



Direktoratet for
e-helse

Kvalitet i e-resept 2017

Forprosjektrapport

Kvalitet i e-resept
Forprosjektrapport
06.02.2017

Publikasjonsnr: IE-1004



Sammendrag

Direktorat for e-helse har mottatt informasjon fra leger og utleverere om at det foreligger *uaktuelle resepter* i Reseptformidleren. Uaktuelle resepter er resepter som pasienten ikke skal benytte og reseptene skulle derfor vært tilbakekalt fra Reseptformidleren. Bruk av feil legemiddel eller feil dosering kan forårsake pasientskade og økt bruk av helsetjenester. Helsepersonell vil også bruke mer tid på å etablere pasientens legemiddelliste og det blir økt uthenting av legemidler for offentlig regning (blåresepter). Det er derfor både sikkerhetsmessige konsekvenser for pasient og økonomiske konsekvenser for det offentlige. Det er viktig å få frem at innføring av e-resept har vært et vellykket prosjekt både for helsepersonell og pasienter. E-resept prosjektet har fått positive tilbakemeldinger både fra rekvirenter og utleverere og vant ehelseprisen i 2011. Her trekkes det blant annet frem at e-resept forenkler hverdagen, gir god oversikt og involverer pasienten, og slik bidrar til økt pasientsikkerhet.

I april 2016 ble prosjekt «Kvalitet i Reseptformidleren» etablert i Direktorat for e-helse. Overordnet mål for prosjektet er å redusere antall uaktuelle resepter i Reseptformidleren. Prosjektet skal bidra til å øke pasientsikkerheten og redusere kostnadene for det offentlige. Å redusere antall uaktuelle resepter er også en viktig forutsetning for at konseptet Felles Legemiddelliste som nå er besluttet gjennomført skal fungere etter hensikten. Første fase av prosjektet pågikk i perioden fra april til desember 2016. I denne fasen har prosjektet hatt som mål å kartlegge omfang av uaktuelle resepter, identifisere de viktigste årsakene og foreslå tiltak for å redusere problemet.

Omfanget av uaktuelle resepter kan ikke kartlegges nøyaktig. Men en del av de uaktuelle reseptene er ekspederbare resepter som tilhører samme pasient og som har samme ATC-kode (doble resepter). Analyser av Reseptformidleren viser at det i september 2016 var 15,6 % av pasientene som hadde doble resepter i Reseptformidleren. Det er medisinsk-faglig korrekt at noen pasienter skal ha to eller flere resepter med samme ATC-kode. Det kan blant annet være nødvendig for å komponere rett dosering. Basert på stikkprøver i allmennlegesystemer utgjør dette 2,5 % av pasientene. 58 % av de doble reseptene i Reseptformidleren er utstedt av samme organisasjon, og dobbeltforskrivningene er knyttet til feil i EPJ-systemene og/ eller feil bruk av EPJ. Mens 42 % av disse er doble resepter utstedt av to forskjellige organisasjoner, noe som gjerne skyldes manglende oppslag i Reseptformidleren før ny forskrivning. Basert på omfanget av doble resepter og tilbakemeldinger fra sektoren er det grunn til å tro at det også er et betydelig omfang av andre uaktuelle resepter i Reseptformidleren (resepter knyttet til behandlinger som er avsluttet).

Som en del av kartleggingen har prosjektet testet de fem legemiddelmodulene som er godkjent for bruk i e-resept, med hensikt å avdekke feil og mangler. Det er i enkelte av systemene avdekket alvorlige feil og mangler som medfører doble resepter i Reseptformidleren. Videre er det avdekket svakheter knyttet til prosessstøtte i alle systemer. Svakheterne er forskjellig fra system til system, men felles er at de gjør det vanskelig for bruker å jobbe effektivt med høy kvalitet. Det er også avdekket alvorlige mangler ved konvertering av data ved bytte av EPJ-system. Alvorlige feil og funksjonelle mangler i EPJ-systemene anses som en av hovedårsakene til uaktuelle resepter i Reseptformidleren.

Årsaksanalysen viser at årsaken til uaktuelle resepter i Reseptformidleren er kompleks og sammensatt. I tillegg til feil og mangler i EPJ-systemene er det identifisert juridiske begrensninger. Reseptformidlerforskriften er til hinder for effektive og gode arbeidsprosesser, og andre forskrifter som regulerer legers arbeid gir ikke klare nok krav til rekvirentrollen. Når lovverket skaper rom for tolkning knyttet til ansvar og oppgaver, så pekes det ofte på andre gruppers ansvar. Gamle rutiner og manglende forståelse er også en viktig årsak. Brukere har mangelfull kompetanse på EPJ-systemet de bruker og på e-reseptløsningen. Krav til arbeidsprosesser har endret seg ved innføring av e-resept, men mange brukere har i liten grad tilpasset seg disse.

For å oppnå redusert antall uaktuelle resepter i Reseptformidleren kreves det tiltak som retter seg mot alle hovedgruppene i årsaksanalysen. Mange av tiltakene prosjektet foreslår vil hver for seg ha begrenset effekt, men er samlet sett forventet å gi god måloppnåelse. Nedenfor oppsummeres de viktigste tiltakene:

- **Juridiske rammer:** Endre Reseptformidlerforskriften for enklere tilgang på informasjon, men samtidig bevare personvernet. Klargjøre forståelse av forskrifter som regulerer forskriverrollen.

- **Kunnskapsdeling og holdningsskapende arbeid:** Publikasjoner, foredrag og informasjonskampanje iverksettes for å bidra til oppmerksomhet og bevisstgjøring blant leger
- **Opplæring:** Tiltak omhandler opplæring og informasjon om kvalitet i e-resept direkte ut mot rekvirentene. Det er utarbeidet en opplæringspakke med anbefalt praksis, lommemanual og e-læring.
- **Bedre funksjonalitet i EPJ-systemene:** Hovedområder for tiltakene er endringer i kravspesifikasjon for EPJ-leverandører for å få til forbedringer i EPJ-systemene, fokus på brukeropplæring fra EPJ-leverandørene og å integrere sammenstilling av informasjon fra Kjernejournal og Reseptformidleren.

Av tiltakene som er identifisert i forprosjektfasen er flere allerede igangsatt. Tiltakene er godt mottatt av legene og man så et reelt behov for å sette fokus på problematikken. Det anbefales at gjennomføringsprosjektet for 2017 iverksetter de skisserte tiltakene i rapporten. Tiltakene vil internt i Direktoratet for e-helse bli fulgt opp gjennom hovedprosjektet og mange av tiltakene vil kreve samarbeid med andre aktører for å få best mulig effekt. Direktoratet for e-helse ser det som svært viktig at man i det videre arbeidet har fokus på bevisstgjøring av legenes ansvar og kvaliteten i EPJ-systemene.

Innhold

1	INNLEDNING	4
2	KARTLEGGING	5
2.1	STATISTIKK FRA RESEPTFORMIDLEREN	5
2.2	TEST AV FUNSKJONALITET I LEGEMIDDELMODULER SOM ER GODKJENT I E-RESEPT	6
2.3	ÅRSAKSANALYSE	6
3	TILTAK	10
3.1	TILTAKSOMRÅDE: KUNNSKAPSDELING OG HOLDNINGSSKAPENDE ARBEID	11
3.2	TILTAKSOMRÅDE: OPPLÆRING	12
3.3	TILTAKSOMRÅDE: BEDRE FUNKSJONALITET I EPJ-SYSTEMENE	13
3.4	TILTAKSOMRÅDE: JURIDISKE RAMMER	13
4	OPPSUMMERING OG VEIEN VIDERE	14
5	VEDLEGG	15
5.1	VEDLEGG 1 – ANBEFALT PRAKSIS VED SAMSTEMMING AV PASIENTENS LEGEMIDLER I BRUK	15
5.2	VEDLEGG 2 – ÅRSAKSANALYSE	16
5.3	VEDLEGG 3 – TILTAK GJENNOMFØRT I FORPROSJEKTET OG ANBEFALTE TILTAK FOR GJENNOMFØRINGSFASEN	16
5.4	VEDLEGG 4 – NOTAT OVERSENDT TIL HELSEDIREKTORATET VEDRØRENDE FORTOLKNING AV REGELVERK 18	
5.5	VEDLEGG 5 - DEFINISJONER OG BEGREPSAVKLARINGER	22
5.6	VEDLAGTE DOKUMENTER	23

1 Innledning

E-resept er en elektronisk samhandlingsløsning for formidling av reseptinformasjon. Innføring av e-resept representerte en banebrytende omlegging av formidling av pasientens legemiddelbehandling, og er et viktig bidrag for å oppnå effektiv samhandling mellom pasient, behandlere og utleverere. Løsningen innfører nye krav til aktørene i samhandlingskjeden og arbeidsprosessene deres endres, noe som kan gi bedre kvalitet, men som også kan være kilde til nye feil.

Etter at e-resept ble innført har forvaltningsorganisasjonen i økende grad fått tilbakemeldinger fra leger og utleverere om at pasienter har uaktuelle resepter i Reseptformidleren. Apotekeforeningen har i spørreundersøkelser til sine medlemmer adressert problemstillingen, og identifisert at det er et økende problem. Over 60 % av respondentene på undersøkelsen i 2015 svarte at de daglig eller flere ganger daglig opplevde at pasienter hadde uaktuelle resepter i Reseptformidleren.

Direktorat for e-helse valgte på bakgrunn av dette å etablere et forprosjekt for å dokumentere avvik og identifisere tiltak. Forprosjektet ble etablert våren 2016. Denne rapporten oppsummerer forprosjektets funn og forslag til videre tiltak.

Overordnet mål for forprosjektet har vært å kartlegge omfang av uaktuelle resepter i Reseptformidleren og identifisere hva som forårsaker problemet. Videre skulle forprosjektet foreslå tiltak for å løse problemet. Det ble brukt fire ulike tilnærminger for å svare ut forprosjektets målsetninger:

- Utføre statistisk analyse på data i Reseptformidleren
- Gjennomføre testing av relevant funksjonalitet i legemiddelmodulene som er godkjent brukt i e-resept
- Gjennomføre arbeidsmøter med sentrale aktører og interessenter
- Etablering av arbeidsgrupper i to regioner for å identifisere årsaker og prøve ut tiltak

Gjennom de fire tilnærmingene er det identifisert et samlet omfang av årsaker til uaktuelle resepter i Reseptformidleren. På grunnlag av dette arbeidet er det foreslått tiltak som samlet skal oppfylle hovedprosjektets overordnede målsetning om å minimere antall uaktuelle resepter i Reseptformidleren. Uaktuelle resepter i Reseptformidleren kan deles inn i følgende grupper:

- Doble resepter: Legemidler med samme ATC-kode hvor det ikke var forskrivers hensikt å utstede resepter med samme ATC
- Resept som ikke skal brukes fordi lege har skiftet til annet legemiddel med annen ATC-kode, men ikke tilbakekalt gammel resept
- Resept som ikke er tilbakekalt, men der lege har avsluttet behandlingen
- Resept på legemiddel hvor lege ikke har vurdert ny forskrivning av hensyn til interaksjoner med pasientens allerede pågående behandling

Analyser av data i Reseptformidleren gir oss informasjon om omfanget av doble resepter, men det er ikke mulig å dokumentere omfanget av andre grupper uaktuelle resepter.

Uaktuelle resepter i Reseptformidleren kan utgjøre en alvorlig risiko for pasientsikkerheten. Pasientskade kan oppstå om pasienten henter ut og tar i bruk legemiddel som skulle vært tilbakekalt. Feil legemiddelinformasjon i pasientens oversikt på [helsenorge.no/«Mine Resepter»](https://helsenorge.no/) og kjernejournal kan føre til usikkerhet og dårligere etterlevelse av behandlingen. Helsepersonell vil bruke mer tid på å etablere pasientens legemiddelliste om legemiddelinformasjonen i Kjernejournal eller Reseptformidleren er feil. Ny legemiddelbehandling kan også baseres på feil utgangspunkt. Forprosjektet har i hovedsak vurdert problemstillingen i forhold til pasientsikkerhet, men det er også identifisert økonomiske konsekvenser knyttet til uaktuelle resepter i Reseptformidleren som økt uthenting av legemidler for offentlig regning.

Resten av rapporten oppsummerer arbeidet som er gjort. Kapittel 2 presenterer analyse av omfang og kartlegging av årsaker. Kapittel 3 beskriver foreslåtte tiltak, mens kapittel 4 oppsummerer forprosjektets anbefalinger og innspill til fokus for hovedprosjektet.

2 Kartlegging

2.1 Statistikk fra Reseptformidleren

Prosjektet har hentet ut data fra Reseptformidleren for statistisk analyse. Uttrekkene er anonymisert, slik at det er mulig å identifisere resepter som tilhører samme pasient uten å identifisere pasienten. Opprinnelig uttrekk inneholder ikke reseptens ATC-kode, men det er bearbeidet slik at ATC-kode er identifisert for hver resept for videre analyser. Uttrekket er så benyttet for å identifisere grupper hvor en pasient har mer enn én resept med samme ATC-kode (doble resepter). Dette er en avgrensning som gir en forholdsvis enkel statistisk analyse, men analysen dekker ikke andre potensielle feil i resepter registrert på pasient.

I september 2016 var det ca 9 326 000 ekspederbare resepter i Reseptformidleren, en økning på rundt 400.000 resepter siden april 2016. Dette skyldes i stor grad økende omfang av helseforetakenes bruk av e-resept. Det var i september ca 2 740 000 pasienter som hadde ekspederbare resepter i Reseptformidleren, av disse var det 426 294 pasienter som hadde doble resepter. Dette utgjør 15,6 % av alle pasienter som har resepter i Reseptformidleren. Det er medisinsk-faglig korrekt at en del pasienter skal ha doble resepter for å kunne komponere riktig behandling for pasienten. Prosjektet har fått tall fra enkelte fastleger som indikerer at 2,5 % av pasientene i en fastlegeinstallasjon har registrert forskrivninger med samme ATC-kode i pasienten legemiddelliste og legger det til grunn som mulig måltall for doble resepter i Reseptformidleren. Men det må understrekes at vi ikke vet med sikkerhet hvor mange pasienter det forventes at skal ha doble resepter.

I september var det totalt 1 230 000 ekspederbare doble resepter i Reseptformidleren. Basert på tallmaterialet fra Reseptformidleren og kunnskap om andel pasienter hvor det er forventet at det skal være doble forskrivninger, så anslår prosjektet at det er mellom 550 000 og 600 000 uaktuelle doble resepter i Reseptformidleren. Dette utgjør ca 6 % av de ekspederbare reseptene i Reseptformidleren.

For 58 % av de doble reseptene i Reseptformidleren er begge reseptene utstedt av samme organisasjon. Det indikerer at det er feil i EPJ systemet det utstedes i, eller at det er feil bruk av systemet. For de resterende 42 % av de doble reseptene er reseptene utstedt av to forskjellige organisasjoner, noe som indikerer at revirent ikke har slått opp i Reseptformidleren og/eller ikke håndtert ekspederbar resept i Reseptformidleren før ny forskrivning.

Helseforetakene har en forholdsvis stor andel pasienter med doble resepter i Reseptformidleren. De forskjellige helseforetakene har mellom 22 – 30 %¹ pasienter med doble resepter. Helseforetakene er de enkeltforetakene som leverer flest resepter til Reseptformidleren og er dermed en sentral part for å redusere uønskede resepter i Reseptformidleren.

Privatpraktiserende spesialister er en gruppe som har en stor andel pasienter med doble forskrivninger i Reseptformidleren. Blant de 20 organisasjonene som har høyest andel av pasienter med doble forskrivninger i Reseptformidleren, er det 18 privatpraktiserende spesialister. Siden privatpraktiserende spesialister forskriver forholdsvis få resepter, utgjør imidlertid ikke denne gruppes resepter en stor andel av pasienter med doble forskrivninger totalt sett.

For fastlegekontor varierer andel pasienter med doble forskrivninger i veldig stor grad. Kontorer med lavest andel har bare ca 5 % pasienter med doble resepter, mens andre fastlegekontorer har opp mot 40 % pasienter med doble

¹ Andel pasienter med doble resepter har teller lik antall pasienter hvor organisasjon er involvert i doble resepter og teller lik totalt antall pasienter med ekspederbare resept i Reseptformidleren som organisasjon har utstedt. Dette gjelder både beregninger for helseforetak, privatpraktiserende og fastlegekontor.

forskrivninger. Gjennomsnittet ligger på 15,75 %. Samlet sett så utgjør fastlegene den gruppen som leverer klart flest resepter til Reseptformidleren (ca 90 % av reseptene) og er derfor en sentral part for å redusere uaktuelle resepter i Reseptformidleren.

2.2 Test av funksjonalitet i legemiddelmoduler som er godkjent i e-resept

Som en del av årsaksanalysen har forprosjektet testet alle legemiddelmoduler som er godkjent for bruk i e-resept. Systemene Plenario, CGM Allmenn, DIPS Medikasjon, SystemX og Forskrivningsmodulen (FM) er testet for å avdekke feil og mangler som kan medføre doble resepter i Reseptformidleren. Prosjektet utarbeidet testcase som ble brukt for å teste relevant funksjonalitet i systemene.

Følgende områder ble testet:

1. Varsling av dobbeltforskrivninger
2. Varsling av interaksjoner mellom legemidler
3. Automatisk oppslag i Reseptformidleren og varsel til bruker ved manglende oppslag
4. Fornyning av resept
5. Understøttelse av arbeidsprosesser

Testingen identifiserte følgende funn:

- Alle systemer med unntak av Forskrivningsmodulen har mangler knyttet til varsling av dobbeltforskrivninger
- Alle systemer med unntak av Forskrivningsmodulen og Plenario har mangler knyttet til varsling av interaksjoner mellom legemidler
- Alle systemer støtter automatisk oppslag mot Reseptformidleren, men i Forskrivningsmodulen og DIPS er det mulig å slå av denne funksjonen. SystemX har feil knyttet til lagring av samtykke, noe som også fører til manglende oppslag i Reseptformidleren
- SystemX og CGM Allmenn har feil knyttet til fornying av resepter, hvor gammel resept ikke automatisk tilbakekalles².
- Prosesser knyttet til innleggelse og utskrivning er kompliserte og det er i dag ikke god støtte for sammenhengende pasientforløp angående legemiddelbehandling. Det er god støtte for håndtering av resepter i både Forskrivningsmodulen og DIPS Medikasjon ved utskrivning.
- SystemX understøtter ikke effektive og gode arbeidsprosesser ved etablering av LIB og forskrivning av nye legemidler

I tillegg er det avdekket feil og mangler knyttet til konvertering av EPJ system. Siden en stor andel forskrivere har byttet system de siste 3 årene så er feilene ved konvertering omfattende. Dette understøttes også av analysen gjennomført på resepter i Reseptformidleren. Spesielt er det avdekket alvorlige feil knyttet til konvertering til SystemX.

2.3 Årsaksanalyse

Som beskrevet i innledningen bygger årsaksanalysen på fire hovedspor, hvor innspill fra samarbeidsmøter med sentrale aktører og interessenter, samt arbeidsgrupper i Levanger og Arendal med fokus på kvalitet i e-resept har vært viktig i kartleggingen. Årsaksbilde er sammensatt og det er ingen enkeltstående forklaringer som skiller seg spesielt ut. Det utpeker seg flere årsaksområder til at det er uaktuelle resepter i Reseptformidleren. Feil og mangler i legemiddelmodulene er allerede beskrevet i kapittel 2.2, mens de andre områdene er beskrevet i påfølgende kapittel.

Kultur og holdninger

Helsepersonell har frem til innføring av e-resept vært vant til å arbeide i lokal EPJ. Det har ikke vært kultur for annen elektronisk samhandling mellom aktørene enn elektroniske meldinger sendt fra punkt-til-punkt, eksempelvis henvisninger og epikriser. Å arbeide med sentral/felles informasjon slik som i e-resept hvor informasjonen til enhver tid skal være oppdatert har ikke vært rutinen. Det tar tid før brukerne ser seg selv som en del av en større samhandlingskjede.

Overgangen fra papirresept til e-resept er kalt et paradigmeskifte. E-resept er vesentlig mer enn «strøm på papir» og tilfører ny funksjonalitet og fordrer endrede arbeidsprosesser. Prosjektet har fått tilbakemelding fra enkelte leger på at de ikke var klar over at e-reseptene er en av kildene for å etablere pasientens legemiddelliste. De har trodd at

² Denne feilen ble rettet hos CGM i oktober 2016.

informasjonen i Reseptformidleren mer var å regne som historikk på reseptene til pasienten. Dette kan til en viss grad forklares med manglende kompetanse på e-reseptløsningen, men kan også forklares med holdning til hva en resept er og hva resepten kan brukes til.

Siden oppdatering av sentral reseptinformasjon er en ny funksjonalitet, er det ikke en felles forståelse for hvem som har ansvar for å rydde opp i pasientens resepter. Dette er heller ikke beskrevet tydelig i regelverket i dag (se Juridiske rammer s. 8). Prosjektet har fått innspill på at enkelte leger unngår å ta et helhetlig ansvar for pasientens resepter, ved at de ikke samstemmer resepter sendt fra andre leger med resepter sendt fra egen installasjon. Mange sykehusleger mener at fastlegen er ansvarlig for at Reseptformidleren kun inneholder pasientens aktuelle resepter. For at innholdet i Reseptformidleren skal holdes oppdatert, kreves en bevisstgjøring av ansvaret hver enkelt rekvirent har, både fastleger, legevaktleger, avtalespesialister, leger i sykehus og nye rekvirentgrupper som tannleger, helsesøstre og jordmødre.

Tilbakekalling av en resept som ikke lenger er aktuell for pasienten er en funksjonalitet innført i e-resept. Med papirresepten var det ingen bestemt aktør som hadde ansvar for å legge bort eller makulere resepter som ikke lenger var aktuelle. Tilbakekalling av uaktuelle e-resepter i Reseptformidleren må nå gjøres av legen. Manglende tilbakekalling kan skyldes flere årsaker, men er også et uttrykk for at det tar tid å endre vaner og holdninger til hvordan e-reseptløsningen brukes. Nedenfor et eksempel fra en apotektekniker i Helse Sør Øst sin erfaring med at gamle resepter ikke tilbakekalles:

«Kan fastleger tilbakekalle resepter fra andre leger? Jeg trodde ikke de kunne det! Mitt inntrykk er at selv ved oppstart av nye styrker eller endring av preparat blir gamle resepter liggende igjen i reseptformidler.»

Apotektekniker i region Helse Sør-Øst

Helseforetakene har et stort ansvar for intern opplæring, også for riktig bruk av EPJ-systemene. Det er gitt tilbakemelding på manglende lederforankring, slik at opplæring i riktig bruk av e-resept ikke har blitt prioritert på ledernivå i de ulike institusjonene. En sykehuslege i Helse Sør-Øst savner tydelighet fra lederne om at oppdatering av Reseptformidleren skal prioriteres:

«Det har vært sagt at det er fastlegen som skal oppdatere Reseptformidleren. Dersom det forventes at sykehusleger skal rydde opp på inneliggende pasienter, må dette kommuniseres tydelig. Jeg har ikke fått formidlet at dette er en plikt vi har.»

Sykehuslege i Helse Sør-Øst

Kompetanse

Prosjektet har avdekket at mange brukere har liten kunnskap om hvordan forskjellige aktører samhandler i e-reseptløsningen, forskrift som regulerer løsningen og ny funksjonalitet i løsningen. De har heller ikke tenkt over hvilke muligheter løsningen gir når informasjonen om en pasient er riktig. Sitatet under er beskrivende for mange brukere:

«Vi fastleger har hatt e-resept i flere år, men mange av oss vet ikke nok om hele systemet, sammenhengen (..) e-resept, reseptbildet i EPJ, bestilling, tilbakekalling og Reseptformidleren.»

Fastlege i Helse Sør-Øst

Brukere har også manglende kompetanse knyttet til bruk av lokal legemiddelmodul. De kjenner ikke til funksjonalitet som finnes i egen EPJ, og forstår ikke hvordan de skal bruke tilgjengelig funksjonalitet på en effektiv måte og en måte som ivaretar pasientsikkerheten. I helseforetakene er legemiddelmodulen bare ett av mange systemer de må benytte i sin kliniske hverdag. Dette gjør det krevende å ha tilstrekkelig fokus på å lære seg systemet godt. Blant fastlegene er det mange brukere som har skiftet systemleverandør de siste årene, noe som også fører til dårligere forståelse. Funksjonalitet de hadde i gammelt system finnes ikke i nytt, mens bruker tror de har samme teknisk støtte. Opplæringen om e-reseptkjeden på samarbeidsmøte i Levanger gav fastlegene det de selv karakteriserte som en «aha-opplevelse»:

Arbeidsprosess

Helsepersonell direkte involvert i pasientbehandlingen har i dag ikke god nok oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker. Det er mangelfull informasjonsflyt om pasientenes legemiddelbehandling mellom de ulike forskriverne og nivåene i helsetjenesten. Desto flere forskrivere pasienten møter, desto større er faren for at det vil oppstå feil. Helsepersonell har mange ulike kilder til pasientens legemiddelinformasjon og, kildene kan vise forskjellig informasjon. Behandleren må i samråd med pasienten finne ut hvilke legemidler pasienten faktisk bruker. Å hente inn kvalitetssikret informasjon om pasientens legemidler, for eksempel ved innleggelse i sykehus, kan være svært tidkrevende og blir i mange tilfeller ikke gjennomført i tilstrekkelig grad³. Eksempler på kilder til legemiddelinformasjon er blant andre utskrift av legemiddelliste fra fastlege, sykehjem eller hjemmetjeneste, oppslag i Reseptformidleren og kjernejournal, epikrise, henvisning, pasienten selv eller pårørende og ordinasjonskort multidose⁴.

Legemiddelinformasjonen i Reseptformidleren er en av kildene som kan brukes ved etablering av pasientens legemiddelliste. Dersom kvaliteten på legemiddelinformasjonen i Reseptformidleren er dårlig, kan dette medføre at behandleren mister tillit til Reseptformidleren som informasjonskilde og at behandleren bare bruker andre kilder til legemiddelinformasjon og dermed nedprioriterer å oppdatere Reseptformidleren.

Legemiddelinformasjonen blir også behandlet i mange ulike elektroniske systemer. Eksempler på systemer som brukes i legemiddelbehandlingen er: EPJ-system (e-henvisninger og fritekst i løpende journal), EPJ-systemets legemiddelmodul og Forskrivningsmodulen, Elektronisk kurve og Kjernejournal. I tillegg kommer papirkurve og andre papirbaserte løsninger som må benyttes. Dette gjør at arbeidsprosessen med pasientens legemidler blir fragmentert og lite helhetlig. Det kan være vanskelig for brukeren å forstå hvor en oppdatert og kvalitetssikret legemiddelliste skal dokumenteres. Reseptformidleren kan oppfattes som en liten del av arbeidsprosessen med legemidler, noe som kan bidra til at behandleren ikke ser viktigheten av å oppdatere den.

Det er avdekket at flere sykehus ikke har retningslinjer for bruk av e-resept eller at retningslinjene ikke beskriver rutiner for innhenting av samtykke, oppslag i Reseptformidleren og tilbakekalling. Retningslinjene kan være oppdatert fra rutiner for papirresept uten at det er tatt hensyn til nye elementer ved en elektronisk arbeidsflyt. Retningslinjene benyttes også i for liten grad, blant annet fordi de kan være vanskelig tilgjengelig for brukerne og er lite brukervennlige. Det er videre en utfordring at sykehuset har flere retningslinjer som adresserer ulike områder (e-resept, kjernejournal, EPJ-systemet) uten at det er tilstrekkelig samkjøring av retningslinjene, samt at det er lite fokus på helheten i arbeidsprosessen. På fastlegekontorer eksisterer det ofte få eller ingen retningslinjer for slike arbeidsprosesser, herunder innhenting av samtykke, beskrivelse av oppslag og oppdatering av Reseptformidleren.

Juridiske rammer

Dagens lover og forskrifter er ikke tydelig i å pålegge behandlende lege et ansvar for å oppdatere Reseptformidleren ved endring av pasientens legemiddelbruk. Det er meldeplikt på innsending av e-resepter jmf Reseptformidlerforskriften § 2-1, men det er ikke en tilsvarende plikt til å tilbakekalle uaktuelle resepter. Helsepersonells plikter til oppdatering av pasientens legemiddelliste er ulikt behandlet i forskrift om fastlegeordningen og forskrift om legemiddelhåndtering. E-resept og oppdatering av Reseptformidleren er ikke omtalt, og man ser at dette er en utfordring, da direktoratet ikke har en eksplisitt hjemmel å vise til når legene skal opplæres i bruk av e-resept.

Det stilles spørsmål ved om legene håndterer pasientens legemiddelopplysninger i tråd med intensjonene i forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven når de ikke oppdaterer Reseptformidleren. Det kan likevel være at bestemmelsene i regelverket er så lite eksplisitte at legenes ansvar for å holde Reseptformidleren oppdatert ikke kan utledes av regelverket. I vedlegg 4 gis en nærmere vurdering av eksisterende regelverk for legers plikter og ansvar for legemiddelbehandlingen, og plikter og ansvar for legemiddellisten ved skifte av omsorgsnivå.

³ Helse og omsorgsdepartementet. (2014). Meld. St. 28 Legemiddelmeldingen (2014-2015) Riktig bruk - bedre helse. Oslo.

⁴ Helsedirektoratet m. fler (2015) Samstemming av legemiddellister - Pasientsikkerhetsprogrammet

Prosjektet har i arbeidsgruppemøtene fått tydelige tilbakemeldinger på at dagens juridiske rammer oppleves av legene som et hinder for å øke kvaliteten i Reseptformidleren.

De juridiske begrensningene knyttet til lagringstid i Reseptformidleren trekkes frem som en utfordring av leger som benytter e-resept. Dette begrunnes med at oppslag i Reseptformidleren ikke alltid gir et bilde av pasientens faktiske legemiddelbruk. Etter at en resept er ferdig ekspedert og avsluttet i apotek viser Reseptformidleren resepten i tretti dager før informasjonen slettes og ikke lenger er synlig i Reseptformidleren (Reseptformidlerforskriften § 6-1). Pasienten har gjerne fått utlevert legemidler for minst tre måneder (unntaksvis opptil ett år) uten at dette da vil vises i Reseptformidleren. Dette er potensielt farlig fordi oppslag i Reseptformidleren utover tretti dager etter ferdig ekspedering ikke viser informasjon om legemiddelet pasienten har fått utlevert. Resepter som passerer gyldighetsdato er heller ikke synlig i Reseptformidleren, selv om pasienten gjerne bruker legemiddelet i lang tid etter at dato for gyldighet på resepten er passert.

Et annet element som har blitt trukket frem er knyttet til ulik lagringstid mellom Reseptformidleren og Kjernejournal. Kjernejournal har tre års legemiddelhistorikk. Det er uforståelig for leger at samme informasjon har forskjellig lagringstid. Det må være behandlers behov for tilgang til helseopplysninger for å kunne yte nødvendig helsehjelp som må være det styrende, og ikke hvilken teknisk løsning opplysningene hentes fra.

Det er behov for at andre helsepersonellgrupper har tilgang til Reseptformidleren. I dag er det bare leger som har tilgang (Reseptformidlerforskriften § 3-3). Slik lovverket er i dag er det til hinder for gode arbeidsprosesser i legemiddelbehandlingen. Et eksempel er hvordan kliniske farmasøyter i sykehus arbeider med pasientens legemiddellister. Praksis er at de henter inn samtykke fra pasient til oppslag og lagrer dette. De må deretter be legen om å gjøre oppslag i Reseptformidleren for dem. Til slutt etablerer farmasøyten et forslag til lokal LIB (legemidler i bruk) basert på tilgjengelige kilder, herunder strukturert info fra Reseptformidleren.

Når e-reseptløsningen tas i bruk i pleie- og omsorgssektoren, vil det også her være behov for at sykepleierne har tilgang til strukturert legemiddelinformasjon. I og med at sykepleierne er ansvarlige for administrering av pasientens resepter og legemidler er det unaturlig at de ikke har tilgang til pasientens reseptopplysninger i Reseptformidleren.

Kartleggingen viser at krav om innhenting av samtykke til oppslag i Reseptformidleren (Reseptformidlerforskriften § 3-3) oppleves som en barriere mot at det gjøres oppslag i Reseptformidleren. Dette fører til at forskrivende lege i mange tilfeller ikke tar utgangspunkt i eksisterende gyldige resepter i Reseptformidleren før det gjøres nye forskrivninger. Eksempler på at kravet om samtykke oppleves som utfordrende:

- Implisitt samtykke ved legekontakt. Det fortelles at pasientene ikke forstår hvorfor legen spør om samtykke. Ved en innleggelse eller konsultasjon forventer de fleste pasienter at legen (og annet helsepersonell med behov for dette) har oversikt over hvilke legemidler de bruker.
- Pasienten er ikke alltid tilstede når det gjøres oppslag i Reseptformidleren. Selv om det ikke stilles formkrav til innhenting av samtykket og dette i praksis kan innhentes pr brev, over telefon eller fra annet samarbeidende helsepersonell, så er det vanskeligere å innhente samtykket når pasienten ikke er tilstede.
- Samtykkeregler er avhengig av løsning. Det er i dag uforståelig for leger at oppslag i Reseptformidleren krever samtykke, mens de samme opplysningene i Kjernejournal er tilgjengelig for behandlende leger uten krav om samtykke (jmf unntakene i KJ-forskriften § 7). Det må være behandlers behov for tilgang til helseopplysninger for å kunne yte nødvendig helsehjelp som må være det styrende, og ikke hvilken teknisk løsning opplysningene hentes fra.

Oppsummert er det usikkert om krav til samtykke som personvern mekanisme i e-resept reelt bidrar til å sikre personvernet, og i hvilken grad dette er til hinder for å sikre pasienten nødvendig og korrekt helsehjelp. Personvernmekanismene i den nasjonale e-reseptløsningen er kompleks og krevende å forstå. Kartleggingen i prosjektet indikerer at det er behov for revurdering og harmonisering av personvernmekanismene i alle nasjonale e-hesløsninger.

Refusjonsreglene i blåreseptordningen kan videre bidra til å forsterke problemet med dobbeltforskrivninger i Reseptformidleren. Med gjeldende regler må pasienten betale en høyere egenandel om legemidler på blåresepter er utstedt på ulike datoer enn om alle resepter er forskrevet på samme dato, av samme lege, og pasient ønsker derfor ofte at alle resepter blir fornyet ved kontakt med lege. Ved bruk av e-resept innebærer en slik gjentatt forskrivning en økt fare for at det blir liggende duplikater i Reseptformidleren, dersom det er en feil i EPJ-systemet som gjør at de

opprinnelige reseptene i Reseptformidleren ikke trekkes tilbake når det gjennomføres en fornying. Tilsvarende vil det ikke gjennomføres en tilbakekalling dersom pasienten ikke har samtykket til oppslag, eller legen ikke har huket av for at pasienten har samtykket til oppslag.

3 Tiltak

Prosjektet har gjennomført en tiltaksanalyse og identifisert en rekke mulige tiltak. De fleste tiltakene ønskes inn i gjennomføringsfasen av hovedprosjektet, mens andre mulige tiltak ikke er prioritert. Det har vært diskutert tekniske endringer i Reseptformidleren for å varsle om dobbeltforskrivninger, men disse er foreløpig ikke prioritert knyttet til at de bare vil ha begrenset virkning. Slike endringer i Reseptformidleren har både juridiske- og ansvarsforhold knyttet til seg som må utredes. Hovedprosjektet kan revurdere prioritering av tiltak underveis og identifisere nye tiltak som iverksettes.

Enkelte av tiltakene er initiert i forprosjektfasen for å raskere øke kompetanse og skape bevisstgjøring rundt behovet for korrekt og oppdatert informasjon i Reseptformidleren. Tiltakene rettes mot hovedgruppene fastleger og leger i spesialisthelsetjenesten. Legevaktsleger er også i målgruppen, men disse vil i stor grad dekkes gjennom anbefalte tiltak mot fastlegene. Enkelte av tiltakene er også rettet mot annet helsepersonell som arbeider med legemiddelhåndtering.

Nedenfor er en oversikt over tiltakene som anbefales iverksatt. For mer informasjon om anbefalt prioritering av tiltak i gjennomføringsfasen, se vedlegg 3.

1. Kunnskapsdeling og holdningsskapende arbeid

Media

- Artikler i relevante tidsskrift/ aviser skrevet og publisert (igangsatt 2016)
- Etablere og distribuere nasjonal kampanje (sosiale medier etc.)

Konferanser

- Foredrag på relevante konferanser (igangsatt 2016)

Pasientsikkerhetsprogrammet

- Samarbeid og koordinering med pasientsikkerhetsprogrammet (etablert høsten 2016)
- Informasjon etablert gjennom pasientsikkerhetsprogrammet sitt nettverk

2. Opplæring

Utarbeide opplæringsmateriell og retningslinjer

- Anbefalt praksis/ rutine for riktig bruk av e-resept etablert og forankret (utført)
- Lommemanual etablert og forankret (utført)
- E-læring på e-helse.no revidert (utført)
- Lage og gjøre tilgjengelig informasjonsfilmer til helsepersonell
- Bidra til HF-ene sine egne opplæringstiltak.

Leger i helseforetak

- Etablert kontaktpunkter/ nettverk mot RHF
- Forankre problemstilling og utfordringer hos ledelse.
- Distribusjon av opplæringsmateriell og informasjon (etablert i forprosjektet)
- Skape forståelse for problemstillingen.
- Forankre forståelse av problemstillingen
- Ansvarliggjøre HF-legene.

Fastleger

- Etablere opplæring og informasjon til fastleger
 - som en del av SKIL-kurspakke

- gjennom Praksiskonsulent-nettverk (PKO-nettverk)
- i videre- og etterutdanning for spesialisering i allmenntidrett

Medisinstudenter og turnusleger

- Opplæring og kurs for nye turnusleger gjennom samarbeid med fylkeslegene
- Kvalitet i e-resept etablert som pensum i medisinstudiet i Norge (eksamen i reseptforordning)

Nye aktørgrupper

- Kommende innføringsløp av e-resept til nye aktørgrupper (tannleger, helsestasjoner, PLO etc.) koordinert og håndtert med fokus på riktig rutiner for oppdatering av Reseptformidleren

3. Bedre funksjonalitet i EPJ-systemer

- Bedre funksjonalitet i legemiddelmoduler i EPJ-systemene gjennom å:
 - Samarbeide med EPJ-løftet for sikring av god dialog med EPJ-leverandører
 - Bistå e-resept forvaltning for å sikre retting av alvorlige feil og mangler i legemiddelmodulene
 - Foreslå og forankre endringer i kravspesifikasjonen for EPJ-leverandørene, herunder sikre at kravspesifikasjoner er dekkende for alle relevante arbeidsprosesser og samhandling mellom helsepersonell
 - Bestille funksjonelle og tekniske endringer i legemiddelmoduler som er godkjent for bruk i e-resept (Fastlegefunksjonalitet gjennom EPJ-løftet, HF relevant funksjonalitet i samarbeid med HF-ene)
- Henvendelse mot EPJ-leverandørene/ EPJ-løftet for kvalitet i e-resept blir tatt med som en del av opplæringen EPJ-leverandørene har ut mot sine brukere.
- Synliggjort behovet for sammenstilling av informasjon fra Kjernejournal og Reseptformidleren (ikke-rekvirenter får tilgang til strukturert legemiddelinformasjon) gjennom prosjektets rapport. Tiltaket gjennomføres gjennom prosjekt Felles legemiddelliste

4. Juridiske rammer

- Henvendelse til Helsedirektoratet sendt høst 2016 om tydeliggjøring i lov og forskrift om:
 - Ansvar for oppdatering av Reseptformidleren
 - Ansvarsforhold mellom ulike typer leger
- Henvendelse til HOD sendt høst 2016 via prosjekt Felles legemiddelliste om:
 - Lenger lagringstid på e-resepter
 - Endring av krav om samtykke
 - Om ikke-rekvirenters tilgang til Reseptformidleren

Tabell 1 – Tiltak gjennomført i planleggingsfasen og tiltak anbefalt iverksatt i gjennomføringsfasen

3.1 Tiltaksområde: Kunnskapsdeling og holdningsskapende arbeid

Av breddetiltak har det gjennom forprosjektfasen blitt gjort presseopplag i Dagens Medisin i samarbeid med Statens Legemiddelverk.

Forprosjektet anbefaler at det planlegges og gjennomføres en nasjonal kommunikasjonskampanje som et prioritert tiltak. Denne anbefales rettet mot leger i sykehus og fastleger som forskriver e-resept. Kampanjen vil ha målrettede budskap i betalte kanaler, og vil kunne bidra til oppmerksomhet og bevisstgjøring blant leger. En slik kampanje vil strekke seg over en periode på 3-4 måneder fra begynnelse til slutt. Kampanjen vil være ett viktig ledd i arbeidet med å oppnå prosjektets mål om en forbedring av kvalitet i e-resept. Kampanjen må samkjøres med andre aktiviteter og tiltak som skal gjennomføres.

Prosjektet fortsetter samarbeidet med Pasientsikkerhetsprogrammet og innsatsområdet Samstemming av legemiddellister. Det vil i gjennomføringsfasen utredes hvordan en kan benytte seg av det eksisterende nettverket til Pasientsikkerhetsprogrammet for opplæring som retter seg mot å bedre kvaliteten i Reseptformidleren.

Direktorat for e-helse informerte om riktig bruk av e-resept på Primærmedisinsk uke (PMU) i oktober 2016. Det vil i gjennomføringsfasen også prioriteres å være tilstede og bidra med foredrag på relevante konferanser.

3.2 Tiltaksområde: Opplæring

I en tidlig fase av prosjektet ble det utarbeidet en brosjyre/ lommemanual «Slik bruker du e-resept riktig» og e-læringen på e-helse.no ble revidert. Mot slutten av planleggingsfasen ble det utarbeidet en anbefalt praksis for oppdatering av Reseptformidleren og samstemming av legemidler. Opplæringspakken med nasjonal veileder, lommemanual og e-læring inneholder rutiner og prosedyrer som ivaretar innhenting av samtykke, oppslag og tilbakekalling. Opplæringspakken vil bli brukt som opplæringsmaterieell ut til sektoren, og som utgangspunkt for å sikre at riktige rutiner etableres hos fastleger og regionale helseforetak. Denne opplæringspakken skal også brukes når e-resept innføres hos nye aktørgrupper som tannleger, helsestasjoner og PLO.

Lommemanualen «Slik bruker du e-resept riktig» fokuserer på tre tiltak behandlende lege må utføre for å bruke e-resept korrekt:

- Innhent samtykke
- Slå opp i Reseptformidleren
- Tilbakekall og send nye resepter

Anbefalingen slår fast at alle forskrivere som bruker e-resept har et felles ansvar for at reseptinformasjonen i Reseptformidleren er oppdatert. Se detaljer på e-helse.no. Det har også blitt utarbeidet en anbefalt praksis for oppdatering av Reseptformidleren og samstemming av legemiddellisten, se vedlegg 1.

Tiltak innenfor opplæring omhandler opplæring og informasjon om kvalitet i e-resept direkte ut mot brukerne. Ulike nettverk og kontaktpunkter er vurdert for videreformidling av anbefalt praksis og prioritert etter forventet effekt og antatt ressursbruk internt og ute i sektoren. Opplæringsmaterieellet som brukes under opplæringen utarbeides i samarbeid mellom kommunikasjon og innføringsavdelingen i Direktoratet.

Informasjon og opplæring ut mot fastlegene etableres hovedsakelig gjennom tre kanaler:

- Prosjektet ønsker å etablere kurspakke som en del av SKIL. SKIL står for senter for kvalitet i legekantor og er eiet av Legeforeningen. Foreningen arrangerer kurs og e-læringskurs innenfor kvalitetsarbeid for fastlegekontorer. Det brukes etablerte arenaer som personalmøter og smågrupper fremfor å introdusere ny møtevirksomhet.
- Prosjektet ønsker å etablere kvalitet i e-resept som en del av videre- og etterutdanning for spesialiseringen i allmenntmedisin. Det ville vært ønskelig om legemiddelkurs med slikt innhold blir obligatorisk kurs ved søknad om og fornyelse av spesialitet.
- Prosjektet vil etablere opplæring og informasjon om kvalitet i e-resept gjennom Praksiskonsulent-nettverk (PKO-nettverk). Om PKO-ene skal opplæres eller om e-helse skal delta på samlinger må avgjøres når kontakt er etablert og forankring ferdig.

Informasjon og opplæring ut mot leger i sykehus gjøres gjennom de regionale helseforetakene. Under planleggingsfasen er kontaktpunkter etablert i 3 av 4 helseregioner for videre distribusjon av opplæringsmaterieell. Kontakt med Helse Nord etableres i gjennomføringsfasen. I gjennomføringsfasen er det behov for tett samarbeid med de enkelte helseregionene for å tilpasse prosesser og opplæring slik at kvaliteten i RF øker både på kort og mellomlang sikt. Opplæring og prosesser må også tilpasses tekniske endringer som gjøres i forskrivningsmodulene. Helseforetakene har utvidet mulighet til å overvåke egen bruk av Reseptformidleren, og kan derfor måle eventuell forbedring av sine arbeidsprosesser.

Medisinstudenter har mot slutten av studiet eksamen i reseptlære som fortsatt er basert på papirresept. Prosjektet vil etablere kvalitet i e-resept som en del av denne undervisningen. Det vil i gjennomføringsfasen detaljeres hvordan både studenter i Norge og utlandet kan inkluderes i tiltaket. Tiltaket bør koordineres med andre nasjonale elektroniske løsninger og prosjekter i e-helse som Kjernejournal og Multidose i e-resept.

Turnusleger i distriktturnus har obligatoriske heldagskurs i akuttmedisin og trygdemedisin, arrangert av fylkeslegen. Prosjektet ønsker å etablere opplæring av kvalitet i e-resept som en del av denne undervisningen.

Å nå ut med opplæring til helsepersonell kan være utfordrende. Helsetjenesten er organisert i mange ulike institusjoner både kommunale, statlige og private. Legene kan være vanskelig tilgjengelige fordi de prioriterer klinisk praksis. Det kan problematiseres om hvor godt skisserte opplæringstiltak vil nå ut og føre til endrede arbeidsrutiner. Det er likevel antatt at gjentatt informasjon og opplæring gjennom flere kanaler og kontaktpunkter samlet sett vil ha effekt. Breddetiltak beskrevet i kap 3.1 vil også kunne bidra til bevisstgjøring blant leger slik at kurs og opplæring i større grad prioriteres.

Prosjektet anbefaler at innføring og opplæring av e-resept til nye aktørgrupper (tannleger, helsestasjoner, pleie- og omsorg, etc.) ikke overlates til EPJ-leverandørene, men koordineres og håndteres av Direktoratet for e-helse og aktørene selv.

3.3 Tiltaksområde: Bedre funksjonalitet i EPJ-systemene

I kartleggingen er det identifisert feil, mangler og ny ønsket funksjonalitet i legemiddelmodulene som er i bruk i e-resept. Dette representerer viktige tiltak for å forbedre kvaliteten i Reseptformidleren, men det er også forbundet risiko knyttet til prosjektets evne til å gjennomføre slike tiltak på kort og mellomlang sikt. Erfaring viser at EPJ-leverandørene i liten grad prioriterer krav som har blitt stilt fra e-resept de senere år. Imidlertid må disse tiltakene likevel adresseres.

Endringer i kravspesifikasjon for EPJ-leverandører og endringer i EPJ-systemene

Ved oppstart av e-resept i 2006 ble det etablert et eget rekvirentprosjekt for å ivareta rekvirentenes interesser og for å sørge for at det ble etablert løsninger som understøttet deres arbeid. Det ble laget en kravspesifikasjon for EPJ-leverandørene i samarbeid med helsefaglig personell. Denne har senere blitt modifisert til å inkludere ny funksjonalitet og endrede sentrale krav. Opprinnelig dokument har i stor grad hatt fokus på forskrives funksjonalitet knyttet til forskrivning og fornying av legemidler, inkludert automatisk tilbakekalling, men har i liten grad vært dekkende for avansert samhandling mellom profesjoner i HF-ene eller funksjonalitet knyttet til bruk i PLO. Som tiltak vil man se på forbedringer av Rekvirentspesifikasjonen. Forslag til endringer må utarbeides i samarbeid med relevante brukergrupper i løpet av de første månedene av hovedprosjektet. Endringer i rekvirentspesifikasjonen må så forankres i e-resept endringsråd. Endringer i fastlegenes EPJ-systemer må bestilles og prioriteres gjennom EPJ-løftet. Endringer i legemiddelmoduler som benyttes i RHF-ene må avtales med RHF-ene og deres leverandører.

Integrere sammenstilling av informasjon fra Kjernejournal og Reseptformidleren

Prosjekt Felles legemiddelliste har som tiltak å integrere Kjernejournal med Forskrivingsmodulen og DIPS. På den måten vil ikke-ekvirenter i pleie- og omsorgssektoren og sykehus få tilgang til strukturert legemiddelinformasjon. Dette eliminerer ikke-ekvirenters behov for tilgang til Reseptformidleren, da de vil få nødvendig informasjon strukturert gjennom integrasjonen med kjernejournal. Sammenstillingen vil også føre til reduksjon av kilder for legemiddelinformasjon.

Brukeropplæring utført av EPJ-leverandører

Prosjektet vil i gjennomføringsfasen kontakte EPJ-leverandørene/ EPJ-løftet og utrede muligheten for at kvalitet i e-resept blir tatt med som en del av opplæringen EPJ-leverandørene har ut mot sine brukere. Dette inkluderer både informasjon i EPJ-leverandørens opplæringsmateriell, og som en del av kursene ute blant brukerne. På den måten kan opplæringen være bedre tilpasset brukergrensesnittet til hver enkelt EPJ-leverandør. Det er usikkert i hvilken grad EPJ-leverandørene er i stand til og villige til å ta dette ansvaret. Det anbefales derfor tett oppfølging fra Direktoratet for e-helse for å støtte EPJ-leverandørene og bevisstgjøre de sitt ansvar.

3.4 Tiltaksområde: Juridiske rammer

Legens plikter og ansvar

Som en følge av at gjeldende lover og forskrifter ikke direkte pålegger behandlende lege et ansvar for å oppdatere Reseptformidleren ved endring av pasientens legemiddelliste, har prosjektet tatt kontakt med Helsedirektoratet som fortolkningsansvarlig for blant annet Helsepersonelloven, fastlegeforskriften og legemiddelhåndteringsforskriften. Her har prosjektet lagt fram følgende forslag til tiltak:

- Bedt om fortolkning og uttalelse av Helsepersonelloven § 4 «forsvarlighetsbegrepet» og hvorvidt en oppdatering av Reseptformidleren kan komme inn under begrepet
- Prosjektet har lagt fram behovet for en presisering av regelverk, og eventuelt forslag om endring av fastlegeforskriften og legemiddelhåndteringsforskriften
- Det er foreslått at både Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse, i samarbeid, utarbeider et rundskriv om «beste medisinsk-faglige praksis» hensyntatt gjeldende regelverk (fastlegeforskrift, legemiddelhåndteringsforskrift, reseptformidlerforskriften og eventuelt andre)

Forprosjektet anser det slik at en fortolkning og eventuell tydeliggjøring av regelverket vil ha stor betydning ikke bare for kvaliteten i Reseptformidleren og for arbeidet med konseptet «Felles Legemiddelliste», men vil også være av avgjørende betydning for pasientsikkerheten ved bruk av Reseptformidleren.

Uhensiktsmessige juridiske rammer i Reseptformidleren

Prosjektet har, gjennom de ulike arbeidsmøtene, fått innspill på at dagens juridiske rammer oppleves som et hinder for å øke kvaliteten i Reseptformidleren. Som nevnt tidligere er det tre hovedområder som utpeker seg:

- Manglende tilgang til Reseptformidleren for ikke-rekvirenter
- For kort lagringstid av ekspedert resept
- Krav om samtykke medfører manglende oppslag i Reseptformidleren

Gjennom prosjekt Felles Legemiddelliste ble det oversendt notat til Helse og omsorgsdepartementet (HOD) hvor blant annet disse utfordringene belyses nærmere. HOD har imidlertid gitt signaler på at punktet om manglende tilgang til Reseptformidleren for ikke-rekvirenter ikke er aktuelt å endre i forskriften. Ikke-rekvirenter vil likevel få tilgang til strukturert legemiddelinformasjon gjennom integrasjon av Kjernejournal med Forskrivingsmodulen og DIPS som beskrevet ovenfor.

Prosjekt felles legemiddelliste har behov for lagring av LIB uten at det nødvendigvis er tilknyttede resepter, samt ønske om fjerning av samtykke for innsending av felles legemiddelliste.

4 Oppsummering og veien videre

Det foreligger et økende omfang uaktuelle resepter i Reseptformidleren som kan ha uheldige konsekvenser for pasientsikkerheten. Kartleggingen av de viktigste årsakene har lagt grunnlaget for å ta tak i problemet. Prosjektet anbefaler tiltak på alle hovedgrupper i årsaksanalysen. Mange av tiltakene vil hver for seg ha begrenset effekt, men samlet vil følgende effektmål kunne oppnås for å bedre pasientsikkerheten:

- Riktigere behandling og færre pasientskader
- Helsepersonell får bedre oversikt over pasientens faktiske legemiddelbruk
- Helsepersonell får redusert tidsbruk for samstemming av legemidler
- Potensielt høyere grad av etterlevelse av legemiddelbehandlingen
- Potensielt redusert forbruk av primær- og spesialisthelsetjenester som følge av feil legemiddelbruk
- Reseptformidleren fremstår som en sikker kilde til reseptinformasjon i samhandlingskjeden for e-resept

En reduksjon av uaktuelle resepter vil også være en viktig forutsetning for at konseptet Felles Legemiddelliste skal fungere etter hensikten. Tiltakene vil internt i Direktoratet for e-helse bli fulgt opp gjennom hovedprosjektet og mange av tiltakene vil kreve samarbeid med andre aktører for å få best mulig effekt. Direktoratet for e-helse ser det som svært viktig at man i det videre arbeidet har fokus på bevisstgjøring av legenes ansvar samt på teknisk og funksjonell kvalitet i EPJ-systemene.

5 Vedlegg

5.1 Vedlegg 1 – Anbefalt praksis ved samstemming av pasientens legemidler i bruk

Et av innsatsområdene til Pasientsikkerhetsprogrammet er samstemming av legemiddellister.

Legemiddelsamstemming går ut på at man i samarbeid med pasienten lager en nøyaktig og fullstendig liste over alle legemidlene pasienten faktisk bruker. Oppdatering av Reseptformidleren med prinsippene ovenfor bør gjøres samtidig med en samstemming av pasientens legemidler i bruk. I tekstboksen under viser anbefalt praksis for oppdatering av Reseptformidleren og samstemming av legemiddellisten ved innleggelse og utskrivelse fra sykehuset og konsultasjon hos fastlegen.

Anbefalingen bygger på pasientsikkerhetsprogrammets veiledning for samstemming av legemiddelliste og innspill gjennom prosjektets utprøving av tiltak i Levanger og Arendal.

Anbefalt praksis:

Riktig bruk av e-resept og samstemming av pasientens legemidler

Innleggelse i sykehus

1. Innhent samtykke for pasienten for å slå opp i Reseptformidleren
 - Samtykke kan også innhentes av annet helsepersonell på vegne av legen
2. Slå opp i Reseptformidleren og se pasientens gyldige resepter
3. Samtal med pasienten om hvilke legemidler hun/ han bruker
4. Dokumenter samstemt liste over legemidler i bruk i journal-/ kurvesystem
 - Legemiddelinformasjon fra Reseptformidleren gjenbrukes strukturert inn i journal-/ kurvesystemet
5. Tilbakekall uaktuelle resepter

Behandleren har ansvar for legemiddelsamstemming, men innhenting av informasjon kan delegeres til sykepleier eller farmasøyt.

Utskrivning fra sykehus

1. Slå opp i Reseptformidleren
 - Samtykke skal være innhentet ved pasientens innleggelse
2. Tilbakekall uaktuelle og send nye resepter ved endringer i pasientens legemiddelbehandling
 - Før nye resepter lages, ta stilling til de reseptene som allerede ligger i Reseptformidleren
 - Kontroller at nye forskrivninger til pasienten er forsvarlig i forhold til pasientens øvrige legemiddelbehandling (interaksjonskontroll, sjekk mot legemiddelreaksjoner, etc.)
 - Fornye resepter ved behov
3. Inkluder samstemt legemiddelliste i epikrise. Begrunn alle endringer i legemiddelbehandlingen
4. Gi en samstemt legemiddelliste og informasjon om endringer til pasienten

Konsultasjon hos fastlege

1. Innhent pasientsamtykke til å slå opp i Reseptformidleren om dette ikke er innhentet tidligere
 - Samtykke kan også innhentes av annet helsepersonell enn leger
2. Slå opp i Reseptformidleren og se pasientens gyldige resepter
3. Samtal med pasienten om hvilke legemidler hun/ han bruker
4. Dokumenter samstemt liste over legemidler i bruk i journalsystem
 - Legemiddelinformasjon fra Reseptformidleren gjenbrukes strukturert inn i journalsystemet
5. Tilbakekall uaktuelle og send nye resepter ved endringer i pasientens legemiddelbehandling
 - Før nye resepter skrives, ta stilling til de reseptene som allerede ligger i Reseptformidleren
 - Kontroller at ny forordning til pasienten er forsvarlig i forhold til pasientens øvrige legemiddelbehandling (interaksjonskontroll, sjekk mot legemiddelreaksjoner, etc.)

- Fornye resepter ved behov
- 6. Gi en samstemt legemiddelliste og informasjon om endringer til pasienten
- 7. Inkluder samstemt legemiddelliste i eventuelle henvisningsskriv, epikrise, PLO-melding etc

Legemiddelinformasjonen fra Reseptformidleren vil være et godt utgangspunkt for samstemming av legemiddellisten. Det er flere kilder til pasientens legemiddelbruk, blant annet er pasienten en av de viktigste kildene.

Ved dokumentasjon av pasienten legemiddelliste i journal- eller kurvesystem vil legemiddelinformasjon fra Reseptformidleren kunne gjenbrukes strukturert og vil derfor være tidsbesparende sammenlignet med andre kilder.

5.2 Vedlegg 2 – Årsaksanalyse

Område	Årsak
1. Kultur og holdninger	Ikke god nok kultur for elektronisk samhandling mellom aktørene
	Ikke god nok kultur for å bruke resepter som en av kildene til å etablere pasientens legemiddelliste
	Uklarhet om ansvarsforholdet mellom sykehusleger og fastleger
	Tilbakekalling av resepter som en ny funksjonalitet/oppgave for leger
	Tidspress fører til nedprioritering av arbeidet med å oppdatere Reseptformidleren
	Vanskelig å nå ut til alle brukere med informasjon og opplæring
	Manglende lederforankring slik at opplæring ikke prioriteres
2. Kompetanse	Manglende kompetanse om funksjonalitet i EPJ-systemene, e-resept og Reseptformidleren
3. Arbeidsprosess	Retningslinjer/prosedyrer mangler eller brukes i liten grad
	Retningslinjene/prosedyrer ivaretar ikke oppslag og oppdatering av Reseptformidleren eller helheten i arbeidsprosessen med legemidler
	Arbeidsprosess med legemidler er fragmentert med Reseptformidleren som ett av mange systemer
	Reseptformidleren er bare en av mange kilder til legemiddelopplysninger. Dårlig kvalitet i Reseptformidleren gjør at denne nedprioriteres som kilde og det ryddes heller ikke tilstrekkelig
4. Feil og mangler i EPJ-systemenes legemiddelmoduler	Mangler hos EPJ-leverandørene knyttet til varsling av dobbeltforskrivinger og automatisk oppslag i Reseptformidleren
	Alvorlige feil i EPJ-systemene knyttet til manglende tilbakekalling
	Brukergrensesnitt og funksjonalitet er ikke intuitive nok for å understøtte arbeidsprosesser. Vanskelig for bruker å forstå når de jobber lokalt (lokal LIB) og sentralt Reseptformidleren
	Opplevelse av forsinkelse (ytelse) i systemene har ført til at automatisk oppslag slås av for å spare tid
	Kravspesifikasjonen til EPJ-leverandørene kan videreutvikles, og noen av EPJ systemer tilfredsstillende heller ikke viktige krav i nåværende spesifisering.
5. Juridiske rammer	Legers plikt for oppdatering av Reseptformidleren og ansvarsforholdet mellom leger er ikke tydeliggjort i lovverk/rundskriv
	For kort lagringstid av ferdig ekspedert resept
	Opplevelse av u hensiktsmessig krav om samtykke
	Manglende tilgang til Reseptformidleren for annet helsepersonell enn lege

5.3 Vedlegg 3 – Tiltak gjennomført i forprosjektet og anbefalte tiltak for gjennomføringsfasen

Tiltakene anbefalt i gjennomføringsfasen viser anbefalt prioritet. Prioriteten er satt ut fra forventet ressursinnsats opp mot forventet effekt. Ressursinnsatsen er vurdert både for direktoratet og eksterne aktører.

Tiltak/ Leveranse	Målgruppe	Prioritet 1- 5
Kunnskapsdeling og holdningsskapende arbeid		
<i>Tiltak gjennomført i forprosjektfasen:</i>		
Foredrag på relevante konferanser (Primærmedisinsk uke (PMU), e-helsekonferansen etc.)	Alle leger	-
Artikler i relevante tidsskrift/ aviser skrevet og publisert	Helsepersonell med behov	-
Samarbeid og koordinering med pasientsikkerhetsprogrammet etablert	Alle leger	-
<i>Tiltak anbefalt i gjennomføringsfasen:</i>		
Foredrag på relevante konferanser (Primærmedisinsk uke (PMU), e-helsekonferansen etc.)	Alle leger	1
Nasjonal kampanje etablert og distribuert (sosiale medier etc.)	Helsepersonell med behov	1
Artikler i relevante tidsskrift/ aviser skrevet og publisert	Helsepersonell med behov	2
Informasjon om kvalitet i e-resept etablert gjennom pasientsikkerhetsprogrammet sitt nettverk	Alle leger	3
Opplæring		
<i>Tiltak gjennomført i forprosjektfasen:</i>		
Anbefalt praksis/ rutine for riktig bruk av e-resept etablert og forankret	Alle leger	-
Lommemanual etablert og forankret	Alle leger	-
E-læring på e-helse.no revidert	Helsepersonell med behov	-
Kontaktpunkter/ nettverk mot RHF etablert for distribusjon av opplæringsmateriell og informasjon om kvalitet i Reseptformidleren	Sykehusleger	-
Opplæring og informasjon om kvalitet i e-resept etablert gjennom Praksiskonsulent-nettverk (PKO-nettverk)	Fastleger	-
<i>Tiltak anbefalt i gjennomføringsfasen:</i>		
Kvalitet i e-resept etablert som en del av SKIL – kurspakke	Fastleger	1
Kommende innføringsløp av e-resept til nye aktørgrupper (tannleger, helsestasjoner, PLO etc.) koordinert og håndtert med fokus på riktig rutiner for oppdatering av Reseptformidleren	Helsepersonell med behov	1
Etablert opplæring i kvalitet i e-resept som en del av kurs for nye turnusleger gjennom samarbeid med fylkeslegene	Alle leger	2
Opplæring og informasjon om kvalitet i e-resept etablert gjennom Praksiskonsulent-nettverk (PKO-nettverk)	Fastleger	2
Informasjonsfilmer til helsepersonell laget og gjort tilgjengelig	Helsepersonell med behov	2
Kvalitet i e-resept etablert som en del av opplæringen for videre- og etterutdanning for spesialisering i allmennmedisin (Norsk forening for allmennmedisin/ Legeforeningen)	Fastleger	3
Kvalitet i e-resept etablert som pensum i medisinutdanninga i Norge (eksamen i reseptforordning)	Alle leger	4
Opplæring i kvalitet i e-resept etablert gjennom Allmenlegeutvalget i kommunene	Fastleger	4
Kvalitet i e-resept etablert som opplæring i KUPP (en til en-oppøring)	Fastleger	5
Bedre funksjonalitet i EPJ-systemene		
<i>Tiltak gjennomført i forprosjektfasen:</i>		
Samarbeid med EPJ-løftet etablert for sikring av god dialog med EPJ-leverandører	Fastleger	-
Synliggjort behovet for sammenstilling av informasjon fra Kjernejournal og Reseptformidleren (ikke-rekvirenter får tilgang til strukturert	Helsepersonell med behov	-

legemiddelinformasjon) gjennom prosjektets rapport. Tiltaket gjennomføres gjennom prosjekt Felles legemiddelliste		
<i>Tiltak anbefalt i gjennomføringsfasen:</i>		
Endringer i kravspesifikasjonen for EPJ-leverandørene foreslått, forankret og endret	Alle leger	1
Funksjonelle og tekniske endringer i EPJ-systemene bestilt (Fastlege-EPJ-systemer, Forskrivningsmodulen og DIPS, Fastlege-EPJ bestilt gjennom EPJ-løftet)	Alle leger	1
Henvendelse mot EPJ-leverandørene/ EPJ-løftet for at kvalitet i e-resept blir tatt med som en del av opplæringen EPJ-leverandørene har ut mot sine brukere	Alle leger	2
Juridiske rammer		
<i>Tiltak gjennomført i forprosjektfasen:</i>		
Henvendelse til Helsedirektoratet om tydeliggjøring av ansvar for oppdatering av Reseptformidleren i lovverk/ rundskriv sendt	Alle leger	-
Henvendelse til Helsedirektoratet om tydeliggjøring av ansvarsforhold mellom ulike typer leger i lovverk/ rundskriv sendt	Alle leger	-
Henvendelse til HOD om lenger lagringstid sendt via prosjekt Felles legemiddelliste	Alle leger	-
Henvendelse til HOD om endring av krav om samtykke sendt via prosjekt Felles legemiddelliste	Alle leger	-
Henvendelse til HOD om anbefaling om ikke-rekvirenters tilgang til Reseptformidleren sendt via prosjekt Felles legemiddelliste	Helsepersonell med behov	-

5.4 Vedlegg 4 – Notat oversendt til Helsedirektoratet vedrørende fortolkning av regelverk

Legers plikter og ansvar for å holde Reseptformidleren oppdatert

Bakgrunn

E-resept er innført hos alle fastleger, de fleste legevakter og avtalespesialister, samt innført i de fleste helseforetak. Alle e-resepter sendes til en nasjonal database, Reseptformidleren (RF). RF inneholder pasientens ekspederbare («aktive») resepter, dvs. resepter som er gyldige og som det kan utleveres legemidler på. Pasientens behandlende leger har innsyn i Reseptformidleren. Det har også apotek som skal ekspedere pasientens resepter. Når siste utlevering av legemiddel fra apotek er foretatt, eller resepten er tilbakekalt fra lege, er resepten bare synlig i Reseptformidleren i 4 uker. Når resepten går ut på dato blir den slettet i Reseptformidleren.

Alle behandlende leger med tilgang til e-resept kan, ved samtykke fra pasienten, laste ned pasientens e-resepter fra Reseptformidleren og samstemme mot den LIB de har registrert på pasienten.

Det er av avgjørende betydning at informasjonen i Reseptformidleren er riktig. Pasient og apotek må vite hvilke legemidler som skal hentes ut og benyttes av pasienten, i hvilken dose og til hvilken tid. Informasjonen i Reseptformidleren deles på tvers av behandlere og er også grunnlaget for legemiddelinformasjonen i Kjernejournal. Riktig informasjon i Reseptformidleren oppnås ved at alle behandlende leger sender nye resepter vedrørende endring av behandling og tilbakekaller uaktuelle resepter.

Det er i dag identifisert en stor utfordring med uaktuelle forskrivninger i Reseptformidleren. På bakgrunn av dette er det i Direktoratet for e-helse etablert et eget prosjekt «Kvalitet i Reseptformidleren». Tilbakemeldingene fra aktørene i e-resept indikerer at en viktig årsak til utfordringene med uaktuelle forskrivninger er relatert til manglende oppslag i Reseptformidleren begrunnet i samtykkereglene. Det er flere grunner til manglende RF-oppslag. Det oppgis blant annet at samtykke ikke har vært mulig å innhente fra pasient eller manglende kunnskap og forståelse for samtykkekrav i løsningen. I dagens løsning fører dette til at det sendes nye e-resepter uten at e-resepter som pasienten ikke lenger skal bruke, blir tilbakekalt fra Reseptformidleren.

Virksomheters plikter og ansvar

Virksomheter som yter helsetjenester plikter å sørge for faglig forsvarlige helsetjenester til pasientene. Dette følger indirekte av helsepersonellovens § 4 som omhandler krav til forsvarlighet ved utføring av helsepersonellens arbeid.

Det enkelte helsepersonells plikt til forsvarlig yrkesutøvelse må sees i sammenheng med den plikt virksomheter i helse- og omsorgstjenesten har for tilrettelegging av forsvarlige tjenester i sin virksomhet, se spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og tannhelsetjenesteloven § 1-3a. Kravet til forsvarlighet pålegger her virksomheten en plikt til organisering og etablering av rutiner og prosedyrer som sikrer forsvarlige helsetjenester. Plikten innebærer også at virksomhetens eier og ledelse har ansvar for å legge forholdene til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Man må kunne legge til grunn at kjernen i forsvarlighetsbegrepet er hva som til enhver tid anses som «god praksis» på området.

Helsepersonellens plikter og ansvar

Som del av sin plikt i pasientforløpet har en lege ansvar for å starte, fortsette, endre eller avslutte legemiddelbehandling..

Reseptformidlerforskriften oppstiller kun krav til at legen/rekvirenten skal melde resepten inn til reseptformidleren, samt at lege kan kalle tilbake resepter uten samtykke fra pasient og uavhengig hvilken lege som har sendt resepten til RF. Videre har lege rett til å få utlevert en oversikt over pasientens resepter ved innhenting av pasientens samtykke, jf forskriftens § 2-1, og §3-3. Forskriften oppstiller derimot ingen plikt eller ansvar for legen om å holde reseptformidleren oppdatert.

Helsepersonelloven § 4 oppstiller krav til helsepersonellet om å opptre forsvarlig i sitt arbeid. Bestemmelsen sier:

§ 4. Forsvarlighet

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Legemiddelbehandling er en viktig del av helsehjelpen. Forsvarlighetskravet etter helsepersonelloven er generell og gjelder ikke konkret for Reseptformidleren, men man kan stille spørsmålsteget ved hvorvidt det kan anses som en del av forsvarlighetskravet til legene å holde reseptformidleren oppdatert i forbindelse med pasientbehandlingen fordi begrepet forsvarlighet er en rettslig standard. Hva som skal til for at et helsepersonell anses å handle faglig forsvarlig, er vurdert slik at det skal bedømmes ut fra det en kan forvente på bakgrunn av helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Hva den enkelte er kvalifisert til, er en objektiv vurdering. En rekke momenter kan trekkes inn i den konkrete vurderingen av hva som kan anses å være forsvarlig opptreden fra helsepersonellens side. Også her må man kunne legge til grunn at kjernen i forsvarlighetsbegrepet er hva som til enhver tid anses som «god praksis» på området.

Fastlege

Fastlegen har ansvar for sine pasienter og samarbeider med kommunale helse- og omsorgstjenester om hvordan legemidlene skal håndteres for de pasientene som har vedtak om kommunal legemiddelbehandling.

Fastlegeforskriften § 25 angir at «fastlegen skal koordinere legemiddelbehandlingen til innbyggerne på listen. Når fastlegen endrer eller får informasjon om at legemiddelbehandlingen er endret, skal legemiddellisten oppdateres», og videre at «fastlegen skal gi en oppdatert legemiddelliste til pasienten og andre tjenesteytere i helse- og omsorgstjenesten dersom dette er nødvendig for å gi et forsvarlig tilbud til listeinnbyggeren».

Fastlegen bruker mange kilder for å lage pasientens liste over «Legemidler i bruk». Sentrale kilder er epikriser, elektroniske meldinger og oppslag i Reseptformidleren og Kjernejournal, pasientens og pårørendes opplysninger og informasjon fra helse- og omsorgstjenestene.

Henvendelse fra kommunale helse- og omsorgstjenester til fastlegen skjer ofte gjennom elektroniske meldinger (PLO-meldinger).

Fastlegeforskriftens § 25 slår fast at fastlegen har særskilt ansvar for pasientens liste over legemidler i bruk og skal dele informasjonen med samarbeidende tjenesteytere når det er nødvendig. Utfordringen ligger nettopp i at fastlegen har flere kilder å forholde seg til, da det ikke fremkommer uttrykkelig av forskriftens bestemmelse at ansvaret for oppdatert liste gjelder mot Reseptformidleren.

Andre leger

Den til enhver tid behandlende lege – eksempelvis legevaktlege, avtalespesialist og sykehuslege kan og skal endre pasientens legemiddelbehandling når det er nødvendig og skal benytte Reseptformidleren til reseptsending, oppslag og tilbakekalling jfr. Reseptformidlerforskriften § 3-3, men forskriften oppstiller heller ikke for disse legene et særskilt krav om at de skal oppdatere Reseptformidleren ved endring av pasientens legemiddelbehandling.

Skifte av omsorgsnivå

Legemiddelhåndteringsforskriften § 5 angir at «en oppdatert og samstemt liste over legemidler i bruk skal, i forståelse med pasienten, alltid følge pasienten ved skifte av omsorgsnivå». Helsedirektoratet utdypet forståelsen av bestemmelsen i rundskriv IS-7/20155. I kap. 3.5 påpekes det at bestemmelsen gjelder for hele helsetjenesten og for samhandlingen mellom tjenestenivåene. Bakgrunnen for dette er å «sikre riktig informasjon om legemiddelbruk ved skifte av omsorgsnivå, men også ved overflyttinger mellom virksomheter innen samme omsorgsnivå. En oppdatert og samstemt legemiddelliste betyr at legemiddellisten skal være kvalitetssikret i forbindelse med overflyttingen.». Videre bemerkes det at virksomheten skal ha prosedyrer for kvalitetssikring av pasientens legemiddellister ved innleggelse og utskrivning, samt ved forflytning intern i virksomheten. Hvis det er foretatt endringer i pasientens legemiddelbehandling skal det gis en begrunnelse i pasientens epikrise/utskrivningsnotat. Formålet med legemiddelsamstemmingen er «å sikre at legemiddelopplysninger overføres korrekt ved overganger i pasientforløpet», Prinsippet for samstemming blir videre presisert ved at man ved hver overgang i pasientforløpet iverksetter tiltak for å sikre at den som overtar det medisinske behandlingsansvaret har en komplett liste over alle legemidler pasienten bruker på det aktuelle tidspunkt, Legemidler i bruk (LIB). Det gjøres videre oppmerksom på at praktisk gjennomføring av legemiddelsamstemming, og dokumentasjon, i noen grad vil avhenge av ulike verktøy, herunder virksomhetens elektroniske pasientjournal (EPJ), verktøy for samstemming i e-resept, eventuell elektronisk kurveløsning, kjernejournal og eventuelle andre elektroniske muligheter

Bestemmelsen var opprinnelig forbeholdt kommunehelsetjenesten, jf tidligere §3 siste ledd, men etter endring av forskrift i 2015 ble dette hevet, slik at også § 5 gjelder for hele sektoren. Merknadene er gitt i opprinnelig kunngjort versjon av forskriften, men man må kunne legge til grunn at merknadene gjelder for bestemmelsen slik den foreligger i dag. I merknadene til bestemmelsen er det påpekt at den er ment å skulle bidra til gjensidig informasjonsflyt for å sørge for en best mulig oppfølging av pasientens legemiddelbruk, samt at bestemmelsen medførte at eksempelvis kommunen, ved f.eks. hjemmesykepleien eller liknende omsorgstjenester, må sørge for at opplysninger omkring pasientens legemiddelbruk tilkommer fastlege, der andre rekvirenter har vært involvert. Videre påpekes det at opplysningene burde videreformidles i den skriftlige og signerte formen de er mottatt. Bestemmelsen forutsetter at bestemmelsene om taushetsplikt og samtykke i helsepersonelloven kapittel 5 overholdes, herunder at pasienten ikke har motsatt seg at slike opplysninger gis videre jfr. helsepersonelloven § 25.

Videre angir Pasientjournalforskriften § 9 at «ved utskrivning fra helseinstitusjon skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging. Tilsvarende gjelder ved poliklinisk behandling eller behandling hos spesialist. Pasienten bør gis anledning til å opplyse hvem epikrise skal sendes til. Dersom annet ikke opplyses eller fremgår, sendes epikrise til innleggende/henvisende helsepersonell og pasientens faste lege».

Den som overtar behandlingsansvaret for en pasient må skaffe seg korrekt informasjon om alle legemidler pasienten faktisk bruker. Epikriser skal inneholde legemiddelopplysninger, men utfordringen pr. i dag er at opplysningene i epikrisene ofte ikke er i samsvar med det pasienten reelt bruker. Derfor må den lege som overtar behandlingsansvaret selv gjøre seg opp en mening om hva pasientens legemiddelliste skal inneholde. I denne vurderingen vil sentrale elementer, som samtale med pasienten, innhenting av legemiddelinformasjon og dokumentasjon være viktig. Eksempler på kilder til legemiddelinformasjon er:

- LIB fra fastlege, sykehjem og hjemmetjeneste
- PLO-meldinger fra kommunal helse- og omsorgstjeneste
- epikrise
- henvisning fra fastlege

⁵Kilde:<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/942/Rundskriv%20Legemiddelhåndteringsforskriften%20IS-7%202015.pdf>

- pasientens LIB
- kjernejournal
- reseptformidleren i e-resept
- LIB-meldingen i e-resept (for pasienter i PLO)
- ordinasjonskort multidose

Drøfting

Legemiddelhåndtering er en viktig del av helsehjelpen. Legemiddelopplysninger formidles nå i stor grad via samhandlingskjeden e-resept. Helsepersonells plikter til oppdatering av legemiddellister er ulikt behandlet i fastlegeforskrift og forskrift om legemiddelhåndtering. E-resept og oppdatering av RF er ikke omtalt og man ser at dette er en utfordring da man ikke kan pålegge legene eksplisitt å oppdatere RF. Erfaringene viser at det derfor er krevende å oppnå god kvalitet i RF.

En følge av dette er at samhandlingskjeden mellom pasientens fastlege og andre behandlende leger – eksempelvis legevaktleger og sykehusleger – berøres/lider fordi Reseptformidleren inneholder mange uaktuelle resepter. Dette er også en fare for pasientsikkerheten ved at det blant annet forskrives feil legemiddel, for mange legemidler, uheldige kombinasjoner av legemidler, feil dosering eller gis for dårlig oppfølging. Pleiepersonell kan utlevere feil legemidler, feil dose eller følger ikke opp at pasienten faktisk tar legemidlet. Pasienten får ikke god nok veiledning, bruker legemidlene på feil måte eller følger ikke opp behandlingen fordi de ikke har tiltro til den.

Det kan likevel være nærliggende å stille spørsmål ved om legene håndterer pasientens legemiddelopplysninger i tråd med intensjonene i forsvarlighetskravet, fastlegeforskriften og legemiddelhåndteringsforskriften, inkludert føringene i HelseDirektoratets rundskriv, eller om bestemmelsene ikke er så eksplisitte at legens ansvar for å holde RF oppdatert kan utledes av bestemmelsene.

Forslag til tiltak

Som en følge av at dagens lover og forskrifter ikke er tydelig i å pålegge behandlende lege et ansvar for å oppdatere RF ved endring av pasientens legemiddelbruk foreslås det at prosjektet i første omgang tar kontakt med HelseDirektoratet som har fortolkningsansvaret for blant annet helsepersonelloven, fastlegeforskriften og legemiddelhåndteringsforskriften. Her kan man legge frem følgende forslag:

- ber om en fortolkning og uttalelse av helsepersonelloven § 4 om en oppdatering av RF kan komme inn under forsvarlighetsbegrepet
- man legger frem behovet for en presisering av regelverk, og eventuelt forslag om endring av fastlegeforskriften og legemiddelhåndteringsforskriften
- begge direktoratene i samarbeid utarbeider et rundskriv om «beste praksis» på gjeldende regelverk (fastlegeforskrift, legemiddelhåndteringsforskrift, reseptformidlerforskriften og eventuelt andre)

Man ser at en slik fortolkning og eventuell tydeliggjøring av regelverket vil ha stor betydning, ikke bare for kvaliteten i Reseptformidleren og for arbeidet med konseptet «Felles Legemiddelliste» men også være av avgjørende betydning for pasientsikkerheten.

5.5 Vedlegg 5 - Definisjoner og begrepsavklaringer

I tabellen under presenteres noen ord og begreper som brukes i rapporten.

Begrep	Beskrivelse/ forklaring	Kilde
Uaktuelle resepter	Dette er resepter som av medisinskfaglige årsaker ikke skal benyttes av pasient	
Legemidler i bruk (LiB) – M25 meldingen	Liste over ordinerte legemidler pasienten bruker, både faste, behovsmedisin og kur. Ordinerte kosttilskudd inngår også i listen. I dagens meldingsstandard inngår CAVE som en del av M25-meldingen Legemidler i bruk	Felles legemiddelliste
Felles legemiddelliste (FLL)	En felles infrastruktur som tilgjengeliggjør pasientens legemidler i bruk fra både primær- og spesialisthelsetjenesten	Legemiddelmeldingen
Rekvirering	Muntlig, skriftlig eller elektronisk bestilling av legemidler ved resept eller rekvisisjon	Forskrift om legemiddelhåndtering (FOR-2008-04-03-320)
Tilbakekalling	Tilbakekalling betyr å tilbakekalle en gyldig resept fra Reseptformidleren (sende en M5-melding)	
Seponere legemidler	Avslutte legemiddelbehandling. Seponering er en helsefaglig handling som må skilles fra tilbakekalling av resepter (se definisjon for tilbakekalling). Tilbakekalling av resepter fra Reseptformidleren skal skje dersom det seponerte legemiddel er representert med resept i Reseptformidleren og seponering ikke skjer fram i tid (fordi det da i en del tilfeller må ligge tilgjengelige resepter i Reseptformidleren)	
Samstemme legemiddelinformasjon	En organisert gjennomgang av pasientens legemiddelinformasjon selv om pasienten ikke alltid kan/ skal være med. Fokus på hva pasienten skal bruke, indikasjoner, interaksjoner, kontraindikasjoner (+CAVE/ kritisk legemiddelinformasjon) osv. Mange kilder til informasjonen	Pasientsikkerhetsprogrammet
Ordinere legemidler (Forordne)	Når rekvirent bestemmer individuell bruk av legemiddel samt dosering og dette journalføres Ordinere er ikke det samme som å forskrive. Ordinasjon er å igangsette en legemiddelbehandling. Ordinasjonen kan resultere i en forskrivning (resept), som da er en praktisk, administrativ tillatelse for en pasient til å hente ut et legemiddel	Forskrift om legemiddelhåndtering (FOR-2008-04-03-320)
Resept	Bestilling av legemiddel til bruk for bestemte personer eller dyr, eller til bruk i rekvirentens praksis	Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek
Utlevering	Utlevering av legemiddel fra apotek til rekvirent, pasient, kunde, dyreeier eller institusjon	Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek (FOR-2015-12-17-1708 fra 01.01.2016)
Reseptformidleren	Sentral database for elektroniske resepter	

Reseptformidlerforskriften	Forskrift om behandling av helseopplysninger i nasjonal database for elektroniske resepter	Forskrift om behandling av helseopplysninger i nasjonal database for elektroniske resepter (Reseptformidlerforskriften) (FOR-2015-12-18-1588 fra 01.01.2016)
Interessent	En person eller organisasjon som kan påvirke eller bli påvirket av prosjektet	
Aktør	De gruppene som er, og skal bli en del av e-reseptkjeden	
Rekvirent	Fysisk eller juridisk person med rett til å rekvirere legemidler, for eksempel lege/fastlege/andre leger, tannleger, helsesøstre, jordmødre. I dette forprosjektet er rekvirent avgrenset til en som rekvirerer til enkeltpersoner for humant bruk	
Ikke-rekvirenter/ annet helsepersonell	Autorisert helsepersonell som ikke har rekvisisjonsrett	

5.6 Vedlagte dokumenter

Prosjektmandatet for prosjekt «Kvalitet i Reseptformidleren» følger rapporten som vedlagt dokument.