og veiledning

- Det utarbeides en kommunikasjonsplan før tiltaket iverksettes og at informasjonsmateriell til ansatte, pasienter og pårørende gjøres tilgjengelig.

¹⁵ [Allmenningen - Overordna avtale om tannhelsetenester. Samarbeidsavtale mellom Bergen kommune og Vestland tannhelseteneste](#)

¹⁶ [Pårørendeveileder - Helsedirektoratet](#)

- Utarbeide tydelige retningslinjer og kartleggingsverktøy i tråd med pyramideveilederen.
- Sikre at fastleger, spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidspartnere har fått tilstrekkelig informasjon.

2. **Opplæring og veiledning til pasienter**

- Sikre at pasienter på behandlingssentrene får tilfredsstillende opplæring og informasjon om egne legemidler før utreise.
- Sikre at helsetjenestene i hjemmet jevnlig evaluerer behovet for hjelp og gir opplæring og informasjon til pasienter som på sikt kan håndtere medisinerne selv.
- Sikre at Vurderingsteam, om nødvendig, benytter hele vurderingsperioden, for å sikre at pasientene får nødvendig opplæring og informasjon til å kunne bli selvstendig.

3. **Involvering og støtte til pårørende**

- Tilby opplæring og veiledning til pårørende som skal overta legemiddelhåndtering.
- Vurdere behov for andre typer avlastningstiltak eller annen støtte for de som har særlig tyngende omsorgsoppgaver.
- Implementere arbeidet som en del av arbeidet med pårørendeveilederen, for å sikre systematisk oppfølging og dialog.
- God informasjon til pårørende om mulighet for å få denne tjenesten på apotek.

4. **Innkomstsamtalene ved behandlingssentrene bør styrkes**

Ved å inkludere spørsmål som «*Hvordan håndterer du medisinerne dine i dag?*» og «*Hva er viktig for at du skal kunne håndtere dette fremover?*», kan man tidlig identifisere pasientens holdninger, mestringsevne og motivasjon. Dette gir et bedre grunnlag for å vurdere om medisindispenser kan være aktuelt, og sikrer at pasientens egne ressurser og støttepersoner blir tatt med i vurderingen. En styrket innkomstsamtale med fokus på å opprettholde funksjoner, fremme selvstendighet og redusere behovet for helsefaglig bistand.

5. **Opplæringsmulighetene ved behandlingssentrene bør utforskes i forbindelse med innføring av sykepleieteam.**

Muligheten for å tilby pasienter opplæring til dosering bør undersøkes videre internt i Etat for behandlingssentre og sykehjem. Arbeidsgruppen foreslår at legemidler kan oppbevares på medisinnrommet, men bæres ut til pasientrommet/egnet rom og doseres av pasienten der, sammen med en sykepleier, for senere å kontrolleres av annen sykepleier. Sykepleieren vil få godt grunnlag for å kunne vurdere pasientene behov for bistand og vurdere forsvarligheten rundt å sende vedkommende hjem med ansvar for legemiddelhåndtering. Pårørende bør tilbys å være til stede eller få tilsvarende støtte, ved behov. Vurdering og dialog om privat multidoser. Sykehjemslegen kan gå i dialog med fastlegen om muligheten for at fastlegen kan melde seg som multidosseansvarlig lege. Etat for behandlingssentre og sykehjem bør også vurdere om de ved hjelp av demoprodukter av medisindispensere vil kunne

bidra til holdningsskapende tiltak og identifisere aktuelle kandidater for medisineringsstøtte. Dette er avhengig av at ansatte i behandlingssentre får opplæring i velferdsteknologi og at utstyr for demo er ett kostnadseffektivt tiltak.

6. Strategisk bruk av vurderingsperioden i Vurderingsteamene

Det bør strategisk besluttes om ansatte i Vurderingsteam skal benytte hele, eller større deler av, vurderingsperioden for å støtte pasienter i å bli selvstendige i legemiddelhåndtering. Dersom det vurderes at pasienten har forutsetninger for å administrere egne medisiner på en forsvarlig måte, bør Vurderingsteam aktivt arbeide for å nå dette målet.

Samtidig bør det defineres tydelige retningslinjer for når det ikke er aktuelt å benytte hele vurderingsperioden – for eksempel i tilfeller der det er åpenbart at pasienten ikke vil kunne håndtere medisiner selv, og det er behov for rask overføring til helsetjenestene.

Vurderingsteam har oppgitt at de har mottatt styringsinstrukser om å overføre legemiddelhåndtering til helsetjenestene, selv når pasienten har potensial til å bli selvstendig innen kort tid. Arbeidsgruppen anbefaler at terskelen for slik overføring heves, og er innforstått med at dette kan innebære at Vurderingsteam må bruke noe mer tid på kartlegging og oppfølging. Dersom det kommer frem av kartleggingen utført av Vurderingsteamet at pasienten har opplæringspotensiale og behovet for hjelpen forventes å være kortvarig skal den utføres av Vurderingsteam. Ved behov for lengre opplæringsløp skal opplæringen påbegynnes og dokumentere fremskritt og videre plan, før overføring til helsetjenester i hjemmet.

Anbefalinger til helsetjenester i hjemmet, etat for hjemmebaserte tjenester og Vurderingskontor for voksne og eldre, etat for helsetjenester for å lykkes med implementering:

Arbeidsgruppen anbefaler at:

- det utarbeides en kommunikasjonsplan før tiltaket iverksettes.
- det utarbeides en implementeringsplan som sikrer at saksbehandling skjer i tråd med forvaltningsloven og legalitetsprinsippet¹⁷. Planen må legge til rette for at helsetjenestene gjennomfører faglige vurderinger før det fattes vedtak om opphør av tjenester. Erfaringsmessig kan det skape uro når tjenester som har vært gitt over lengre tid endres eller avsluttes. For å sikre en mest mulig skånsom og faglig forsvarlig prosess, anbefaler arbeidsgruppen at implementeringen skjer trinnvis:
 - Starte med pasienter som kun mottar bistand til legemiddelhåndtering.

¹⁷ Kommunen kan ikke gjøre inngrep i borgerens rettssfære uten hjemmel i lov. Dette følger av legalitetsprinsippet, som er et grunnleggende rettssikkerhetsprinsipp i norsk forvaltning. Dersom tjenesten ytes per i dag må kommunen vurdere om tjenesten likevel er nødvendig og forsvarlig etter andre bestemmelser i HOL eller pasient- og brukerrettighetsloven, og sikre at brukerens rett til forsvarlig helsehjelp ivaretas.

- Deretter vurderes pasienter som har fått innvilget tjenesten det siste året.
- Til slutt vurderes pasienter som har hatt tjenesten over lengre tid.

Planen bør også tydeliggjøre hvem som har ansvar for å vurdere hvilke pasienter og hvilken opplæring/kompetanse disse skal ha.

- oppdatere veiledere og prosedyrer før tiltaket iverksettes, slik at ansatte har tilfredsstillende støtteverktøy.
- sikre nødvendig opplæring til ansatte, før tiltaket iverksettes.
- sikre informasjon til samarbeidspartnere (fastlege, spesialisthelsetjenesten, apotek og andre kommunale aktører). For å nå apotekene er det lurt å benytte kommunefarmasøyten som talsperson.
- utarbeide informasjonsskriv til pasienter/pårørende.
- sikre at pasienter og pårørende får tilstrekkelig veiledning og støtte i overgangsfasen.

For vurderingstemaene i etat for helsetjenester og behandlingssentrene i etat for behandlingssentre og sykehjem for å lykkes med implementering:

Arbeidsgruppen anbefaler at:

- det utarbeides en kommunikasjonsplan før tiltaket iverksettes.
- veiledere og prosedyrer oppdateres og gjøres tilgjengelig, slik at ansatte har tilfredsstillende støtteverktøy før tiltaket igangsettes
- ansatte får nødvendig opplæring og informasjon om tiltaket
- det settes ned en arbeidsgruppe som vurderer hvordan behandlingssentrene kan jobbe mer målrettet og systematisk med å støtte opp under pasientautonomi innen legemiddelhåndtering og sikre grunnlag for å kunne vurdere pasientene behov for bistand, i tråd med pyramideveilederen.
- det besluttet en strategisk bruk av vurderingsperioden i Vurderingsteamet som sikrer hensiktsmessig bruk av opplæringsressurser.

Vurderinger av tiltak 2: Helsetjenestene doserer ikke legemidler.

Tiltak 2: Multidose skal være førstevalget hos pasienter som kvalifiserer for hjelp til legemiddelhåndtering. Alle som kan benytte seg av multidose, skal ha multidose. Dosering skal kun gjøres unntaksvis.

Tiltaket vurderes som nødvendig og målrettet grep for å styrke pasientsikkerheten og effektivisere ressursbruken. Multidose er en etablert og trygg løsning som bidrar til at rett medisin gis til rett pasient, til rett tid og i rett dose – og reduserer risikoen for feil, som ofte oppstår ved manuell dosering.

Tiltaket er ikke nytt eller radikalt. Flere kommuner har allerede innført lignende praksis med gode erfaringer. I Bergen kommune har helsetjenestene i hjemmet jobbet aktivt for å øke andelen multidosebrukere, men arbeidsgruppen har identifisert at det fortsatt doseres manuelt for et stort antall pasienter. Dette skyldes i stor grad fraværet av en tydelig felles kommunal satsing og koordinert innsats. Multidose krever samhandling i hele

legemiddelhåndteringskjeden – fra ordinering og bestilling til oppfølging og evaluering – og helsetjenestene i hjemmet er avhengige av at samarbeidspartnere som fastleger, apotek, behandlingssentrene, spesialisthelsetjenesten og forvaltningsenheter er med på løftet.

Tiltaket innebærer en klar forventning om at multidose skal være standardløsningen for alle pasienter, som kan benytte det. Det skal ikke åpnes for fleksible løsninger eller lokale tilpasninger, som opprettholder manuell dosering uten faglig begrunnelse.

Gjennom en tydelig hovedregel og en felles satsing, vil kommunen kunne oppnå betydelige gevinster – både økonomisk, organisatorisk og for pasientsikkerheten – samtidig som pasientens egenmestring ivaretas. Tall fra andre kommune tyder på at 75% av pasientene bør kunne være egnet for multidose. I dag har Bergen kommune en andel på cirka 40%.

Målgruppe for tiltak 2:

Alternativ 0: Ingen endring.

*Alternativ 1: **Alle som kvalifiserer for bistand til legemiddelhåndtering.***

Uhensiktsmessige virkninger og risikoer:

Ikke alle doseringsoppdrag kan avsluttes, fordi ikke alle legemidler kan pakkes i multidose.

Enkelte legemidler må fortsatt håndteres manuelt. Det vil derfor være behov for unntak fra hovedregelen basert på faglige vurderinger.

Skrøpelighet og multimorbiditet

Mange pasienter har komplekse medisinregimer med hyppige endringer og/eller legemidler som skal gis ved behov. Bruk av multidose må alltid vurderes individuelt. Ekspertisen for å sikre at medisiner kan pakkes i multidose, ligger hos apoteket. Gjennom elektronisk dialog har fastlegen og apoteket mulighet til å sikre hensiktsmessig administrasjonsform.

Økt arbeidsbelastning for fastleger ved oppstart

For fastlegene betyr overgang til multidose økt arbeidsbelastning, særlig ved oppstart. Ved overgang fra papirbasert til elektronisk løsning må det gjennomføres legemiddelsamstemming for å sikre at alle aktører har oppdatert informasjon. Legene vil gjerne ikke umiddelbart oppleve noen nytte av multidose. Fastleger som har brukt systemet en tid, rapporterer likevel at det gir bedre oversikt over pasientenes medikasjon, de bruker mindre tid på resepter, og samarbeid med apotek og sykepleiere i hjemmetjenesten er enklere. Det er variasjon i fastlegers behov for opplæring og informasjon, og det er stor variasjon i kompetanse og motivasjon ved bruk av digitale verktøy.¹⁸

Endringer i legemiddelhåndteringen kan være krevende å gjennomføre mellom multidoseleveranser.

Med nye funksjoner i Sentral Forskrivningsmodul får legene bedre oversikt over tidspunktet for neste multidoseleveranse. Dette gir et styrket grunnlag for at fastlegene kan vurdere om endringer i medisineringen kan samordnes med pakketidspunktet. Kartlegging viser at de fleste medisinendringer kan vente til neste leveranse, men det gjøres ikke alltid en vurdering av dette. Bedre støtte for beslutningstaking kan bidra til mer hensiktsmessige og effektive endringer i medisineringen.

¹⁸ [JMIR Human Factors - Implementation of E-prescription for Multidose Dispensed Drugs: Qualitative Study of General Practitioners' Experiences](#)

Mangler instruksjonsmyndighet over fastlegene

Helsetjenestene kan ikke pålegge fastleger å bestille multidose, og må derfor basere seg på dialog og faglig begrunnelse i hvert enkelt tilfelle. Etter hvert som forskning, nasjonale anbefalinger og digitale støttesystemer utvikles og forbedres, vil det også kunne bidra til at fastlegene i større grad ser nytten av multidose som et verktøy for trygg og effektiv legemiddelhåndtering

Arbeidsgruppens anbefaling, tiltak 2:

Arbeidsgruppen anbefaler at tiltaket iverksettes og at målgruppen for tiltaket er alternativ 1: ***Alle som kvalifiserer for bistand til legemiddelhåndtering.***

Arbeidsgruppens anbefalte følgende støttetiltak for å motvirke uønskede virkninger og risikoer av tiltak 2:

1. Utarbeide en kommunikasjonsplan

Arbeidsgruppen anbefaler at tiltaket gjøres kjent og at det utarbeides en kommunikasjonsplan. Helsetjenestene er allerede godt kjent med arbeidsprosessene for å øke bruken av multidose, men har behov for at tiltaket gjøres kjent for innbyggere og samarbeidspartnere.

2. Informasjon og opplæring til fastleger

Tilpasset opplæring og veiledning til fastleger om multidose og digitale verktøy, med fokus på nytteverdi og samarbeid med hjemmetjenesten. I løpet av 2025 skal alle fastleger være teknisk i stand til å bestille multidose gjennom arbeidet med det nasjonale prosjektet «Pasientens legemiddelliste» (PLL)¹⁹. Arbeidsgruppen anbefaler at informasjonsarbeidet opp mot fastlegene gjøres i samarbeid med Enhet for allmennmedisin. Kommunikasjonsarbeid i forbindelse med nye funksjonaliteter og systemer er planlagt påbegynt til høsten 2025. Målet er å sikre god forankring og felles forståelse.

3. Ny forskrivningsmodul

Innføring av ny modul gir fastleger oversikt over når neste multidose pakkes, og gjør det enklere å planlegge endringer i legemiddelhåndteringen. Bruk av disse funksjonene vil kunne bidra til å redusere belastningen helsetjenestene i hjemmet i dag kjenner på når det gjelder å måtte klippe opp eller haste bestille multidosepakker mellom to leveranser. Opplæring og forståelse for dette bør inngå i informasjonsarbeidet mot fastlegene.

4. Rutiner for faglig begrunnelse

Hjemmetjenesten skal be om faglig begrunnelse ved avvik fra hovedregelen. Dette sikrer kvalitet og dokumentasjon. Dette er allerede beskrevet i dokumentet «Mal-

¹⁹ [Pasientens legemiddelliste - Helsedirektoratet](#)

Elektronisk melding til fastlege om multidose» [68] og er allerede en innarbeidet praksis hos tjenestene.

Vurderinger av tiltak 3: Medisindispenser som førstevalg

Tiltak 3: Bruk av medisindispenser skal vurderes/prøves ut før helsetjenestene må dele ut legemidler.

Tiltaket bygger på en målsetning som helsetjenestene og saksbehandlere allerede har jobbet målrettet mot over flere år. Bruken av medisindispenser er anerkjent som en trygg og effektiv løsning for å sikre korrekt legemiddelbruk, samtidig som det styrker pasientens selvstendighet, og reduserer behovet for helsefaglig bistand.

Til tross for innsatsen, har økningen i bruk vært begrenset. Arbeidsgruppen er av den oppfatning at dette skyldes fravær av en tydelig felles satsing. For å lykkes med å realisere potensialet ved bruk av medisindispensere, må det etableres en helhetlig strategi der alle relevante aktører – inkludert helsetjenester i hjemmet, behandlingssentrene, saksbehandlere og Vurderingsteam – involveres og forpliktes til å bidra. Dette vil sikre at vurdering av bruk av medisindispenser blir en integrert og systematisk del av tjenestetildelingen og en naturlig del av pasientforløpene.

Ved å gjøre vurdering og/eller utprøving av bruk av medisindispenser til en fast og obligatorisk del av prosessen, kan kommunen oppnå bedre ressursutnyttelse, økt pasientsikkerhet og mer målrettet tjenesteyting. Tiltaket krever tydelige rutiner, felles forståelse og god opplæring, men har potensial til å gi gevinster for pasienter, pårørende, ansatte og kommunen som helhet.

Målgruppe for tiltak 3:

Alternativ 0: Ingen endring.

Alternativ 1: Alle som har et avdekket behov for at helsetjenestene må dele ut legemidler.

Uhensiktsmessige virkninger og risikoer:

Skepsis og motstand fra pårørende, ansatte og samarbeidspartnere

Enkelte pårørende og ansatte uttrykker skepsis til medisindispenser, og kan være usikre på om teknologien er trygg og egnet for den aktuelle pasienten. Dette kan føre til at teknologien avvises uten reell utprøving, og at helsetjenester overtar oppgaver som kunne vært løst teknologisk.

Manglende teknologiforståelse og opplæring

Dersom ansatte ikke har tilstrekkelig kompetanse eller trygghet i bruk og veiledning av medisindispenser, kan det føre til at vurdering og utprøving ikke gjennomføres systematisk. Dette kan svekke tilliten til teknologien.

Ulik praksis og manglende forankring

Uten en felles strategi og tydelige rutiner kan det oppstå ulik praksis. Noen vurderer og prøver ut teknologi, mens andre henviser direkte til helsetjenester.

Pasienter med kognitiv svikt eller lav digital kompetanse

Enkelte pasienter kan ha utfordringer med å bruke medisindispenser, enten på grunn av kognitiv svikt, synsvansker eller lav teknologiforståelse. Dersom dette ikke fanges opp tidlig, kan det føre til feilmedisinering eller redusert pasientsikkerhet. Det finnes en risiko for at medisindispenser vurderes som en løsning i tilfeller der pasienten egentlig har behov for helsefaglig oppfølging. Dette kan føre til at pasienter får for lite støtte, og at funksjon svekkes over tid. Arbeidsgruppen anser dette som en lav sannsynlighet for at vil skje. Det stilles allerede store krav til teknologiens egnethet for brukergruppen og Responssenteret har et tett samarbeid med leverandørene for å sikre automatiske kontrollfunksjoner og overvåking. I tillegg er det utarbeidet opplæringsplaner og kartleggingsskjemaer som skal sikre individuelle vurderinger.

Kapasitet på Responssenteret

Økt bruk av velferdsteknologiske hjelpemidler vil øke arbeidsmengde og omfang på Responssenteret. Det kan være risiko for at ventelister og antall varsler/alarmer øker.

Arbeidsgruppens anbefaling av tiltak 3:

Arbeidsgruppen anbefaler at tiltaket iverksettes og at målgruppen for tiltaket er *Alternativ 1: Alle som har et avdekket behov for at helsetjenestene må dele ut legemidler.*

Tiltaket er rettet mot de pasientene, som ellers ville vært i behov for at Helsetjenestene går inn i pasientene hjem for å dele ut medisiner. (I pyramideveilederen er dette illustrert under nivå 3). Det er kun, dersom medisindispenseren erstatter fysisk oppmøte på ett eller flere oppdrag, at arbeidsgruppen med sikkerhet kan si at det er et økonomisk besparende tiltak. Bruk av medisindispenser gir en merbelastning i form av kostnader til utstyr, reparasjon, vedlikehold og oppfølging. I tillegg har både Responssenteret og helsetjenestene i hjemmet en belastning ved at de må rykke ut på varsler og alarmer. Arbeidsgruppen anerkjenner at hovedgevinsten ved bruk av medisindispenser er at pasientsikkerheten øker og styrker sannsynligheten for at pasientene får legemidlene sine til rett tid.

Arbeidsgruppens anbefalte følgende støttetiltak for å motvirke uohensiktsmessige virkninger og risikoer av tiltak 3:

1. Felles strategi og forankring bør etableres

En helhetlig strategi med forpliktelse fra helsetjenester, behandlingssentre, saksbehandlere og vurderingstema vil sikre at vurdering og utprøving av medisindispensere skjer systematisk og koordinert. En felles strategi vil kunne bidra til å tydeliggjøre ansvar og fordele arbeidsoppgaver på en hensiktsmessig måte, basert på roller og kompetanse. Innføring av pyramide-veilederen vil kunne bidra til å sikre at medisindispensere blir vurdert. Allerede utarbeidet opplæringsplaner og støtteverktøy bør med fordel lenkes inn som ressurser, slik at de er tilgjengelig og synlige for alle ansatte.

2. **Behandlingssentrene bør piloteres som arena for utprøving av medisindispensere**

Ved å teste ut medisindispensere under korttidsopphold, kan man vurdere pasientens mestring og motivasjon i trygge omgivelser, og redusere risikoen for at teknologien avvises uten reell utprøving.

3. **Undervisning, opplæring og informasjon av ansatte** i velferdsteknologi til bruk i hjemmebaserte tjenester. Eventuelle krav i kompetanseportalen kan vurderes.

4. **Informasjonsarbeid må videreutvikles og forsterkes**

Kommunen bør utvikle og spre informasjon om medisindispensere via nettsider, sosiale medier, fastleger og apotek. Informasjonsbrosjyrer og opplæringsmateriell bør synliggjøre mulighetsrommet og redusere skepsis. Artikkelen [Senior - Mestre egen medisin](#) publisert 13.12.2024 er eksempler på hvordan kommunen allerede har jobbet for å øke kunnskap og forståelse. Informasjonsarbeid og holdningsskapende tiltak må fortsette. Tilbudet om at medisindispensere kan lånes ut av kommunen og administreres av pasienter og pårørende selv, er ikke godt nok kjent i dag. Denne informasjonen må løftes frem i kommunens systemer, forum og nettsider.

5. **Roller og ansvar må klargjøres**

Det bør utarbeides tydeligere beskrivelser av hvem som har ansvar for vurdering, opplæring, teknisk støtte, evaluering og oppfølging – også i de tilfellene der pasienter eller pårørende håndterer medisindispensere. I samarbeid med Responssenteret bør det settes ned en arbeidsgruppe på tvers av involverte etater som utarbeider og videreutvikler allerede eksisterende rutiner og veiledere.

6. **Vurdere å styrke ressursene på responscenteret**

Det bør vurderes om det er behov for å styrke ressursene på Responssenteret, for å kunne håndtere økning av bruk av velferdsteknologi, og/eller vurdere oppgaveforskyvning, slik at helsetjenestene i hjemmet både i etat for hjemmebaserte tjenester og andre etater som utfører helsetjenester i hjemmet, kan ta en større del av enkelte driftsoppgaver, og på den måten sikre helhetlige pasientforløp og effektiv drift.

Vurderinger av tiltak 4: Økt bruk av opplæringsvedtak og tidsavgrenset vedtak.

Tiltak 4: Det skal alltid vurderes om opplæringsvedtak eller tidsavgrenset vedtak er hensiktsmessig, før langvarig vedtak om helsetjenester til legemiddelhåndtering fattes.

Opplæringsvedtak og tidsavgrensede vedtak (for en gitt, kort periode) er kjente, men det er rom for å benytte denne muligheten i større grad. Selv om helsetjenestene og saksbehandlere har erfaring med å benytte slike tiltak for å styrke pasientens egenmestring og redusere behovet for varig bistand, har bruken vært sporadisk og ujevnt fordelt. Arbeidsgruppen vurderer at en tydelig hovedregel og felles forankring vil kunne bidra til at disse virkemidlene tas i bruk mer systematisk og målrettet.

Ved å gjøre vurderingen av opplæringsvedtak og/eller tidsavgrenset bistand til en obligatorisk del av kartleggingsprosessen, sikrer man at pasientens ressurser og potensiale for egenmedisinering blir grundig vurdert før helsetjenesten overtar ansvaret. Dette gir rom for å teste ut løsninger, gi opplæring og følge opp pasienten i en avgrenset periode – før det eventuelt fattes vedtak om varig helsetjeneste. Tiltaket støtter opp under prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå, og bidrar til mer rettferdig og behovsbasert tjenestetildeling.

For å lykkes med dette tiltaket kreves godt samarbeid mellom helsetjenestene i hjemmet, saksbehandlere, Vurderingsteam og behandlingssentre. En felles satsing vil styrke kvaliteten i vurderingene, sikre lik praksis på tvers av etater og bidra til at helsetjenester ytes på riktig nivå – til riktig tid og til riktig pasient.

Uhensiktsmessige virkninger og risikoer:

Dersom opplæringsvedtak blir en forventet del av kartleggingsprosessen, kan det føre til at Vurderingsteam i mindre grad prioriterer opplæring og selvstendigjøring i egen oppfølgingstid. Det er en risiko for at pasienter overføres tidligere til helsetjenestene, med en antakelse om at opplæring uansett vil skje der. Dette kan svekke tiltakets intensjon om å styrke egenmestring og føre til unødvendig tjenestebruk. Det bør derfor presiseres at Vurderingsteam fortsatt har ansvar for opplæring i sin fase, og at opplæringsvedtak ikke skal erstatte dette arbeidet.

Dersom opplæringsvedtak blir en standardløsning, kan det føre til at behandlingssentre i mindre grad gjennomfører opplæring selv, og i stedet overføre ansvaret til helsetjenestene i hjemmet. Dette kan bli en «hvilepute» som gir økt belastning på hjemmetjenestene, samtidig som mulighetene for strukturert opplæring i behandlingssenteret ikke utnyttes.

I tillegg vil en slik standardløsning kunne medføre økt belastning for saksbehandlere, som må fatte flere vedtak og følge opp opplæringsforløpene over tid.

Dette understreker behovet for at både behandlingssentre og Vurderingsteam tar ansvar for opplæring i sine respektive faser, og ikke overføre dette til hjemmetjenesten som en rutine.

For å unngå slike utilsiktede konsekvenser, bør det tydeliggjøres at opplæring i behandlingssentre og vurderingsfase fortsatt er en viktig del av pasientforløpet, og ikke skal erstattes av opplæringsvedtak i hjemmet.

Målgruppe for tiltak 4:

Alternativ 0: ingen endring.

Alternativ 1: Alle som har et avdekket behov for bistand til legemiddelhåndtering.

Arbeidsgruppens anbefaling av tiltak 4:

Arbeidsgruppen anbefaler at tiltaket iverksettes og at målgruppen for tiltaket er alternativ **Alternativ 1: Alle som har et avdekket behov for bistand til legemiddelhåndtering.**

Arbeidsgruppen understreker at tiltaket krever økt oppfølging i opplæringsperioden, og at det bør inngå som en del av en helhetlig prosess for kvalitetssikring av legemiddelhåndtering. Et aktuelt støttetiltak for å begrense omfang og ressursbruk i opplæringsperioder og styrke

ansattes mulighetsrom i opplæringsperioden er å vurdere innføring av [Digital hjemmesykepleie - Tønsberg kommune](#).

Arbeidsgruppens anbefalte følgende støttetiltak for å motvirke uhensiktsmessige virkninger og risikoer av tiltak 4:

1. Tydelig rolleavklaring og ansvarspresisering

Utarbeide retningslinjer som presiserer at Vurderingsteam og behandlingssentre har et selvstendig ansvar for opplæring i egen oppfølgingstid, og at opplæringsvedtak i hjemmetjenesten ikke skal erstatte dette. Hovedhensikten er å bidra til at pasienter skal håndtere sine legemidler uten støtte fra helsetjenester i hjemmet, når dette er forsvarlig.

2. Felles opplæringsplaner og dokumentasjon

Det bør innføres krav om at opplæring som gis i Vurderingsteam og på behandlingssentre dokumenteres i pasientens journal, med tydelig målsetting og vurdering av fremgang. Dette gir et bedre grunnlag for videre beslutninger og bidrar til kontinuitet i tjenestene.

Systematisk dokumentasjon og krav om faglig vurdering må forankres tydelig i gjeldende samhandlingsprosedyrer. Prosedyrene bør også presisere at det kan fattes opplæringsvedtak med varighet på 3 eller 6 måneder, avhengig av behov og faglig vurdering. Videre må det fremgå at helsepersonell som vurderer pasienten skal gi saksbehandlerne en indikasjon på forventet varighet av vedtaket.

3. Kompetanseheving og veiledning

Tilby opplæring og veiledning til ansatte i Vurderingsteam og behandlingssentre om hvordan de kan støtte pasientens egenmestring og gjennomføre opplæring lokalt, før eventuell overføring til hjemmetjenesten. Tilby tilsvarende opplæring og kompetanseheving i helsetjenester i hjemmet, for å sikre at alle tjenester har mest mulig lik forståelse for ny praksis.

4. Gjennomgang og etablering av rutiner for å forhindre at vedtak utløper uten at helsehjelpen avsluttes eller vedtak fornyes.

5. Monitorering og evaluering

Følg med på utviklingen i bruken av opplæringsvedtak gjennom regelmessig rapportering og evaluering. Dette kan avdekke uheldige praksiser og gi grunnlag for justeringer.

Følgende styringsdata bør monitorers: **Antall unike pasienter som får bistand til legemiddelhåndtering fra helsetjenester i hjemmet, Etat for hjemmebaserte tjenester.** Vi vet at i 2024 fikk helsetjenestene i snitt 100 nye pasienter hver måned. Ifølge tall fra Bjørnafjorden kommune vil tiltakene over kunne gi en reduksjon på cirka 40%. Måltallet bør derfor være at helsetjenestene mottar i gjennomsnitt 60 nye brukere per måned i løpet av 2026. Tallene kan hentes fra Finansieringsrapporten.

Økonomisk gevinstberegning

Prosjektet har vært i kontakt med flere av ASSS kommuner og noen av kommunene i Vestland. Alle kommuner har fokus på å redusere omfang av hjelp til medikament håndtering fra helsetjenestene og noen kommuner har operasjonalisert dette i form av redusert medgått tid til denne oppgaven. Enkelte kommuner vi har vært i kontakt med redusert denne tjenesten med 30-40% over noe tid.

Dette forutsetter opptrapping av bruk av multidose. Opptrappingen vil skje gradvis og en vil ha størst gevinst med nye brukere.

Beregningen på Bergen Kommune sitt volum viser at 20 % reduksjon på denne oppgaven vil gi gevinst på 4 årsverk første året.

Erfaringstall fra andre kommuner viser at en kan sette et ambisiøst men realistisk mål om reduksjon på 40% over 4 års periode. Totalt vil dette beløpe seg til 7,5 mill.

VEDLEGG 1: Oversikt over styrende dokumenter/veiledere i BkKvalitet som bør revideres/opprettet i lys av endringene

Arbeidsgruppen har identifisert følgende dokumenter/veiledere i BkKvalitet som bør justeres eller opprettes dersom tiltak besluttet. Listen er ikke uttømmende, men belyser de mest sentrale dokumentene som må endres.

Navn og ID på dokument:	Anbefalt endring:	Kommentarer:
Pyramideveileder for legemiddelhåndtering (NY)	Må revideres og gjøres tilgjengelig i BkKvalitet.	Det anbefales at veilederen lenkes mot relevant informasjon og at den gjøres tilgjengelig via felles legemiddelhåndteringsprosedyre. Veilederen er ukjent for ansatte i dag og det bør lages en implementeringsstrategi for å gjøre den kjent.
Dokument «VURK- arbeidsprosesser ved tildeling av pleie og omsorgstjenester i hjemmet», ID 1585 - BkKvalitet		behov for noe presisering i forhold til oppdaterte kriterier.
Dokument «EHT, EHBT - Samhandling om legemiddelhåndtering mellom VURD og HBT», ID 11470 - BkKvalitet		behov for noe presisering i forhold til oppdaterte kriterier.
Dokument «EHT, EBS, EHBT - Korttidsplasser på		behov for noe presisering i forhold til oppdaterte kriterier.

behandlingssenter - samhandling ved inn- /utskriving», ID 8462 - BkKvalitet		
Dokument «ENVR Prosedyre for legemiddelhåndtering i Vurderingsteam», ID 27370 - BkKvalitet	Punkt 1.3.1 og 1.3.2	behov for noe presisering i forhold til oppdaterte kriterier.