

# Fra blokk til byte

## – E-resept er mer enn strøm på papiret

■ OLE ANDREAS BJORDAL

spesialist i allmennmedisin,  
fastlege Ganddal legesenter, Sandnes  
og medisinsk faglig ressurs e-resept  
Helsedirektoratet

Utposten har bedt meg om å skrive noen betraktninger om e-resept siden jeg har vært med i utviklingen helt fra begynnelsen. Artikkelen er ingen objektiv, forskningsbasert analyse men heller en subjektiv nedtegning fra 2004 til i dag.

Den opprinnelige årsak til nasjonal utvikling av e-resept var at Riksrevisjonen ga pålegg til daværende Rikstrygdeverket (RTV) om å få bedre bilag til blåreseptene. Det ble derfor startet et forprosjekt i regi av RTV i 2004. Forprosjektet hadde stort fokus på merkantile forhold og myndighetskontroll, men lite fokus på fag. Således var utgangspunktet dårlig for å få til en god prosess med tanke på det faglig-medisinske. På vegne av Legeforeningen ble undertegnede engasjert i forprosjektet. Forprosjektet ble avsluttet og det ble gjennomført en sentral vurdering av hvordan e-resept skulle videreføres.

I 2005 ga Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) oppdraget med å utvikle e-resept til Helsedirektoratet – som også tok ansvar for

utvikling av løsningen til rekvirentene. Prosjektet fikk nå et sterkt faglig fokus. Men prosjektet ble av mange betegnet som et høyrisikoprojekt. Denne vurdering var basert på at prosjektet har høy kostnad, et betydelig antall aktører i en blanding av privat og offentlig virksomhet og kompliserte samhandlingsløsninger. Flere spådde fiasko. En IT-professor sto fram i Computerworld i 2011 og meddelte sine bekymringer.

### Brukerstyrt spesifiseringsprosess

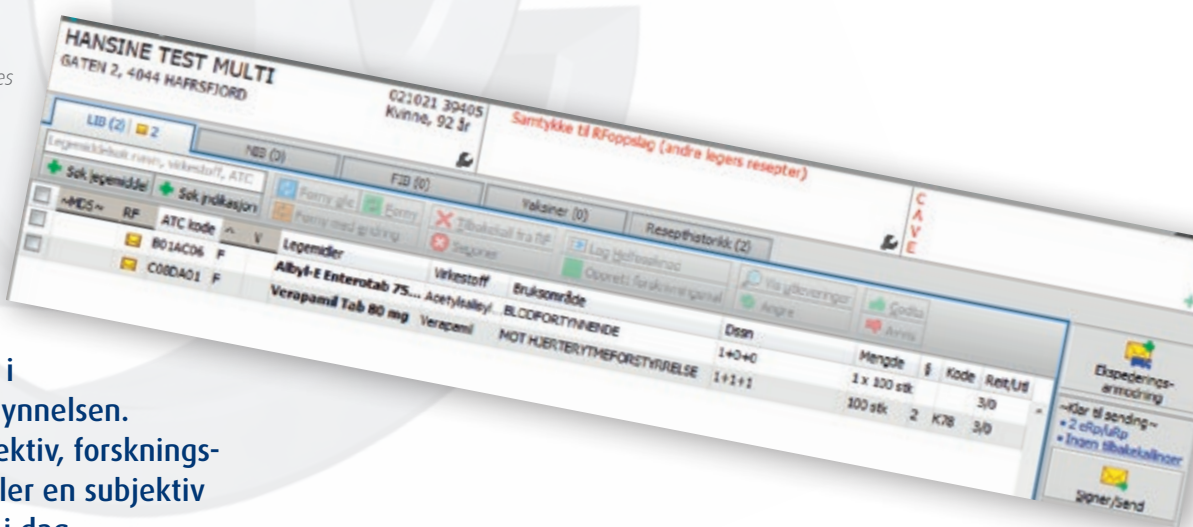
Legeforeningen fikk tilbud om å ta ansvar for hele rekvirentløsningen i e-resept, men valgte klokelig nok heller å være aktiv på sidelinjen. I regi av Helsedirektoratet ble det gjennom-

ført en omfattende prosess med spesifisering av løsningen. Sentrale aktører har vært tidligere leder av Elin-prosjektet, lege Tom Christensen og helseinformatiker Ole Martin Winem, begge med betydelig erfaring fra spesifisering og implementering av IT-løsninger i helsevesenet. I tillegg ble undertegnede engasjert.

Elin-prosjektet, hvor Dnlf var en sterk aktør, hadde allerede gjort mye spesifiseringsarbeid og hadde blant annet som mål å definere og kvalitetssikre helsearbeidernes funksjonelle krav til arbeidsflyt, faglig innhold og presentasjon. Elin hadde som filosofi å etablere krav som er enkle å overføre til testprotokoller for å kunne følge opp og teste løsningene mot funksjonskravene og standardene. Det var derfor naturlig å ta utgangspunkt i arbeidsmetodikken til Elin når e-resept skulle spesifiseres.

Selve spesifiseringen av rekvirentløsningen ble brukerstyrt og ble opprinnelig utført av en ekspertgruppe av leger. Gruppen besto av leger fra allmenn- og spesialisthelsetjenesten, i alt sju leger, alle med erfaring fra de forskjellige EPJ-systemer og med tilleggskompetanse knyttet til IT-baserte løsninger. Vi brukte en gruppe leger med liten IT-interesse som høringsinstans underveis i spesifiseringsprosessen.

Gruppen utformet først oversikt over arbeidsprosessene ved å beskrive alle trinn i prosessene. For en bedre visualisering av ar-



**COMPUTERWORLD** – it-nyheter døgnet rundt  
IDG – verdens største mediehus innen it

SEMINAR & CIO | IT-KARRIERE | IT-IELSC | IT-KURS | IT-STIL

Du er her: Computerworld >

**Spår trøbbel for Eresept-prosjektet**

Michael Orelid  
28.03.2011 kl 07:05EpostPrint

**It-professor Ole Hanseth frykter prosjektet fra 2004 har gapt over for mye.**

beidsprosessene, ble de også beskrevet i flytskjema. Deretter ble de funksjonelle krav for alle arbeidsprosesser detaljert.

Kravspesifiseringen startet i 2006. Kravspesifikasjonen er blitt løpende vedlikeholdt helt til nå, ettersom krav til funksjonalitet har blitt større og etter erfaringer en har høstet med løsningen i drift og ettersom myndighetskrav (lover og forskrifter) er endret.

## Prosess

Det har vært kontakt med alle aktuelle EPJ-leverandører i hele kravspesifiseringsperioden og senere under implementeringen. Alle systemer har gjennomgått omfattende testing hver for seg og som del av hele e-reseptkjeden. Legeforeningen, AF, NFA og PSL ble invitert inn til demonstrasjoner og var aktive bidragsytere. Legeforeningen var også representert i e-resepts styringsråd.

Det har vært mange utfordringer, spesielt fordi løsningen også skulle avstemmes med andre brukergrupper som bandasjist, apotek, Helfo og Statens legemiddelverk. Rekvirentene var spesielt avhengige av et godt forskrivningsgrunnlag. Hittil hadde kilder til forskrivning vært dårlig oppdaterte legemiddellister i EPJ og ulike papirbaserte kilder og nettsider. Regelverket for forskrivning var vanskelig tilgjengelig.

Statens legemiddelverk (SLV) påtok seg ansvaret for å lage en komplett forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte (FEST). FEST er et felles grunnlag for alle forskrivere og utleverere og inneholder oversikt over alt som kan forskrives i Norge både av legemidler, forbruksmateriell og næringsmidler. I tillegg er hele regelverket for forskrivning og refusjon implementert. FEST inneholder også varsler fra SLV og interaksjonsdata. Det er lagt inn strukturerte vilkår i FEST. Dette betyr at det

for eksempel kan sjekkes at forskriver har rett spesialitet til å sette refusjon på enkelte legemidler (for eksempel kontroll av spesialitet for å sette refusjon på en Plavix-resept) og for å sjekke at pasienten fyller gitte kriterier (for eksempel øvre aldersgrense ved forskrivning av næringsmidler til laktoseintoleranse). FEST er «ferskvare» som oppdateres regelmessig og lastes ned automatisk til den enkelte installasjon.

## Løsning

E-reseptkjeden er en helhetlig kommunikasjonskjede mellom alle involverte aktører. Det kommuniseres opplysninger på et felles strukturert format slik at alle aktører kan gjenbruke opplysningene. Lege forskriver på basis av oppdatert FEST-informasjon og sender resepter til en sentral database – *Reseptformidleren* (RF). Pasienten kan oppsøke fritt valgt utleverer som henter ned resepter fra RF. Forskrivende lege får utleveringsinformasjon når pasienten har vært hos utleverer. Fastlege kan få utleveringsmelding basert på andre legers forskrivninger (også papirförskrivninger) dersom pasienten har samtykket. Alle behandlende leger kan (mot pasientens samtykke) se pasientens gyldige resepter i Reseptformidleren.

Behandlende lege kan sende elektronisk søknad om individuell refusjon og søknad SLV. Begge søknader besvares elektronisk til legen.

## Pilotering og utbredelse

Det ble utført omfattende pilotering av e-reseptløsningen. En tidlig pilot i 2008 ble stoppet fordi EPJ ikke ble akseptert av brukerne, mens e-resept fungerte som forventet. Ny pilot ble senere startet i Os i Hordaland og der-

etter i Vestfold. Etter grundig evaluering i pilotområdene og feilrettinger ble landsdekkende utbredelse ble startet.

## Utbredelse

E-reseptløsningen var primo 2012 utbredt i hele Norge. I september 2013 er storparten av legene i primærhelsetjenesten e-reseptbrukere. Helse Vest har startet e-resept i noen avdelinger i Helse Bergen.

Godkjente EPJ-systemer i e-resept i september 2013 er: System X (Hove Medical Systems), Infodoc Plenario (Infodoc), Winmed 2 med Forskrivningsmodulen (CGM), Vision med Forskrivningsmodulen (CGM). Winmed 3 (CGM), DIPS med forskrivningsmodulen (Helse Vest). I tillegg er det flere mindre EPJ som ønsker å koble seg til forskrivningsmodulen.

DIPS utvikler også egen e-reseptfunksjonalitet som i første omgang skal tas i bruk i Helse Nord og deretter i Helse Sørøst. Pleie- og omsorgs-EPJ arbeider også for å få e-reseptfunksjonalitet gjennom forskrivningsmodulen. Likeens ønsker tannlegesystemer å få på plass e-reseptløsninger.

## Brukererfaringer

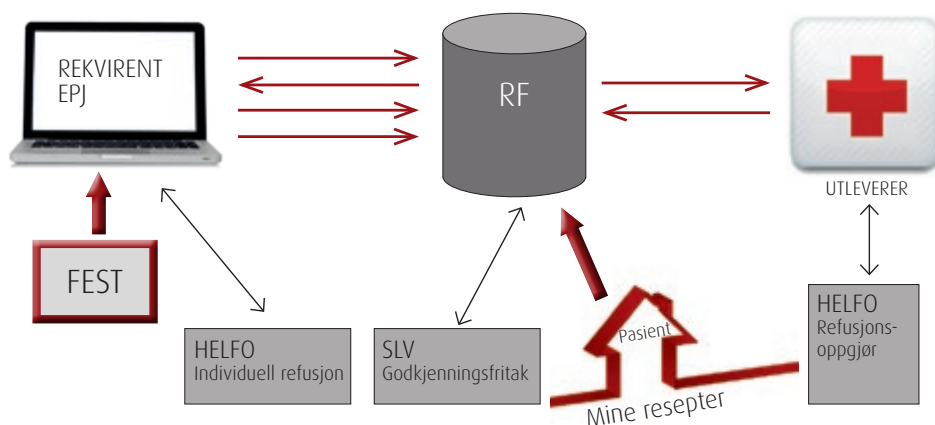
Det pågår et evalueringsarbeid i regi av Helsedirektoratet, men resultatet er ennå ikke klart. Imidlertid er det mange muntlige tilbakemeldinger som stort sett forteller om fornøyde brukere. Dog er det rapporter om hastighetsproblemer og noen problemer av teknisk art. Spesielt er det noen brukere av forskrivningsmodulen (FM) som har rapportert om hastighetsproblem og ventetid i grensesnittet mellom EPJ og FM.

## Noen brukere har savnet mer opplæring

Fordeler av faglig art som har blitt framhevet av mange brukere er: oppdatert FEST-database, oppslag i RF for å se pasientens gyldige resepter, innkommende meldinger – og spesielt utleveringsmeldinger basert på andre legers forskrivninger slik at det er vesentlig enklere å oppdatere pasientens legemidler i bruk. Videre er mange glade for elektronisk sending av søknader til Helfo og SLV og elektronisk svar på disse.

Det er imidlertid også påvist noe potensielt uheldig fordi en av EPJ-leverandørene ikke hadde etablert rutine med automatisk tilbakekalling av resept fra RF når ny resept ble sendt – som ved fornying/eller fornying med endring. Det kunne føre til at det lå dobbelt opp med resepter på enkelte legemidler. Pro-

## E-RESEPTKJEDEN



blemet er rettet, men det kan fortsatt være dupliserte resepter ett år etter rettingen, dvs. ut 2013.

Mange fremhever noen fordeler av ikke-faglig art som at det er vesentlig færre papir-utskrifter nå (men husk å gi LIB-utskrift til pasientene!) og at pasientene nå slipper å møte opp på legekontoret for å hente papirresepter. Takst li er også blitt godt mottatt.

Pasientene har fått sitt eget innsyn i reseptformidleren. Etter at det ble mulig med Bank-Id-innlogging har antall brukere på **mineresep.no** steget kraftig.

Skeptikerne til e-resept er relativt tause nå – og et ferskt oppslag i *Computerworld* fjerner en del av skepsisen.

### Veien videre

Vi må betrakte e-reseptløsningen som et første skritt i moderniseringen av utveksling av legemiddelinformasjon i Norge. E-resept representerer en elektronisk samhandlingskjede hvor strukturert informasjon utveksles mellom samhandlerne. En begrensning i dagens løsning er at reseptformidleren kun inneholder informasjon om gyldige resepter.

Løsningen videreutvikles derfor og i 2014 kommer elektronisk multidose. Det betyr at hele pasientens oversikt over legemidler i bruk (LIB) inkludert kosttilskudd sendes til RF fra legen, sammen med eventuelle resepter. Ved hver oppdatering av LIB, skal systemet sende ny LIB til reseptformidleren samtidig som det sendes en melding til pleie- og omsorgsavdelingen som håndterer pasienten. FEST-databasen utvides til å inneholde doseringsforslag med strukturert dosering (definerte doseringsintervall per døgn) og i tillegg vil FEST inneholde kosttilskudd.



Men ettersom pasienter går på og av multidose, er det bestemt at hele LIB skal sendes for alle pasienter som har avtale med pleie- og omsorgstjenesten. Dette betyr at i løpet av 2014 vil de pasienter med størst pleie- og omsorgsbehov og sannsynligvis størst sykkelighet ha hele LIB i reseptformidleren. Alle behandlende leger – enten det er lege på legevakt, sykehus eller privatpraktiserende spesialist – kan da hente ned komplett LIB fra RF på disse pasientene så sant legen har e-resept-funksjonalitet. Dette anser vi som et stort fremskritt og en etterspurt løsning.

### Hva kan vi lære av e-reseptprosjektet?

E-resept kunne snublet i starten fordi oppstarten var initiert av et statlig pålegg med bakgrunn i merkantile forhold. Da Helsedirektoratet fikk ansvaret for prosjektet, ble fo-

kus satt på brukernes behov og det ble satt av tilstrekkelige ressurser til at det skulle bli brukerstyrt spesifisering og utvikling for legene. Fra rekvirentenes side var det avgjørende å ha erfaringene fra Elin-prosjektet slik at metodikken derfra kunne gjenbrukes.

I hele perioden har det vært god kontakt med Legeforeningen, AF, NFA og andre aktører inkludert EPJ-leverandører slik at løsningen ble forankret underveis. Fremtidige prosjekter bør ta med seg prosessen med brukerstyrt spesifisering, forankring underveis og – naturligvis – sørge for fullgod finansiering.

RED. ANM.:

Ole Andreas Bjordal fikk Allmennlegeprisen 2013 for sitt arbeid med e-resept.

oab@cavelinguam.no

## KOMMER I 2014: LEGEMIDLER I BRUK SENDES RF FOR ALLE PASIENTER MED PLO-AVTALE

