

Elektronisk resept vurdert mot pasientgruppers behov

Mari Heibø

Master i kommunikasjonsteknologi

Oppgaven levert: Juni 2006

Hovedveileder: Stig Frode Mjøltnes, ITEM

Medveileder(e): Bjørn Arne Berge, Accenture
Jon Helge Andersen, Accenture

Oppgavetekst

Målet med det fremtidige eReseptsystemet er å gi legen et bedre og mer informert grunnlag for valg av behandling og forskrivning av medisin, legge til rette for fritt apotekvalg samt forbedre oppgjørskontrollen hos Rikstrygdeverket. Med tanke på at det i dag utstedes 25 millioner resepter i volum vil det også være mye å hente på innsparing.

Oppgaven innbefatter:

- Beskrivelse av hovedprosessene i eReseptprosjektet, sette dette i en eHelse kontekst, samt kartlegge nåværende aktører og leverandører/løsningskonsepter.
- Beskrivelse av den prinsipielle problemstillingen med utlevering av medisiner til pasienter, mest mulig uavhengig av spesielle løsningsmekanismer.
- Med bakgrunn i problemmodellen, å undersøke de ulike pasienters behov, og evaluere det foreslåtte eReseptsystemet i forhold til dette.
- Foreslå en organisatorisk og teknisk løsning for pasienten som bruker av eReseptsystemet, tilpasset flest mulig av pasientgruppene behov.

Oppgaven gitt: 16. januar 2006

Hovedveileder: Stig Frode Mjølåsnes, ITEM

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en lang prosess, og markerer slutten på et femårig studium. Masteroppgaven har gitt meg muligheten til å fordype meg i det som har vært mitt store interesseområde, samspillet mellom teknologi og mennesker.

Jeg vil gjerne rette en stor takk til mine to veiledere ved Accenture, Bjørn Arne Berge og Jon Helge Andersen, som har kommet med gode, konstruktive innspill underveis. De har også åpnet mange dører slik at jeg har kommet i kontakt med de rette personene. SHdir, RTV, BNU, datatilsynet og MinSide er bare noen av aktørene som tålmodig har svart på alle mine spørsmål angående det planlagte eResept systemet og dagens praksis på ulike områder. En stor takk til dere alle.

I forbindelse med datainnsamlingen vil jeg rette en stor takk til alle intervjuobjekter og respondenter av spørreundersøkelsen. Det er også flere fra fagmiljøet på ISS ved NTNU som har bidratt med gode innspill til hvordan spørreundersøkelsen best kunne gjennomføres. Spesielt vil jeg takke Robert Wiik som har vært til stor hjelp med de statistiske analysene.

Til slutt vil jeg takke faglærer Stig Frode Mjøltnes som alltid har hatt døren på gløtt og en positiv innstilling.

Trondheim, 9. juni 2006

Mari Heibø

Sammendrag

Det siste tiåret har det vært lagt stadig mer vekt på elektronisk samhandling i helsesektoren. Som en del av eNorgestrategien er elektroniske resepter planlagt innført innen utgangen av 2008. Arbeidet med eResept har begynt og består av seks delprosjekter. Alle aktørene med unntak av pasientene har sine delprosjekter som skal knyttes opp mot den sentrale eReseptløsningen. Det er naturlig at sterke aktører med kommersielle og politiske interesser ønsker å verne om sine behov, men for pasientene blir det umulig å organisere seg i samme grad.

Jeg har i denne oppgaven satt fokus på pasientene og sett på hvordan denne gruppens behov best kan ivaretaes i forhold til bruk av elektroniske resepter. Teorien om digitale skiller peker på at det med den sterke digitaliseringen av samfunnet vokser frem et skille mellom de med og de uten adgang til den nye teknologien samt mellom de med digital kompetanse og de uten. Digitaliseringen av samfunnet påvirker også helsevesenet og det blir naturlig å snakke om den digitale pasient. Vi ser et nytt skille mellom pasienter som bruker Internett til å finne informasjon om sin helsesituasjon og behandlingstilbud samt til å kommunisere med helsevesenet og pasienter som ikke makter nyttegjøre seg av denne muligheten.

For å undersøke befolkningens holdninger til eResept har jeg valgt å gjennomføre en rekke intervjuer med personer i ulike aldersgrupper samt ett par sykepleiere fra hjemmesykepleien. Intervjuene gav meg muligheten til å gå i dybden og undersøke hvilke holdninger vanlige mennesker har rundt innføringen av eResept. Intervjuene gav også en bedre forutsetning for å gjennomføre en kvantitativ undersøkelse hvor jeg spurte over 300 personer en rekke spørsmål knyttet til eResept.

Undersøkelsene viser at kun 1/5 av respondentene bruker ett fast apotek. Et klart flertall ser en fordel ved å slippe å ta med en papirresept til apoteket samtidig som flertallet allikevel ønsker å få med en huske-/kontrollapp fra legen. Den digitale kompetansen er høy blant respondentene, i alle fall når det kommer til å nyttiggjøre seg av informasjon og tjenester på Internett. De aller fleste har tilgang til Internett og nesten 100 % eier en mobiltelefon. Andelen synker for dem over 70 år. En overveiende stor andel ønsker tilgang til innsyn i sine gyldige resepter og blant alternativene for innsyn var Internett det klart mest populære alternativet. Historikk var også ønsket av et flertall av respondentene. Både intervjuobjekter og respondenter av spørreundersøkelsen viste stor tillitt til apotekansatte og trygdeetaten og var ikke bekymret for at informasjon om dem kunne misbrukes.

Opgaven foreslår en løsning som bygger på disse funnene. Jeg har valgt en løsning med en sentral, nasjonal reseptbank slik som i det foreslåtte eReseptsystemet fra forprosjektet. Pasientene vil i begynnelsen få med en papirblankett selv om denne ikke er nødvendig for å hente ut resepter. Pasient/fullmektig kan hente ut varene på et hvilket som helst apotek/bandagist ved å oppgi personnummer og fremvise legitimasjon. Av hensyn til personvern skal det også være mulig å beskytte resepten med et referansenummer. Innsyn skal hovedsakelig forgå via Internett. For dem som ikke har tilgang til Internett vil det være en døgnåpen taleportal og ett gratis nummer som kan ringes på dagtid. I oppgaven presenteres webgrensesnitt for hvordan innsyn via Internett kan realiseres. Nettsiden skal oppfylle kvalitetskravene til offentlige nettsider og ta spesielt hensyn til dem med funksjonshemninger.

Innholdsfortegnelse

Forord	i
Sammendrag.....	ii
Figur- og tabelliste.....	v
Forkortelser	vi
Ordforklaringer.....	vii
1. Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn	2
1.2 Motivasjon.....	8
1.3 Problemstilling.....	9
1.4 Begrensninger	10
1.5 Oppgavens oppbygning.....	10
2. Aktører og hovedprosesser	12
2.1 eReseptforløpet	13
2.2 SHdir og delprosjekt Reseptbanken.....	14
2.3 Leger og delprosjekt Rekvirent.....	15
2.4 Apotek og delprosjekt apotek.....	16
2.5 Bandagister og delprosjekt bandagist.....	17
2.6 RTV og delprosjekt RTV	17
2.7 SLV og delprosjekt foreskrivnings- og ekspedisjonsstøtte	18
3. Pasienter.....	19
3.1 Bruk av teknologi.....	19
3.2 Krav til digital kompetanse og digitale skiller.....	19
3.3 Den digitale pasient.....	21
3.4 Personvern	22
3.5 Pasientinnsyn	23
3.6 eResepterfaringer fra andre land.....	25
3.7 Oppsummering bakgrunn og teori	27
4. Metode.....	28
4.1 Valg av metode	28
4.2 Intervju	29
4.3 Spørreundersøkelse	31
4.4 Tolkningsmangfold og statistiske tester	36
5. Resultater	40
5.1 Resepter og apotek.....	41
5.2 Funksjonshemninger	41
5.3 Digital kompetanse	42
5.4 Personvern	43
5.5 Holdninger til eResept.....	45
5.6 Innsyn	48
5.7 Intervjuer med hjemmesykepleien.....	50
6. Forslag til løsning.....	53
6.1 Funksjonelle krav.....	53
6.2 Overordnet design.....	55
6.3 Innsyn	57
6.4 Oppsummering.....	62
7. Konklusjon	64
7.1 Videre arbeid	65
8. Referanser	66

Appendiks A: Intervjuguide pasienter	72
Appendiks B: Intervjuguide hjemmesykepleien	74
Appendiks C: Oversikt intervjuobjekter.....	76
Appendiks D: Spørreundersøkelsesskjema	77
Appendiks E: Resultater fra spørreundersøkelsen	79
Appendiks F: Statistisk test av resultatene.....	89

Figur- og tabelliste

Figur 1-1 Hovedprosesser i behandlingen med legemidler	2
Figur 1-2 NHN - Aktive kunder fordelt på type kunde grupper mars 2006	7
Figur 1-3 Oppgavens struktur	11
Figur 2-1 eReseptsystemet slik det er foreslått av forprosjektet	12
Figur 2-2 Hovedprosesser i eResept	13
Figur 3-1 Gap-modellen	20
Figur 3-2 Pasientinnsyn som planlagt i eResept	25
Figur 4-1 Trinn i en survey	32
Figur 4-2 Fordeling av respondenter etter alder og kjønn	35
Figur 4-3 Målenivåer i min oppgave	37
Figur 5-1 Oppbygning av kapittel 5	40
Figur 5-2 Tillitt til apotekansatte	43
Figur 5-3 Tillitt til trygdeetaten	44
Figur 5-4 Ser du en fordel ved det nye systemet	45
Figur 5-5 Vil du foretrekke å få med en papirlapp fra legen	47
Figur 5-6 Ønsker du tilgang til innsyn?	48
Figur 5-7 Hvordan foretrekker du innsyn i dine gyldige resepter?	49
Figur 6-1 Foreslått system	55
Figur 6-2 MinSide	57
Figur 6-3 Forside MinHelse	58
Figur 6-4 Innlogging MinHelse	59
Figur 6-5 MinHelse > Mine resepter > Gyldige resepter	60
Figur 6-6 Webgrensesnitt ved fullmakt	61
Figur 6-7 Hovedprosessene i det foreslåtte system	62
Tabell 1-1 Fordeling av feil i legemiddelbehandlingen	2
Tabell 4-1 Kjennetegn ved kvalitative og kvantitative tilnærminger	28
Tabell 4-2 Oversikt over intervjuobjekter	30
Tabell 4-3 Innsamling spørreskjema	35
Tabell 4-4 Trinn i statistiske tester	38
Tabell 4-5 Mulige feilkonklusjoner ved hypoteseprøving	38
Tabell 5-1 Oversikt over intervjuobjekter	41
Tabell 5-2 I hvilken grad føler du at du mestrer bruk * Hvor ofte bruker du Internett?	42
Tabell 5-3 Ser du en fordel ved det nye systemet * Alder	46
Tabell 5-4 Ser du en fordel ved det nye systemet * mestrer bruk av Internett	47
Tabell 5-5 A legge igjen opplysninger på Internett	48
Tabell 6-1 Funksjonelle krav	53
Tabell 6-2 Evaluering av det originale løsningskonseptet for sentral eResept	54

Forkortelser

BNU	Bandagistenes Næringspolitiske Utvalg
EPJ	Elektronisk Pasient Journal
FEST	Foreskrivnings- og Ekspedisjonsstøtte
eResept	Elektronisk resept
HER	Helse Enhets Registeret
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
IKT	Informasjons- og Kommunikasjonsteknologi
IT	Informasjonsteknologi
NAF	Norges Apotekerforening
NHN	Norsk Helsenett
RTV	Rikstrygdeverket
PKI	Public Key Infrastructure
SHdir	Sosial- og Helsedirektoratet
SLV	Statens Legemiddel Verk
SMS	Short Message Service
TØI	Transportøkonomisk Institutt

Ordforklaringer

Beslutningsstøtte	Aktivering eller tilrettelegging av relevante og valide råd og anbefalinger på en lite påtrengende og hensiktsmessig måte i EPJ og som er spesifikk for kontekst og tjenesteyter med bakgrunn i foreliggende journal- og pasientopplysninger. Se også ”Forskrivningsstøtte” [59].
Bruker	En bruker er en mottaker av tjenester fra hjemmesykepleien.
Ekspedisjon (ekspedere)	Farmasøytisk kontroll og fremhenting av legemiddel i henhold til resept eller rekvisisjon [59].
Elektronisk Pasientjournal (EPJ)	”Pasientjournal hvor informasjonen er elektronisk lagret på en slik måte at den kan gjenfinnes og gjenbrukes ved hjelp av dertil egnet programvare. En elektronisk pasientjournal kan også inneholde referanse til papirdokumenter, bilder og annen informasjon som er lagret utenfor journalen” [75].
ELIN	Legene har utarbeidet en egen plan for elektronisk samhandling kalt ELIN – etter tittelen: ”Utvikling av nye løsninger for elektronisk <u>in</u> formasjonsutveksling for legepraksis”.
Epikrise	”Oppsummerende redegjørelse for en sykdoms årsak, utvikling og behandling til henvisende instans” [75].
FEST	Forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte. Utvidelse av varekatalogen som alle rekvirenter skal bruke for rekvirering av legemidler [59].
Forskrive	Skrive ut en resept
Foreskrivningsstøtte	Automatisk system med påminnere og varslere i EPJ som kobler forskrivningsinformasjon og journal- og pasientinformasjon med medisinsk kunnskap [59].
Hjemmetjeneste	”Organisatorisk enhet i kommune eller bydel som yter pleie- og omsorgstjenester utenfor institusjon, som oftest i hjemmet” [75].
Kjernejournal	Sentral nasjonal løsning for deling av informasjon mellom aktører i helsevesenet. Løsningen er under utvikling under ledelse av Trondheim kommune [59].
Kryptering	Innebærer å gjøre klartekst uleselig for uvedkommende ved hjelp av en metode/algoritme og nøkkel. Et prinsipp innenfor kryptering er at krypteringsalgoritmen skal kunne være alminnelig kjent, men det er nøkkelen som er hemmelig.

Legemiddel	Bruksferdig tilberedning av stoff eller droge som bare kan utleveres fra apotek, og som brukes til å forebygge, lege eller lindre sykdom eller smerte [58].
Markedsføringstillatelse	Tillatelse som utstedes etter at preparatet er godkjent som farmasøytisk spesialpreparat. Produsenten har lov til å reklamere for sitt produkt i Norge, men det foreligger ikke norske priser og pakninger på produktet, da produsenten ikke trenger å ha markedsført preparatet. Produsenten må selv søke om å få markedsført produktet sitt i Norge.
Medikasjon	Behandling med ett eller flere legemidler.
Medisinkort	Oversikt over pasientens aktuelle behandling med legemidler, som inkluderer faste legemidler, legemidler som gis ved behov og legemidler gitt som kur [58].
Nødekspedisjon	Utlevering av legemiddel fra apotek uten at resept foreligger eller på grunnlag av mangelfull/utgått resept.
Ordinasjon	Beskjed fra lege eller generelle retningslinjer laget av lege om utdeling av legemidler til pasient til person med myndighet til å foreta utdeling
PKI	Public Key Infrastructure er den dominerende standard for utveksling av offentlige krypteringsnøkler.
Reiterasjon	Reseptutsteders påtegning på resept om at et legemiddel/ medisinsk utstyr kan ekspederes og utleveres flere ganger
Rekvirere	Muntlig, skriftlig eller elektronisk bestilling av legemiddel ved resept eller rekvisisjon [58].
Resept	Bestilling av legemiddel til bruk for bestemte personer eller dyr, eller til bruk i rekvirentens praksis [58].
<i>A-resept</i>	Resept på narkotiske og spesielt vanedannende legemidler utstedt på særskilt blankett. Resepten kan ikke reitereres. A-preparater kan ikke ordineres annet enn skriftlig, og er foreløpig unntatt fra eResept prosjektet [58].
<i>B-resept</i>	Resept på vanedannende legemidler. Det stilles krav til påføring av navn, fødselsdato og adresse, samt legitimasjon ved avhenting. Resepten kan ikke reitereres [58].
<i>Blåresept</i>	En resept hvor pasienten etter folketrygdloven har krav på å få refundert deler av utgiftene [58].
<i>Hvitresept</i>	Resept, som ikke er Blå resept eller A-resept [58].

<i>Telefaksresept</i>	Resept sendt via telefaks. Bare gyldig på det apoteket som mottar den. Resepten kan ikke reitereres [58].
<i>Telefonresept</i>	Muntlig rekvirering per telefon. Kan ikke reitereres og bare minste pakning kan rekvireres for narkotiske eller vanedannende legemidler [58].
Utlevering	Utlevering av legemiddel fra apotek til rekvirent, pasient, kunde, dyreeier eller institusjon. Gjelder også utlevering av medisinsk utstyr fra bandagist eller apotek [58].
Sone	En sone er det geografiske område et hjemmesykepleiekontor dekker

1. Introduksjon

Som en del av digitaliseringen av helsevesenet er det besluttet at elektronisk resept skal innføres innen 2008, det er Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som er eier av eReseptprosjektet mens Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) har fått ansvar for gjennomføringen. Arbeidet gjennomføres i samarbeid med en rekke offentlige og private aktører, som Statens Legemiddel Verk (SLV), Rikstrygdeverket (RTV), Regionale helseforetak, Norges apotekerforening, Den norske legeforening og Bandagistenes næringspolitiske utvalg. Prosjektet skal utvikle og innføre en felles løsning for elektronisk kommunikasjon av reseptinformasjon. Det har blitt gjennomført et forprosjekt og produsert en rekke dokumenter¹ som samlet tar for seg mange av de problemstillinger prosjektet vil måtte løse for å oppfylle sine mål.

eResept prosjektets hovedmål er:

”Utvikling og innføring av en løsning for elektronisk kommunikasjon av reseptinformasjon. Pasient, apotek, bandagist, rekvirent, trygdeetaten, Statens Legemiddelverk kan få tilgang til den reseptinformasjonen de har hjemmel til å bruke. Reseptinformasjonen beskyttes mot uhjemlet innsyn. Løsningen skal for behandlingen av blåresepter oppfylle bilagskravene i Statens Økonomireglement” [58 side 5].

Det er uttalt tre primære behov som ønsket dekket av eResept. Det første er å ivareta pasientens rett til å hente ut sine reseptvarer på et hvilket som helst apotek/bandagist. Det neste er å fylle Rikstrygdeverkets behov for å forbedre kontrollfunksjonene i refusjonsoppgjøret. Det siste behovet som skal dekkes er å bedre forskrivnings- og beslutningsstøtten for legene og dermed gi bedre og mer informert grunnlag for valg av behandling og forskrivning av medisin.

Hele samhandlingskjeden fra lege til pasient, via reseptutleveringer hos apotek eller bandagist, til økonomisk oppgjør med trygdeetaten (gjelder blåresept), skal knyttes sammen i et elektronisk forløp. I løpet av 2008 skal den som har behov for reseptbelagte legemidler, etter konsultasjon med sin lege, kunne henvende seg på hvilket som helst apotek for uttak av medisiner, uten å måtte bringe med seg tradisjonell papirsept som i dag². Videre kan pasienten få oversikt over egne, uavhentede reseptbelagte legemidler. Med tanke på at det i 2005 ble rekvirert 20 millioner resepter og foretatt 25 millioner reseptutleveringer³ i volum [35] vil det være mye å hente på innsparing.

Prosjektet er delt inn i seks delprosjekter som hver tar for seg en av aktørgruppens behov. Alle aktørene ønsker et best mulig system for seg selv, men pasientene som gruppe kan falle utenfor. Det er ikke noe delprosjekt som spesifikt tar for seg pasientenes behov. Pasientene er en veldig sammensatt gruppe som består av hele befolkningen. Det er behov for en løsning som lar det nye eResept systemet bli en gevinst for alle, både dem som ønsker effektivitet og selvbetjening og dem som ønsker og trenger personlig oppfølging.

¹ ”eResept Overordnet funksjonell spesifisering”, ”eResept detaljert funksjonell spesifisering”, ”eResept meldingsdefinisjoner”, ”eResept meldingsutveksling”, ”eResept overordnet arkitektur”, ”HER i eResept” og ”Digital signatur i eResept” alle dokumentene er foreløpig ikke tilgjengelig.

² Det er noe uklart om pasienten skal mått bringe med et referansenummer eller ikke, mer om dette i kapittel 2

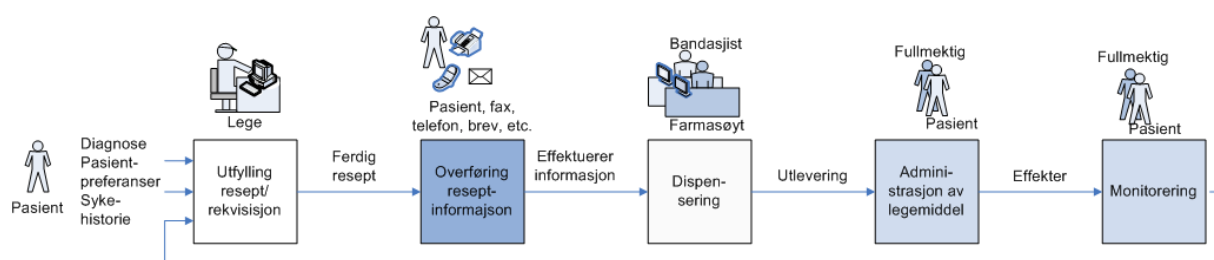
³ En resept kan inneholde flere reitireringer

1.1 Bakgrunn

I det følgende vil jeg gjennomgå den nødvendige teorien i reseptutlevering samt bakgrunnen for innføringen av eResept. Jeg vil også se på historikken bak elektronisk samhandling i helsesektoren og hva som er gjort så langt med tanke på innføringen av et komplett system for elektronisk overføring av reseptinformasjon.

1.1.1 Generell problemstilling ved utlevering av medisiner

I 2005 gav Statens legemiddelverk markedsføringstillatelser på 6392 preparater [35]. Dermed er det umulig for det enkelte legekontor å selv distribuere medisiner. Figur 1-1 viser en prosessflytmodell av hovedprosessene i behandlingen av legemidler uavhengig av hvordan ny resept bestilles og varer hentes.



Figur 1-1 Hovedprosesser i behandlingen med legemidler, fritt etter [67]

Det er mange usikre faktorer på veien fra en pasients sykdomstilstand til inntak av medisiner. Tabell 1-1 viser fordelingen av feil i legemiddelbehandlingen.

Tabell 1-1 Fordeling av feil i legemiddelbehandlingen [67]

Aktivitet	Andel av feilene
Utfylling av resept/rekvisisjon	43-59 %
Overføring av reseptinformasjon	3-5 %
Dispensering	2-6 %
Administrasjon (inkl. feil pasienten gjør)	21-57 %
Monitorering	26-61 %

Først skal riktig diagnose stilles, deretter må resepten fylles ut riktig. I utfyllingen av resepten ligger rundt halvparten av feilene som forekommer i utleveringen av medisiner. Forbytting av pasient er den vanligste feilen, men det også skjer forbytting av medikament og dosering [67]. Ca. 110.000 resepter per år inneholder såpass store feil at de setter pasientenes helse i fare. Én av 50 resepter er mangelfullt utfylt og på 4 av 10 resepter er ikke bruksområdet angitt [18]. Alvorlige konsekvenser av feilmedisinering kan være: manglende effekt, bivirkninger, dårligere mestring av sykdom, redusert livskvalitet og økt dødelighet. Konsekvenser for samfunnet blir milliarder i kostnader på grunn av flere sykehusinnleggelses, unødvendig behandling og økt sykefravær.

Feil i overføring av reseptinformasjon og dispensering er mindre utbredt. Dispensering betyr å dele ut eller levere og er knyttet til utlevering av reseptvarer fra apotek/bandagist. Feil som feiltyding av resept, forbytting av medikamenter med legemiddelnavn som høres like ut og

feildosering er feil i denne kategorien. Hovedkategoriene med feil ligger i administrasjon av legemidler og monitorering. Disse feilene er konsekvenser av manglende oppfølging av pasienten. Spesielt eldre risikerer problemer her ettersom deres toleranse for legemidler kan endres raskt og kontakten med lege gjerne reduseres betydelig etter 80 års alderen [67]. Med andre ord, legen må foreskrive riktig type medisin, i riktig dose. Pasienten må ta vare på denne reseptlappen og ikke miste den. Siden må pasienten, eller eventuelt en fullmektig, ta med reseptblanketten til et apotek/bandagist, hvorpå resepten må tydes, riktig legemiddel plukkes frem og alle data testes inn på nytt. Til slutt må pasienten konsumere medisinene slik legen har foreskrevet og effekter registreres.

Asnittet over bygger på den tradisjonelle gangen i reseptutleveringen slik den er i dag. Pasienten kontakter legen og han/hun foreskriver medikamenter/medisinsk utstyr på resept, videre får pasienten en reseptblankett og tar denne med til et apotek/bandagist. Deretter henter pasienten eller en fullmektig ut reseptvarene. Det er mange unntak fra denne normen. Det blir skrevet ut resept av legen ved 35 % av konsultasjonene og ved vel 50 % av de indirekte kontaktene [46]. Dette betyr at flertallet av reseptene pasienter får er skrevet av legens medarbeiderer og siden signert av legen. Det finnes ikke tall på hvor mange resepter som skrives ut på papir og hvor mange som sendes via telefaks til apotek/bandagist, men det anslåes i ELIN prosjektet at det fordeler seg omtrent likt [46].

Hjemmesykepleien administrerer legemiddelbehandlingen til omtrent 65 000 personer [59]. Kartlegging har vist at for over 60 % av pasientene var det ikke samsvar mellom fastlegenes lister over pasientenes faste medisiner og det som var anført på hjemmesykepleiens lister [52]. Psykisk utviklingshemmede får også hjelp til håndtering av legemidler, disse utgjør rundt 20 000 personer. En tredje stor gruppe som ikke håndterer medisiner selv er barn med kronisk sykdom slik som astma og allergi, disse utgjør om lag 50 000. På toppen av dette kommer alle pasienter som får hjelp av nærmeste familie, venner eller naboer til å bestille/hente medisiner. Det antas å totalt være mer enn ett par hundre tusen som får hjelp med legemidler [59]. Flere undersøkelser viser at feil bruk av medisiner er utbredt og at dette gjelder spesielt hos personer som ikke selv er i stand til å ivareta egen medisiner, hovedsakelig eldre [68].

Også ved utlevering av legemidlene er det store variasjoner. Som nevnt ovenfor er det en veldig stor andel som får hjelp av en tredje person. I tillegg kommer alle som bor på steder hvor det ikke finnes apotek og som derfor trenger spesielle ordninger. Det er om lag en halv million mennesker som bor i kommuner uten apotek [59]. Her er det vanlig at legen samler opp reseptbestillinger og på slutten av dagen ringer eller fakser disse til nærmeste apotek/bandagist. Disse sender igjen varene direkte i posten til pasientene eller til et medisinsalg for avhenting. Denne ordningen er også tatt i bruk i store kommuner for dem som bor langt fra nærmeste apotek.

Det er vanlig for de fleste apotek og bandagister å ha en bringetjeneste hvor de leverer varer hjemme hos pasienten, dette gjelder primært varer på blåresept som leveres i så stort volum at det kan være vanskelig for pasienten å selv hente varene. Mange velger også å oppbevare resepten hos apotek/bandagist ettersom de synes det er en enkel og grei løsning hvor de selv slipper ta vare på resepten og siden huske å ta med denne når de skal hente ut reseptvarene.

Blåreseptordningen og egenandel

Ved kronisk sykdom kan utgiftene til mediakamenter og medisinsk utstyr bli høye. Vi har derfor i Norge en refusjonsordning for resepter på blåresept. Blåresepter kan skrives ut for pasienter

med kronisk sykdom der det er behov for behandling i mer enn tre måneder i løpet av ett år. Kun bestemte diagnoser eller sykdommer utløser rett til blå resept. Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter hvilke sykdommer som gir rett til blå resept mens SLV bestemmer hvilke legemidler som kan rekvireres for de enkelte sykdommene. Når medisiner skrives ut på blå resept er det trygdekontoret som betaler det meste av hva medisinene eller sykepleieartiklene koster. Pasienten betaler en egenandel på 36 % av totalbeløpet for medisinen, men maks 500 NOK per 3 måneders forbruk og 1615 NOK per år [72], etter dette beløpet får pasienten ett frikort. Refusjonskravet for legemidlene inntre straks legen skriver en blå resept [47]. Dette er den mest omfattende ordningen innen det norske refusjonssystemet og ifølge Trygdestatistisk årbok 2005 var det offentliges utgifter til legemidler på over 8,9 milliarder NOK i Norge i 2004. Av dette gikk ca. 982 millioner NOK til medisinsk utstyr og resten til medikamenter [48].

Dersom vilkårene for blå resept ikke er oppfylt kan legen søke trygdekontoret om individuell refusjon. Disse søknadene må godkjennes for hvert enkelt tilfelle og det er det lokale trygdekontor som tar avgjørelsen. En rekke legemidler og medisinsk utstyr er forhåndsgodkjent for forskrivning på blå resept. Disse fremgår av preparatlisten som består av utvalgte markedsførte preparater. Dersom legen av særskilte årsaker har behov for å rekvirere medisiner som ikke står på preparatlisten må det søkes om godkjenning fra SLV.

1.1.2 Elektronisk S@mspill

Pleie- og omsorgstjenestene er blitt betydelig utbygd i løpet av 1980- og 1990- årene med et økende antall tjenester samtidig som andelen eldre over 67 år er stigende og et økende antall personer under 67 er plaget med sammensatte og kroniske sykdommer [63]. Dette fører til økt behov for samarbeid mellom spesialhelsetjenester, allmennleger og pleie- og omsorgstjenester. Samarbeid krever igjen god og effektiv kommunikasjon samt at alle aktørene er orientert om handlinger hos hverandre. Det siste tiåret har det vært lagt stadig mer vekt på elektronisk samhandling i helsesektoren og regjeringen er overbevist om at gode IT systemer med riktig anvendelse kan bidra til dette på en effektiv måte.

”Vi tror på kvalitetsheving, effektivisering og kostnadsbesparelser ved bruk av informasjonsteknologi.”

Helseminister Dagfinn Høybråten og Sosialminister Ingjerd Schou, S@mspill 2007 [60 side ii]

Arbeidet med digitalisering i helsevesenet kan vi følge gjennom tre statlige strategier utgitt av Sosial- og Helsedepartementet:

1997-2000: ”Mer helse for hver bIT”

2001-2003: ”Si @!”

2004-2007: ”S@mspill 2007”

”Mer helse for hver bIT”

Dette var den første nasjonale IT strategien og hadde ambisiøse målsettinger for bruk av IT i helsesektoren [56]:

- Øke helsepersonellens kompetanse- bedre diagnoser og behandling
- Mer tid til pasienten
- Bedre koordinering og samhandling
- Ivareta fullgod informasjonssikkerhet
- Fremme god informasjon til pasienten

I handlingsplanen var det også lagt opp til at det på nasjonal basis skulle bygges opp en felles IT-infrastruktur for helsesektoren – et norsk helsenettverk som skulle bygge bro mellom de mange ”IT-øyene” i Helse-Norge.

Handlingsplanen ble godt mottatt, men målene i planen ble ikke fullt ut realisert. Det er ulike grunner til dette, mest åpenbare er at målene var for ambisiøse, at finansieringen var begrenset og ikke minst at det var en manglende modenhet for denne typen endring i sektoren [55]. Flere av målene finner vi igjen i de to kommende strategiene og et norsk, nasjonalt helsenett er nå på plass og omtales nedenfor.

Si@!

Dette er den første IT-planen som omhandler statlige tiltak på tvers av både helse-, sosial- og trygdesektoren. Formålet var å stimulere til elektronisk samarbeid som skulle styrke og effektivisere arbeidet mellom ulike fagområder og forvaltningsnivåer i helse og sosialsektoren, bedre kontakten med pasienter og generelt styrke kvaliteten på tjenestene. Si@! kom på et gunstig tidspunkt og inngikk som en sentral del av regjeringens eNorge plan. Konsulentfirmaet PLS Rambøll har gjort en evaluering av planen hvor de blant annet uttrykker:

”Det er PLS Rambølls helhetlige vurdering at ”Si @!” har bidratt positivt til å akselerere og samordne IT-utviklingen i helse- og sosialsektoren i planperioden” [44 side i].

Samtidig konkluderer planen med at det fortsatt er stort potensial for forbedring i sektoren:

”Det vil altså etter PLS Rambølls vurdering fortsatt være et stort behov, både på kort og lang sikt, for en sterk statlig fokusering og utbygd innsats på alle nivåer og på tvers av sektorer før det kan bli snakk om at elektronisk samhandling er utbredt og tatt i effektiv bruk i hele helse- og sosialsektoren” [44 side ii].

S@mspill 2007

S@mspill 2007 er forankret i eNorge planen [13] og kan også sees som en del av regjeringens strategi for modernisering av offentlig sektor, herunder *Strategi for IKT i offentlige sektor* [3]. Samtidig følger planen også opp de europeiske initiativ på IT-feltet fra planen eEurope 2005 [11]. Satsingene fra de to foregående eHelse planene gav resultater og utgangspunktet for S@mspill 2007 var derfor et bredere erfaringsgrunnlag hvor spesielt tre punkter har blitt uthevet [53]:

- *Bærekraftig utvikling:* Nasjonale satsinger må, som lokale IT-satsinger, følges til de har oppnådd tilstrekkelig tilslutning og har vist seg bærekraftige i daglig drift.

- *Fokusert og skrittvis fremrykking:* Nye satsinger bør ikke smøres for tynt utover, men gjøres skikkelig for noen få utvalgte områder.
- *Ansvarliggjøring:* Aktørene som skal dra nytte av en satsing må gjøres ansvarlige, finansielt og som prosjekteiere.

Visjonen for S@mspill 2007 er ” *Helhetlig pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid*” [53 side 5].

Grunnholdningen ut fra de tidligere erfaringene er at det er bedre å gjøre noe skikkelig fremfor å gjøre mye halvveis. Det er derfor valgt å stase på to hovedområder. Det første er å styrke informasjonsflyten gjennom arbeid med infrastruktur, informasjonsstruktur, informasjonssikkerhet, elektroniske pasientjournaler, meldingsutveksling og tilgang til fagstøtte. Den andre hovedsatsningen innebærer å inkludere nye aktører sterkere i det elektroniske samarbeidet i sektoren.

Arbeidet med S@mspill 2007 er nå kommet omtrent midtveis. I 2004 var hovedfokus etablering av et norsk helsenett og en milepæl ble nådd da selskapet Norsk Helsenett AS kom i drift i oktober 2004. 2005 har gått med til en rekke hørings- /innspillsrunder og diskusjoner i ulike arenaer med aktuelle aktører for å involvere alle parter.

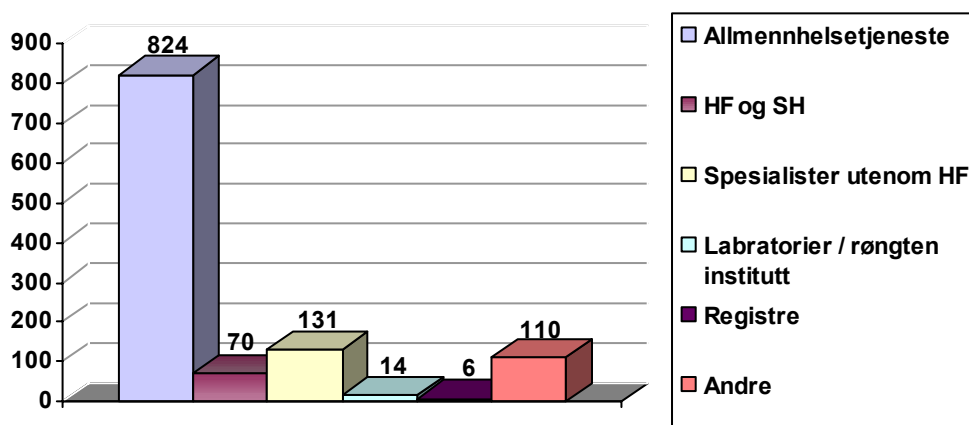
I 2006 vil følgende områder være i fokus [60]:

- Arbeidet med oppkobling av fastleger og kommuner til Norsk Helsenett.
- Arbeidet med å utvikle en nasjonal strategi for elektroniske pasientsystemer med sikte på bedre og mer fleksibel informasjonsutveksling og informasjonsdeling.
- Alle helseforetak og Rikstrygdeverket skal ha tatt i bruk standard løsning for meldingsutveksling med PKI⁴ og tilrettelegge for elektronisk forsendelse og mottak av meldinger, som epikrise, legeregning og henvisning over Norsk Helsenett.

Norsk Helsenett

Sentralt i alle disse tre tiltaksplanene står arbeidet med et nasjonalt helsenett. Det fantes tidligere fem regionale helsenett, i dag er disse knyttet sammen i selskapet Norsk Helsenett AS. Dette er et lukket nettverk for elektronisk kommunikasjon og samhandling i helse- og sosialsektoren i Norge. Norsk Helsenett AS har et nasjonalt ansvar for drift, vedlikehold og videreutvikling av basis kommunikasjonstjenester. I mars 2006 var 824 av 1567 legekantor koblet opp til Norsk Helsenett. Alle helseforetakene er knyttet til Norsk Helsenett, men det er fortsatt ca 10 % av helseforetakene som foreløpig ikke har tatt nettet i driftsmessig bruk for elektronisk meldingsutveksling med leger og andre deler av kommunehelsetjenesten. Se figur 1-2 for nærmere detaljer.

⁴ Public Key Infrastructure, virksomhetsretifikat



Figur 1-2 NHN - Aktive kunder fordelt på type kundegrupper mars 2006 [38]

Mange leger har hatt problemer med oppkoblingen mot helsenettet og det har kommet mye kritikk. En situasjonsbeskrivelse og problemanalyse gjort av Rambøll Management konkluderer med at det er flere grunner til misnøyen. De deler dem inn i fem ulike problemkategorier hvor de anser de ”generelle” problemene som mer vesentlige enn de ”lokale”. Et fundamentalt karakteristikum som går på tvers av alle problemområdene er skuffelse over at man har forventet noe mer omfattende og nyttig enn det de har fått til rådighet [43]. Jeg vil ikke se videre på denne problemstillingen, Ola Skuland Pedersen som også er student ved Institutt for telematikk skriver oppgave med tittel ”Analyse av innføring av eResept hos allmennlegen” og vil gå dypere inn på disse problemstillingene.

eNorge2009

”Regjeringens mål er en enklere hverdag for folk flest og trygghet for fremtidens velferd. Informasjonsteknologi, anvendt på riktig måte, er et viktig bidrag for å nå disse målene.”

Moderniseringsminister Morten A. Meyer, eNorge 2009 [13 side ii].

Regjeringens samlede IT-politikk koordineres av Fornyings- og administrasjonsdepartementet under samlebetegnelsen ”eNorge”. I planen eNorge 2009 [13 side 3] er det formulert tre målområder for IT-politikken:

- Enkeltmennesket i det digitale Norge
- Innovasjon og vekst i norsk næringsliv
- En samordnet og brukertilpasset offentlig sektor

Under delmål en *Enkeltmennesket i det digitale Norge* er det videre fire viktige delmål [13]:

- I løpet av 2009 skal alle relevante interaktive tjenester som har innbyggerne som målgruppe, være tilgjengelige gjennom innbyggerportalen MinSide.
- Alle nye interaktive tjenester som har innbyggerne som målgruppe, skal utvikles slik at de kan være tilgjengelige gjennom innbyggerportalen MinSide fra det tidspunkt de lanseres.
- Målgruppenes utnyttelse av elektroniske tjenester skal følges nøye. For store volumtjenester (for eksempel skatt og samordna opptak til høyere utdanning) skal minst 75 prosent av målgruppen benytte de elektroniske tjenestene i 2009.
- I løpet av 2009 skal 80 prosent av brukerne av offentlige digitale tjenester være fornøyd eller meget fornøyd med tjenestene.

1.1.3 Forprosjekt eResept

Som nevnt ovenfor har det allerede blitt gjennomført ett forprosjekt hvor en prosjektgruppe med deltakelse fra Rikstrygdeverket, Sosial- og helsedirektoratet, Statens legemiddelverk, Den norske lægeförening, Norges apotekerforening og Bandagistenes næringspolitiske utvalg utarbeidet et forslag til implementering av elektroniske resepter. Forprosjektet konkluderer med at de fremste fordelene med eReseptløsningen er [23]:

- Effektiv og kvalitetssikker overføring av reseptinformasjon fra lege til apotek.
- Legen kan kvalitetssikre sin forskrivning ved å ta i bruk forskrivningsstøtte knyttet til bruk, virkning, pris og refusjonskriterier for legemidler.
- Rikstrygdeverkets arbeid med kontroll og tilsyn av legens forskrivning samt det økonomiske oppgjøret overfor apotekene og bandagistene av blåresepter blir bedre, mer effektiv og mindre ressurskrevende.
- Større grad av automatisering av trygdeetatens behandling av individuelle refusjonssøknader.
- Bedre tilbud for pasientene.

For å redusere risikoen i prosjektet har de valgt å dele prosjektet inn i to faser.

Fase I omfatter løsninger for [57]:

- sentral eReseptdatabase
- apotekene, bandagistene og rekvirentenes interne løsninger
- det økonomiske oppgjøret mellom Trygdeetaten og apotekene og bandagistene
- forskrivningsstøtte overfor rekvirentene
- pasientinnsyn

Fase II vil antagelig omfatte beslutningsstøtte (informasjonssystem som gir rekvirentene et bedre grunnlag for behandlingsvalg) og systemer for automatisering av manuelle saksbehandlingsprosesser i Rikstrygdeverket og Statens legemiddelverk. Sosial- og helsedirektoratet har fått ansvaret for å styre fase I av prosjektet. Fase I startet opp i september 2005 og det er planlagt at løsningene skal tas i bruk innen utgangen av 2008.

1.2 Motivasjon

Alle aktørene med unntak av pasientene har sine delprosjekter som skal knyttes opp mot den sentrale eReseptløsningen. Det er naturlig at sterke aktører med kommersielle og politiske interesser ønsker å verne om sine behov, men for pasientene blir det umulig å i samme grad organisere seg. Mens forprosjektet og de ulike delprosjektene jobber med mange av de problemområdene som hovedprosjektet vil måtte løse, har det vært lite fokus på pasientene i analysene som har vært gjennomført så langt. Det er tatt få konkrete avgjørelser opp mot hvordan pasientinnsyn skal implementeres og hvordan pasientenes behov best kan ivaretaes.

1.3 Problemstilling

Til nå har bakgrunnen for eResept prosjektet og utviklingen innen e-helse blitt presentert. I neste kapittel vil jeg gi ta for meg de involverte aktørene og kartlegge deres ulike interesser og behov. Målet er å gi et mer utfyllende bilde av eResept systemet slik det er tenkt i dag og gjøre leseren i stand til å bedre sette seg inn i hovedproblemstillingen for oppgaven:

- **Hvordan kan eResept bli en løsning som best mulig ivaretar alle pasientgruppers behov?**

Når et system omorganiseres på den måten som er foreslått ved innføringen av eResept kan det oppstå uante konsekvenser. Personvernmekanismer som fungerte godt i et distribuert, papirbasert system vil ikke nødvendigvis være tilstrekkelig når all informasjonen blir samlet sentralt i en database hvor veldig mange personer har tilgang til opplysningene. Det er viktig å spørre seg hvordan elektronisk samarbeid kan sikre god informasjonsflyt og samtidig ivareta informasjonssikkerhet og personvern. Sentrale spørsmål er:

- Hvordan påvirkes behandlingsforløpet av den nye digitaliseringen av helsevesenet?
- Hvilke krav settes til digitale ferdigheter hos pasientene?
- Kan digitale skiller i befolkningen forplante seg til behandlingen i helsevesenet?

Det er bestemt at det skal opprettes en pasientreferansegruppe til eResept, men dette er ikke prioritert så langt og vi risikerer at det lages et system for å inkludere pasientene uten å spørre dem hva deres ønsker og behov i realiteten er. Neste steg i denne oppgaven er derfor en kvalitativ og kvantitativ undersøkelse hvor jeg aktivt går ut og spør pasientene/kundene direkte hva deres behov er:

- Ser de det nye systemet som en direkte gevinst ved at de slipper å ta vare på og ha med et reseptpapir til apotek/bandagist?
- Vil de foretrekke å få med en papirlapp med oversikt over medisinen selv om de ikke trenger denne for å hente ut varene?
- Stoler de på at staten ikke vil misbruke informasjonen om dem?
- Ser de noen faremomenter ved at reseptene deres blir tilgjengelige for et stort antall personer?
- Er det ønske om pasientinnsyn?
- Er det et ønske å få tilgang til resepthistorikk gjennom pasientinnsynet?

Dette vil gi direkte svar på hvorvidt eResept er ønsket av befolkningen generelt. Jeg vil videre prøve å knytte svarene fra analysen opp mot digitale skiller samt funksjonshemninger.

- Er det stor forskjell i holdningene til eResept blant dem med og dem uten digitale ferdigheter?
- Fortrekkes pasientinnsyn via Internett, via mobiltelefon/SMS, via telefon eller ved personlig oppfølging?

Det er behov for en løsning som lar det nye eResept systemet bli en gevinst for alle, både dem som ønsker effektivitet og selvbetjening og dem som ønsker og trenger personlig oppfølging. En organisatorisk og teknisk løsning for pasienten som bruker av eReseptsystemet, tilpasset flest mulig av pasientgruppenes behov vil derfor foreslås.

1.4 Begrensninger

eReseptprosjektet er et stort prosjekt med mange ulike elementer. Jeg har derfor begrenset oppgaven til å hovedsakelig se på hvordan de ulike pasientgruppene best mulig kan ivaretaes. Denne masteroppgaven er tverrfaglig innen teknologi og sosiologi, jeg har mye erfaring med teknologi, men mindre med sosiologi. Dermed er det en utfordring å gjøre en grundig litteraturstudie og utføre en god empirisk undersøkelse. I det foreslåtte systemet vil jeg gi en høynivå beskrivelse av en mulig løsning på organisatorisk og teknisk nivå, men jeg vil ikke implementere løsningen, verken som prototyp eller reelt system.

For å begrense omfanget av oppgaven vil jeg kun se på sikkerhet i betydningen personvern og pasientsikkerhet, jeg vil ikke se på informasjonssikkerhet i systemet. Jeg vil heller ikke ta med økonomiske vurderinger i oppgaven.

1.5 Oppgavens oppbygning

Kap 1 gir en introduksjon til oppgavens problemområde, motivasjonen for problemstillingen, selve problemstillingen, avgrensninger og videre oppbygning av oppgaven.

Kap 2 gir en solid innføring i hvordan eResept systemet er tenkt. Her presenteres systemets oppbygning og reseptforløpets gang etter innføring av eResept. Det er spesielt fokus på motivasjon, gevinstpotensial og risiko for de ulike aktørene og delsystemene.

Kap 3 ser nærmere på hvordan pasienter påvirkes av utviklingen mot et mer digitalt samfunn og helsevesen. Videre gies en presentasjon av hvordan pasientinnsyn er tenkt i det nye eResept systemet og hvilke krav dette stiller til personvern. Til slutt vil jeg se på hvilke erfaringer med eResept som er gjort i andre land.

Kap 4 diskuterer og analyserer ulike metodiske tilnærminger for datainnsamling generelt og for denne oppgaven spesielt. Først vil jeg argumentere for mitt valg av metoder, deretter vil jeg gå gjennom hver metode og sette den i sammenheng med min egen datainnsamling.

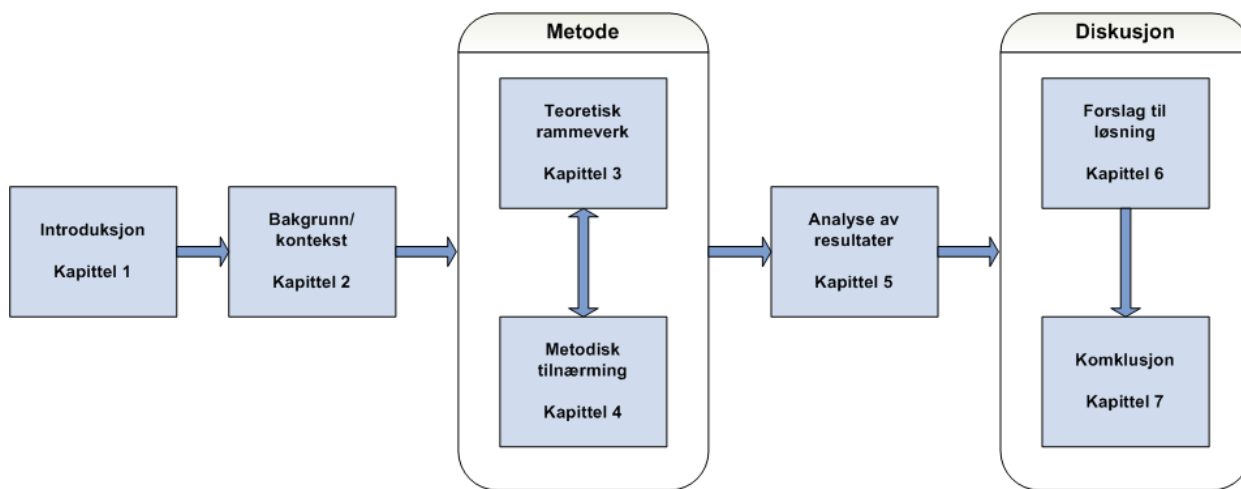
Kap 5 presenterer og analyserer de mest interessante funnene i spørreundersøkelsen og knytter disse resultatene opp mot intervjuene med ulike pasienter/kunder.

Kap 6 gir et forslag til hvordan jeg mener eResept kan bli en løsning som best mulig ivaretar alle pasientgruppers behov. Løsningen baseres på funnene i den kvalitative og kvantitative undersøkelsen samt litteraturstudiet og inneholder et forslag til overordnet design samt webgrensesnitt for pasientinnsyn.

Kap 7 består av konklusjonen på oppgaven.

Kap 8 inneholder alle referanser brukt i oppgaven.

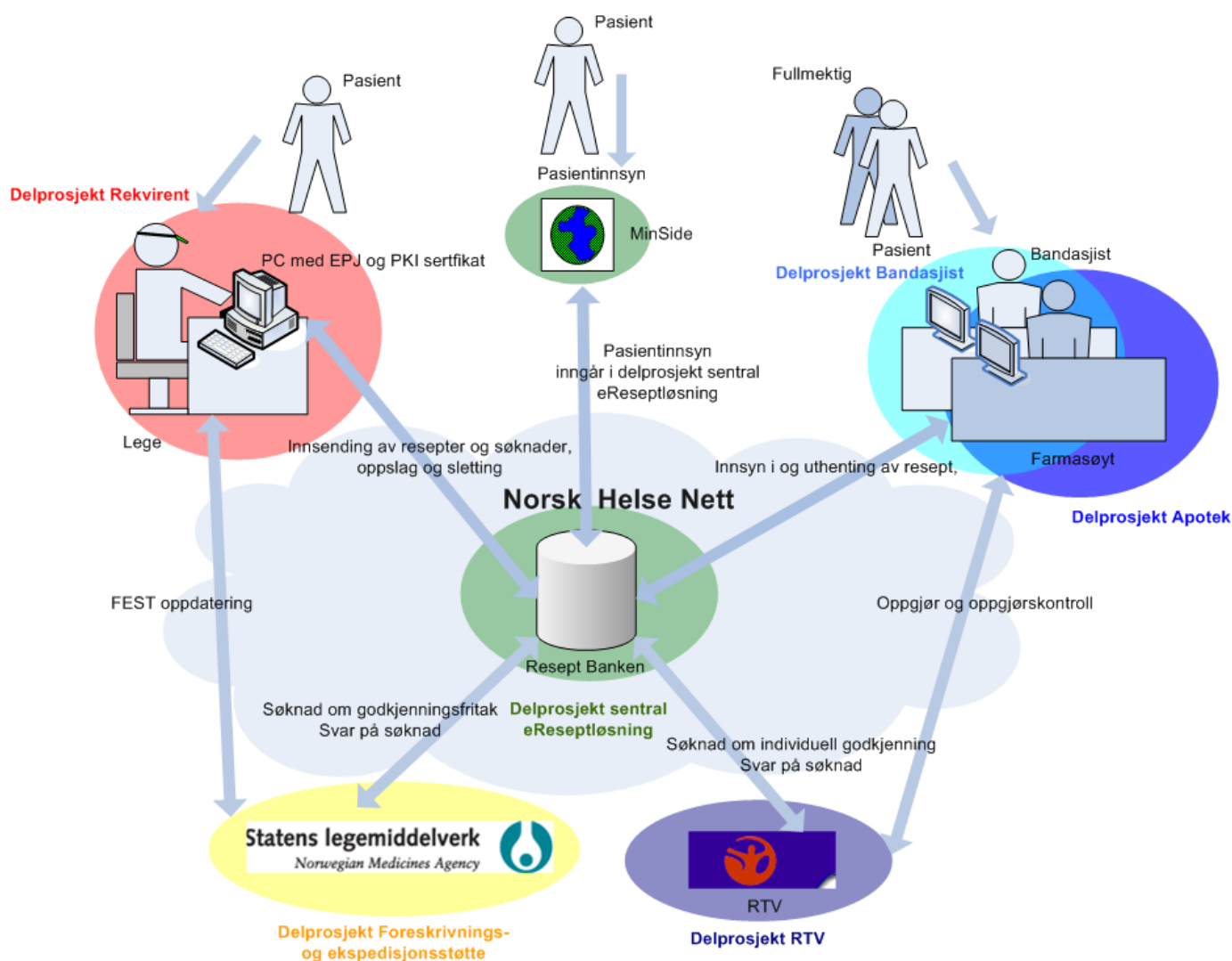
Mer systematisk kan oppgaven fremstilles som i figur 1-2. Jeg har valgt å følge en struktur fritt etter anbefalinger av Robert A. Day i *"How to write and publish a scientific paper"* [7].



Figur 1-3 Oppgavens struktur

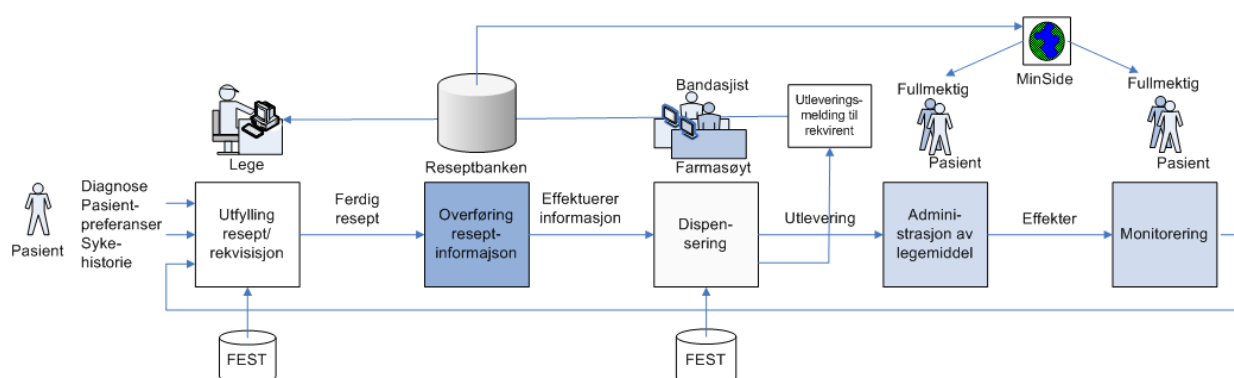
2. Aktører og hovedprosesser

eResept prosjektet vil involvere en rekke aktører. Rekvirenter, apotek, bandagister, Rikstrygdeverket (RTV), Statens Legemiddel Verk (SLV) og pasienter er blant de viktigste. Hver aktørgruppe sitter inne med sine interesser og alle vil høste ulike typer gevinster fra innføringen av eResept. Hovedprosjektet er delt inn i seks delprosjekter som hver har ansvar for de ulike delene av totalløsningen. Figur 2-1 viser en oversikt over eReseptforløpet med alle komponentene som utgjør totalsystemet. Som figuren viser er hvert av de seks delsystemene, merket med sin farge. Meldingsflyten i systemet er tegnet med piler. Figur 2-1 og delkapittel 2.1 tar utgangspunkt i prosjektdirektivet til eReseptprosjektet [61].



Figur 2-1 eReseptsystemet slik det er foreslått av forprosjektet

eReseptsystemet kan knyttes opp mot prosessflymodellen av hovedprosessene i behandling av legemidler som presentert i avsnitt 1.1.1. I figur 2-2 er hovedprosessene i eResept fremstilt.



Figur 2-2 Hovedprosesser i eResept

Her ser vi hvordan legen først får hjelp fra FEST (foreskrivnings- og ekspedisjonsstøtte) til å fylle ut resepten. Deretter sendes resepten elektronisk til Reseptbanken hvor den hentes ut av farmasøyten. Farmasøyten får igjen hjelp av FEST ved dispensering av resepten. Legen får en utleveringsmelding ved utlevering av resepten. Pasienten/fullmektig har tilgang til innsyn via MinSide. eReseptforløpet blir grundig gjennomgått i avsnittet under.

2.1 eReseptforløpet

Utfylling resept/rekvisisjon

Mye av gangen i en reseptutlevering blir den samme for pasienten som tidligere. Pasienten oppsøker lege. Legen er tilknyttet Norsk Helsenett og har et personlig PKI⁵-sertifikat, den elektroniske pasientjournalen (EPJ) er oppgradert til å sende elektroniske resepter og har tilgang til oppdatert informasjon fra FEST. Ved hjelp av FEST får legen tilgang til nødvendig informasjon om hvilke legemidler som er tilgjengelige, varenummer, pakkestørrelse, pris, styrke, eventuelle refusjonsregler og annen relevant informasjon. Legen vil også ha tilgang til bruks- og sikkerhetsinformasjon og slik kunne kontrollere at medisinen er forsvarlig å rekvirere til den aktuelle pasient.

Det er noe usikkerhet rundt hvorvidt pasienten skal med seg et referansenummer for å hente ut resepten eller ikke. I Høringsnotatet står det at ”Med eResept vil ikke pasientene lengre få utstedt en originalresept hos legen, men ett referansenummer, Han/hun vil kunne få utlevert medisinen ved å oppgi et referansenummer på apoteket” [23 side 4]. Mens det i en rekke andre dokumenter, blant annet den detaljerte, funksjonelle spesifikasjonen, tydelig står at pasienten ikke trenger ha med seg noen papirblankett for uthenting av reseptvarer, med mindre pasienten ønsker ordinasjonen beskyttet. I stedet vil resepten legges inn med pasientens fødselsnummer, men legen må avklare med pasient om han/hun ønsker ordinasjonen beskyttet. I så fall merkes dette på resepten og pasienten får en kopi som inneholder referansenummer og nøkkelinformasjon om ordinasjonen. Det vil da ikke være mulig å hente ut reseptinformasjonen uten referansenummeret. Pasienten har også mulighet til å være anonym og det vil da ikke være noen kobling mellom ordinasjonen og pasienten, varene hentes ut ved hjelp av referansenummeret.

Foreskriver vil kunne merke resepten med ”kopi til fastlege” og fastlegens system vil da automatisk få en notifikasjonsmelding når varene hentes ut. Dette krever samtykke fra pasienten. Når resepten er ferdig utfyllt sendes en kryptert og signert melding til Reseptbanken som er

^{5 5} Public Key Infrastructure, virksomhetssertifikat

eResept sentrale base over gyldige resepter. Det er ikke mulig å endre ordinasjoner etter de er sendt til Reseptbanken, men rekvirent har mulighet til å slette og legge inn en ny ordinasjon dersom det er behov for endringer.

Reseptoverføring

Mottatte meldinger lagres i Reseptbanken i kryptert form, men blir dekryptert og analysert slik at nødvendig informasjon lagres i klartekst. Etter krav fra datatilsynet vil alle resepter automatisk slettes en viss tid etter at varene er hentet ut eller resepten er gått ut på dato

Dispensiering (Utlevering)

Pasienten eller en fullmektig kommer til apotek eller bandagist og legitimerer seg samt oppgir personnummer på pasienten. Dersom ordinasjonen er beskyttet oppgir pasient/fullmektig referansenummeret. Det er også mulig å søke på pasientens navn, men dette skal kun gjøres unntaksvis og må grunngies med en skriftlig kommentar i systemet og signeres av apotekansatt/bandagist. Apoteket/bandagisten er tilknyttet Norsk Helsenett og systemet har tilgang reseptdatabasen samt FEST. Farmasøyten/bandagisten søker gjennom sitt system opp pasienten i reseptdatabasen og får opp gyldige resepter. Riktig medisin hentes ut og kontrolleres ved hjelp av FEST. Dersom det er en blå resept kvitterer pasienten/fullmektig for mottatt vare og kvitteringen gjøres tilgjengelig for Rikstrykdeverket. Systemet sender melding til Reseptbanken om hva som er blitt utlevert og en kopi sendes foreskrivende lege samt til pasientens fastlegen dersom pasienten har gitt samtykke til dette.

Adminstrasjon av legemidler og monitorering er ikke tatt med i eResept, i stedet er søknader til RTV og SLV samt Oppgjør og kontroll viktige elementer i reseptutleveringen.

Søknader til RTV og SLV

Systemet lar legen sende søknader om individuell godkjenning om refusjon til RTV eller søknader om godkjenningsfritak til SLV direkte fra EPJ. Disse søknadene sendes via Reseptbanken som en resept/rekvisisjon. I senere utvidelser vil det også bli aktuelt med automatisk behandling hos RTV og SLV samt oversikt over egenandelsinnbetalinger og frikort for den enkelte pasient.

Oppgjør og kontroll

Apotek/bandagist sender oppgjørsdata til RTV med referanse til resepten hvorpå RTV henter originalresepten fra Resept banken. Ettersom all informasjon er elektronisk kan RTV automatisk kontrollere at resepter og oppgjørskrav er korrekte.

2.2 SHdir og delprosjekt Reseptbanken

Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) er ansvarlig for gjennomføring av delprosjekt Reseptbanken. SHdir er en del av den sentrale sosial- og helseforvaltningen og ligger under Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Delprosjekt Reseptbanken har to moduler: Reseptbanken og Pasientinnsyn. Reseptbanken er selve kjernen i eResept løsningen og binder systemene sammen.

Reseptbanken skal [57]:

- ta imot eResepter fra rekvirentsystemene
- la rekvirent tilbakekalle eResept
- sende eResepter til utleverer
- kontrollere at kun aktuelle ordinasjoner vises for utleverer

- ta imot oppdatering av eResept gjort på apotek i samråd med rekvirent
- ta imot eRecepter registrert av utleverer på grunnlag av papirresepter
- ta imot informasjon om utlevering, og levere originalene til utleverte blåresepter til RTV
- sende foreskrivende lege melding om utlevering
- sende fastlege melding om utlevering dersom pasient har gitt samtykke til det
- slette behandlede eller utløpte resepter
- formidle meldinger mellom andre aktører
- være tilgjengelig 24 timer i døgnet

Det er spesifisert at Pasientinnsyn modulen skal ivareta både lovverkets krav og pasientens behov for innsyn i egen reseptinformasjon. Pasientinnsyn i eResept vil bli gjennomgått i kapittel 3.5.

Motivasjon, gevinstpotensial og risiko

Motivasjonen og gevinstpotensial for den sentrale løsningen blir godene som hver aktør oppnår, disse vil bli gjennomgått i avsnittene under. Det er enkelte valg gjort i forbindelse med den sentrale løsningen som det er verdt å kikke nærmere på. Reseptbanken lagrer ikke historisk informasjon om resepter, når en resept er utgått vil den slettes. Dette gjøres av hensyn til personvern, men vil også bety at det er vanskelig for pasienten å senere få en fullstendig oversikt over sin legemiddelhistorikk med mindre dette inkluderes i pasientinnsyn modulen.

2.3 Leger og delprosjekt Rekvirent

Med rekvirent menes alle som har rett til å rekvirere, det vil si skrive ut, en gyldig resept. Dette omfatter hovedsakelig leger. Den offentlige helsetjenesten er en av de viktigste bærebjelker i den norske velferdssamfunnet og det finnes omtrent 1840 primærlegekontor og ca. 800 spesialistlegekontor i Norge [5]. Legene har vist seg å være en ressurssterk gruppe som er organisert gjennom ”Den Norske Lægeforening”. Legene har utarbeidet en egen plan for elektronisk samhandling kalt ELIN – etter tittelen: ”Utvikling av nye løsninger for elektronisk informasjonsutveksling for legepraksis”. Prosjektet ble satt i gang av Den norske legeforening etter initiativ fra Sosial- og helsedirektoratet. Målet med ELIN er å ”bidra til å etablere et tilbud av løsninger som dekker det enkelte legekontors behov for elektronisk samhandling med øvrige virksomheter innen sosial- og helsesektoren” [5 side 8]. Det finnes i dag syv ulike Elektronisk Pasient Journal (EPJ) systemer og det er et mål at all elektronisk samhandling fra legekontor skal kunne integreres i disse systemene.

Delprosjekt Rekvirent inngår i fase I av eReseptprosjektet og omfatter systemer hos fastleger og helseforetak. EPJ systemene skal utvides til å kunne sende eRecepter og utnytte data for foreskrivnings og ekspedisjonsstøtte. Rekvirentsystemene skal også kunne sende elektroniske søknader til SLV og RTV. Gjenbruk av etablerte fungerende løsninger, krav og meldinger skal sikres beste mulig. I fase II vil også støtte for FEST integreres.

Motivasjon, gevinstpotensial og risiko

I utfyllingen av resepter er det mye repetisjon av den samme informasjonen som går igjen på hver rekvisisjon. Potensialet for å unngå dobbeltarbeid og dermed effektivisere utleveringen er stor. Enda viktigere er muligheten for å unngå feilhåndtering av legemidler. Som påpekt i 1.1.1 er det så mye som 110.000 resepter per år inneholder såpass store feil at de setter pasientenes

helse i fare [18]. En annen gevinst av eResept er bedre retningslinjer og mer veiledning for riktig anvendelse av blåresepter. Ettersom foreskrivning utgjør en så stor del av arbeidsdagen er det viktig at legen får den nødvendige informasjonen og foreskrivningsstøtten han trenger. Dette vil innføres gjennom FEST i eReseptsystemet.

Det er også enkelte risikoer knyttet til innføring av et elektronisk system for sending av resepter. Ved innføring av et elektronisk system mister man mye naturlig interaksjon som er umulig å integrere i det nye systemet. Ett eksempel er hvordan selve overrekkingen av papirresepten til pasienten ofte er utgangspunkt for videre forklaringer og tilleggsinformasjon til pasienten. Det er først når pasienten ser selve resepten med påskrevne bemerkinger at han/hun blir klar over eventuelle uklarheter i bruk. Det er også ofte annet helsepersonell innblandet i utfylling eller overlevering av resepten, noe som automatisk gir en tilleggskontroll av at informasjonen er korrekt og tilstrekkelig og at ikke pasienter er forbyttet. Forbygging av pasient er en av de vanligste feilene ved bruk av EPJ. Når resepten sendes elektronisk er det risiko for at forbyggingen aldri oppdages og at pasienten får beskjed fra apotek om at resepten ikke finnes. En desto alvorligere problem ved forbygging er at man risikerer at en pasient henter ut medisin han/hun ikke skal ha.

2.4 Apotek og delprosjekt apotek

Apotekene i Norge betraktes som en del av det norske helsevesen, men drives i hovedsak som private næringsvirksomheter. Det er kun sykehusapotekene som er offentlig eid. Apotekene har ca 6000 ansatte hvorav de aller fleste er autorisert helsepersonell. Apoteker, provisor og reseptar har fellesbetegnelsen farmasøyt. Disse har rett til selvstendig å ekspedere legemidler etter resept og rekvisisjon og skal ha kompetanse i å veilede i riktig legemiddelbruk både til kunder og annet helsepersonell. Apoteketeknikerne er den største yrkesgruppen i apotek.

Apoteketeknikerne har ikke ekspedisjonsrett, men apoteketeknikerne har oppgaver i forbindelse med service- og kundekontakt, informasjon til publikum, varebehandling og kontorarbeid [36]. I 2004 ekspederte apotekene 24,6 millioner resepter hvorav 11,5 millioner var blåresepter [36].

Apotekene bruker datasystemet FarmaPro for faglig håndtering av resepter og oppgjør med trykdekontorer. Det er et komplett system for apotekdrift, integrert med egne løsninger for kassefunksjoner, fakturering, forsendelse, lager og bestilling. Alle apoteker er også pålagt å sende oppgjørskrav til RTV gjennom programmet APOK. APOK vil bli nærmere presentert i avsnitt 2.5.

Delprosjekt Apotek vil tilpasse FarmaPro til å hente reseptdata fra Reseptbanken og sende utleveringsmeldinger i retur. Systemet skal også sende en referanse til originalresept med i oppgjørskravet til RTV. APOK vil fases ut og fjernes, derfor må funksjonalitet for kommunikasjon erstattes lokalt. I fase II vil også støtte for FEST integreres.

Motivasjon, gevinstpotensial og risiko

Ved uthenting av resepter er det det samme problem med kopiering/duplisering av informasjon som ved rekvirering. Informasjonen fra resepten må testes inn manuelt og informasjonen må sjekkes opp mot lagerbeholdning, foreskrivningsregler, refusjonsordninger og kvalitetsrutiner. Dette er både tidkrevende og gir rom for mye feiltasting. Med et elektronisk system legges det til rette for raskere og mer presis ekspedering med færre feil.

En mulig risiko knyttet til innføring av eResept er svindel med resepter. Dersom pasienten ikke lengre trenger noen reseptblankett for å få utlevert legemidler vil det være enkelt å få utlevert andre pasienters medisiner ved hjelp av vedkommendes personnummer. Det er også en risiko for at ansatte kan "snoke" i andre personers resepter av nysgjerrighet og dermed bryte personvernloven. Et siste problem er signatur ved utlevering av varer på blåresept. Det er ikke funnet noen god løsning for dette og apoteket vil enten måtte investere i utstyr for elektronisk signering med penn eller ta imot signatur på papir og skanne/fotografere inn denne, noe som er både tungvint og ueffektivt.

2.5 Bandagister og delprosjekt bandagist

En bandagist er en helsearbeider som driver butikk med salg av helseartikler, formidling av medisinsk utstyr, informasjon og brukerstøtte. En bandagistforetning har normalt et bredere utvalg av helseprodukter enn ett vanlig apotek og omtrent 30 % av RTVs refusjonsbaserte medisinske utstyr på blå resept, men har ikke tillatelse til salg av reseptbelagte legemidler. Bandagist ansatte har på samme måte som apotek ansatte taushetsplikt og må behandle alle opplysninger konfidensielt.

Det er to hovedsystemer i bruk hos bandagist, FarmaPro som er omtalt ovenfor og ArdisResept som er et datasystem spesiallaget for håndtering av blåresepter for bandagister. Den største forskjellen på FarmaPro og ArdisResept er at FarmaPro har kryptering integrert, mens ArdisResept krever et tilleggsprogram for kommunikasjon med andre systemer hvor kryptering er pålagt.

Delprosjekt Bandagist vil ha de samme funksjonelle komponenter som delprosjekt apotek, for programmet FarmaPro vil forskjellen ligge i at bandagister får et filter slik at de ikke får tilgang til aktive resepter på legemidler bandagisten ikke har salgstillatelse på.

Motivasjon, gevinstpotensial og risiko

De samme argumenter som er brukt for apotek i 2.4 er gjellende her. Samtidig ser mange bandagister en gevinst i at man ved innføringen av eResept vil få et reelt fritt apotek valg ettersom mange legekontorer i dag har avtaler med apotek og sender resepter direkte dit.

2.6 RTV og delprosjekt RTV

Trygdeetaten forvalter Folketrygdloven og en rekke andre større og mindre sosiale overføringsordninger som barnetrygd, kontantstøtte, krigspensjon, barnebidrag og avtalefestet pensjon. Trygdeetaten administrerer også ordningen med refusjon for varer på blåresept. Rikstrygdeverket inngår som en del av trygdeetaten og er et sentralt direktorat.

APOK er navnet på trygdeetatens program for elektronisk kontroll av regninger som er innført mellom apotek, bandagistforetning og regional oppgjørsenhet i trygdeetatens oppgjørsorganisasjon. Programmet er plassert ute hos apotek og bandagistforetninger slik at regningene blir kontrollert før de sendes til trygdeetaten. Delprosjekt RTV vil utvikle et nytt system som mottar og foretar oppgjørskrav i henhold til økonomireglementets krav. RTV komponenten omfatter nytt system for kontroll av blåresepter, samt mottak av søknad om individuell godkjenning av refusjon for legemidler. I fase II vil også støtte for automatisk behandling av søknad integreres.

Motivasjon, gevinstpotensial og risiko

RTV vil ha et mye bedre utgangspunkt for å utføre sin forvalter- og kontrollfunksjon. Informasjon fra alle blåresepter vil være tilgjengelig for RTV elektronisk og dermed forenkle oppgjøret. RTV vil også raskere nå ut med regelverksendringer og kriterier knyttet til refusjonspunkter i blåreseptforskriften.

2.7 SLV og delprosjekt foreskrivnings- og ekspedisjonsstøtte

Statens legemiddelverk skal sikre at de legemidlene som brukes i Norge har god kvalitet, er trygge å bruke og har forventet virkning. Legemiddelverket er en etat under Helse- og omsorgsdepartementet og forvalter apotekloven og legemiddeloven. Blant de viktigste oppgavene til SLV er å vurdere søknader om markedsføringstillatelse for legemidler samt godkjenne legemidler på blåresept.

SLV er ansvarlig for delprosjekt foreskrivnings- og ekspedisjonsstøtte (FEST) som er et databasesystem der rekvirent og utleverers system henter ut nødvendig informasjon om varene som inngår i eResept. I tillegg skal systemet gjøre SLV i stand til å ta imot søknader fra rekvirent om godkjenningsfritak. I fase II vil også støtte for automatisk behandling av søknad integreres.

Motivasjon, gevinstpotensial og risiko

Hovedgevinsten for SLV er at de bedre kan utfylle sin rolle og gi rekvirent og utleverer tilgang til relevant og korrekt informasjon.

3. Pasienter

I dette kapitlet skal jeg se nærmere på hvordan pasienter påvirkes av utviklingen mot et mer digitalt samfunn og helsevesen. Jeg vil se på bruken av teknologi i Norge og hvilke krav som stilles til borgernes digitale kompetanse nå som stadig flere tjenester digitaliseres. Videre vil jeg se på hvordan digitale skiller oppstår som en konsekvens av digitaliseringen og fremveksten av den digitale pasient. Jeg vil også presentere hvordan pasientinnsyn er tenkt i det nye eResept systemet og hvilke krav dette stiller til personvern. Til slutt vil jeg se på hvilke erfaringer som er gjort i andre land.

3.1 Bruk av teknologi

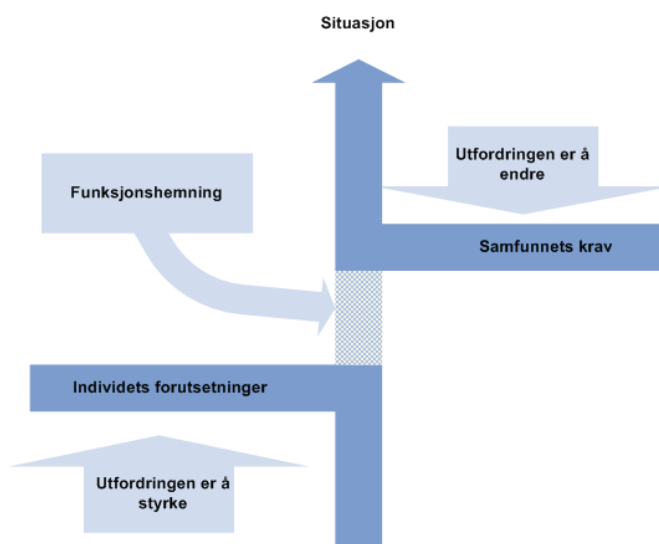
Regjeringens IT-politiske plan eNorge2009 uttaler at ”*regjeringen ønsker et kunnskapssamfunn hvor alle kan delta og hvor potensialet i informasjonsteknologien utnyttes*” [13 side 2]. Vi skal alle bli e-borgere, samfunnsborgere med tilstrekkelige Internett- og datakunnskaper til å orientere oss i et stadig mer selvbetjent samfunn. Norge er et rikt land karakterisert av velferd og ny teknologi får ofte en raskere distribusjon her i forhold til mange andre land [9]. Statistisk sentralbyrås undersøkelser viser at på en gjennomsnittelig dag i 2004 [63]:

- brukte 36 % nordmenn PCen sin hjemme
- sendte eller mottok 63 % en e-post
- hadde 85 % en privat telefonsamtale
- ble det gjennomført 3,7 private samtaler per norske innbygger
- ble det sendt 3,1 private SMS

Ni av ti nordmenn bruker Internett for kommunikasjon som e-post eller chat. Andre populære bruksområder er innsamling av informasjon og online tjenester som bank eller e-handel [63]. Samferdselsminister Liv Signe Navarsete (Sp) har uttalt: ”*Regjeringen har som mål at alle husstander og virksomheter i hele landet skal ha tilgang til et framtidsrettet bredbåndsnett til rimelige og likeverdige vilkår*” [74]. Telefonen er også en veldig viktig del av de fleste hverdag. Nesten 100 % av befolkningen mellom 13 og 79 år eier en mobiltelefon, men fra 79 år faller andelen raskt. Statistikken over viser utstrakt bruk av telefonen og det er en tendens til at forbruket er økende. Post- og teletilsynets tall fra 2005 viser at hver mobiltelefonbruker snakker 49 minutter lengre, sender 66 flere SMS og 14 flere MMS per halvår [42].

3.2 Krav til digital kompetanse og digitale skiller

Digitaliseringen av samfunnet setter krav til evnen til å gjøre innkjøp over Internett, håndtere din egen bankkonto over nettet eller bruke Internett til å finne og søke på jobber. I utdannings- og forskningsdepartementets utredning ”I første rekke” [73] defineres ”digital kompetanse” som en basiskompetanse på linje med lesing og skriving. Med regjeringens eNorge plan samt digitaliseringen av helsevesenet vil enda flere krav bli stilt til borgerne. Alt dette fører til at deltakelse i arbeidsliv, fritids- og sosiale aktiviteter økende er avhengig av deltakerens adgang til, og mestring av, IKT.



Figur 3-1 Gap-modellen [53 side 9]

Modellen i illustrasjonen over viser forholdet mellom samfunnets krav og individets forutsetninger. Selv om modellen er laget med tanke på funksjonshemninger kan den også brukes mer generelt i tilknytning til krav om digitalkompetanse og digitale skiller.

Økende digitalisering fremhever forskjellen mellom dem som har adgang til nødvendig teknologi og dem som ikke har det. Et todelt samfunn er et samfunn med et stort skille mellom dem med og dem uten aksess til informasjonsteknologi og kommunikasjonstjenester. Mange forfattere har kalt dette for et digitalt skille og Frønes bruker denne definisjonen:

”Digitale skiller forstås som sosiale, økonomiske og kulturelle skiller som drives fram eller aksentueres frem av de digitale prosesser og av informasjonsteknologien” [14 side 9].

Men mens forskjellen mellom dem som har adgang og dem som ikke har er enkel å se, er andre forskjeller mer diffuse. Det er viktig å huske at tilgang er ikke det samme som bruk og bruk er ikke det samme som digital kompetanse. Sosiale skiller dannes altså ikke bare av ulik tilgang, men også av de ulike nivåene på ferdighetene til å bruke teknologien, utviklet etter hvilke aktiviteter brukeren bestemmer seg for å bruke tid på. Det er dette som avgjør om brukeren drar fordeler av den nye teknologien eller faller på utsiden. Selv om Internettilgangen i Norge er høy, ser vi store forskjeller i bruk, både på tvers av alder og på tvers av sosiale skiller. Undersøkelser har vist at dem med høyest utdanning og størst inntekt også er dem med mest tilgang til IKT verktøy og med best ferdigheter på bruk av teknologi. Det er også slik at disse gruppene bruker IKT mest med et nyttefokus mens grupper med lavere sosial status bruker IKT mer til underholdning [50].

Mens yngre generasjoner er vokst opp med Internett og mobiltelefoner og ser det som en naturlig del av hverdagen har foreldre og besteforeldre vokst opp i en annen tid og har gradvis blitt fortrolige med teknologien. Blant de eldre i samfunnet er det fortsatt mange som ikke mestrer alt det nye, og flertallet har heller ingen interesse for å lære. Alt dette fører til at vi får et delt samfunn der noen blir ekskludert mens andre lever i et stadig mer teknologirikt miljø. Mobiltelefonen utgjør et unntak ettersom mobilpenetrasjonen ligger på nesten 100 %. Men det er også her viktig å huske den store nedgangen i andel brukere etter fylte 79 år. Samtidig er det nærliggende å tro at dette vil endre seg ettersom vi får nye generasjoner eldre som er mer fortrolige med teknologi.

Tilgang, tilgjengelighet og brukervennlighet

Tilgang, tilgjengelighet og brukervennlighet er begreper som ofte brukes om hverandre. I virkeligheten er det stor forskjell mellom disse og det er viktig å være denne forskjellen bevisst. Tilgang betyr at man har både adgang til og lov til å benytte en tjeneste eller et produkt, mens tilgjengelighet omfatter både tilgang og at brukeren makter å nyttegjøre seg av tilgangen. Mens tilgang kan defineres, enten har man tilgang eller så har man ikke, er tilgjengelighet mer diffust. To som har samme tilgangsrettigheter har ikke nødvendigvis samme tilgjengelighet. Enda mer subjektivt er brukervennlighet. Det som oppleves som brukervennlig for en person er ikke nødvendigvis brukervennlig for en annen. Ulike mennesker har ulik kompetanse og ulik oppfatning av hva som er enkelt og effektivt å bruke.

Spesielt er det slik at personer med funksjonshemninger ofte har problemer med tilgjengelighet og setter større krav til brukervennlighet. Totalt kan så mange som 10-15 % av befolkningen ha en eller annen form for nedsatt funksjonsevne som vanskeliggjør bruk av mobiltelefon eller Internett [34]. I tillegg er pasienter ofte implisitt funksjonshemmet når de er syke. Eldre og personer med funksjonshemming er grupper som i stor grad kan ha nytte og glede av Internett. eHandel, underholdning og offentlige tjenester som pasientinnsyn er bare tastetrykk unna og kan være av stor verdi for dem som har problemer med å komme seg ut av boligen. For at denne gruppen skal kunne nyttegjøre seg av pasientinnsyn via web er det viktig at det brukes et inkluderende design. Inkluderende design kan defineres som:

- ”Design av produkter og tjenester som kan brukes av så mange som mulig i en stor variasjon av brukssituasjoner” [30].
- ”Utforming av produkter og omgivelser på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i en så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpasning og en spesiell utforming” [62].

En kan si at *ved universell utforming integreres det spesielle i det generelle* [34]. Det motsatte av inkluderende design er spesialtilpasninger slik som telefoner med ekstra store taster for folk med dårlig syn eller eldre som skjelver på hånden. Et annet eksempel er teksttelefon for døve. Ved å bruke virkemidler for universell utforming kan man minske noe av behovet for spesialtilpasninger og samtidig øke tilgjengelighet og brukervennlighet for alle brukere.

3.3 Den digitale pasient

LeGrand uttrykte allerede i 1982 at det er grunn til å tro at høyt utdannede personer har bedre tilgang til helsetjenester, ikke bare på grunn av bedre økonomi, men fordi de har høyere egenkompetanse [36]. Denne egenkompetansen gir dem mer innsikt i sin sykdomstilstand og i de behandlingstilbud som finnes slik at de får en kvalitativt bedre behandling. Ved hjelp av Internett vil denne gruppen mennesker nå ha enda bedre tilgang til informasjon om egen helse og mulige behandlingstilbud. De mest ressurssterke pasientene går over fra å være passive mottakere av syketjenester til å bli aktive deltakere i behandlingssituasjonen. En konsekvens av dette er at mange behandlings- og omsorgstrengende ønsker å være bedre informert og ta mer aktivt del i sin behandlingssituasjon. Internett har vokst seg frem til å bli en naturlig kanal for dialog med en voksende del av befolkningen, for noen pasientgrupper kanskje den viktigste, mens andre grupper kan sees som utelukket fra denne informasjonen. Dette skaper et skille mellom dem som håndterer den nye teknologien og dem som ikke makter å nyttegjøre seg av de nye mulighetene. Herunder faller naturlig mange eldre og dem med alvorlige og kroniske sykdommer.

Søk på ordet ”helse” gav 23 800 000 treff på Google i april 2006. I 1999 skrev Hjordt Dahl m. fl. en artikkel om hvordan kombinasjonen av ny informasjonsteknologi og en økende konsumentbevissthet i befolkningen fører til mer krevende pasienter og større utfordringer for legene. Tre fjerdedeler av norske leger hadde i 1999 opplevd at pasienter eller pårørende har medbrakt informasjon de har funnet på Internett [28]. På grunn av den økende Internett bruken de siste årene er det naturlig å anta at andelen er høyere i dag.

Som en konsekvens av den teknologiske utviklingen innenfor medisin og helsevesen, så vel som fremveksten av informasjonssamfunnet mer generelt, skriver Tjora om den digitale pasienten. Han deler denne pasienten inn i fire ulike typer [70]:

- den oppkoblede
- den dannede
- den digitaliserte
- den overvåkede

De to første pasienttypene er aktive varianter og kan kalles digitalt kompetente pasienter. Den *digitalt oppkoblede* pasienten benytter de tilgjengelige ressursene til å sette en diagnose på seg selv, eller eventuelt til å kartlegge hvilke diagnoser det er sannsynlig at man kan komme til å få. Den *digitalt dannede* pasienten har en kritisk tilnærming til informasjonen og er i stand til å reflektere over sin egen rolle i forhold til helserelevante IKT ressurser. Ved innføringen av telemedisin er også den *digitaliserte* pasienten blitt mulig. Det er mulig å overføre digitale data om pasienten, eller digitale representasjoner av pasienten, som bilder og lyd, til en annen fysisk lokasjon. Det at sykehusene digitaliserer journalene til pasientene er også med på å danne en digital representasjon av pasienten. Den *digitalt overvåkede* pasienten er mulig gjort gjennom utvikling av IKT-verktøy som ved hjelp av sensorer overvåker en pasients helsetilstand og slår alarm hvis noe er galt.

3.4 Personvern

Den kanskje mest brukte definisjonen på personvern er Alan Westins:

“Privacy is the claim of individuals, groups or institutions to determine for themselves when, how and to what extent that information about them is communicated to others” [76].

Fram til 2001 var personvernlovgivningen i Norge sentrert rundt Datatilsynet og man måtte ha tillatelse for å opprette personregistre som skulle gjøre bruk av elektroniske hjelpemidler, eller inneholdt sensitiv informasjon [21]. En ny lov⁶ trådte i kraft 1. januar 2001 som er mer i tråd med direktivene fra EU av 1995 [32]. Veldig forenklet kan man si at den nye loven fokuserer på nødvendighet eller samtykke. Det er spesielt punktet med samtykke som åpner opp for helt nye muligheter til å samle inn og bruke persondata, og som gir spesielle brukerutfordringer.

I følge datatilsynet opprettes det mellom 1000 og 1500 helseregistre årlig [10]. Dette er primært knyttet til medisinsk forskning. I tillegg eksisterer en rekke såkalte kvalitetsregistre ved de enkelte helseforetak. Totalt sett er dette en blanding av frivillige registreringer og registre hvor vi alle er pliktige å være registrert. I en slik oppsamling og organisering av personopplysninger kan det forekomme sensitive opplysninger om en person. En slik samling av sensitive opplysninger kan være, eller oppfattes å være, en krenkelse av den enkelte persons privatliv.

⁶ Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)

Helseregisterets formålsbestemmelse i § 1 legger særlig vekt på at behandlingen av helseopplysninger skal skje i samsvar med grunnleggende personvern hensyn:

§ 1. Lovens formål

Formålet med denne lov er å bidra til å gi helsetjenesten og helseforvaltningen informasjon og kunnskap uten å krenke personvernet, slik at helsehjelp kan gis på en forsvarlig og effektiv måte. Gjennom forskning og statistikk skal loven bidra til informasjon og kunnskap om befolkningens helseforhold, årsaker til nedsatt helse og utvikling av sykdom for administrasjon, kvalitetssikring, planlegging og styring. Loven skal sikre at helseopplysninger blir behandlet i samsvar med grunnleggende personvern hensyn, herunder behovet for personlig integritet, privatlivets fred og tilstrekkelig kvalitet på helseopplysninger. [26]

Tilgjengelige, presise og tilstrekkelige pasientopplysninger er nødvendige for at pasienten skal få en god og sikker behandling og det blir derfor nødvendig å balansere pasientsikkerhet opp mot hensyn til personvern.

Opplysninger i eReseptdatabasen

Opplysningene i eReseptdatabasen må være personidentifiserbare. Databasen skal inneholde samme informasjon som i dag kreves dokumentert i "Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek" [23].

Per i dag skal resepten påføres følgende opplysninger om personen legemiddelet er rekvirert til:

1. Fornavn,
2. etternavn,
3. kjønn,
4. fødselsnummer og
5. adresse.

[27] § 5-7

Resepten skal også påføres følgende opplysninger om reseptutsteder:

1. Navn,
2. id-nummer i Helsepersonellregisteret og
3. yrke.

[27] § 4-2

3.5 Pasientinnsyn

Både lege, apotek og pasient mangler ofte oversikt over hvilke medisiner pasienten bruker til enhver tid. Pasientrettighetsloven fastsetter hvilke rettigheter pasienter har i forhold til helsevesenet. Blant rettighetene finner vi pasientens rett til informasjon, krav til informasjonens form og rett til vern mot spredning av opplysninger [23]:

§ 3-2. Pasientens rett til informasjon

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen

§ 3-5. Informasjonens form

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.

§ 3-6. Rett til vern mot spredning av opplysninger

Opplysninger om legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger skal behandles i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Opplysningene skal behandles med varsomhet og respekt for integriteten til den opplysningene gjelder.

Taushetsplikten faller bort i den utstrekning den som har krav på taushet, samtykker.

Dersom helsepersonell utleverer opplysninger som er undergitt lovbestemt opplysningsplikt, skal den opplysningene gjelder, så langt forholdene tilsier det informeres om at opplysningene er gitt og hvilke opplysninger det dreier seg om.

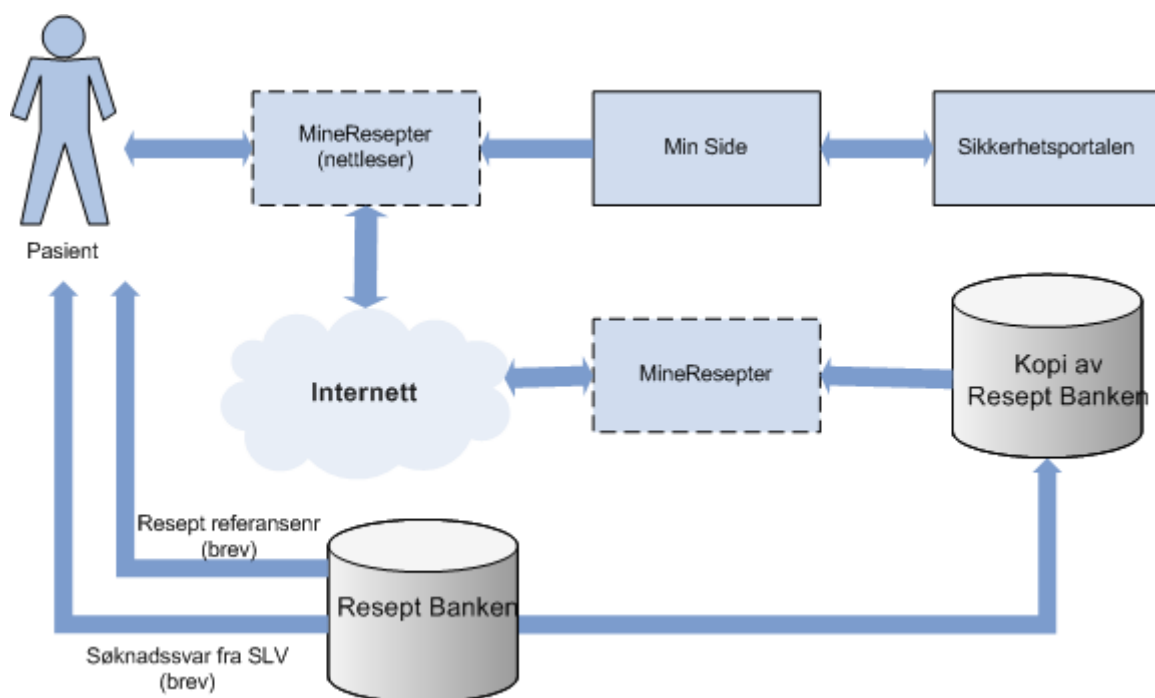
Med utviklingen av Internett og mobiltelefoner samt stadig nye og bedre mekanismer for informasjonssikkerhet åpnes nye muligheter for hvordan pasienten kan få tilgang til informasjon om sin helse.

Pasientinnsyn i eResept

Som allerede nevnt har pasientene rett til innsyn i informasjon som er lagret om dem. Pasientinnsynet i eResept, kalt MineResepter skal oppfylle dette kravet samt være en tjeneste for pasientene. Funksjonaliteten som skal utvikles i MineResepter omfatter [57]:

- Autentisering av pasienter (gjøres av Sikkerhetsportalen)
- Visning av resepter inkludert utlevering for en pasient
- Oversikt over søknader til SLV inklusiv status
- Oversikt over søknader sendt til RTV
- Fremvising og utskriving av reseptinformasjon
- Muligheter for å opprette personlig profil som blant annet påvirker hvilken informasjon som vises for pasienten og hvordan informasjonen presenteres
- Fullmaktshåndtering for innsyn (delegering av rett til innsyn i en pasients resepter vil kunne gjøres direkte av pasienten eller ved at pasienten henvender seg til en administratorfunksjon)

Figur 3-2 viser pasientinnsyn som skissert i den Detaljerte Funksjonelle Spesifikasjonen til eResept [57].



Figur 3-2 Pasientinnsyn som planlagt i eResept [57]

Som vi ser av figuren er det ingen kontakt mellom Reseptbanken og Internett, dette fordi Reseptbanken skal ligge i Norsk Helse Nett som har mye innebygd sikkerhetsfunksjonalitet. I stedet vil det være en kopi av Reseptbanken som kommuniserer med MineResepter som igjen er tilgjengelig via Internett. Pasientinnsyn i eResept var planlagt gjennom nettsiden MinSide, men ettersom denne nå er utsatt på ubestemt tid er det usikkert hvordan pasientinnsyn skal realiseres. Det er også mulig med en egen side, www.mineresepter.no er foreslått, men også denne siden vil være avhengig av at partene kommer frem til en god løsning på sikkerhetsproblematikken. Datatilsynet stiller seg kritiske til en Internettbasert løsning ettersom de mener helseopplysninger ikke bør være tilgjengelig via Internett.

3.6 eReseppterfaringer fra andre land

Elektroniske resepter er allerede tatt i bruk i en rekke andre land, eller de er i ferd med å gjøre det. Jeg vil spesielt se nærmere på erfaringene fra Storbritannia og våre to naboland Sverige og Danmark med fokus på pasientene.

3.6.1 Storbritannia

I Storbritannia satser de på en gradvis innføring av eResept. Første fase av elektroniske resepter ble implementert i 2005 og prosjektet er forventet ferdigstilt innen 2007, da skal systemet være i drift over hele landet. Her vil resepten sendes til det apoteket kunden velger. I fase I vil kunden fortsatt måtte ha med en resept, den eneste forskjellen er at resepten får en strekkode som apoteket bruker til å skanne inn reseptinfo slik at man unngår dobbeltarbeid med inntasting av info. I fase II vil rekvirents system oppgraderes til å signere resepten elektronisk, og pasienter som har oppgitt ett foretrukket apotek trenger ikke lenger få med en papirresept. Alle rekvirenter og apotekansatte må bruke et smartkort til å identifisere seg. I fase II kobles også statlig oppgjørshet til systemet slik at det kan sendes elektroniske oppgjørskrav gjennom systemet [38].

3.6.2 Sverige

Sverige har hatt elektroniske resepter siden 2000. I november 2005 ble drøyt 1 350 000 resepter overført elektronisk fra rekvirent direkte til apotek, noe som er verdensrekord i antall elektroniske resepter[1]. I dag sendes ca 44 % av reseptene elektronisk og målsettingen er at 80 % av alle resepter skal være elektroniske innen 2010. Altså vil det ta ti år å få til 80 % dekning, dette gir et bilde av hvor lang tid en slik innføring tar. I Sverige har de sendt reseptene direkte til det enkelte apotek, men det ble i 2005 åpnet for å sende resepten til den ”Nationella e-recept brevlådan” som er tilgjengelig for alle apotek i Sverige. Papirresept vil fungere som et alternativ i overskuelig fremtid.

I Sverige jobbes det med å opprette ett personregister med liste over hvilke legemidler hver innbygger har hentet på apotek de siste 15 månedene (Läkemedelsförteckningen). Formålet med registreringen er bedre foreskrivning og pasienten kan ikke reservere seg mot å bli registrert. Fra våren 2006 skal pasientene få innsyn i Läkemedelsförteckningen via Internett eller ved uttak på apoteket. Her skal pasientene få innsyn i informasjon om legemidlene samt få tilgang til en logg over hvem som har sett i listen.

3.6.3 Danmark

Danmark begynte med elektroniske resepter allerede i 1993 og hadde i 2005 en dekning på 80 % elektroniske resepter. Hver rekvirent kan kun sende resepter til ett apotek og elektronisk resept er derfor mest utbygd på mindre steder, med kun ett apotek, mens tradisjonelle papirresepter fortsatt brukes i stor grad i byene. Det er vedtatt at det skal etableres ett nasjonalt register også i Danmark og dette skal etter planen være i drift fra oktober 2006.

På nettstedet <http://www.medicinprofilen.dk> kan den enkelte pasient samt behandlende lege se en oversikt over hvilke legemidler pasienten har fått på resept de siste to årene. Ordningen er obligatorisk og det er ikke mulig for pasienten å reservere seg mot registreringen. Formålet med Mediscinprofilen.dk er å forbedre kvaliteten av medisinsk behandling og forebygge at innbyggerne får foreskrevet feil medikamenter. Alle oppslag i profilen logges og det er kun borgeren som har adgang til opplysningene i loggen. I Danmark har de også innført kjøp av medisiner over nett i tilknytting til eResept. Det betyr at pasientene kan bestille medisiner direkte fra Apoteket.dk sine hjemmesider [2].

3.6.4 Andre land

I Finland har det vært gjennomført prøveprosjekter siden 2004. De har opprettet en sentral database hvor informasjonen har vært lagret i 20 måneder og pasientene har måttet gi skriftlig samtykke til å delta i prøveprosjektene. Det er mulig å beskytte reseptinformasjonen med en sifferkode slik det er tenkt i det norske systemet. I Island har det vært elektroniske resepter siden 1998, men uten bruk av noen sentral database, det jobbes nå med innføring av en sentral og landsdekkende database, men denne er kun for resepter som skrives ut i den offentlige primærhelsetjenesten og en del av sykehusene. Privatpraktiserende leger er foreløpig ikke med på prosjektet.

3.7 Oppsummering bakgrunn og teori

Så langt har vi gjennomgått bakgrunnen og teorien rundt resepter og pasienter. Med så mye informasjon er det nå på tide med en liten oppsummering av de viktigste elementene når elektronisk resept skal vurderes mot pasienters behov:

- Ca. 110.000 resepter per år inneholder så store feil at de setter pasientenes helse i fare.
- Som en del av planen eNorge2009 er det slått fast at alle nye interaktive tjenester som har innbyggerne som målgruppe, skal utvikles slik at de kan være tilgjengelige gjennom innbyggerportalen MinSide fra det tidspunkt de lanseres.
- Det har vært gjennomført et forprosjekt for eResept som har kommet frem til en sentral løsning med en nasjonal database for elektronisk overføring av reseptinformasjon. Forprosjektet fastslår blant annet at:
 - eResept skal inneholde en modul kalt FEST – Foreskrivnings- og ekspedisjonsstøtte som skal gi støtte ved rekvirering og utlevering av reseptvarer.
 - forskrivende lege skal få en utleveringsmelding når pasienten henter ut sine medisner.
 - eResept skal ha funksjoner for å sende elektroniske søknader til SLV og RTV.
 - eResept skal forenkle oppgjør og kontroll hos RTV
 - pasientinnsyn skal via MinSide skal være en del av eResept.
- Bruken av mobiltelefon og Internett er veldig høy i Norge.
- Stadig flere bruker Internett til å kommunisere med helsetilbydere samt til å finne informasjon om sin helsetilstand og mulige behandlingstilbud.
- Dette skaper et digitalt skille mellom de med og uten tilgang til teknologien og mellom de med de uten digital kompetanse.
- Helseopplysninger er ofte sensitiv informasjon og det er derfor veldig viktig å ivareta pasientens personvernsbehov.
- Pasienten har rett til informasjon om sin helse og denne informasjonen skal gies på en lettfattelig og hensynsfull måte.
- I Sverige og Danmark har de hatt elektroniske resepter i flere år og er i ferd med å gå fra en distribuert løsning hvor resept sendes direkte til apotek til en sentral løsning med en nasjonal database.

Disse punktene vil bli tatt med videre i kapittel seks når et forslag til eReseptløsning som best mulig ivaretar de ulike pasientgruppers behov skal presenteres.

4. Metode

I dette kapitlet vil jeg diskutere og analysere ulike metodiske tilnærminger for datainnsamling generelt og for denne oppgaven spesielt. Først vil jeg argumentere for mitt valg av metoder, deretter vil jeg gå gjennom hver metode og sette den i sammenheng med min egen datainnsamling.

4.1 Valg av metode

Det er hovedsakelig to metodiske tilnæringsmåter når en vil generere egne data: kvalitative og kvantitative. Den grunnleggende forskjellen ligger i at kvalitativ informasjon vanligvis er registrert som tekst, lyd eller bilder, mens kvantitativ informasjon normalt registreres som tall. Dermed kan kvantitative undersøkelser involvere store utvalg mens kvalitative undersøkelser gir mye og detaljrik informasjon om et mindre utvalg av respondenter. Kvalitative metoder søker å gjøre dybdeanalyser og vektlegger signifikans og konsekvenser mens kvantitative undersøkelser vektlegger nummer og målbarhet.

Tabell 4-1 Kjennetegn ved kvalitative og kvantitative tilnærminger i samfunnsvitenskapelig metode [30 side 77]

	Kvalitativ tilnærming	Kvantitativ tilnærming
<i>Type data</i>	Kvalitative (myke) data, det vil si tekstutsnitt (eventuelt bilde- eller lydutsnitt) som belyser teoretiske ”variabler” eller kategorier.	Kvantitative (harde) data, det vil si at teoretiske variabler gjøres om til operasjonaliserte variabler som kan måles med tall eller ved at informasjonen gjøres om til tallkoder.
<i>Fleksibilitet</i>	Stor	Forholdsvis liten
<i>Dataanalyse</i>	Fortolkning	Opptelling
	Løpende og integrert med datainnsamling	Etter datainnsamling
<i>Nytte ut over den konkrete undersøkelsen</i>	Overførbarhet	Statistisk generalisering

Dette skillet er ikke absolutt og en kan ofte med fordel bruke kvalitative og kvantitative elementer i en og samme undersøkelse i en kombinasjon kalt metodetriangulering [69]. Triangulering betyr å peile inn et punkt fra tre kanter, og i samfunnsvitenskapen betyr det å se et fenomen fra flere perspektiver. Altså at forskeren samler inn og analyserer data ved hjelp av flere forskjellige teknikker. Holme & Solvang lister opp en rekke fordeler ved å bruke triangulering, blant de viktigste finner vi at gyldigheten til metoden testes og at tillitten til analyseresultatene styrkes når ulike metoder fører til samsvarende konklusjoner [29].

Jeg ønsker å bruke en kvalitativ undersøkelse som forberedelse til en mer omfattende kvantitativ undersøkelse. Det er to mål jeg vil prøve oppnå med den kvalitative delen, først vil jeg sjekke om informantene forstår spørreskjemaet samt kontrollere om de gir de samme svarene når de først fyller ut et skjema alene som etter jeg har gitt en dypere forklaring av systemet hvor de har anledning til å tenke mer over temaet samt stille spørsmål. Den andre grunnen til at jeg vil gjennomføre en kvalitativ undersøkelse er at dette gir meg muligheten til virkelig å gå i dybden og undersøke hvilke holdninger vanlige mennesker har rundt innføringen av eResept.

4.2 Intervju

Ifølge Ringdal [49] er det fire hovedkategorier kvalitative analyser:

- Case-studier
- Feltundersøkelser
- Deltakende observasjon
- Samtaleintervjuer

Årsaken til at valget falt på intervju er at jeg ser dette som en effektiv og praktisk måte å få et inntrykk av hva vanlige folk mener om eResept og hvilke ønsker de har for personvern og pasientinnsyn. Antakeligvis kan disse intervjuene gi meg ny input og føre til at jeg ser nye og uventede problemstillinger. Det ville også være vanskelig å gjennomføre noen av de andre typene analyse ettersom legebekker og uthenting av medisiner er beskyttet av taushetsplikten.

Et intervju kan bli sett på som ”en samtale med et formål” [33]. Intervjuer er en del av de fleste typer kvalitativ design, men kan også sees som en uavhengig metode. Målet med et intervju er å oppnå innsikt og samle informasjon heller enn å oppnå målbare, teoretiske fakta. Det er fire hovedtyper intervju: *ustrukturerte*, *strukturerte*, *semi-strukturerte* og *gruppe intervju* [12]. De første tre er navngitt etter graden av kontroll intervjueren har over samtalen ved å følge et forhåndsdefinert sett med spørsmål. I den fjerde intervjuformen samler intervjueren en gruppe intervjuobjekter og guider dem gjennom en diskusjon med forhåndsspesifiserte temaer. Jeg har valgt å gjennomføre semi-strukturerte intervjuer ettersom jeg anser en intervjuguide som et nyttig verktøy for å sikre at alle temaer dekkes. Samtidig gir denne strukturen en viss type fleksibilitet og åpner for uventede vendinger i samtaler slik at nye problemstillinger kan komme frem. Intervjuguidene slik de er brukt i intervjuene finnes i appendiks A og B.

Ifølge Robson kan et intervju deles inn i fem ulike faser[51]:

1. En *introduksjon* hvor intervjueren introduserer seg selv og forklarer hvorfor han/hun gjennomfører intervjuet, forsikrer intervjuobjektet om etiske problemstillinger, og spør om det er greit at intervjuet taes opp. Denne fasen bør være lik for hvert intervju.
2. En *oppvarmingsperiode* hvor enkle, ikke-truende spørsmål stilles først. Dette kan være spørsmål om demografisk informasjon, slik som “Hvor bor du?”
3. En *hoveddel* hvor spørsmålene stilles i logisk rekkefølge med de vanskeligste til slutt.
4. En *avrundingsperiode* bestående av noen få enkle spørsmål (for å senke spenningen dersom den har oppstått).
5. En *avslutningsfase* hvor intervjueren takker intervjuobjektet og slår av opptakeren for å signalisere at intervjuet er over.

Intervjueren er ansvarlig for å få intervjuobjektet tilbake til fokus dersom det blir for mange digresjoner. Det kan ofte være nødvendig å modifisere intervjuguiden etter hvert som intervjueren oppnår ny innsikt underveis i prosessen [69]. Hver informant vil bidra med noe ny innsikt som kan belyse nye aspekter ved temaet som dekkes. Derfor kan det være lurt å velge en åpen tilnærming med mye fleksibilitet.

4.2.1 Utvelgelsesprosessen

Kvalitative studier er basert på en *strategisk utvelgelsesprosess*, noe som betyr at informantene velges på grunnlag av at de innehar særskilte kvaliteter og kvalifikasjoner som er betydningsfulle i forhold til temaet for prosjektet [69].

I følge Thagaard [69] er det to hovedmåter å rekruttere informanter på:

- *Tilgjengelighetsutvalg*: når seleksjonsmåten er basert på tilgjengelighet for forskeren
- *Snøballmetoden*: når forskeren først kontakter noen få personer som innehar de ønskede kvalifikasjoner og ber disse anbefale andre informanter

Jeg begynte min utvelgelsesprosess med å avgjøre hvilken type informanter som ville gi den mest nøyaktige og samtidig mangfoldige informasjonen. Prosessen med å definere kategorier som skal representeres og deretter å velge informanter i hver gruppe kalles *kvoteutvelging* [4]. Min kvoteutvelging resulterte i 8 intervjuobjekter; 2 som jobber i hjemmesykepleien og håndterer kundenes resepter og 6 pasienter/kunder. Disse delte jeg igjen inn i tre ulike aldersintervaller: 18-29 år, 30-59 år og 60 eller eldre og bestemte å prøve finne to intervjuobjekter i hver aldersgruppe, en kvinne og en mann. I hjemmesykepleien ble det naturlig å intervju to kvinner på grunn av de skjeve kjønnsfordelingen i sektoren. Oversikt over de åtte informantene finnes i tabell 4-2.

Tabell 4-2 Oversikt over intervjuobjekter

Hjemmesykepleie		Pasient/kunde 18-29 år		Pasient/kunde 30-59 år		Pasient/kunde 60 + år	
Kvinne	Mann	Kvinne	Mann	Kvinne	Mann	Kvinne	Mann
XX		X	X	X	X	X	X

Min utvelgelses metode ble en kombinasjon av tilgjengelighetsutvalg og snøballmetoden. Jeg valgte å gjennomføre intervjuene i Larvik som er min hjemby ettersom jeg har et mye større kontaktnettverk der. Jeg begynte med å kontakte venner av familien og fikk i enkelte tilfeller disse til å anbefale andre intervjuobjekter igjen. Se appendiks C for mer detaljer om intervjuobjektene.

4.2.2 Gjennomføring

Kvalitative metoder er karakterisert ved et fleksibelt forskningsopplegg hvor det er viktig at datainnsamling og analyse foregår parallelt slik at forskeren underveis kan tilpasse den videre datainnsamlingen til tidlige analyser av materialet [69]. Jeg begynte med å tidlig skrive en intervjuguide som jeg så reviderte flere ganger før jeg startet med intervjuene. Dette var del av en modningsprosess hvor jeg gradvis ble mer bevisst hva jeg ville undersøke. Samtlige intervjuer ble foretatt ansikt-til-ansikt, tatt opp og siden transkriptert. Jeg fulgte ikke intervjuguiden nøyaktig, men valgte å bruke den som en veiledning og en hjelp slik at ingen temaer ble glemt. Det ble også gjort små justeringer i guiden underveis.

4.2.3 Feilkilder

There is no simple “anti-bias” device or procedure which the interviewer can be taught to use. The problem of avoiding bias is encountered not only at the moment of the interview itself, but at the earlier stages when questions are being formulated, when techniques for probing or asking supplementary questions are being decided upon, when methods of introduction and procedures for motivating the respondent are being devised [33 side 201].

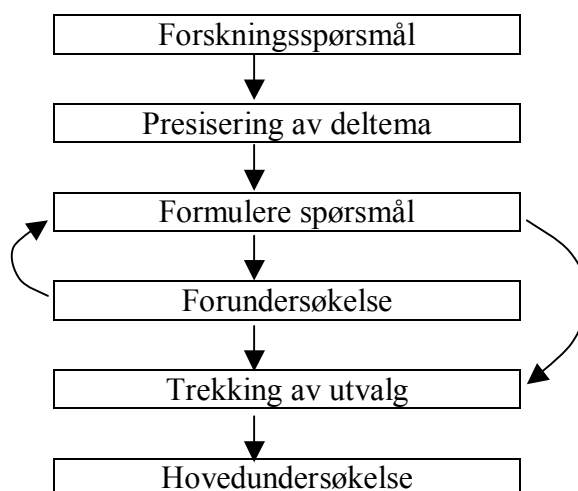
Feilkilder kan altså oppstå i alle faser av analysen og det er ingen enkel måte å omgå problemet på. Kvalitative intervjuer er preget av nærhet mellom forskeren og det som undersøkes og dermed er faren stor for at informasjonen som innhentes er påvirket av forskerens tilstedeværelse, og at en derfor trekker feilaktige konklusjoner [20]. Både forskeren og intervjuobjektet bidrar til mulige feilkilder i resultatet. For å minske faren for feil i resultatet anbefaler Ringdal at intervjueren er alene med respondenten slik at ingen andre påvirker samtalen. Videre anbefaler han at intervjueren kler og ter seg mest mulig likt som informanten for å minimere sosiale forskjeller og maksimere følelsen av gjensidig kontakt mellom de to. Det er også veldig viktig å vise stor grad av åpenhet når man gjennomfører intervjuer [49].

Jeg prøvde å ta utgangspunkt i disse retningslinjene under intervjuene, men det er altså en stor utfordring å unngå alle feilkilder. Det faktum at jeg har en teknisk bakgrunn utgjør en fare for feiltolkninger i seg selv. Min tilnærming til intervjuobjektene er antakelig farget av min bakgrunn og det er en fare for at jeg bruker et mer teknisk språk som forvirrer informantene. Samtidig vil denne bakgrunnen være en styrke ved at jeg muligens kan tenke på aspekter en sosiolog ikke ville tenkt på. At informantene er så få betyr også at disse åtte ikke kan sies å med gjennomsnitt representere den allmenne oppfatning om emnet, samtidig er dette alltid en fare ved kvalitative undersøkelser ettersom de nettopp søker å gå i dybden fremfor i bredden. Resultatene fra den kvantitative delen vil svare på i hvilken grad resultatene fra intervjuene kan sies å være representative.

4.3 Spørreundersøkelse

I kvantitative undersøkelser blir de som undersøkes kalt *enheter* og det som undersøkes kalles *variabler* og *verdier* [30]. Den mest benyttede teknikken for å samle inn kvantitative data er spørreskjema og det er denne metoden jeg valgte å bruke i min datainnsamling. Når enhetene er personer som har svart på spørreskjema kalles de gjerne *respondenter*. Ettersom en undersøkelse kun har en viss mengde ressurser tilgjengelig, må det gjøres en avveining i forholdet mellom antall enheter og antall variabler. Forskeren kan velge å gå i bredden når det gjelder antall enheter og gjøre et ekstensivt undersøkelsesopplegg, eller han/hun kan velge å gå i dybden når det gjelder informasjonen om hver enkelt enhet og gjøre et intensivt undersøkelsesopplegg. Jeg valgte å gå i bredden og vil derfor etterstrebe et relativt kort spørreskjema og heller søke å få mange svar.

Ved bruk av spørreskjema blir respondenten spurt ut direkte av en intervjuer ansikt til ansikt, per telefon eller respondenten leser selv spørsmålene og svarer enten over Internett eller ved at skjema sendes i posten. En av de store fordelene er at man ved bruk av spørreskjema kan nå ut til et stort antall personer og at man kan ta i bruk dataprogrammer til å gjøre mye av analysen av materialet som er samlet inn. Ringdal har laget en modell for å sikre en god spørreundersøkelse med relevante og velformulerte spørsmål [49]:



Figur 4-1 Trinn i en survey [49 side 263]

Et viktig prinsipp ved utforming av spørreskjema er at spørsmålene er mest mulig konkrete og lette å forstå. For å få til dette er det viktig at den som lager skjemaet har god oversikt over temaet, at problemstillingen er klar og at det er tatt nødvendige avgjørelser om utvalg, innsamlingsmetode og rapportering [19]. Jeg valgte derfor å i denne oppgaven vente til etter kapittel 1 til 4 er mer eller mindre ferdig gjennomarbeidet før jeg utarbeidet spørreskjemaet. Jeg valgte også, som nevnt tidligere, å først gjennomføre en kvalitativ analyse med intervjuer før spørreskjemaet ferdigstiltes og datainnsamlingen startet.

Det vanligste feilkildene i utforming av spørreskjema er [19]:

1. *Generelle spørsmål*: Formuleringer som forutsetter at respondenten foretar generaliseringer på grunnlag av en uspesifisert tidsperiode, sammenfatter ulike uspesifiserte meninger han har, eller gjennomfører et uspesifisert regnestykke.
2. *Sammensatte spørsmål*: En bør være kritisk til alle spørsmål som har bindeordet ”og” i spørsmålsformuleringen.
3. *Yrkesbetingende spørsmålsformuleringer*: Ordene og setningsbygningene bør ligge så nær opp til folks dagligtale som mulig.

Jeg valgte å ha hovedsakelig lukkede spørsmål i mitt spørreskjema ettersom det gir hurtigere besvarelse tid og er enklere å analysere. Samtidig standardiseres undersøkelsen når alle respondentene har samme svarkategorier å velge mellom. Når et utkast til spørreskjema er ferdig bør det gjennomføres en forundersøkelse hvor 5-10 personer som representerer målgruppen kan teste skjemaet [49]. Dette fordi det er fare for at spørsmål som virker intuitive og klare for forfatteren er mye mer uforståelige for personer som ikke har erfaring med temaet i problemstillingen. En slik forundersøkelse vil kunne hjelpe til å gjøre disse spørsmålene mer forståelige.

4.3.1 Hva undersøkes?

Hvilke spørsmål som stilles i spørreundersøkelser varierer med hva som undersøkes. Det viktigste skillet går mellom spørsmål om *atferd*, *demografisk informasjon* og *kunnskap* på den ene siden og *holdninger* på den andre [49]. For denne oppgaven har jeg satt opp ulike variabler som er interessante innenfor hver kategori:

Demografiske variabler:	Alder Kjønn Utdanning Antall resepter
Atferdsvariabler:	Henter du medisiner selv? Bruker du et fast apotek?
Kunnskaps variabler	Funksjonshemninger som vanskeliggjør bruk av telefon/Internett Bruk av mobiltelefon Bruk av Internett Kompetanse på bruk av Internett
Holdningsvariabler	I hvilken grad stoler du på Rikstrygdeverket? I hvilken grad stoler du på apotekansatte? Tror du eResept vil være en bedre løsning for deg? Ønsker du å få med en papirlapp med reseptinformasjon? Ønsker du å ha innsyn i egne resepter? – hvis ja: hvordan? Ønsker du å ha tilgang til historikk via innsyn?

De tre første typene variabler kan vi kalle fakta variabler og disse vil kunne gi svar på **interessante fakta** rundt eResept:

- Er det mange som ikke fikk resepter i 2005?
- Hvordan er fordelingen av antall resepter?
- Hvor stor andel henter reseptene selv?
- I hvilken grad bruker kundene fast apotek/bandagist? Dette kan igjen kobles mot valget mellom en eResept løsning med sentral database eller en eResept løsning hvor resept sendes direkte til apotek.
- Er det mange som sliter med funksjonshemninger som vanskeliggjør bruk av mobiltelefon og/eller Internett?

Spørsmål om fakta har en styrke i at det er spørsmål det er enkelt for respondenten å svare på og i prinsippet finnes det også en fasit. Spørsmål om holdninger er langt mer kompliserte [49]. For denne oppgaven har jeg definert disse **interessante holdningene**:

- Har egentlig folk flest noen meninger om eResept?
- Blant dem som har meninger: er de positive eller negative til eResept?
- Hva er holdningene rundt personvern? Er det noe som bekymrer folk flest?
- Hvor viktig er papirresepten, det at de får noe håndfast av legen?
- Er det ønske om innsyn og historikk?

Det er ikke bare hvilke fakta og holdninger alene som kan gi nyttig informasjon, like viktig er det å se hvilke **interessante korrelasjoner** som finnes mellom demografiske fakta og holdninger. Er det noen sammenheng mellom:

- bruk av teknologi og holdning til eResept?
- alder og holdning til eResept?
- kjønn og holdning til eResept?
- utdanning og holdning til eResept?

- digital kompetanse og bekymring ovenfor personvern i forbindelse med eResept?
- alder og bekymring ovenfor personvern i forbindelse med eResept?
- kjønn og bekymring ovenfor personvern i forbindelse med eResept?
- utdanning og bekymring ovenfor personvern i forbindelse med eResept?

4.3.2 Utvelgelsesprosessen

Min *populasjon* er alle over 18 år, ettersom jeg ikke kunne spørre hele populasjonen var det nødvendig å gjøre en trekning av utvalget slik at jeg fikk en mindre mengde representative enheter. Utvelging av enheter på en slik måte at en siden kan generalisere svarene med en gitt grad av sikkerhet, kalles *sannsynlighetsutvelging*. Ved andre former for utvelging vil utvelgingen måtte basere seg på skjønn og man kan da ikke garantere utvalgets representativitet. Hellevik [20] påpeker allikevel at enkelt faktorer som lavere kostnader kan føre til at ikke-sannsynlighetsutvelging kan foretrekkes. Min oppgave har ikke noe budsjett og valget mitt falt derfor på ikke-sannsynlighetsutvelging som er enklere å gjennomføre ettersom man da ikke trenger å gjøre en statistisk trekning av hele populasjonen.

Ettersom min oppgave tar for seg Internettbruk og digitalkompetanse var det nødvendig å samle inn alle svar på papirskjemaer noe som er langt mer krevende enn å sende ut elektroniske skjemaer på mail. Etter samtale med Arild Blekesaune, førsteamanuensis ved Institutt for sosiologi og statsvitenskap på NTNU ble jeg rådet til å oppsøke personer utenfor matvarebutikker og kjøpesentre rundt i Trondheim til ulike tidspunkt på dagen ettersom dette vil gi et tilnærmet representativt utvalg av befolkningen. Kvoteutvelging er den formen for ikke-sannsynlighets utvalg som brukes mest. Kvoteutvelging innebærer at man i tillegg til å bestemme seg for hvor og når man skal oppsøke informanter også på forhånd definerer hvor stor andel man vil ha med av enheter med ulike karakteristika. Ved hjelp av kvotene kan en sikre seg at ikke utvalget avviker fra universet når det gjelder de egenskapene kvoteinndelingen er basert på [20]. Med utgangspunkt i dette har jeg satt opp en oversikt for hvordan jeg ønsker respondentene fordelt. På samme måte som med intervjuene vil jeg prøve fordele respondentene tilnærmet jevnt over kjønn samt aldersintervallene 18-29, 30-49, 50-69 og 70 år eller eldre. Som en tommefinger regel bør man alltid ha minst 20 i hver gruppe for å kunne si noe om befolkningen generelt. For denne type undersøkelse blir dette noe knapt og målet mitt ble derfor det dobbelte, altså ca 40 fra hver gruppe slik at jeg sammenlagt fikk rundt 320 svar.

4.3.3 Gjennomføring

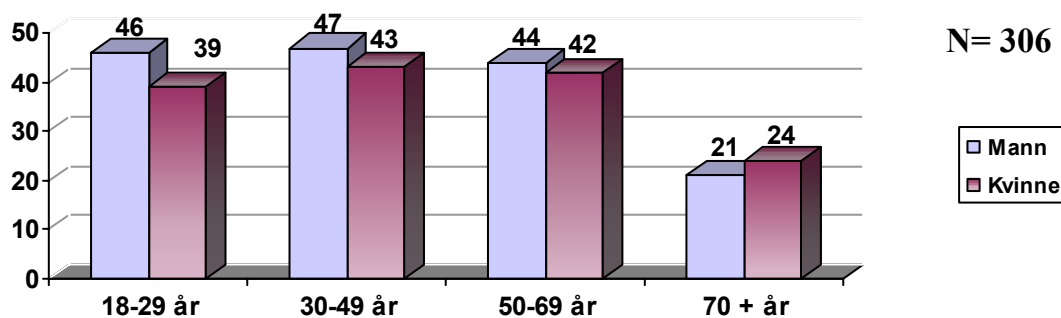
I motsetning til ved gjennomføring av kvalitative undersøkelser er det ikke rom for endringer underveis ved analyse av kvantitative undersøkelser. Jeg tok meg derfor god tid til forberedelsene til undersøkelsen og gjennomførte to runder med forundersøkelser hvor jeg fikk personer uten kjennskap til eResept til å fylle ut skjemaet og komme med tilbakemeldinger.

Selve innsamlingen ble hovedsakelig gjort i Trondheim sentrum i månedskiftet mai/april 2006, se tabell 4-3.

Tabell 4-3 Innsamling spørreskjema

Dag	Tid	Sted	Antall svar
Tirsdag	18.00-20.00	Solsiden	32
Tirsdag	20.00-20.30	Trondheim sentralstasjon	9
Onsdag	11.00-11.30	Hornemansgården	13
Onsdag	11.30-15.30	Trondheim Sentrum	52
Torsdag	16.00-19.00	City Syd	48
Fredag	15.00-16.00	NTNU (div ansatte: vaktmestere, administrasjon, etc.)	21
Lørdag	11.00-17.00	Trondheim sentrum	79
Tirsdag	09.00-13.30	Hornemansgården, Trondheim sentrum og Trondheim sentralstasjon	42
Tirsdag	Ettermiddag	Ringerunde til eldre	11

Som nevnt valgte jeg å gjøre en kvoteutvelgelse hvor jeg i størst mulig grad forsøkte fordele respondentene etter kjønn og alder. Innsamlingen resulterte i 306 svar hvor 48.4 % av respondentene var kvinner og 51.6 % var menn, resten av fordelingen var også veldig jevn, antall respondenter i hver gruppe lå rundt 45 stk med unntak av gruppen eldre over 70 som var noe underrepresentert.



Figur 4-2 Fordeling av respondenter etter alder og kjønn

Det var veldig vanskelig å nå ut til de eldre, en stor andel av dem over 70 er lite ute på grunn av dårlig helse og blant de som er ute var det få som var villige til å svare på skjemaet. Jeg ble derfor nødt til å drive oppsøkende virksomhet blant de eldre og besøkte blant annet Hornemansgården midt i Trondheim sentrum hvor de har eldrekafe. Jeg valgte også å ringe rundt til en del eldre for å øke antallet svar fra dem, slik at det ble minst 20 svar fra hvert kjønn.

4.3.4 Feilkilder

Johannessen og Tuft [30] påpeker spesielt at den manglende fleksibiliteten i kvantitative design kan føre til at undersøkelsen blir rigid og kun svarer på det forskeren selv mener er viktig å spørre om. Dermed er det lett å overse viktig informasjon. Allikevel påpeker de at ved å gjøre godt forarbeid til en undersøkelse kan man motvirke noe av den manglende fleksibiliteten og dermed oppnå et mer virkelighetsnært resultat.

Selv om en bruker kvoter er man ikke sikret mot skjevheter i utvalget og det er ikke gitt at enhetene innenfor en kvote er representativt for de resterende enhetene innenfor universet. Etersom jeg begrenset spørreundersøkelsen min geografisk til Trondheim er det fare for at mine

respondenter ikke fult ut tilsvarende resten av landet. Trondheim er kjent som en studentby og har en høy andel studenter i befolkningen, det er også slik at utdanningsnivået i Trondheim ligger noe over resten av landet. Når jeg sammenligner mine svar med tall fra Statistisk Sentralbyrå [64] ser jeg at mine respondenter ligger noe over landsgjennomsnittet for utdanning, spesielt gjelder dette mennene som har svart.

På tross av at jeg prøvde å fordele innsamlingstidspunktene mine er det fortsatt slik at enkelte mennesker tilbringer mer tid enn andre i sentrum og på kjøpesentre. Ettersom jeg kun kunne spørre om folk ville svare ble det en form for selvseleksjon fra respondentenes side ved at de kunne velge å si nei. Travle personer sa gjerne nei og eldre orket ofte ikke å svare. Min innsamlingsmetode betydde også at jeg ikke nådde ut til de på institusjoner, de som var veldig syke, personer med funksjonshemninger og andre som av ulike grunner er lite ute. Det var også vanskelig å nå de som jobber mye. Med andre ord er det en rekke grupper som det er vanskelig å nå ut til og derfor blir utvalget naturlig noe skjevt.

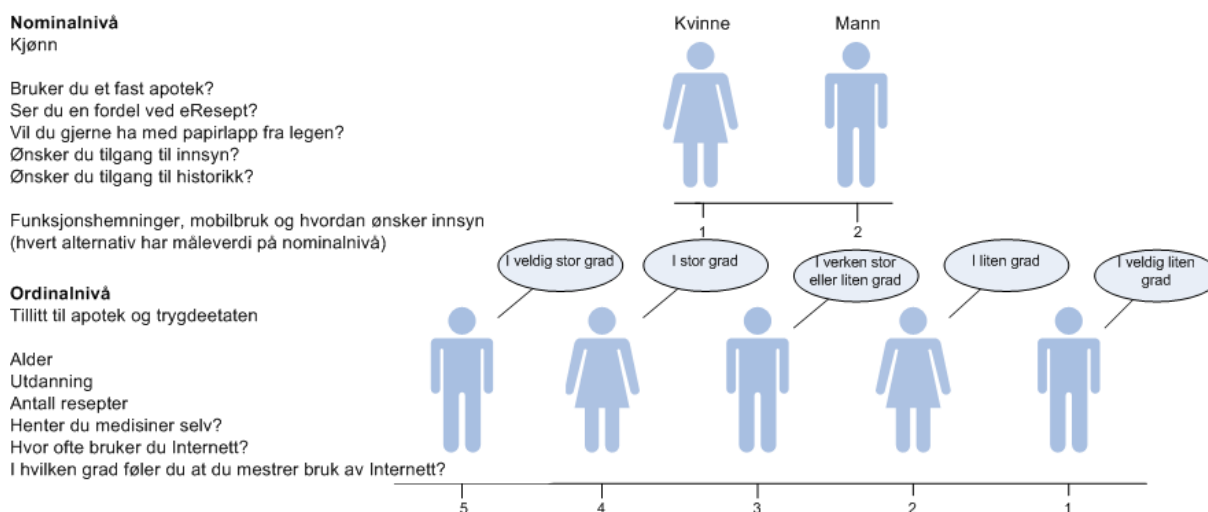
En annen skjevhet som kan utgjøre en fare for undersøkelsen er folks manglende forståelse for problemstillingene. Folk flest vet lite om eResept og det er varierende i hvilken grad respondentene har vært i stand til å sette seg inn i et nytt system. Spesielt en del eldre manglet forståelse for hva det vil si at en resept sendes til et datasystem og hadde liten evne til å forestille seg hvordan det nye systemet ville fungere for dem. Det er derfor en fare for at svar på enkelte av spørsmålene er noe misvisende ettersom respondentene kan ha hatt problemer med å forstå hva de egentlig ble spurt om.

4.4 Tolkingsmangfold og statistiske tester

Det vil alltid være rom for å tolke data på ulike måter. Selv om forskeren finner en klar tildens til sammenheng mellom data kan han/hun ikke uten videre slutte at dette er den eneste rette tolkning av resultatene. I tillegg til den opplagte forklaring vil det gjerne være mange andre mulige tolkningsmuligheter. Ofte varianter forskeren ikke engang har fantasi nok til å komme på. Med andre ord: det vil alltid være et tolkningsmangfold i resultatene våre. For å allikevel skape tiltro til resultatene kan det være nødvendig å gjennomføre strategiske tester hvor man tester de mest rimelige forklaringene.

4.4.1 Målenivå

For å gjennomføre denne typen tester er det avgjørende hvilket målenivå en variabel har. Resultatene fra spørreundersøkelsen lagres i en datamatrise hvor informasjonen er gitt som kodetall og verdiene på tallene i matrisen har sammenheng med variablenes målenivå. Det er fire vanlige målenivåer: nominal-, ordinal-, intervall- og forholdstallnivåer. Variabler på nominalnivå kan klassifiseres i gjensidig utelukkende kategorier og det har ingen mening å prøve å utføre regneoperasjoner på verdien variabelen har fått tildelt. Variabler på ordinalnivå muliggjør rangering av enheter etter deres verdier på en variabel i tillegg til utelukkende kategorier. Variabler på intervallnivå har i tillegg til de to overstående karaktertrekk, den egenskap at det er mulig å måle avstanden mellom kategoriene. Forholdstall har på toppen av de andre egenskaper et absolutt nullpunkt slik at det blir meningsfylt å sammenligne forholdet mellom ulike enheters kodetall [22]. Alle variablene mine er på ordinal- eller nominalnivå. Figur 4-2 viser målenivåene brukt i min analyse, jeg har ingen intervall- eller forholdstallnivåer på mine variabler derfor er ikke disse tatt med i figuren.



Figur 4-3 Målenivåer i min oppgave, fritt etter Ringdal [49 side 172]

4.4.2 Frekvensfordelinger

For å analysere resultatene i datamatriksen er vi avhengig av forenklinger. Den enkleste form for forenkling er *frekvenstabeller* hvor en teller opp hvor mange enheter som har samme verdi på en variabel. Frekvensfordelinger kan igjen forenkles ved å *gruppere* frekvensfordelingene, ved å gjøre de *relative* som for eksempel ved prosentnering, ved *grafisk fremstilling*, eller ved bruk av ulike *statistiske mål*. Ofte vil en ikke bare vite noe om en variabel, men om sammenhengen mellom to eller flere variabler, dette får man ved å telle opp *bivariate frekvensfordelinger*. Det er også mulig å se sammenhengen mellom enda flere variabler ved å telle opp *multivariate frekvensfordelinger* [22]. Når en ønsker å studere hvordan en fordelingen av enheter på én variabel er betinget av verdien enhetene på en annen verdi har, kalles den ene *avhengig* og den andre for *uavhengig* variabel. Det er vanlig å ha den uavhengige variabelen i kolonnene og den avhengige variabelen i radene i tabellen. Det skal alltid posentueres med basis i den uavhengige variabelen. Dersom de *relative betingede fordelingene er like* er to variabler *statistisk uavhengige*, hvis ikke er de *statistisk avhengige* [49]. Korrelasjonen mellom variablene er større desto større forskjellen mellom de relative fordelingene er.

4.4.3 Statistisk generalisering

For å med sikkerhet kunne si at det er en sammenheng mellom to variabler og for å kunne generalisere resultatene fra utvalget til å gjelde hele universet er det i tillegg nødvendig å utføre statistiske tester på materialet. Kjikvadratetesten, χ^2 -testen, er den mest brukte og den jeg vil bruke i min analyse. Denne testen har få forutsetninger og kan nesten alltid brukes [49].

$$K_{ji} \quad \chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E} \quad \begin{array}{l} O = \text{de observerte frekvensene} \\ E = \text{de frekvensene en ville forvente om } H_0 \text{ var sann} \end{array}$$

Tabell 4-4 viser de ulike trinnene i statistiske tester.

Tabell 4-4 Trinn i statistiske tester [49 side 293]

Moderne variant		
Trinn	t-testen*	Kjikkvadrattesten*
1. Valg av test	t-testen for forskjell mellom to utvalg der, t er t-fordelt	Kjikkvadrattesten, der χ^2 er kjikkvadrat fordelt
2. Formulering av hypoteser	$H_0: \Delta \leq 0$ $H_1: \Delta > 0$	H_0 : Ingen sammenheng mellom X og Y i populasjonen. H_1 : Det er sammenheng mellom X og Y i populasjonen
3. Valg av signifikansnivå	$\alpha = 0,05$	$\alpha = 0,05$
4. Finn utvalgsverdien på testobservatoren og dens p-verdi	$t = 3,5$ $p < 0,001$	$\chi^2 = 3,70$ $p < 0,06$
5. Foreta en konklusjon	$p < \alpha \Rightarrow H_0$ forkastes	$p > \alpha \Rightarrow H_0$ beholdes
Klassisk variant		
Trinn	t-testen	kjikkvadrattesten
1.-2.	Som i den moderne varianten	Som i den moderne varianten
3. Valg av signifikansnivå, finne kritisk(e) verdi(er)	$\alpha = 0,05$ $k = 1,645$	$\alpha = 0,05$ $k = 3,84$
4. finn utvalgsverdien av testobservatoren	$t = 3,5$	$\chi^2 = 3,70$
5. Foreta en konklusjon	$t > k \Rightarrow H_0$ forkastes	$\chi^2 < \alpha \Rightarrow H_0$ beholdes
*Merk at både t-fordelingen og kjikkvadratfordelingen varierer etter antall frihetsgrader.		

Statistisk hypotesetesting brukes når en vil generalisere resultatene fra undersøkelsens utvalg til å gjelde hele befolkningen. Hypotesetesting begynner med at forskeren formulerer en nullhypotese som er formulert som det motsatte av det han/hun tror om den egenskapen han/hun er interessert i universet. Grunnen til at man går frem på denne måten er falsifiseringsprinsippet: det er umulig å påvise at en hypotese er sann, men det er mulig å bevise at den er gal [49]. Videre formuleres en alternativ hypotese som utfyller nullhypotesen. Det er to typer feil som kan gjøres i en statistisk test disse er presentert i tabell 4-5.

Tabell 4-5 Mulige feilkonklusjoner ved hypoteseprovning [22 side 389]

	H_0 ikke forkastet	H_0 forkastet
H_0 sann	Riktig konklusjon	Type I feil (α)
H_0 falsk	Type II feil (β)	Riktig konklusjon

Sjansen for type I feil bestemmes av signifikansnivået, α , som forskeren selv velger. Et vanlig valg er $\alpha = 0,05$ (5 %) [49]. Type II feil er bestemt av teststyrken, $1 - \beta$, som står for hvor stor sannsynlighet det er for at H_0 skal kunne forkastes for en gitt verdi av testobservatoren som er i samsvar med den alternative hypotesen. Det må gjøres en avveining mellom α og β , desto lavere α , desto større fare for type II feil.

Videre må signifikansnivå (α) velges og verdien av testobservatoren regnes ut. I χ^2 -testen må χ^2 regnes ut for tabellen i utvalget. Neste trinn er å finne signifikanssannsynligheten,

p -verdien, til χ^2 i utvalget, denne er oppgitt i tabeller i en rekke lærebøker om kvantitativ metode⁷. Det siste trinnet består i å komme frem til en konklusjon basert på testen, hvis $p \leq \alpha$ må H_0 forkastes, er $p > \alpha$ beholdes H_0 .

χ^2 -testen forteller om det er sammenheng mellom to variabler. I tillegg er det interessant å estimere styrken på samvariasjonen ved hjelp av statistiske mål. Disse gir et mye mer riktig mål på statistisk sammenheng enn kun prosentdifferanse. Det finnes flere mål på samvariasjon mellom variabler og man bruker normalt det som er tilpasset variabelens målenivå. Dersom to variabler har ulikt målenivå velger man den metoden som samsvarer med det laveste nivået, altså nominalnivå dersom den ene er på nominalnivå mens den andre er på ordinalnivå. I min undersøkelse valgte jeg å bruke Cramers V der variablene har forskjellig målenivå eller begge er på nominalnivå.

$$\text{CramersV} \quad V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n(k-1)}} \quad \begin{array}{l} k = \text{antall kategorier i den variabelen med mest kategorier} \\ n = \text{utvalgsstørrelsen} \end{array}$$

I de tilfellene begge variabler er på ordinalform brukte Kendalls tau-b når krysstabellen var kvadratisk og Kendalls tau-c når krysstabellen var rektangulær. Kendalls tau gir i tillegg til informasjon om styrken på samvariasjonen også retning på den.

$$\tau_b = \frac{L-U}{\sqrt{((L+U+S_Y)(L+U+S_X))}} \quad \begin{array}{l} L = \text{antall par som er likt ordnet} \\ U = \text{antall par som er ulikt ordnet} \\ S_Y = \text{summen av par med sammenfallende y-ranger} \\ S_X = \text{summen av par med sammenfallende x-ranger} \end{array}$$

$$\tau_c = \frac{2k(L-U)}{n(k-1)} \quad \begin{array}{l} k = \text{antall kategorier på den variabelen med færrest} \\ n = \text{utvalgsstørrelsen} \end{array}$$

Begge mål gir en verdi mellom 0 og 1 i sosiologi kan man ifølge Robert Wiik⁸ bruke som en tommelfinger regel at dersom samvariasjonen er høyere enn 0,2 er det sammenheng, 0,2 antyder moderat sammenheng.

De statistiske testene på mine resultater finnes i Apendiks F mens funnene fra undersøkelsen presenteres i neste kapittel.

⁷ Blant annet i Ringdal [49]

⁸ Førstekonsulent ved Institutt for sosiologi og statsvitenskap ved NTNU

5. Resultater

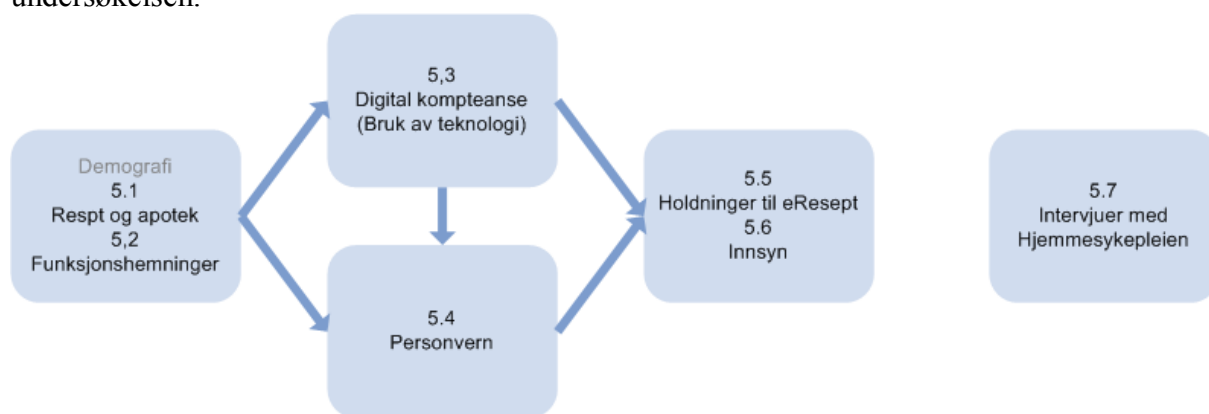
Hittil har bakgrunnen for eResept blitt gjennomgått, den nødvendige teorien presentert og metodene brukt i datainnsamlingen utfyllende diskutert. Dette kapitlet vil analysere resultatene fra intervjuene og spørreundersøkelsen og se på hva pasientene selv sier de vil ha, først da blir det mulig å gi et godt svar på selve hovedproblemstillingen:

Hvordan kan eResept bli en løsning som best mulig ivaretar alle pasientgruppers behov?

I dette kapitlet vil jeg presentere og analysere de mest interessante funnene i spørreundersøkelsen med utgangspunkt i kapittel 4.3.1 om hva som undersøkes og i tillegg knytte disse resultatene opp mot intervjuene med ulike pasienter/kunder. Målet er å endelig kunne gi svar på spørsmålene fra kapittel 1.3 Problemstilling:

- Ser respondentene det nye systemet som en direkte gevinst ved at de slipper å ta vare på og ha med et reseptpapir til apotek/bandagist?
- Vil de foretrekke å få med en papirlapp med oversikt over medisinen selv om de ikke trenger denne lappen for å hente ut varene?
- Stoler de på at staten ikke vil misbruke informasjonen om dem?
- Ser de noen faremomenter ved at reseptene deres blir tilgjengelige for et stort antall personer?
- Er det ønske om pasientinnsyn?
- Er det et ønske å få tilgang til resepthistorikk gjennom pasientinnsynet?
- Er det stor forskjell i holdningene til eResept blant de med og uten digitale ferdigheter?
- Fortrekkes pasientinnsyn via Internett, via mobiltelefon/SMS, via telefon eller ved personlig oppfølging?

Kapitlet er bygd opp med utgangspunkt i spørreskjemaene. Først blir de enkleste temaene tatt opp og disse er igjen grunnlag for den mer kompliserte analysen av funn i dataene fra undersøkelsen.



Figur 5-1 Oppbygning av kapittel 5

Totalt svarte 306 personer på spørreskjemaet og respondentene var jevnt fordelt på kjønn og alder. Det ble intervjuet 6 pasienter/kunder i ulike alderstrinn, oversikt kan sees i tabell 5-1. Den digitale kompetansen til intervjuobjektene er veldig høy, med unntak av P5 som sliter med å bruke en mobiltelefon på grunn av sjelving på hånden og som aldri har brukt Internett. Resten av intervjuobjektene har Internett hjemme og bruker det regelmessig. To av intervjuobjektene

(P4 og P6) oppbevarer reseptene sine på apotek og bestiller vanligvis ny resept av legen ved å ringe. For disse to er altså reseptuthenting en mer eller mindre papirløs prosess allerede i dag.

Tabell 5-1 Oversikt over intervjuobjekter

H1	H2	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Hjemmesykepleie		Pasient/kunde 18-29 år		Pasient/kunde 30-59 år		Pasient/kunde 60 + år	
Kvinne	Kvinne	Kvinne	Mann	Kvinne	Mann	Kvinne	Mann
29 år	41 år	24 år	25 år	35 år	54 år	86 år	62 år

Kun de mest interessante funnene fra spørreundersøkelsen er fremstilt grafisk eller med tabeller her, samtlige frekvenstabeller med funn som har blitt analysert finnes i appendiks E mens de statistiske testene på resultatene finnes i appendiks F.

5.1 Resepter og apotek

22,2 % av respondentene oppgir at de ikke fikk noen resepter i 2005. Tallene viser at menn får færre resepter enn kvinner og at eldre får flere resepter enn yngre mennesker. Dette er som forventet. Kun 19,3 % av respondentene bruker ett fast apotek, det er viktig å huske at Trondheim er en relativt stor by med mange apotek slik at det er naturlig å anta at andelen som bruker fast apotek er noe høyere på landsbasis. Allikevel sier dette tallet oss at for veldig mange er apotekvalg noe som skjer tilfeldig etter hvor de befinner seg. Av de spurte er det stor overvekt av personer som alltid henter reseptene sine selv. Hele 72,9 % henter alltid selv, 24,2 % henter vanligvis selv, mens kun 1,6 % aldri henter medisinerne sine selv. Igjen er det viktig å ikke mistolke tallene. Som nevnt i 4.3.3 er det slik at de som har svart på undersøkelsen i overveiende grad har vært friske og oppegående. Ettersom innsamlingen har foregått ute har jeg ikke antakelig ikke nådd frem til dem som ikke er i stand til å selv håndtere egne legemidler.

Intervjuene viste at flere fikk fornyet resepter ved å ringe lege. Dersom de var hos legen allikevel fikk de gjerne med en resept og legene var relativt flinke til å minne dem på å få med en ny resept dersom det var på medikamenter/medisinsk utstyr de fikk regelmessig. Samtidig var det vanlig å ringe inn til legen dersom en trengte en ny resept utenom legetime, og denne ble så fakset til apotek. For denne type fornyelse av resept er allerede systemet papirløst sett fra kundens ståsted. Selv om Larvik er en mindre by enn Trondheim var det også her slik at flertallet valgte apotek vilkårlig.

5.2 Funksjonshemninger

Respondentene hadde i veldig liten grad funksjonshemninger. I følge Kvale m.fl. [34] har så mye som 10-15 % av befolkningen en eller annen form for nedsatt funksjonsevne som vanskeliggjør bruk av mobiltelefon eller Internett. I min undersøkelse svarte kun 4,6 % at de hadde noen slik form for funksjonshemming. Årsaken til at mine tall er mye lavere kan være som nevnt tidligere, at det er vanskelig å nå personer med funksjonshemninger slik at jeg har færre svar fra denne befolkningsgruppen.

Intervjuobjekt P5 (86 år) har mobiltelefon, men synes den er vanskelig å bruke fordi den er for liten og knappene vanskelig å treffe ettersom hun skjelver litt på hånden. Hun uttrykte frustrasjon over at det ikke ble laget mobiler med større knapper tilpasset eldre.

”Den jeg har nå er så liten og vanskelig, jeg bare ønsker de kunne få til noe som den handsfree jeg har [trådløstelefon hjemme], for den er grei, i den størrelsen, for kjære vene vi er jo ikke avhengige av å ha den så liten, vi kan ha den i en veske eller noe” (P5).

5.3 Digital kompetanse

Hele 95, % av respondentene har mobiltelefon og av disse bruker 79,1 % mobilen til å sende og/eller motta SMS. Kun 14, % bruker mobiltelefonen til Internett/WAP noe som av flere ble bemerket med at de foretrakk å bruke Internett på PC. Når det gjelder bruk av Internett er sammenhengen mellom alder og bruk også til stede, 62,1 % av de eldre har aldri prøvd Internett. Det er også en viss tendens til at kvinner bruker Internett mindre enn menn. Når det gjelder utdanning er det et klart mønster i at de med høyere utdanning også er de som bruker mobiltelefon mest, dette må dog sees i sammenheng med at det er flest eldre med lav utdanning. Det er en klar tendens til at de som bruker Internett regelmessig også føler at de mestrer bruk av Internett. Som tabell 5-2 viser føler hele 92,6 % av de som bruker Internett daglig at de i veldig stor eller stor grad mestrer bruk, mens ingen av de som bruker Internett sjeldnere føler at de mestrer bruk i samme grad.

Tabell 5-2 I hvilken grad føler du at du mestrer bruk * Hvor ofte bruker du Internett? Krysstabell

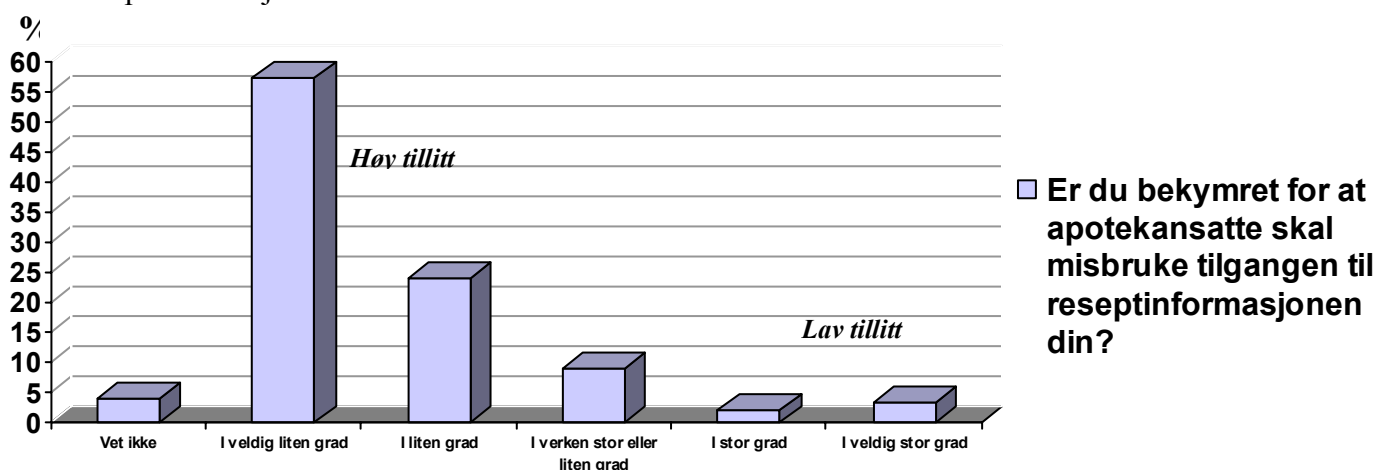
N = 306		Hvor ofte bruker du Internett?					
		Daglig	Ukentlig	Månedlig	Sjeldnere	Har aldri prøvd	Totalt
I hvilken grad føler du at du mestrer bruk av Internett?	I veldig stor grad	53,0 % (107)	8,5 % (4)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	36,3 % (111)
	I stor grad	39,6 % (80)	46,8 % (22)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	0,0 % (0)	33,3 % (102)
	I verken stor eller liten grad	6,9 % (14)	31,9 % (15)	0,0 % (0)	9,1 % (1)	0,0 % (0)	9,8 % (30)
	I liten grad	0,5 % (1)	6,4 % (3)	33,3 % (1)	9,1 % (1)	0,0 % (0)	2,0 % (6)
	I veldig liten grad	0,0 % (0)	4,3 % (2)	33,3 % (1)	27,3 % (3)	0,0 % (0)	2,0 % (6)
	Liten/ingen erfaring med Internett	0,0 % (0)	2,1 % (1)	33,3 % (1)	54,5 % (6)	100,0 % (43)	16,7 % (51)
Totalt		100,0 % (202)	100,0 % (47)	100,0 % (3)	100,0 % (11)	100,0 % (43)	100,0 % (306)

Få av respondentene som bruker Internett regelmessig mener de har liten kompetanse på bruk. Ut fra dette er det rimelig å anta at de fleste Internettbrukere finner Internett relativt enkelt å forstå og at når det kommer til vanlig nyttegjøring av digital informasjon på nett er det lite skiller mellom brukerne, det store digitale skillet ligger altså mellom de som bruker og de som ikke bruker Internett. Blant brukerne er de aller fleste i stand til å utføre handlinger som å finne informasjon og fylle ut skjemaer og søknader på Internett. Med andre ord, majoriteten av de spurte vil antakelig ikke ha noen problemer med å nyttiggjøre seg av informasjonen i et pasientinnsyn på web.

Den digitale kompetansen er også høy blant intervjuobjektene. Noen av forklaringene på hvorfor de foretrekker selvbetjening er først og fremst fordi det er mer effektivt, men også fordi det da er enklere å holde oversikt eller finne informasjon raskt når det er nødvendig uten å være avhengig av åpningstider etc.

5.4 Personvern

Veldig få av respondentene bekymret seg for at apotekansatte skulle misbruke tilgangen til reseptinformasjonen deres.



Figur 5-2 Tillitt til apotekansatte

Apotekansatte er fagpersoner med taushetsplikt og er derfor høyt respektert hos mange, dette er nok hovedgrunnen til at kun 5.6 % oppgir at de er bekymret. Samtidig kan det være andre grunner til den høye tillitten. Flere respondenter kommenterte at de ikke hadde noe å skjule og at den manglende bekymringen er et resultat av at de ikke bryr seg om at noen skulle "snoke" i reseptene deres så lenge ikke resepten ble tatt ut, men var der når de trengte den. Det er grunn til å sette seg noe kritisk til resultatene ettersom det for mange er vanskelig å se for seg et nytt system og hvordan dette skal virke. Spørsmålsformuleringen var noe dårlig ettersom det ikke kom klart nok frem at spørsmålet gjaldt om de er bekymret for at apotekansatte skal misbruke tilgangen de får med det nye systemet. Helleviks forskning har vist at færre gir uttrykk for liten tiltro til samfunnsinstitusjoner de når blir spurt direkte av intervjuer i forhold til når de selv fyller ut skjemaet [22]. Dette kan føre til noen feil i mine data ettersom jeg leste opp spørsmålene for en stor andel av respondentene. På tross av disse mulige feilkildene var resultatene så klare at det kan antas at de fleste virkelig har høy tillitt til apotekansatte.

Også samtlige intervjuobjekter har et veldig avslappet forhold til personvern og hvorvidt informasjonen om dem kan misbrukes.

Intervjuer: "Stoler du på apotek ansatte? Tror du det blir et problem at de kan gå inn og "snoke"?"

P2: "De kan, og det vil sikkert være noen som kommer til å gjøre det, men jeg vil ikke la det være noe problem før det skjer, for da blir man jo paranoid."

P3: "Nei altså det ligger så mye informasjon rundt omkring, det bekymrer meg ikke."

Intervjuer: "Stoler du på at informasjonen ikke blir misbrukt til noe annet enn hensikten?"

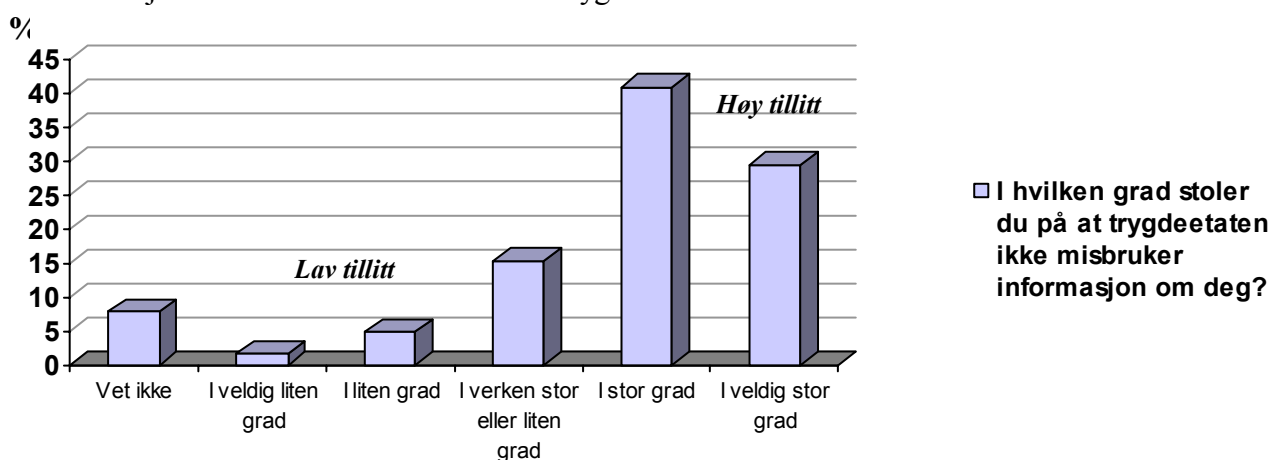
P3: "Det kan vel fort bli misbrukt, det kan vel bli solgt informasjon til medisinfirmaer og.."

Her ser vi at på tross av at intervjuobjektene ser faren ved at informasjon kan misbrukes ønsker de ikke å la det være noe problem, men velger å ikke ta problemstillingen inn over seg. De velger å stole å systemet. Det er også en sterk tillitt til at staten tar de nødvendige forhåndsregler og ikke lager systemer uten å ha tenkt grundig over konsekvensene.

Intervjuer: *”Stoler du på at informasjonen ikke blir brukt til noe annet? At staten ikke misbruker informasjonen?”*

P7: *”Ja, nå er jo det et spørsmål en må tenke litt på [...] men det er klart at det er vel enkelte tilfeller hvor det er ulemper, men de tenker jo på det når de lager et nytt system og ser de at det er farer og ulemper ved det så tar de det vel ikke i bruk”*

At de stoler på at staten sørger for gode systemer, stemmer også godt med at tillitten til trygdeetaten er veldig høy blant respondentene, 70.3 % stoler i stor eller veldig stor grad på at informasjon om dem ikke misbrukes av Trygdeetaten.



Figur 5-3 Tillitt til trygdeetaten

Verken alder eller kjønn ser ut til å ha noen påvirkning på holdning til personvern. Folk med lav digital kompetanse er den gruppen som stoler minst på trygdeetaten, det er ingen sammenheng mellom digitalkompetanse og bekymring over misbruk av reseptinformasjon fra apotekansatte. Det er en tendens til at de med høyest utdanning stoler mer på trygdekontorene enn dem med kun grunnskole, mens for apotek er det ingen tydelige sammenhenger mellom holdning og utdanning. For alle svar kryssinger er det en klar tendens til at de med lavere utdanning eller lav digitalkompetanse også er de som oftest svarer ”vet ikke”.

Mine funn stemmer godt overens med funnene fra personvernundersøkelsen som Transportøkonomisk institutt (TØI) har foretatt på oppdrag av Datatilsynet og Moderniseringsdepartementet hvor et representativt utvalg på 1000 personer over 15 år ble spurt [71]. I en rapport fra undersøkelsen konkluderes det med:

Den norske befolkningen har stor tillit til at personvern blir ivaretatt på en god måte. De er ikke særlig bekymret for at personopplysninger kan bli misbrukt. En stor andel reflekterer ikke over at det blir samlet inn opplysninger om dem, eller de bryr seg ikke om det. Dette gjelder også dem som sier at de ikke stoler på at personvernet er så godt ivaretatt at man trygt kan gi fra seg personopplysninger. Mange av oss gir fra oss opplysninger vi egentlig ikke ønsker å gi [45 side 2]

Tre av fem i TØIs undersøkelse mener at personvernet generelt er så bra at man trygt kan gi fra seg opplysninger. Samtidig viser den samme undersøkelsen at én av seks har opplevd at

personopplysninger har kommet på avveie eller blitt misbrukt [45]. Dermed er det lett å peke på at nordmenn er litt naive når det kommer til elektroniske data og personvern. I befolkningen er det lite etterspørsel etter anonyme løsninger. De fleste oppfatter nye elektroniske løsninger som lettvinde og mer brukervennlige.

At også intervjuobjektene er mest opptatt av brukervennlighet kommer klart frem på spørsmålet om de ønsker en sentral løsning eller at resepten sendes direkte til et apotek.

Intervjuer: *"Vil du foretrekke at [resepten] sendes direkte til apotek?"*

P3: *Helt greit for meg at den ligger i et register, kan eventuelt ta ut [reseptvarer] der jeg er.*

P4: *"Nei, nå har jeg jo opplevd det å stå i Oslo og være tom for medisin og da må jo jeg ringe legen og så må han ringe inn en ny resept til det apoteket."*

Det er kun en av de intervjuede som ser fordelene ved at resepten sendes direkte til apotek, men kravet er at det er kunden som får bestemme apotek. P2 studerer IKT slik at han har en høyere forståelse for det tekniske ved et slikt system.

P2: *"Hvis det går an å velge det hos legen, det vil si at pasienten velger apotek, så er det en bedre løsning mener jeg, men begge deler er jo greit."*

Intervjuer: *"Hvorfor synes du det er en bedre løsning?"*

P2: *"Jo, for da er det på kundens premisser, og så slipper vi dilemmaet med at alt er lagret ett sted."*

Når det kommer til referansenummer er det en klar tendens til at intervjuobjektene er positive til muligheten med å få resepten beskyttet, men tror ikke det er noe de selv vil ha stor bruk for.

P3: *"Ikke jeg, men det er vel kanskje andre som kunne trenge det, haha."*

Intervjuer: *"Tror du du ville benyttet referansenummer muligheten?"*

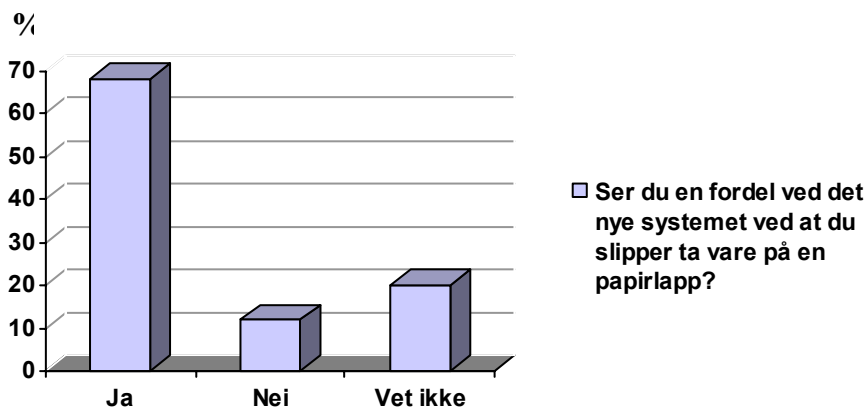
P2: *"Ja, eller, det er forskjell på medisiner."*

Intervjuer: *"Men stort sett ikke?"*

P2: *"Nei, stort sett ikke, nei."*

5.5 Holdninger til eResept

Som nevnt i forrige avsnitt er folk flest langt mer opptatt av lettvinhet og brukervennlighet enn personvern. Et klart flertall, 67,6 %, ser fordeler ved at de slipper å ta vare på en papirlapp, mens kun 12,1 % sier de ikke ser noen fordel.



Figur 5-4 Ser du en fordel ved det nye systemet ved at du slipper å ta vare på en papirlapp?

En relativt stor andel, 20,3 %, vet ikke hva de mener. Dette kan vise at mange synes det er vanskelig å mene noe om noe de ikke har erfaring med, men det kan også være et tegn på at for mange har det rett og slett liten betydning om de må ta vare på en papirresept eller ikke. Intervjuobjekt P6 sier det slik: ”Jeg synes det fungerer veldig bra sånn det er i dag, hva som er fordelene og ulemper bak i kulissene det er ikke så farlig for meg.”

Det er liten sammenheng mellom kjønn og hvorvidt respondenten ser noen fordel ved det nye systemet, mennene stiller seg noe mer positive, noe som kan sees i sammenheng med at menn ofte er mer åpne for nye tekniske løsninger. Samtidig viser statistisk testing at denne forskjellen også kan være et resultat av tilfeldigheter. Når det gjelder alder og holdning til eResept er tendensene tydeligere.

Tabell 5-3 Ser du en fordel ved det nye systemet ved at du slipper å ta vare på en papirlapp? * Alder
Krysstabell

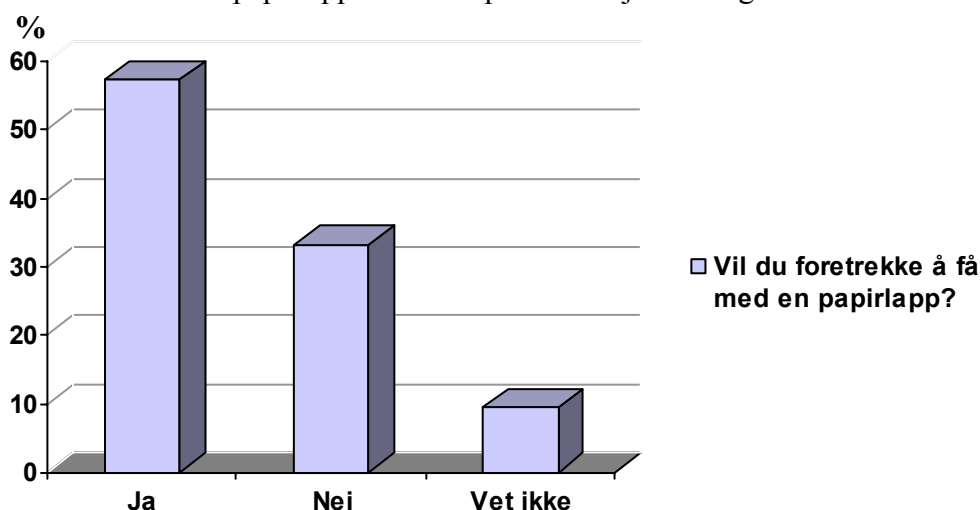
N = 306		Alder				Totalt
		18-29	30-59	50-69	70+	
Ser du den fordel ved det nye systemet ved at du slipper å ta vare på en papirlapp?	Ja	80,0 % (68)	72,2 % (65)	65,1 % (56)	40,0 % (18)	67,6 % (207)
	Nei	4,7 % (4)	14,4 % (13)	14,0 % (12)	17,8 % (8)	12,1 % (37)
	Vet ikke	15,3 % (13)	13,3 % (12)	20,9 % (18)	42,2 % (19)	20,3 % (62)
Totalt		100 % (85)	100 % (90)	100 % (86)	100 % (45)	100 % (306)

Andelen som ser en fordel synker med alder og når det kommer til de over 70 er det et klart skille, kun 40 % svarer at de ser en fordel. Det er også en veldig stor andel i denne aldersgruppen som svarer ”vet ikke”. Dette kan ha samme årsak som påpekt over og samsvarer med min oppfatning av at det spesielt for eldre var vanskelig å forestille seg det nye systemet. Det er en tendens til at de med høyere utdanning er mer positive til eResept, men dette kan også være en effekt av at de med høy utdanning er sterkest representert i gruppene med respondenter under 70 og ofte har høyere digital kompetanse. Når det gjelder digital kompetanse og holdning til eResept er det også tydelige tendenser. Ikke uventet er det slik at de som sier at de mestrer bruk av Internett i stor grad også er mest positive til å slippe den gamle papirløsningen.

Tabell 5-4 Ser du en fordel ved det nye systemet ved at du slipper å ta vare på en papirlapp? * I hvilken grad føler du at du mestrer bruk av Internett? Krysstabell

N = 306		I hvilken grad føler du at du mestrer bruk av Internett?						Totalt
		I veldig stor grad	I stor grad	I verken stor eller liten grad	I liten grad	I veldig liten grad	Har liten/ingen erfaring med Internett	
Ser du en fordel ved det nye systemet ved at du slipper ta vare på en papirlapp?	Ja	86,5 % (96)	67,6 % (69)	46,7 % (14)	33,3 % (2)	16,7 % (1)	49,0 % (25)	67,6 % (207)
	Nei	4,5 % (12)	11,8 % (12)	10,0 % (3)	50,0 % (3)	0,0 % (0)	27,5 % (14)	12,1 % (37)
	Vet ikke	9,0 % (10)	20,6 % (21)	43,3 % (13)	16,7 % (1)	83,3 % (5)	23,5 % (12)	20,3 % (62)
	Totalt	100 % (111)	100 % (102)	100 % (30)	100 % (6)	100 % (6)	100 % (51)	100 % (306)

På tross av den store andelen som ser en fordel ved at de slipper ta vare på en papirlapp, ønsker 57,2 % allikevel å få med en papirlappt med reseptinformasjon fra legen.

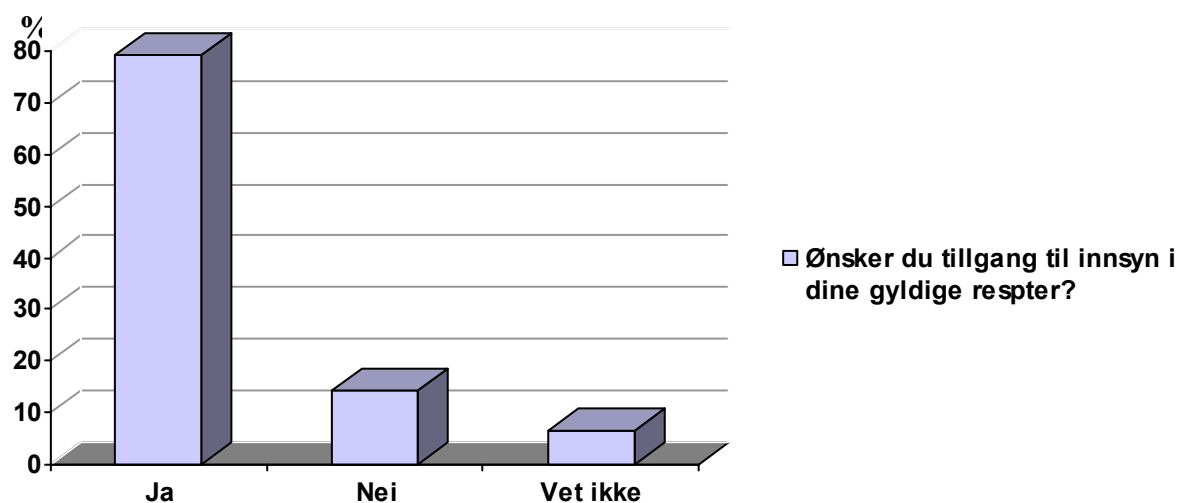


Figur 5-5 Vil du foretrekke å få med en papirlapp fra legen med reseptinformasjon selv om du ikke trenger denne lappen for å hente ut medisinen?

Det kan være flere grunner til dette. Det å få noe konkret og håndfast fra legen er viktig for mange. Som et av intervjuobjektene sa: "Det som er viktig i dag er at når jeg får en resept fra legen så vet jeg at jeg kan gå ned å levere den også får jeg medisinen der og da, hvis det blir krasj på dataen og den ikke kommer frem, det er da det blir problemer." (P5). For mange er det derfor trygt å ha en resept som en slags "back-up" dersom noe går galt. Andre grunner til at folk kan ønske seg en papirblankett er at den fungerer som en huskelapp og for mange er det viktig at de har muligheten til å kontrollere at de har fått resept på riktig medisin før de går fra legen. Dette samsvarer med legenes uttrykte bekymring over at man mister mye naturlig interaksjon når man går over til et elektronisk system [59]. Selve overrekkingen av papirresepten til pasienten er ofte utgangspunkt for videre forklaringer og tilleggsinformasjon til pasienten. Det er først når pasienten ser selve resepten med påskrevne bemerkninger at han/hun blir klar over eventuelle uklarheter i bruk.

5.6 Innsyn

En overveiende stor andel ønsket tilgang til innsyn. Kun 14,4 % ønsket ikke tilgang, mens 6,5 % ikke var sikre på hva de ønsket.



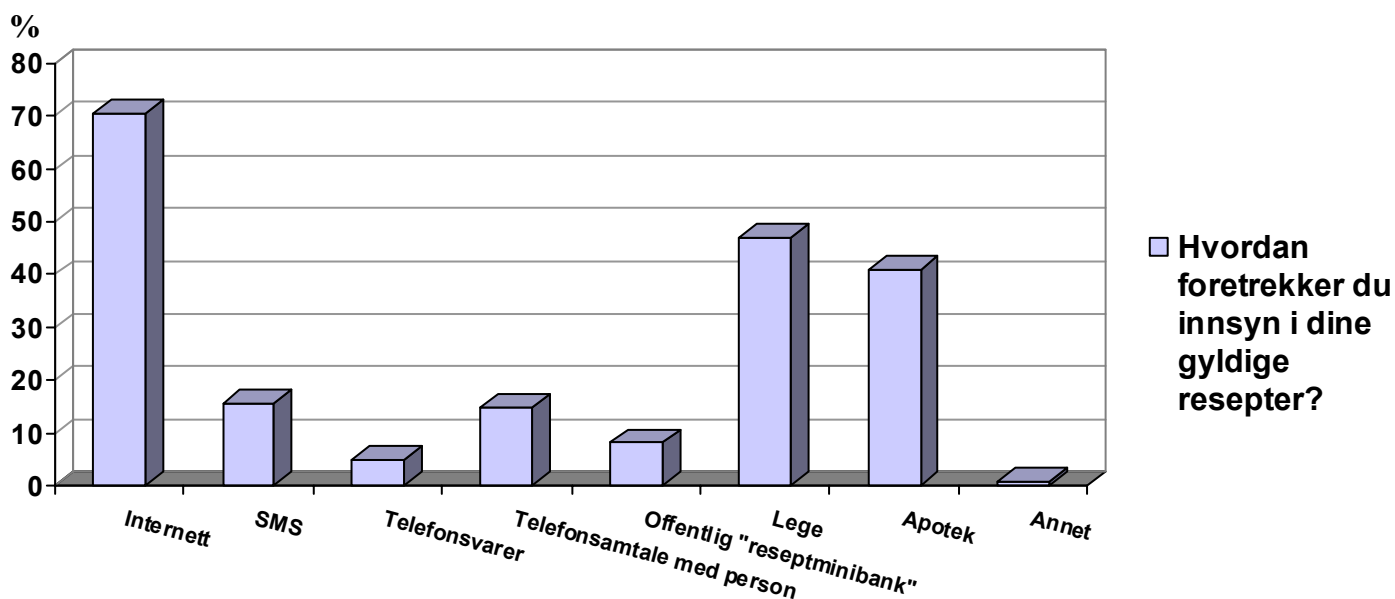
Figur 5-6 Ønsker du tilgang til innsyn?

Disse tallene stemmer godt overens med tall fra personvernundersøkelsen til Transportøkonomisk Institutt [71]. Hele 83 % av respondentene er helt eller delvis enig i at det er trygt å bruke Internett til å gi en offentlig etat opplysninger om dem, dermed er det nærliggende å anta at de heller ikke vil ha noen betenkeligheter med å motta informasjon fra det offentlige via Internett.

Tabell 5-5 A legge igjen opplysninger på Internett. Prosent [71 side 13]

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke	N	%
Det er trygt å bruke Internett til å gi en offentlig etat opplysninger om meg	6,1	7,1	31,9	51,1	3,7	764	100

Blant de som ønsket innsyn var innsyn via Internett veldig populært, 70,5 % svarte at de ønsket innsyn via Internett. Dette kan sees i sammenheng med den høye Internettkompetansen respondentene tidligere har oppgitt å inneha. Innsyn hos lege eller på apotek kommer på andre plass, det er noen flere som ønsker innsyn hos lege enn på apotek, men svarprosentene ligger ganske jevnt. Figur 5-7 viser en oversikt over svarresultatene fra spørsmålet om hvordan pasientene fortrakk innsyn.



Figur 5-7 Hvordan foretrekker du innsyn i dine gyldige resepter?

Det var på dette spørsmålet mulig å krysse av på flere alternativer og den mest populære kombinasjonen var innsyn via Internett, apotek og lege, altså de tre mest populære totalt. Dette ble kanskje sett på som en naturlig kombinasjon for mange ettersom Internett gir rask og enkel tilgang til informasjonene mens lege og apotek kan bidra med ekstra informasjon og kompetanse når det er nødvendig. Innsyn hos lege var spesielt populært hos eldre og blant de som ikke har noen erfaring med Internett⁹. Telefonsamtale med person er også populær i disse gruppene samt i de to gruppene som har begrenset bruk av Internett (månedlig eller sjeldnere). SMS er spesielt populært blant de som bruker mobiltelefon til Internett/WAP noe som kan forklares med at denne gruppen er svært kompetente mobilbrukere og har et videre syn på mobiltelefonens bruksområder. Telefonsvarer og offentlig "reseptminibank" var de to alternativene som scoret lavest. Førstnevnte kan antakelig forklares med at de som ønsker effektivitet og selvbetjening ser Internett som en mer effektiv informasjonskilde mens de som ikke er fortrolig med innsyn via Internett heller velger personlig oppfølging som telefonsamtale med person, lege- eller apotekbesøk. At offentlig "reseptminibank" ikke har større oppslutning kan i noen grad forklares med at det er vanskelig for respondentene å se for seg noe helt nytt. I spørreundersøkelsen oppgav 55,9 % at de ønsket tilgang til historikk, samtidig som 36,3 % ikke ønsket dette.

Intervjuobjektene gav uttrykk for at det ville vært greit med tjenester som å kunne bestille SMS varsling om at en må hente medisin eller fornye resept.

P1: "Hvis du er usikker på hva du fikk så kan du jo bare sjekke opp på nettet, jeg har jo opplevd at jeg ikke har brukt opp resepten min, men har fått en ny fordi jeg ikke husket at jeg hadde den forrige."

Samtidig sier de også at dette ikke er noe de virkelig trenger, altså er muligheten til å administrere reseptene sine via Internett mer et gode enn en nødvendighet. Når det gjelder historikk ser de flere anvendelsesområder hvor det hadde vært nyttig å få enkel oversikt over tidligere resepter.

Intervjuer: "Ønsker du tilgang til historikk over tidligere resepter?"

⁹ denne gruppen inneholder spesielt mange eldre slik at det er vanskelig å vite om sammenhengen egentlig er en bieffekt av at eldre ønsker innsyn via lege

P3: ”Ja, det hadde vært fint. For eksempel ved operasjon spør de hvilke medisiner jeg har brukt og så glemmer en navn og husker ikke hva det heter.”

P6: ”Det hadde vært spennende for da hadde jeg hatt mulighet til å finne ut, at for eksempel når var det jeg fikk [sykdom], for da kunne jeg gått ut fra at det var når jeg begynte å få resepter på det, det hadde vært alright.”

Det var ingen av intervjuobjektene som hadde noen forslag til hvordan pasientinnsyn kunne løses på noen annen og bedre måte enn via Internett, som ble sett på som en enkel og effektiv løsning. For de som ikke bruker Internett nevnte flere at det gamle systemet måtte brukes parallelt, i alle fall at de uten Internett fikk med en papirblankett som tidligere selv om denne ikke direkte ble brukt til uthenting av medisin. Det ble også påpekt at de gamle nok ville henvende seg til sin familie for hjelp.

P2: ”Dette er jo mest eldre folk som har problemer med å anvende teknologi og de kommer sikkert til å henvende seg til sine nærmeste, uansett.”

Det var nok noe vanskelig for intervjuobjektene å på kort varsel komme opp med forslag til andre løsning og tjenester enn det jeg presenterte for dem, men bestilling av lege- og tannlegetime var noe som ble foreslått av flere.

5.7 Intervjuer med hjemmesykepleien

Resultatene fra denne kvalitative analysen er kun basert på svar fra to sykepleiere ved to ulike soner (det geografiske område et hjemmesykepleiekontor dekker). H1 jobber på et kontor i en sone i Larvik kommune, mens H2 jobber på et kontort i en sone i Eidsvoll kommune. Innenfor disse to sonene er det mye som gjøres forskjellig, det må også antas at andre soner følger etter andre prosedyrer når det gjelder håndtering av brukernes (mottakerne av tjenester fra hjemmesykepleien) resepter og bruk av elektroniske hjelpemidler.

5.7.1 Håndtering av brukernes resepter

Kontorene i Larvik og på Eidsvoll håndterer brukernes resepter veldig forskjellig. Ved sonen i Larvik oppbevares resepten på apoteket slik at hjemmesykepleien kan ringe inn bestillinger til apoteket. Apoteket bestiller nye resepter fra legen, med unntak av på A og B preparater som hjemmesykepleien selv må administrere. I kommunen brukes også multidose, altså at medisinerne kommer ferdig pakket i dagsporsjoner til hver bruker. Dermed sparer de masse tid på administrering av medisiner. I Eidsvoll har de ikke multidose og bruker veldig mye tid på å legge medisiner i dosetter (doseringseske for medisiner) og å fylle ut medisinkort på hver bruker slik at de holder oversikten over medisinbruk og resepter. Medisinkortene oppbevares i hver brukers perm mens legen får en kopi. Ved sonen oppbevarer de også reseptene på hjemmesykepleiekontoret for å holde oversikt over når de ulike reseptene går ut. Én gang i uken fakses bestillinger på nye resepter til legen.

Intervjuer: ”Fungerer det greit sånn det er i dag?”

H2: ”Ja, det gjør jo det, men det er mye krøll i starten med hvor er resepten og hva skal brukeren ha.”

At det er en komplisert prosess å holde styr på brukernes resepter kommer også klart frem i intervjuet med H1.

Intervjuer: ” Hvordan *holder dere oversikt over alle brukeres medisiner?*”

H1: ” *Ja, vi prøver så godt vi kan. Mye går på det at vi jobber mye og vi vet akkurat hva de skal ha, men vi har en stor perm hvor alt som tidligere medisinskjemaer og nye oppdaterte multidoser skjemaer ligger. Og vi har en rutine på at når det kommer ark sammen med multidoserullen så vet vi at det er nye medikamenter og da må vi skifte ark og legge det nye utenpå. Men hvordan vi egentlig klarer å holde oversikt, ja, det er nesten ikke lett å si, men vi greier det på en måte, det er bare sånn, det går.*”

Det er også slik at det ofte oppstår uforutsette hendelser eller at de ikke har tid til å følge de vanlige rutinene for bestilling av resepter.

H2: ” *Det hender jo vi må til legen og bringe resepter for det er jo alltid noen pasienter som kommer hjem og som ikke har pårørende som kan [ordne ny resept], så det hender det er litt krasj da. At vi må ned å hente en resept for at det skal gå fort nok.*”

Som oppsummering må det påpekes at håndteringen av resepter fremstår som tungvint og ueffektiv. Det er mangel på standardisering som gjør at det går veldig mye tid bort på å administrere brukernes medikamenter og resepter.

5.7.2 Bruk av elektroniske hjelpemidler

Både kontoret i Larvik og det på Eidsvoll er tilknyttet Internett og har flere PC-er. Det er ikke bruk av PDA med nettilgang eller lignende når de er ute hos brukerne, kun vanlig mobiltelefon. I Larvik brukes et dataprogram¹⁰, men dette har ikke integrert medikamenthåndtering. Programmet brukes til pasientjournaler og til kommunikasjon med andre helsetjenester i kommunen. Det er sterk beskyttelse av pasientenes ID og det brukes løpenummer på pasientene slik at de ikke skal kunne kjennes igjen at utenforstående. Programmet brukes ikke for kommunikasjon med lege. I Eidsvoll brukes Engerica hvor informasjon som fastlege, kontaktinformasjon, pårørende samt hvem som skal kontaktes lagres. I tillegg er det funksjonalitet for håndtering av medisiner samt at andre fra helsetjenestene kan aksessere informasjonen og legge til opplysninger. Her kan det søkes på både navn og personnummer, alle oppslag logges og helsearbeideren må gå inn med ”blålys” dersom han/hun aksesserer informasjon om en pasient/kunde han/hun ikke opprinnelig jobber med. Dette ligner på systemet med logg og skriftlig forklaring som er tenkt i eResept.

5.7.3 Holdninger til eResept

Som sagt er ikke systemet for håndtering av resepter spesielt effektivt i dag og spørsmålet blir om dette vil forbedre seg med eResept. Begge sykepleiere er i utgangspunktet positive til eResept og synes det høres praktisk ut at de slipper papirresepter frem og tilbake. De har også opplevd en del problemer med feil på resepter som kommer fordi apoteket ikke har forstått håndskriften til legen. Ofte er legen flaskehalsen når det kommer til fornying av resepten og de tror at dersom det nye systemet kan gjøre legens rekvirering mer effektiv vil det være en stor gevinst.

Intervjuer: ” *Ser du noen fordeler for dere med dette nye systemet?*”

H1: ” *Ja, jeg gjør jo det på en måte, hvis legen fortsatt er flink til å gå inn og gjøre det. Han må jo gå inn og legge resepten der, for vi venter og venter og det er det som stopper opp nå, for*

¹⁰ Intervjuobjekt ved ikke hva dette heter

legen må jo fakse resept til apoteket, og vi purrer og vi purrer for vi vet at brukeren trenger det. Så det blir vel det samme problemet.”

Også når det kommer til innsyn er de to enige. De tror ikke det vil fungere med innsyn via Internett ettersom de har så mange brukere og det derfor vil være vanskelig å holde styr på alles informasjon.

H1: *”Du snakker om Internett og SMS og sånn, men der stopper det jo opp, for det er jo vi som må håndtere alt.”*

H2: *”Jeg bare tenkte at vi har jo så mange brukere, så hvis vi får en e-post på alt det, det høstes litt upraktisk ut, men det kan jo hende det blir bedre enn det virker.”*

Når det gjelder personvern i det nye systemet er det naturlig nok sykepleieren ved sonen i Lavik som viser størst bekymring.

Intervjuer: *”Du er ikke redd for personvern?”*

H1: *”Jo det er jeg, for du ser jo hvor forsiktige vi er i dag med å sende inn bare oss imellom som er ansatt, når det gjelder søknader og sånn, så er vi veldig forsiktig med å skrive noe som er feil eller kan komme på avveie, så ja, jeg er litt skeptisk ja, det er jeg. At det ikke lekker ut.”*

Allikevel tror hun ikke det vil ha noe å si om resepten sendes direkte til apotek ettersom det er lekkasjer innad i lokalmiljøet som bekymrer mest. Epikrise blir nevnt som en nyttig tilleggstjeneste i forbindelse med eReseptsystemet. Ingen av de to har noen gode forslag til hvordan systemet kan fungere slik at deres brukere selv kan bli mer aktive i medikamenthåndteringen.

6. Forslag til løsning

Som påpekt allerede i innledningen er det nødvendig å designe et system som tar seg av alle pasientgruppers behov, både de som ønsker effektivitet og selvbetjening og de som har behov for tettere personlig oppfølging. I dette kapitlet vil jeg først gi en presentasjon av de nødvendige kravene til en løsning basert på teoridelen og datainnsamlingen og siden evaluere det originale løsningskonseptet for sentral eResept i forhold til disse kravene. Videre vil jeg lage en skisse av systemet slik jeg mener det best ivaretar de ulike pasientgruppens behov. Pasientinnsyn er en veldig viktig del av systemet sett fra brukerens ståsted og jeg vil derfor se på hvordan innsynet i egne resepter best kan ivaretas for pasientene og presentere forslag til webgrensesnitt for bedre å illustrere den tenkte funksjonalitet.

6.1 Funksjonelle krav

Basert på litteraturstudiet og den kvalitative og kvantitative undersøkelsen har jeg kommet frem til en del funksjonelle krav til systemet. eResept er et enormt stort system og det er umulig å gå inn på alle krav. Jeg har derfor valgt å konsentrere meg om de jeg finner viktigst for systemet med tanke på pasientene. Kravene er kun på et overordnet nivå ettersom målet for denne oppgaven er å komme frem til et overordnet design.

Tabell 6-1 Funksjonelle krav

Funksjonelle krav	
F1	Det bør opprettes en sentral, nasjonal database for eResept
F2	Resepten bør ikke sendes direkte til apotek med mindre pasient/fullmektig ber om dette
F3	Pasienten eller fullmektig må ikke være avhengig av å møte opp hos lege for å få referansenummer.
F4	Pasienten bør få med en reseptblankett fra legen i innkjøringsfasen
F5	En fullmektig må få tilgang til å hente ut pasientens reseptvarer
F6	Pasient eller fullmektig må kunne hente ut medisiner ved hjelp av pasientens personnummer og ved fremsvisning av egen legitimasjon.
F7	Dersom pasienten samtykker bør fastlegen automatisk få kopi av utleveringsmeldingen
F8	Pasientinnsyn bør tilbys via Internett
F9	For de som ikke bruker Internett bør det være mulig å få tilgang til nødvendige opplysninger og tjenester ved å ringe telefon support på dagtid
F10	For de som ikke bruker Internett bør det være mulig å få tilgang til nødvendige opplysninger og tjenester ved å ringe en automatisk taleportal hele døgnet
F11	Gjennom pasientinnsynet bør det tilbys kommunikasjon med lege for reseptbestilling og konsultasjon.
F12	Det bør åpnes for eApotek i forbindelse med innføringen av eResept
F13	Hjemmesykepleiens systemer må få integrert pasientinnsyn i sine datasystemer.
F14	Reseptsystemet bør integrere foreskrivnings- og eksepedisjonsstøtte

Evaluering av opprinnelig eReseptløsning

Tabell 6-2 gir en evaluering av hvorvidt det originale løsningskonseptet oppfyller de funksjonelle kravene i tabell 6-1.

X = systemet oppfyller kravet

? = det er uklart om systemet oppfyller kravet

- = systemet oppfyller ikke kravet

Tabell 6-2 Evaluering av det originale løsningskonseptet for sentral eResept

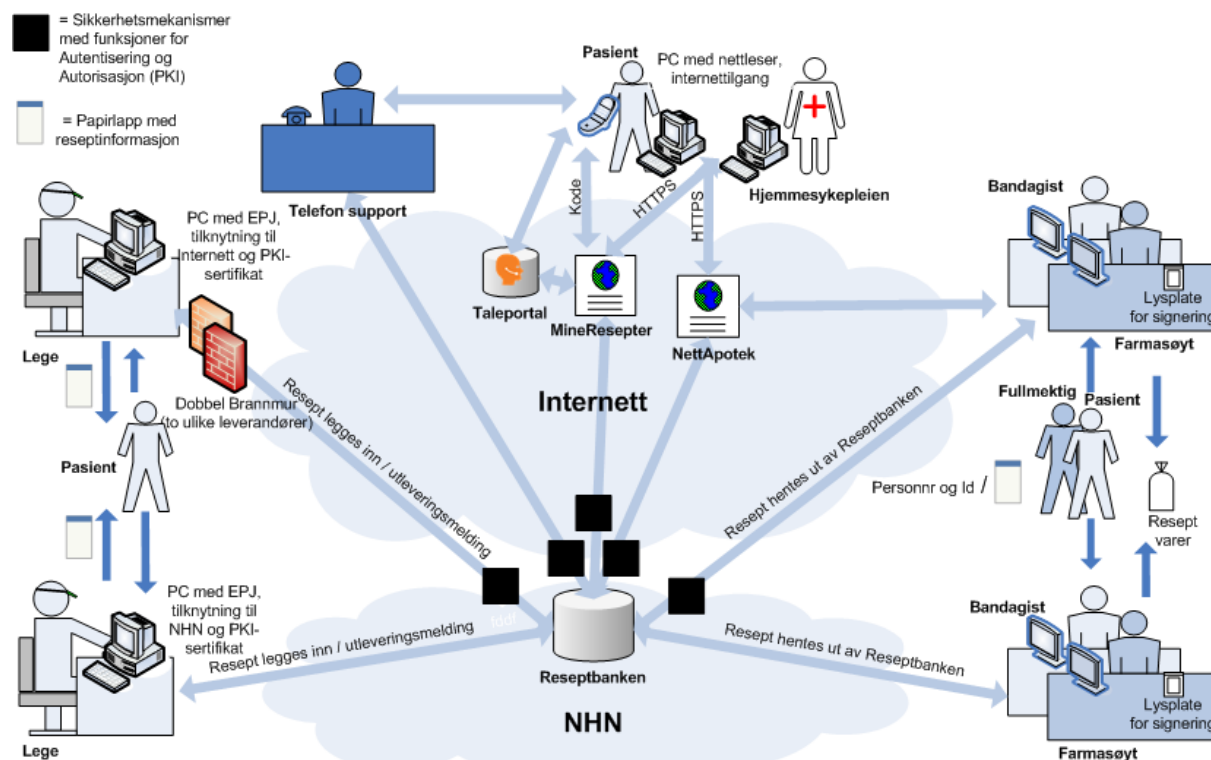
Krav	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14
Oppfylt	X	X	?	?	X	?	X	X	?	?	-	?	-	X

Tabell 6-2 viser at det originale løsningskonseptet for sentral eResept oppfyller mange av kravene. Det er, slik jeg ser det, to problemer med det originale eResept designet presentert i kapittel 2. For det første er det laget med tanke på tradisjonell reseptutlevering hvor pasienten personlig oppsøker lege på hans kontor, får en reseptblankett og tar denne med til et apotek for utlevering av medikamenter/medisinsk utstyr. Som vist i avsnitt 1.1.1 er det i realiteten under halvparten av alle reseptutleveringer som foregår på denne måten og dette er det helt nødvendig å ta hensyn til i utviklingen av systemet.

Det andre problemet med den originale løsningen er uklarheten rundt hvorvidt pasienten skal måtte bringe med et referansenummer til apotek eller ikke. Jeg mener at hvilken løsning man velger er av stor betydning for pasienten. Dersom man velger å innføre en løsning hvor pasienten er nødt til å bringe med et referansenummer for å løse ut resepten, slik det av hensyn til personvern er foreslått i ”Høringsnotat om hjemmelsgrunnlag for eResept” [23] vil man paradoksalt nok ende opp med å kunne svekke sikkerheten ettersom så stor andel da er avhengig av å viderebringe denne koden til en tredje person. Det kan også svekke sikkerheten at pasienten ser seg nødt til å gi fra seg koder og adgang til pasientinnsynet for at tredjeperson skal finne frem til referansenummeret. Dermed kan man ende opp med at den ”hjelpsomme” tredjepart utnytter tilgangen til informasjon og tjenester utover det aktuelle ærend med å bestille hjelpemidler. Referansenummer vil være også være en veldig tungvint løsning for pasientene som selv henter medisiner ettersom så stor andel av reseptene ikke hentes av pasienten hos legen, men bestilles via telefon eller Internett. Slik jeg ser det vil dette bety at pasienten får få direkte gevinster av innføringen mens man fortsatt sitter igjen med problematikken at informasjon om pasienten ligger lagret sentralt. Man ville kunne oppnå de samme fordeler ved å innføre FEST uavhengig av eResept og heller utstyre reseptene med en strekkode slik at man unngikk at det ble misforståelser ved utlevering samt sparte apotekene for dobbeltarbeidet med å taste inn reseptinformasjon på nytt.

6.2 Overordnet design

I dette avsnittet har jeg valgt å først presentere en figur av systemet og deretter forklare og diskutere hvorfor jeg har valgt dette designet.



Figur 6-1 Foreslått system

System struktur (krav F1 og F2)

Systemet illustrert i figur 6-1 bygger på den planlagte eReseptløsningen med en sentral, nasjonal reseptbank. Årsaken til at jeg mener en slik løsning ville være den beste bygger på at spørreundersøkelsen og intervjuene har vist at de færreste av oss bruker ett fast apotek. Erfaringene fra våre to skandinaviske naboland viser at det kan være mest hensiktsmessig med en nasjonalløsning. Både Sverige og Danmark har valgt å gå fra en løsning hvor resept sendes direkte til apotek til en løsning hvor resepten i stedet sendes til en sentral, nasjonal løsning.

I systemet har jeg valgt å la legekantor og apotek/bandagister ha mulighet til å aksessere Reseptbanken via Internett. Dette er fordi det kun er rundt 50 % av legene som per i dag er tilkoblet Norsk helsenett (NHN). Blant disse er det også som påpekt vært mye misnøye med tjenesten. Legene har stor makt og dersom disse ikke vil koble seg til NHN vil det kunne stoppe utrulling av eReseptprosjektet dersom dette er 100 % avhengig av NHN. Jeg har også tro på at man kan få til like sikker kommunikasjon ved hjelp av å installere andre logiske sikkerhetsmekanismer. Som påpekt i 1.4 Begrensninger vil jeg ikke gå nærmere inn på informasjonssikkerhet i denne oppgaven og har derfor valgt å tegne inn disse sikkerhetsmekanismene som en "black box" i figuren.

Rekvirering og utlevering (krav F3-F7)

Pasienten bør få med en reseptblankett fra legen i innkjøringsfasen inntil befolkningen har blitt fortrolige med eResept og man har kvittet seg med eventuelle barnesykdommer i systemet. Denne lappen er ikke nødvendig for å hente ut medisinene, men vil fungere mer som en

huskelapp og kontroll av at det ikke har forekommet noen feil i foreskrivningen eller er usikkerhet rundt bruk. Samtidig vil det være mulig for de pasienter som ønsker dette å få et referansenummer som beskytter resepten slik at det ikke er mulig å dekryptere resepten uten denne nøkkelen. Dersom pasienten velger å bruke lappen med idnummer på apoteket vil kun denne ene ordinasjonen hentes frem, eventuelle andre gyldige resepter i databasen vil ikke bli synlig for farmasøyt/bandagist. Det er også mulig for pasient/fullmektig å oppgi personnummer for pasienten og fremvise egen legitimasjon og slik hente ut reseptvarene. Farmasøyt/bandagist vil da få tilgang til alle gyldige resepter denne pasienten har og kan hente ut ønskede varer.

Utleveringsmelding sendes automatisk til rekvirerende lege, dersom denne er en annen enn fastlege skal pasientens fastlege få kopi av utleveringsmeldingen såfremt pasienten har gitt samtykke. Kvittering på blåresept skjer ved hjelp av en signeringstavle lik den man bruker i bank, slik at signaturen kan sendes elektronisk til Riksttrygdeverket (RTV) sammen med oppgjøret. Dette vil føre til en mye bedre kontroll for RTV ettersom det i dags papirsystem er nærmest umulig å kontrollere at samtlige reseptvareuteleveringer er signert av pasient eller fullmektig. Samtidig må han også her ta høyde for at en rekke reseptutleveringer ikke foregår etter normen. Blant annet er det vanlig praksis for apotek/bandagister å levere varer på døren til pasientene og av og til vil det være umulig å få underskrift dersom pasienten ikke er hjemme eller for syk til å signere.

Innsyn (krav F8-F11)

Innsyn er primært realisert ved hjelp av Internett. Dette innsynet blir gjennomgått nærmere i 6.2 under. For de som ikke har tilgang til Internett eller av ulike grunner ikke mestrer bruk av Internett er det foreslått to løsninger. Det ene er en telefon support tjeneste som er manuelt betjent på dagtid, den andre løsningen består av en taleportal løsning som er tilgjengelig 24 timer i døgnet. Denne løsningen er basert på talegjenkjenning og vil la pasienten få tilgang til nødvendig informasjon ved å navigere rundt i løsningen. Det er noe vanskeligere å få til sikkerhet her, en mulig løsning er engangspassord som også her hentes inn via SMS, men det forutsetter at pasienten eier en mobiltelefon. For dem uten mobiltelefon kan man benytte CTI (Computer-telephony Integration) og få tilgang via registrert telefonnummer. Det skal også være mulig å kommunisere med fastlege via Innsynet på nett.

Hjemmesykepleie og apotek (krav F12-F13)

Hjemmesykepleien og apoteket bør enkelt kunne kommunisere elektronisk med legekantor. Hjemmesykepleien må få beskjed om når resept går ut og ved hjelp av et tastetrykk kunne bestille ny. Også apotek/bandagist bør ha tilgang til å bestille ny resept via det nye systemet. Ettersom en så stor andel av befolkningen bor i kommuner uten apotek og eHandel blir stadig mer utbredt vil det være hensiktsmessig å åpne for eApotek hvor kunden kan bestille nye varer direkte fra nett og få tilsendt B og C preparat i forbindelse med innføringen av eResept. Jeg har ikke sett nærmere på hvordan disse løsningene kan realiseres ettersom dette ligger utenfor oppgavens problemdomene.

FEST (krav F14)

SLV (med FEST) og RTV er ikke tatt med i figur 6-1 ettersom disse ikke kommuniserer direkte med pasienten via dette systemet. Jeg vil allikevel påpeke betydningen av å inkludere foreskrivnings- og ekspedisjonstøtte i systemet for å minske den store andelen feil som skjer ved utfylling av resepter. Som vi så i avsnitt 2.3 inneholder rundt 110.000 resepter per år såpass store feil at de setter pasientenes helse i fare [18].

6.3 Innsyn

Ettersom det er uklart når MinSide vil komme i stabil drift mener jeg det bør satses på egen side: <http://www.norge.no/minhelse> inntil videre. Dette er allikevel kun en midlertidig løsning ettersom det vil være til det beste for kunden å kunne integrere tjenestene i MinHelse med tjenestene og funksjonaliteten som vil ligge i MinSide. Da vil brukerne også kunne navigere mellom MinHelse og de andre nettsidene under MinSide uten å måtte autentisere seg ovenfor nettsidene mer enn én gang per sesjon. Årsaken til at jeg har valgt å kalle denne siden MinHelse i stedet for MineResepter er at den foreslåtte siden vil inneholde funksjonalitet utover kun resepthåndtering. Ettersom nettside skal brukes sammen med MinSide mener jeg det vil være fornuftig å ha samme struktur på siden som på MinSide, men endre fargen til grønn, som de fleste forbinder med helse, for å skille mellom de to sidene. Figur 6-2 viser layout på MinSide mens figur 6-3 viser forsiden på MinHelse.

The screenshot shows the MinSide website interface. At the top, there's a navigation bar with links: "Om MinSide", "Kontakt MinSide", "Endre MinSide", "Sikkerhet", and "Spørsmål og svar". Below this is a search bar with the text "(Skriv inn søkeord)" and a "SØK" button. The main content area is titled "Forside" and contains a welcome message: "Velkommen til MinSide". Below this, there's a section "På MinSide får du tilgang til å:" with a list of services. A "Sikkerhet" section follows, explaining the security process. On the right side, there's a "Sikkerhetsportalen" section with a "LOGG UT" button and a calendar for May 2006. The footer contains version information and contact details.

Figur 6-2 MinSide

MinHelse
norge.no

Bokmål | Nynorsk | English | Sámeigiella

Aktuelt | Om MinHelse | Om MinSide.no | Endre MinHelse | Spørsmål og svar

Forside

Du er her: Forside

Velkommen til MinHelse

MinHelse er en del av eNorge planens satsing på IKT i det offentlige og er en underside av MinSide som skal være et offentlig servicekontor på Internett som skal bidra til en enklere hverdag for folk flest. Det siste tiåret har det vært lagt stadig mer vekt på elektronisk samhandling i helsesektoren og man er overbevist om at gode IT systemer med riktig anvendelse kan bidra til dette på en effektiv måte.

"Vi tror på kvalitetsheving, effektivisering og kostnadsbesparelser ved bruk av informasjonsteknologi."

Helseminister Dagfinn Høybråten og Sosialminister Ingjerd Schou

På MinHelse får du tilgang til å:

- Få oversikt over hvilken informasjon som er lagret om deg
- Kommunisere med fastlegen din
- Få oversikt over dine resepter
- Sende søknader og følge status på disse

[Nyhetsarkiv](#)

Utskriftsvenlig visning

Logg inn

Vært her før

Første besøk

Hjelp

<< 2006 >>
<< mai >>

m	t	o	t	f	i	s
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Taleportal
888 88 888
Gratis telefontjeneste
888 88 880

MinHelse | Gate nr 1 | 3333 By | 800 00 000 | minhelse@norge.no | **Kontakt oss**

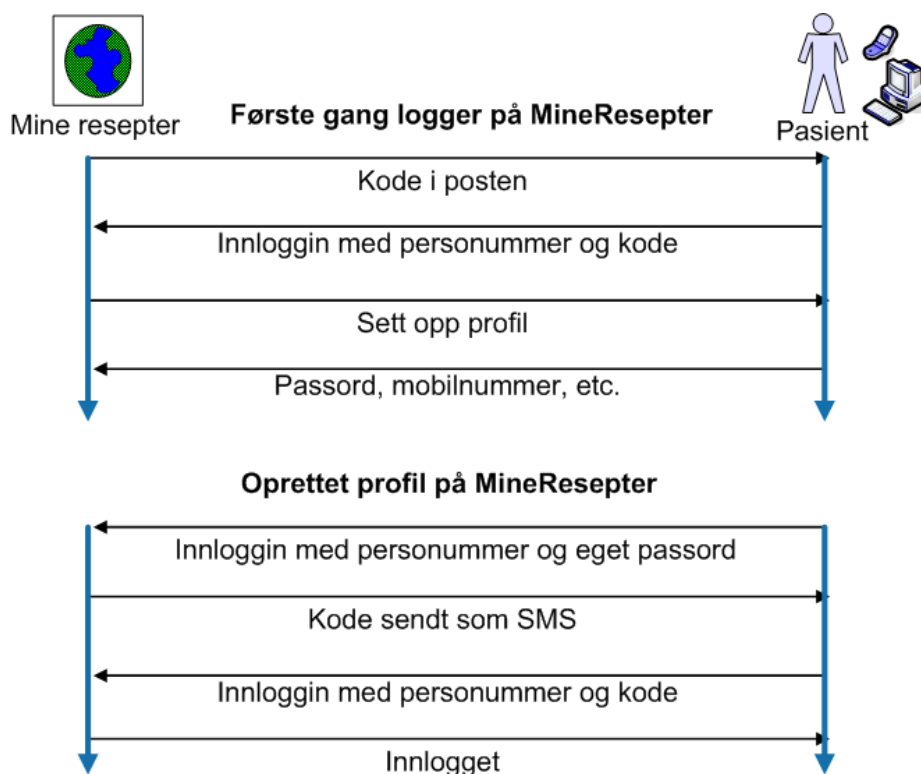
Figur 6-3 Forside MinHelse

Figuren over viser forsiden til <http://www.norge.no/minhelse>, her ligger informasjon om MinHelse og linker til informasjon og valg brukeren kan nå uten å være pålogget.

For å øke brukervennligheten for de med dårlig syn er det mulig å velge ”**Større skrift**” på forsiden. Det er også tilgjengelig informasjon om hvordan man kan bruke Taleportalen for de som har dårlig syn. I den venstre menyen finner man en rekke linker med viktig informasjon og tjenester. Under ”**eKonsultasjon**” er det mulig å stille en online doktor spørsmål anonymt. Linken ”**Søknader**” inneholder informasjon om søknadsprosedyrer for diverse søknader i helsevesenet. Tjenester som bytte av fastlege og bestilling av frikort eller helsetrygdkort er tilgjengelig via forsiden og krever kun personnummer.

Når pasienten er logget inn på MinHelse, eller etter hvert MinSide, kan pasienten selv organisere sine resepter og vil også ha tilgang til en del andre tjenester tilknyttet sin helse.

Under påvente av gode avtaler rundt Sikkerhetsportalen velges en midlertidig løsning hvor pasientens mobil brukes som sikkerhetskalkulator. For å logge på nettsiden har pasienten to valg: knappen ”**Første besøk**” eller knappen ”**Vært her før**”, disse to følger prosedyrene som vist i figur 6-4.



Figur 6-4 Innlogging MinHelse

Første gang kunden bruker tjenesten må han/hun få tilsendt et brev med kode i posten. Denne brukes til å logge inn første gang og sette opp en profil. Her legges mobiltelefonnummer inn og pasienten lager sitt eget passord. For å logge inn på selve nettsiden MinHelse må pasienten taste inn passord, få tilsendt SMS med engangskode og bruke denne koden for å logge på. Dette må gjentas for hver sesjon. Denne løsningen gir høy sikkerhet, men er noe tungvinn for brukeren. Etersom det er mye sensitiv informasjon lagret på MinHelse er det behov for denne grad av sikkerhet. Ved bruk av Sikkerhetsportalen og MinSide vil systemet bli mer brukervennlig for pasienten ettersom man da kan logge rett på med eget passord etter den første påloggingen hvor sertifikatet må opprettes.

Når brukeren så har logget inn, enten direkte på <http://www.norge.no/minhelse> eller via MinSide når denne er klar, vil pasienten få innsyn i den informasjon som er lagret om han/henne og få tilgang til en rekke tjenester.

MinHelse
norge.no

Bokmål | Nynorsk | English | Sámegeiella

Aktuelt | Om MinHelse | Om MinSide.no | Endre MinHelse | Spørsmål og svar

Ola Nordmann

Du er her: Forside > Mine resepter > Gyldige Resepter

Gyldige resepter

Preparat	Lege	Utskrevet	Utgår dato	Reit	
Insulatard	Lars Larsen	29.12.2005	29.12.2006	1	Lagre
Cosylan	Per Persen	19.05.2005	19.05.2006	-	Lagre

Vis flere detaljer om dette | Utskriftsvennlig visning | Blåresept

HJELP | VARSLING | INNSTILLINGER

Andre tjenester i Mine resepter

- Historikk
- Bestill ny resept
- Aksessert av

Logg ut

Sist pålogget:
26. mai 2006 09:31

Mine meldinger
Meldingsboks

Du har fullmakt for:

Knut Knutsen Velg
Per Nordmann Velg

<< 2006 >>
<< mai >>

m	t	o	t	f	i	s
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

HJELP

MinHelse | Gate nr 1 | 3333 By | 800 00 000 | minhelse@norge.no | Kontakt oss

Figur 6-5 MinHelse > Mine resepter > Gyldige resepter

1 Fastlege

Når pasienten er pålogget vil det være mulig å kommunisere med fastlegen via systemet. "Timebestilling", "Reseptbestilling" og "Attestbestilling" er bare tastetrykk unna. Det er også lagt til valget "eKonsultasjon" hvor pasienten kan sende inn spørsmål til sin fastlege.

2 Mine resepter

Eksempelet i figur 6-5 over er tatt fra valget "Gyldige resepter" som ligger under "Mine resepter". Her får brukeren opp informasjon om sine gyldige resepter og kan også velge å "Lagre" hver resept, noe som gjør at denne havner under linken "Historikk" som kan hjelpe pasienten å holde oversikt over egen sykdomshistorie. "Historikk" vil også automatisk inneholde informasjon om reseptvarer som har blitt hentet ut siste 6 måneder, men denne informasjonen slettes automatisk etter 6 måneder dersom pasienten ikke aktivt har trykket på "Lagre" knappen. Blåresepter er merket spesielt med blått for å kunne skille dem fra ordinære resepter. "Varsling" knappen lar brukeren enkelt velge mellom ulike måter å få varslinger om resepten på. For eksempel SMS om at han/hun må huske å hente medisin eller e-post om at en resept snart er utgått på dato. "Innstillinger" knappen lar brukeren velge om en åpen resept skal lukkes med et referansenummer eller motsatt frigjøre en beskyttet resept. "Aksessert av" gir en liste over hvem som har aksessert pasientens resepter, både ansatte på legekantor, hos apotek, bandagist og eventuelt fullmektige og angir tidspunkt for dette. Det vil også være mulig å enkelt sende inn en bekymringsmelding dersom man har mistanke om at noen har misbrukt muligheten for oppslag i resepten. Det er viktig at slike varsle følges opp.

3 Min profil

Under ”Innstillinger” kan pasienten redigere kontakt informasjon og sette hvordan han/hun ønsker å bli kontaktet og lignende. Det er også mulig å legge inn preferanser angående layout på siden her. Pasienten kan gi en annen person ”Fullmakt” ved å legge inn dennes navn og personnummer og samtykke.

Når en person har fullmakt for en annen person vil han kunne få opp dennes resepter ved å trykke på dennes navn.

The screenshot shows the MinHelse.no patient portal. The user is logged in as Knut Knutsen with Fullmakt (Power of Attorney). The main content area displays 'Gyldige resepter' (Valid prescriptions) with the following table:

Preparat	Lege	Utskrevet	Utgår dato	Reit	
Lomedal	Anne Andersen	19.09.2005	19.09.2006	1	Lagre
Zyrtec	Anne Andersen	19.09.2005	19.09.2006	3	Lagre
Paracet	Lars Larsen	10.02.2006	10.02.2006	-	Lagre

Below the table are buttons for 'HJELP', 'VARSLING', and 'INNSTILLINGER'. The left sidebar contains a menu with 'Mine Søknader' circled in red and a red arrow pointing to it with the number '4'. Other menu items include 'Nettstedskart', 'Fastlege', 'Mine resepter', and 'Linker'. The right sidebar shows 'Logg ut' (26. mai 2006 09.31), 'Mine meldinger', and a calendar for May 2006.

Figur 6-6 Grensesnitt ved fullmakt

Som vi ser i figur 6-6 er grensesnittet det samme, men med noe begrenset funksjonalitet. ”Min profil” er ikke lenger ett valg på venstremenyen, altså kan ikke den med fullmakt endre pasientens profil. Derimot har fullmektig mulighet til å kommunisere med pasientens fastlege, administrere dennes resepter samt sende inn søknader på vegne av pasienten. Dersom fullmektig velger varsling vil han automatisk, om ikke annet spesifiseres, motta varsling på eget kontaktinfo. Fullmektig kan enkelt navigere mellom de ulike grensesnittene ved hjelp av knappene i høyre meny.

4 Mine søknader

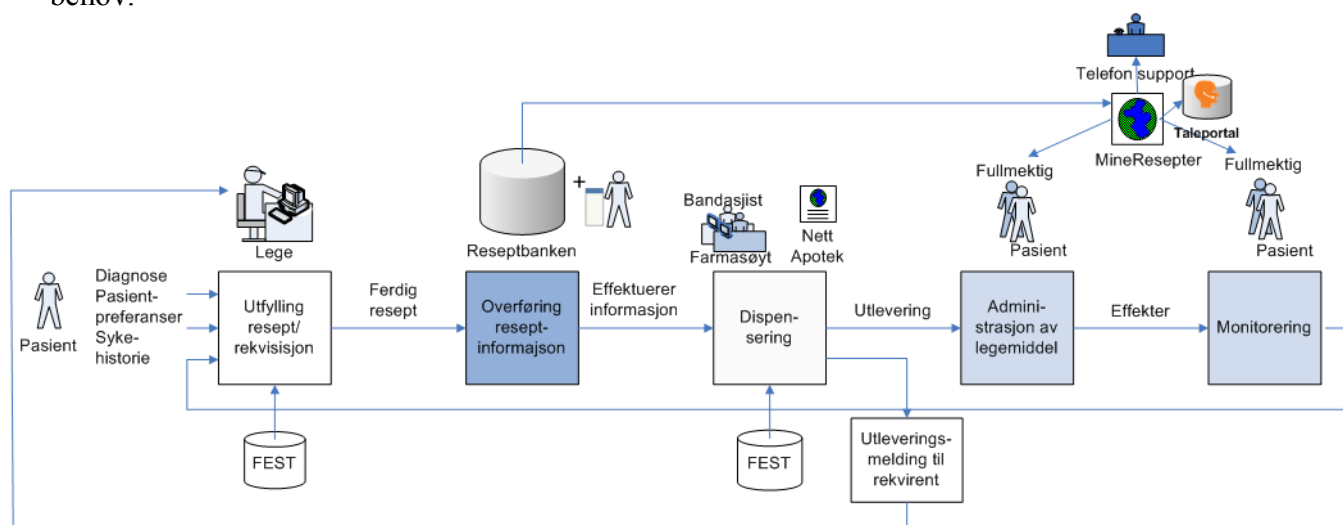
Under ”Søknader” er ”Frikort”-, ”SLV”- og ”RTV”-søknader tatt med ettersom disse angår eResept. Det er antakelig flere søknader innen helsevesenet som bør legges til uten at denne oppgaven går nærmere inn på dette. Men det vil altså under søknader både være mulig å se status på egne søknader og bestille frikort, helsetrygdkort og lignende.

I høyre meny er det oversikt over når pasienten sist var logget inn, adgang til eventuelle meldinger som har kommet inn angående helse samt en kalender hvor datoer i dag er rammet inn mens datoer av betydning for brukeren er merket av. Det vil være mulig å trykke på datoer som er merket av for å se hva merknaden gjelder.

Sikkerhet og personvern er viktige elementer i et slikt system. Helseopplysninger er sensitiv informasjon som krever høy grad av sikkerhet for å bevare personvernet. Når en god avtale med Sikkerhetsportalen er på plass og MinSide blir satt i normal drift vil sikker innlogging være integrert i deres rammeverk. Inntil det vil sikkerhetsløsningen skissert ovenfor gi stor grad av sikkerhet. Det er også viktig at offentlige sider går foran som et godt eksempel når det kommer til tilgjengelighet og brukervennlighet. Blant de som bruker mye medisiner og derfor er storbrukere av resepter er det en stor andel eldre og personer med ulike typer nedsatt funksjonsevne. Det bør være et mål at MinHelse i størst mulig grad tar hensyn til deres behov. I det foreslåtte webgrensesnittet har jeg prøvd å oppfylle kvalitetskravene til offentlige nettsider [37] der det har vært mulig. Det er viktig at disse kravene også følges under en eventuell senere implementering av siden.

6.4 Oppsummering

For å ta en kort oppsummering av hvordan dette systemet vil fungere til beste for pasientene går vi tilbake til figur 1-1 som viste en prosessflytmodell av hovedprosessene i behandlingen av legemidler uavhengig av hvordan ny resept bestilles og varer hentes. Denne brukes som utgangspunkt til å summere hovedprosessene i det foreslåtte systemet ivaertar pasientenes behov.



Figur 6-7 Hovedprosessene i det foreslåtte system

Den foreslåtte løsning ivaretar pasientenes behov ved:

Utfilling av resept/rekvisisjon:

- FEST gir Legen et bedre grunnlag for å skrive ut resepter og kan forhindre feil.
- Papirblanketten pasienten får med gir han/hun mulighet til å stille legen spørsmål dersom det er noe som er uklart i forhold til foreskrivningen.
- Pasienten trenger ikke møte opp på legens kontor for å bestille og hente ny resept, men kan bestille via Internett eller telefon og hente reseptvarene på apotek ved å fremvise legitimasjon.

Overføring av reseptinformasjonen:

- Pasienten kan hente ut reseptvarene selv om han/hun mister reseptlappen.
- Muligheten til å beskytte resepten med et referansenummer bevarer personvernet til pasienten.

Dispensiering:

- Ettersom reseptinformasjonen ligger i farmasøytens datasystem unngås feil ved tyding av reseptinformasjonen
- FEST reduserer faren for feil ved utlevering av varen.
- Pasienten får mulighet til å bestille varer over Internett, dette er spesielt fordelaktig for dem som bor i kommuner uten apotek.
- Ettersom reseptinformasjonen ligger lagret sentralt kan pasienten hente ut medisiner i alle landets apotek og er ikke avhengig av å benytte ett fast apotek.
- Det blir enklere for fullmektig å hente ut medisiner ettersom han/hun ikke er avhengig av å ha med ett reseptbevis.

Adminstrasjon av legemiddel:

- MineResepter gir pasienten tilgang til den nødvendige informasjon om sin helse og sine reseptvarer.
- Telefon support og taleportalen kan hjelpe de uten digitalkompetanse og de med funksjonshemninger.
- Reseptblanketten med informasjon fungerer som en huskelapp og gjør innføringen av eRespet mindre forvirrende for dem med liten teknisk forståelse.

Monitorering:

- Den automatiske utleveringsmeldingen gir legen informasjon om at pasienten har hentet ut sine medisiner.
- Elektronisk kommunikasjon med legen forenkler kontakten og gjør at pasienten kan sende inn meldinger om sin helsesituasjon som legen igjen automatisk kan lagre i sitt EPJ-system.

7. Konklusjon

Det siste tiåret har det vært lagt mer vekt på elektronisk samhandling i helsesektoren. Stadig flere bruker Internett til å kommunisere med helsetilbydere samt til å finne informasjon om sin helsetilstand og mulige behandlingstilbud. Dette gir et skille mellom de som har mulighet og evne til nyttiggjøre seg av denne utviklingen og de som ikke klarer dette. I denne oppgaven har jeg satt fokus på pasientene og vurdert deres behov ved innføring av et system for elektronisk overføring av reseptinformasjon. Innledningsvis ble det stilt en del spørsmål og avsnittene under vil gi svar på disse spørsmålene.

Intervjuene og spørreundersøkelsen har vist at bruken av Internett og mobiltelefon er veldig høy blant respondentene. Hele 81 % bruker Internett regelmessig og 95,1 % eier en mobiltelefon, men andelen eldre over 70 år som bruker Internett eller mobiltelefon er en del lavere enn gjennomsnittet generelt. Resultatene viser at de som bruker Internett regelmessig også føler at de mestrer bruk av Internett i stor grad, dermed ligger det store digitale skillet mellom de som bruker og de som ikke bruker Internett.

At Internett er en informasjonskilde de fleste er fortrolig med kommer også frem ved spørsmål om hvorvidt respondentene ønsket innsyn i sine gyldige resepter eller ikke. En overveiende stor andel ønsket tilgang til innsyn og blant de mulige svaralternativene var innsyn via Internett det mest populære. Telefonsamtale med person er også populær i disse gruppene samt i de to gruppene som har begrenset bruk av Internett. Flertallet av respondentene så en fordel ved å slippe å ta vare på en papirresept og bringe denne til legen. Samtidig svarte nesten like mange at de ønsket å få med en papirlapp med reseptinformasjon som en huske- eller kontrollapp.

Respondentene viste liten bekymring for eget personvern ved innføring av eResept. Kun 5,6 % oppgav at de er bekymret for at apotekansatte skal misbruke informasjon om dem mens 70,3 % oppgav at de stoler i stor eller i veldig stor grad på at informasjon om dem ikke misbrukes av Trygdeetaten. Disse funnene stemmer overens med funnene i Transportøkonomisk Institutt's personvernundersøkelse som viste at den norske befolkningen har stor tillit til at personvern blir ivarettatt på en god måte og i liten grad reflekterer over at det blir samlet inn opplysninger om dem. Generelt kan det se ut til at folk flest er mer opptatt av brukervennlighet enn sikkerhet. Etersom befolkningen viser liten interesse for personvern er det viktig at systemet ivaretar dette på en god måte og mest mulig transparent for brukeren.

Resultatene over har ledet meg frem til et forslag til en organisatorisk og teknisk løsning for pasienten som bruker av eReseptsystemet. Det originale løsningskonseptet for sentral eResept fra forprosjektet bygger i stor grad på tradisjonell reseptutlevering, hvor pasienten oppsøker legen på hans kontor, får utskrevet en papirresept og tar denne med til et apotek/bandagist. I realiteten er det under halvparten av alle utleveringer som foregår på denne måten. Mer enn 200 000 får hjelp med legemidler av venner, familie eller det offentlige. Intervjuene og tall fra ELIN prosjektet viste at det er vanlig å ringe til legen og bestille ny resept hvorpå denne fakses til apotek/bandagist. Det er også en veldig stor andel mennesker som bor i kommuner uten apotek og som derfor må få varer tilsendt. Jeg har prøvd å ta hensyn til dette i mitt forslag.

Det foreslåtte systemet består av en sentralløsning med en nasjonal reseptbank slik som i det originale løsningskonseptet. Årsaken til at jeg har valgt denne løsningen er at en veldig liten andel av pasientene bruker et fast apotek, at det er et mål med fritt apotek valg i Norge samt at erfaringene fra våre naboland viser at det er denne løsningen pasientene selv ønsker. Pasienten

vil få med en reseptblankett fra legen i innkjøringsfasen inntil befolkningen har blitt fortrolige med eResept og man har kvittet seg med eventuelle barnesykdommer i systemet. Respondentene uttrykte stort ønske om å få med en slik blankett og den vil antakelig gjøre innføringen enklere og mindre forvirrende for dem med liten teknologisk erfaring. Denne blanketten er ikke nødvendig for å hente ut medisinen, men er ment som en huske- eller kontrollapp.

Pasient/fullmektig kan hente ut varene på et hvilket som helst apotek/bandagist ved å oppgi personnummer og fremvise egen legitimasjon. Av hensyn til personvern skal det også være mulig å beskytte resepten med et referansenummer. Intervjuobjektene var positive til en slik løsning selv om de ikke trodde det var noe de selv vill benytte seg av i stor grad. Dermed vil denne løsningen gi bedre personvern der det er behov for å beskytte reseptinformasjonene samtidig som løsningen antakelig ikke vil bli så etterspurt at den forårsaker mye ekstraarbeid. Ettersom en stor andel av befolkningen bor i kommuner uten apotek og eHandel er i ferd med å bli stadig mer akseptert, vil jeg også anbefale at det åpnes for nettapotek ved innføringen av eResept.

Innsyn vil hovedsakelig tilbys via Internett. Her er det forslått en nettside <http://www.norge.no/minhelse> som skal være en del av MinSide når denne har kommet i drift. Det vil være mulig å kommunisere med fastlege, bestille nye resepter, endre om resepten skal beskyttes med referansenummer eller ikke, be om varsling via SMS eller e-post og sende inn søknader og siden følge status på disse. Funnene fra intervjuene, spørreundersøkelsen samt andre norske undersøkelser viser at den norske befolkning i stadig større grad føler seg fortrolig med Internett. Den utbredte bruken av nettbanks har vist at flertallet foretrekker selvbetjening ettersom dette gir bedre oversikt og mer effektivitet. Som nevnt over vil sannsynligvis flertallet av de med tilgang til Internett ikke ha noen problemer med å nyttiggjøre seg av tjenestene på en nettside med pasientinnsyn.

I det foreslåtte webgrensesnittet har jeg prøvd å oppfylle kvalitetskravene til offentlige nettsider. Det er viktig at disse kravene også følges under en eventuell senere implementering av siden. For de som ikke har tilgang til Internett vil det være en døgnåpen taleportal og ett gratis nummer som kan ringes på dagtid. Dette er i tråd med det utrykte ønske om innsyn via telefon fra dem uten erfaring med Internett.

7.1 Videre arbeid

Spørreundersøkelsen ble foretatt i et begrenset geografisk område og antallet respondenter er ikke stort nok til å kunne generalisere resultatene til hva befolkningen for øvrig vil mene om innføringen av eResept. Det vil være interessant å sette sammen en variert referansegruppe som kan sette seg fullt inn i det planlagte systemet og dermed gi enda mer gjennomtenkte svar om sine behov til systemet. Et naturlig videre steg er å implementere en prototyp og teste ut denne hos et utvalg personer med ulik bakgrunn.

Som påpekt tidligere har det i denne oppgaven ikke vært mye fokus på hvordan systemet kan tilpasses hjemmesykepleien, dette har heller ikke blitt vurdert i forprosjektet til eResept. Det bør derfor undersøkes nærmere hvordan eResept kan integreres i deres datasystemer på en brukervennlig og sikker måte.

8. Referanser

- [1] Apoteket AB, 2006 ”*Världsrekord i e-recept*”, hjemmeside på web
Internett: <http://www.apoteket.se/rd/d/4109/a/9660#marker> (26.04.06)
- [2] Apoteket.dk, 2006, hjemmeside på web
Internett: <http://www.apoteket.dk> (26.04.06)
- [3] Arbeids- og administrasjonsdepartementet, 2003, ”*Strategi for IKT i offentlig sektor*”, AAD, Oslo
Internett: <http://www.dep.no/archive/aadvedlegg/01/04/AADIK044.pdf> (02.02.06)
- [4] Berg, Bruce, L., 2001, ”*Qualitative Research Methods for the Social Science*”, Allyn and Bacon, Boston
- [5] Chritensen, T., 2003, ”*Sluttrapport for ELIN-forprosjekt. Utvikling av nye løsninger for elektronisk informasjonsutveksling for legepraksis*” utarbeidet på oppdrag fra Den Norske Lægeförening
- [6] Datatilsynet, 2006, ”*Personvernrapporten*”, Datatilsynet, Oslo
- [7] Day, R., A. & Gastel, B., 2006, ”*How to write and publish a scientific paper*”, Cambridge University Press, Cambridge
- [8] Eika, K. H. & Lurås, H., 2005, ”*Strategier for bedre helse og funksjonsevne blant eldre*”, Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo, HERO, Oslo
- [9] Endestad, T. m.fl., 2004, ”*En Digital barndom?*” NOVA rapport 1/2004, Oslo
- [10] Engelschjøn, S., Personlig kommunikasjon via e-post 24.04.06
- [11] EU, 2003, ”*eEurope 2005 Action plan*”,
Internett: <http://europa.eu.int/scadplus/leg/en/lvb/l24226.htm> (15.02.06)
- [12] Fontana, A. & Frey, J. H., 1994, ”*Interviewing: The art of science*”, i Denzin, N. & Lincon, Y. (red) ”*Handbook of Qualitative Research*”, Sage, p 361-376, London
- [13] Fornyings og administrasjonsdepartementet, 2005, ”*eNorge 2009 – det digitale spranget*”, FAD, Oslo
- [14] Frønes, I. 2002, ”*Digitale skiller*”, Fagbokforlaget, Bergen
- [15] Frønes, I., 1998, ”*Mot en digital barndom*”, i Haldar, M. & Frønes, I. (red): ”*Digital barndom*”, Notam Gyldendal AS, p 12-22, Oslo
- [16] Gall, M. D., m.fl., 1996, ”*Educational Research: An Introduction, Sixth Edition*”, Longman Publishers, USA

- [17] Gansmo, J. H., 2004, "*Towards a happy ending for girls and computing?*", Institutt for tverrfaglige kulturstudier, NTNU, Trondheim
- [18] Grøndahl, G. & Risberg, T., 2006, "*Alarm om feil på resepter*", Puls NRK, Internett: <http://www.nrk.no/programmer/tv/puls/5437617.html> (02.02.06)
- [19] Haraldsen, G., 1999, "*Kunsten å lage et spørreskjema*", Samfunnsspeilet 6/1999, Statistisk Sentralbyrå, Oslo
- [20] Halvorsen, K., 2003, "*Å forske på samfunnet - en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*", Cappelen Akademiske Forlag, Oslo
- [21] Hauknes, C., 2004, "*Personvern og teknologi fra brukerens ståsted*", BEKK Consulting AS, Oslo
- [22] Hellevik, O., 2002, "*Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*", Universitetsforelaget, Oslo
- [23] Helse- og omsorgsdepartementet, 2006, "*Høringsnotat om hjemmelsgrunnlag for e-resept*", HOD, Oslo
Internett:
http://www.odin.no/filarkiv/272737/Horingsnotat_om_elektroniske_resepter.pdf
(23.03.06)
- [24] Helse- og omsorgsdepartementet, 2006, "*Lov om pasientrettigheter*", Norsk Lovdata, Internett: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-063.html&dep=alle&kort+,+titt=pasientrettigheter&> (03.04.06)
- [25] Helse- og omsorgsdepartementet, 2005, "*St.prp. nr1 (2005-2006) Programområde 10 Helse og omsorg*", HOD, Oslo
Internett:
<http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/regpubl/stprp/048051-030002/hov005-bn.html>
(22.02.06)
- [26] Helse- og omsorgsdepartementet, 2001, "*Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven)*", Norsk Lovdata,
Internett:
<http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-20010518-024.html&dep=alle&kort+,+titt=helseregisteret+&> (23.04.06)
- [27] Helse- og omsorgsdepartementet, 1998, "*Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek*", Norsk Lovdata
Internett: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/for/sf/ho/ho-19980427-0455.html&dep=alle&kort+,+titt=rekvirering&> (25.04.06)
- [28] Hjortdahl, P. m.fl., 1999, "*Internett og lege-pasient-forholdet – fra takk til hvorfor*", Tidsskrift Norske Lægeforening nr 29/1999, Den Norske Lægeforening, Oslo
- [29] Holme, I. M. & Solvang, B. K., 1996, "*Metodevalg og metode bruk*", Tano, Otta

- [30] ITFunk, 2004, ”*Inkluderende design – universell utforming: Noe for deg?*”, Internett: <http://itfunk.org/docs/infoside-inkl-design.html> (01.05.06)
- [31] Johannessen, A. & Tufte, P. A., 2002, ”*Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*”, abstrakt forlag, Oslo
- [32] Justis- og politidepartementet, 2000, ”*Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)*”, Norsk Lovdata, Internett: <http://www.lovdato.no/all/hl-20000414-031.html> (29.04.06)
- [33] Kahn, R. L. & Cannell, C. F., 1967, ”*The Dynamics of Interviewing*”, John Wiley & sons, New York
- [34] Kvale, K., m.fl., 2004, ”*Tel tjenester for flest mulig – hvordan redusere barrierene?*”, FoU Forskningsrapport R 33/2004, Telenor, Fornebu
- [35] Legemiddelindustriforeningen, 2006, ”*Tall og Fakta 2006*”, Internett: http://www.lmi.no/tf/2006/files/norsk/tall_og_fakta_2006.pdf (03.04.06)
- [36] LeGrand, J., 1982, ”*The strategy of equality : redistribution and the social*”, Georg Allen and Unwin, London
- [37] Norge.no, 2006, ”*Kvalitetsmerking av offentlige nettside > Kvalitetskriterier 2005*”, Internett: <http://www.norge.no/kvalitet/kvalitet2005> (19.05.06)
- [38] Norsk Helsenetts hjemmeside, 2006, ”*Status side*”, Internett: <http://www.nhn.no/tiki-index.php?page=StatusSide> (18.05.06)
- [39] NHS Connecting for health, 2006, ”*Electronic Prescription Service*”, EPS Factsheet Internett: <http://www.connectingforhealth.nhs.uk/publications/epsfactsheet.pdf> (20.04.06)
- [40] Norges Apotekerforenings hjemmeside Internett: <http://www.apotek.no> (14.02.06)
- [41] Norges Apotekerforening, 2006, ”*Apotek og legemidler 2005 – Bransjestatistikk om apotekenes virksomhet og rammevilkår*”, NAF, Oslo Internett: http://www.apotek.no/graphics/NAF-bibliotek/Diverse/PDF/Apotek_og_Legemidler/apotek_og_legemidler.pdf (20.02.06)
- [42] Post og teletilsynet, 2005, ”*Det norske telemarkedet 1. halvår 2005*”, Post og teletilsynet, Oslo Internett: http://www.npt.no/iKnowBase/Content/Det_norske_telemarkedet_1H05.pdf?documentID=45730 (27.03.06)
- [43] Rambøl Management, 2006, ”*Sosial- og helsedirektoratet: Almenlægers brug av Norsk Helsenet og PKI – Situasjonsbeskrivelse og problemanalyse*”, Sosial- og helsedirektoratet, Oslo

- [44] Rambøl Management, 2004, ”*Evaluering av tiltaksplanen ”Si @!”*”, Internett: http://www.upload.pls.ramboll.dk/dan/Publikationer/Sundhed/FinalRapport_SIA.pdf (22.02.06)
- [45] Ravlund, I., 2005, ”*Setter vår lit til storebror... og alle småbrødre med*”, TØI rapport 789/2005, TØI, Oslo
- [46] Ree, A., O. m.fl., 2003, ”*Funksjonskrav i Elin-prosjektet*”, Den Norske Lægeforening, Oslo
- [47] Rikstrygdeverket, 2006, ”*§ 5-14 - Viktige legemidler*”, Rikstrygdeverkets rundskrivsamling, Oslo
Internett: <http://rundskriv.trygdeetaten.no/> (20.02.06)
- [48] Rikstrygdeverket, 2005, ”*Trygdestatistisk årbok 2005*”, RTV, Utredningsavdelingen, Oslo
- [49] Rindal, K., 2001, ”*Enhet og Mangfold. Samfunnsviteskapelig forskning og kvalitativ metode*”. Fagbokforlaget, Bergen
- [50] Rønning, M. W. et al., 2005, ”*Voksnes bruk av pc og Internett. Digitale skillelinjer er der fortsatt*”, side 21-29 i Samfunnsspeilet 3/2005, Statistisk Sentralbyrå, Oslo
- [51] Robson, C., 1993, ”*Real world research: a resource for social scientist and practioner-researchers*”, Blacwell, UK
- [52] Rognstad S, Straand J., 2004, ”*Vet fastlegen hvilke legemidler hjemmesykepleien gir pasientene?*”, Tidsskrift for den Norske lægeforening, 124:810-2
Internett: http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa_lts.vis_seksjon?vp_seks_id=994172 (03.03. 06)
- [53] Sosialdepartementet, 2003, ”*Nedbygging av funksjonshemmende barrierer*”, Stortingsmelding nr 40
Internett: <http://odin.dep.no/filarkiv/207680/STM0203040-TS.pdf> (20.04.06)
- [54] Sosial- og Helsedepartementet, 2004, ”*S@mspill 2007 – Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren*”, SHD, Oslo
Internet: http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00000/IS-0036_881a.pdf (11.02.06)
- [55] Sosial- og Helsedepartementet, 2001, ”*Si @! – Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren, Statlig tiltaksplan 2001-2003*”, SHD, Oslo
Internet: <http://www.odin.no/filarkiv/125410/sia1.pdf> (11.02.06)
- [56] Sosial- og Helsedepartementet, 1996, ”*Mer helse for hver bIT – Informasjonsteknologi for en bedre helsetjeneste, Handlingsplan 1997-2000*”, SHD, Oslo
Internet: http://www.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/handlingsplaner/030005-990515/dok-bn.html (11.02.06)

- [57] Sosial- og helsedirektoratet, 2006, ” *Detaljert funksjonell spesifisering versjon 0.55* ”, SHdir, Oslo
- [58] Sosial- og helsedirektoratet, 2006, ” *ER 10 eResept Overordnet funksjonell spesifisering versjon 1.0* ”, SHdir, Oslo
- [59] Sosial- og helsedirektoratet, 2006, ” *Funksjonskrav eResept- delprosjektet rekvirent versjon 0.958* ”, SHdir, Oslo
- [60] Sosial- og helsedirektoratet, 2005, ” *S@mspill 2007 Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren. Gjennomføringsplan 2006* ”, SHdir, Oslo
- [61] Sosial- og helsedirektoratet, 2005, ” *Prosjektdirektiv eReseptprosjektet versjon 1.2* ”, SHdir, Oslo
- [62] Sosial- og helsedirektoratet, Deltasenteret, 2003, ” *Universiell utforming* ”, Shdir, Oslo
Internett: http://www.shdir.no/deltasenteret/tilgjengelighet/universell_utforming_5973
(28.03.06)
- [63] Statistisk Sentralbyrå, 2005, ” *IKT i husholdningene, 2005* ”,
Internett: <http://ssb.no/emner/10/03/ikthus/main.html> (28.03.06)
- [64] Statistisk Sentralbyrå, 2005, ” *Utdanningsnivå i befolkningen. Tabell: Personer 16 år og over, etter høyeste fullførte utdanning, kjønn og alder. 1. oktober 2004. Prosent* ”,
Internett: <http://www.ssb.no/emner/04/01/utniv/tab-2005-08-26-03.html> (06.05.06)
- [65] Statistisk Sentralbyrå, 2003, ” *Framskrivning av folkemengden 2002-2050, Nasjonale og regionale tall* ”, Oslo-Kongsvinger
Internett: http://www.ssb.no/emner/02/03/nos_folkfram/nos_d319/nos_d319.pdf
(28.03.06)
- [66] Statistisk Sentralbyrå, 1999, ’ *Eldre i Norge* ’
Internet: <http://www.ssb.no/emner/00/02/sa32/sa32.pdf> (20.02.06)
- [67] Sæteren, L. J. & Grimsmo, A., 2006, ” *Evaluering av innføring av elektronisk medisinkort (eMK)* ”, utkast 11.01.06
- [68] Sæteren, L. J. & Grimsmo, A., 2006, ” *Prosjektbeskrivelse – Elektroniske medisinkort i Trondheim* ”, utkast 16.01.06
- [69] Thagaard, T., 1998, ” *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* ”
Fagbokforlaget, Bergen
- [70] Tjora, A. H., 2004, ” *Den digitale pasient* ”, Tidsskriftet Helse Medisin Teknikk, s 26–30, 2004
- [71] Transportøkonomisk institutt/ TNS Gallup, 2005, ” *Nøkkeltall fra Personvernundersøkelsen* ”,
Internett: http://odin.dep.no/filarkiv/249899/Persnovernundersokelsen_faktaark.pdf
(24.04.06)

- [72] Trygdeetaten, 2006, ”Egenandeler gjeldende fra 1. januar 2006”, Trygdeetaten, Oslo
Internett: http://www.trygdeetaten.no/default.asp?strTema=sykdom&path=helsetjenester&path_sub=egenandeler (10.02.06)
- [73] UFD, 2003, “*I første rekke. Kvalitetsutvalget (NOU)*”, Utdannings og forskningsdepartementet, Oslo
- [74] VG, 2005, ”*Billig bredbåndstilgang til alle*”, VG nettsider
Internett: <http://www.vg.no/pub/vgart.hbs?artid=296296> (27.03.06)
- [75] Volven, 2006, ”*Nasjonal database som skal gi oversikt over og tilgang til helsetjenestens felles metadatagrunnlag*”
Internett: <http://www.volven.no> (23.04.06)
- [76] Westin, A. 1967, “*Privacy and Freedom*”, Atheneum, New York

Appendiks A: Intervjuguide pasienter

Utstyr: mp3 spiller med mikrofon

Avsatt tid: ca 30 min

Intervjuobjekt: ulike pasient-/kundegrupper

Introduksjon

Fortelle om meg og hva prosjektet mitt handler om

Be intervjuobjektet fylle ut spørreskjema

Spørre om det er greit at jeg tar opp intervjuet og slå på mikrofon.

Oppvarming

Kjønn

Alder

Utdannelse/arbeid

Hoveddel

- Erfaring med og holdninger til mobiltelefon
 - Har du mobiltelefon?
 - Hvis ja: hvor mye bruker du den?
 - Til hva bruker du den?
- Erfaring med og holdninger til Internett
 - Bruker du Internett?
 - Hvis ja: hvor ofte bruker du Internett?
 - Til hva bruker du Internett?
 - Foretrekker du selvbetjening (nettbank, utfylling av søknader, levering av selvangivelse på nett, etc.) eller likte du bedre slik det var før (mer kundebehandling)?
- Sykdomshistorie
 - Hvor mange resepter fikk du i 2005?
 - Hvordan fikk du ny resept (via legebesøk, telefon til lege, via 3.person)?
 - Henter du medisinerne dine selv?
 - Bruker du alltid samme apotek?
- eResept generelt (Fortelle mer utfyllende om eResept)
 - Tror du dette vil være en bedre løsning enn dagens papirbaserte løsning?
 - Hvorfor/hvorfor ikke?
 - Vil du foretrekke å få med en papirlapp med oversikt over medisinen selv om du ikke trenger denne lappen for å hente ut medisin?
 - Ville du etterspurt en slik lapp dersom du ikke automatisk fikk den?
- eResept personvern
 - Er du redd informasjonen som ligger lagret om deg kan misbrukes?
 - Stoler du på at staten ikke vil bruke informasjonen om deg til noe annet enn det som oppgis?
 - Tror du du ville benyttet deg av reservasjonsnummer muligheten?
 - Ville du foretrekke om resepten ble sendt direkte til et apotek i stedet for til et nasjonalt register?

- eResept pasientinnsyn

Tror du det ville være nyttig om du kunne se historikk over resepter du hadde fått bakover i tid?

Er det noen spesielle tilleggsfunksjoner du ønsker for pasientinnsyn?

Har du noen funksjonshemninger som gjør det vanskelig for deg og bruke mobil eller Internett?

Hvordan vil du foretrekke å få oversikt over dine aktive resepter? (Internett, mobil/SMS, telefon, personlig oppfølging)

Forslag til pasientinnsyn på andre måter?

Avrundning

Har du noe føler vi har glemt prate om, noe du gjerne vil fortelle om?

Har du noe å tilføye det vi snakket om tidligere?

Avslutning

Takke for at tok seg tid

Skru av mikrofon

Appendiks B: Intervjuguide hjemmesykepleien

Utstyr: mp3 spiller med mikrofon

Avsatt tid: ca 30 min

Intervjuobjekt: ansatt hjemmesykepleien

Introduksjon

Fortelle om meg og hva prosjektet mitt handler om

Spørre om det er greit at jeg tar opp intervjuet og slå på mikrofon.

Oppvarming

Kjønn

Alder

Utdannelse

Stilling

Arbeidserfaring

Hoveddel

- Resept håndtering med dagens system?
 - Hvor stor andel av brukerne håndterer dere resepter for?
 - Hva er prosedyren for anskaffelse av ny resept i dag?
 - Hvordan henter dere ut nye medisiner til brukerne?
 - Hvordan holder dere oversikt over hvilke medisiner hver bruker har og når han/hun trenger ny resept?
 - Fører dere noen historikk over hver brukers tidligere resepter?
 - I hvilken grad bruker dere Internett og IT løsninger i dag?
 - Vet du om det er stor forskjell på hvordan dere håndterer brukernes resepter i forhold til andre soner?
- eResept generelt (Fortelle mer utfyllende om eResept)
 - Tror du dette vil være en bedre løsning enn dagens papirbaserte løsning?
 - Hvorfor/hvorfor ikke?
 - Hvilke utfordringer ser du som fullmektig på vegne av brukerne?
 - Ser du noen spesielle fordeler?
- eResept personvern
 - Er du redd informasjonen som ligger lagret om brukerne kan misbrukes?
 - Ville du foretrekke om resepten ble sendt direkte til et apotek i stedet for til et nasjonalt register?
- eResept pasientinnsyn
 - Tror du det ville være nyttig om du kunne se historikk over resepter brukerne hadde fått bakover i tid?
 - Er den noen spesielle tilleggsfunksjoner du ønsker for pasientinnsyn?
 - Hvordan vil du foretrekke å få oversikt over brukernes aktive resepter? (Internett, mobil/SMS, telefon, personlig oppfølging)
 - Forslag til pasientinnsyn på andre måter?

Avrundning

Har du noe føler vi har glemt prate om, noe du gjerne vil fortelle om?
Har du noe å tilføye det vi snakket om tidligere?

Avslutning

Takke for at tok seg tid
Skru av mikrofon

Appendiks C: Oversikt intervjuobjekter

Nr	Kjønn	Alder	Utdannelse	Antall resepter i 05	Bruk av teknologi	Kommentar
H1	K	41	Sykepleier		Bruker mobil og Internett	Lang erfaring i hjemmesykepleien, har jobbet ved flere ulike soner.
H2	K	29	Sykepleier		Bruker mobil og noe Internett	Nylig utdannet sykepleier
P1	K	24	Bachelor	1-2	Bruker mobil og Internett i stor grad	
P2	M	25	Master	1-2	Bruker mobil og Internett i stor grad	Studerer IKT
P3	K	35	VGS	0	Bruker mobil og Internett i stor grad	
P4	M	54	Grunnskole	3-5	Bruker mobil og Internett i stor grad	Oppbevarer resepten på apotek.
P5	K	86	Grunnskole	3-5	Bruker verken mobil eller Internett	Skjelver på hånden slik at har problemer med å bruke mobiltelefon.
P6	M	62	VGS	3-5	Bruker mobil og Internett	Oppbevarer resepten på apotek. Har problemer med øynene slik at ikke kan bruke Internett mer enn ca 15 min av gangen

Alle intervjuobjektene kommer fra Larvik, sykepleier H8 jobber i Eidsvoll kommune

Appendiks D: Spørreundersøkelsesskjema

SPØRRESKJEMA OM RESEPTER

Innen 2008 skal resepter kunne sendes elektronisk fra lege til et sentralt register slik at pasienten ikke lenger trenger ta vare på en papirlapp. I stedet vil resepten være tilgjengelig direkte via et datasystem for alle som jobber på et apotek eller en bandasjistforretning. Ved hjelp av personnummer og legitimasjon kan du hente ut medisiner og sykepleieartikler på et hvilket som helst apotek eller en hos hvilken som helst bandasjist uten å levere en tradisjonell papirresept.

Denne spørreundersøkelsen er en del av en mastergradsoppgave ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet NTNU med tittelen «Hvordan kan eResept bli en løsning som best mulig ivaretar alle pasientgruppers behov?» For å svare på dette spørsmålet er jeg avhengig av din hjelp.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen, og alle som deltar er anonyme. Det tar ca. 5 min å fylle ut skjemaet, og jeg setter stor pris på ditt bidrag!

Spørsmål kan rettes til Mari Heibø, epost heibo@stud.ntnu.no, tlf. 934 58 402.

Vennlig hilsen

Mari Heibø
mastergradsstudent

Stig Frode Mjølunes
professor, faglærer

Fakultet for informatikk, matematikk og elektronikk



LES DETTE FØR DU STARTER!	Skjemaet skal leses maskinelt. Følg derfor disse reglene: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bruk svart eller blå kulepenn. Ikke bruk tusj eller svak blyant.</i> • <i>Skriv så tydelig du kan. Ikke skriv utenfor feltene. Kryss av slik: ☒</i> • <i>Krysser du feil, fyller du hele feltet med farge, slik: ■ Sett så kryss i rett felt.</i> • <i>Sett bare ett kryss på hvert spørsmål om ikke annet er oppgitt.</i>
--	--

- | | |
|--|---|
| <p>1. Kjønn:</p> <p>Kvinne..... <input type="checkbox"/>₁ Mann..... <input type="checkbox"/>₂</p> <p>2. Alder:</p> <p>18 - 29 år <input type="checkbox"/>₁ 50 - 69 år <input type="checkbox"/>₃
 30 - 49 år <input type="checkbox"/>₂ 70 år eller eldre..... <input type="checkbox"/>₄</p> <p>3. Høyeste fullførte utdanning:</p> <p>Grunnskole <input type="checkbox"/>₁
 Yrkesskole, yrkesrettet videregående skole <input type="checkbox"/>₂
 Gymnas, allmennfaglig videregående skole <input type="checkbox"/>₃
 Høgskole/universitet, inntil 3 år..... <input type="checkbox"/>₄
 Høgskole/universitet, mer enn 3 år <input type="checkbox"/>₅</p> <p>4. Hvor mange resepter fikk du av legen din i 2005?</p> <p>Ingen..... <input type="checkbox"/>₁ 3 til 5..... <input type="checkbox"/>₃
 1 eller 2..... <input type="checkbox"/>₂ 6 eller flere..... <input type="checkbox"/>₄</p> | <p>5. Bruker du et fast apotek?</p> <p>Ja, alltid <input type="checkbox"/>₁
 Ja, går vanligvis til det samme apoteket <input type="checkbox"/>₂
 Nei, det varierer..... <input type="checkbox"/>₃</p> <p>6. Henter du medisiner dine på apoteket selv?</p> <p>Alltid <input type="checkbox"/>₁ Sjelden <input type="checkbox"/>₃
 Vanligvis..... <input type="checkbox"/>₂ Aldri..... <input type="checkbox"/>₄</p> <p>7. Har du noen av følgende funksjonshemmingene som vanskeliggjør bruk av mobiltelefon/internett?
 <i>NB: Her kan du sette flere kryss!</i></p> <p>1. Bevegelsehemming <input type="checkbox"/>
 2. Nedsatt syn..... <input type="checkbox"/>
 3. Nedsatt hørsel <input type="checkbox"/>
 4. Nei, har ingen slike funksjonshemminger <input type="checkbox"/></p> |
|--|---|

Før du fortsetter: Kontroller at du har svart på alle spørsmålene på denne sida!

8. Hva bruker du mobiltelefon til?

NB: Her kan du sette flere kryss!

- 1. Til vanlige telefonsamtaler
- 2. Til å sende og/eller motta SMS
- 3. Til Internett/WAP
- 4. Har ikke mobiltelefon

9. Hvor ofte bruker du Internett?

- | | | | | | |
|----------------|--------------------------|---|-----------------------|--------------------------|---|
| Daglig | <input type="checkbox"/> | 1 | Månedlig | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Ukentlig | <input type="checkbox"/> | 2 | Sjeldnere | <input type="checkbox"/> | 4 |
| | | | Har aldri prøvd | <input type="checkbox"/> | 5 |

10. I hvilken grad føler du at du mestrer bruk av Internett (lese epost, finne informasjon, fylle ut skjemaer og søknader)?

- I veldig stor grad
- I stor grad
- Verken i stor eller liten grad
- I liten grad
- I veldig liten grad
- Har lite eller ingen erfaring med Internett

11. I hvilken grad stoler du på at trykdeetaten ikke misbruker informasjon om deg?

- I veldig stor grad
- I stor grad
- Verken i stor eller liten grad
- I liten grad
- I veldig liten grad
- Vet ikke

12. Er du bekymret for at apotekansatte skal misbruke tilgangen til reseptinformasjonen din?

- I veldig stor grad
- I stor grad
- Verken i stor eller liten grad
- I liten grad
- I veldig liten grad
- Vet ikke

13. Ser du en fordel ved det nye systemet ved at du slipper ta vare på en papirresept?

- Ja 1 Nei 2 Vet ikke. 3

14. Vil du foretrekke å få med en papirlapp fra legen med reseptinformasjon selv om du ikke trenger denne lappen for å hente ut medisinen?

- Ja 1 Nei 2 Vet ikke. 3

15. Ønsker du tilgang til innsyn i dine gyldige resepter?

- Ja 1 Nei 2 Vet ikke 3

16. Dersom du svarte ja på forrige spørsmål: Hvordan foretrekker du å få innsyn i dine gyldige resepter?

NB: Her kan du sette flere kryss!

- 1. Via Internett
- 2. Via SMS
- 3. Via telefonsvarer
- 4. Via telefonsamtale med en person
- 5. Via en offentlig «reseptminibank»
- 6. Hos lege
- 7. På apotek
- 8. Annet (forklar i kommentarfeltet nederst) ..

13. Ønsker du å ha tilgang til historikk over tidligere resepter?

- Ja 1 Nei 2 Vet ikke 3

Har du kommentarer, kan du skrive her:

Takk for at du ville svare på spørsmålene!

Appendiks E: Resultater fra spørreundersøkelsen

1. Kjønn

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kvinne	148	48,4	48,4	48,4
	Mann	158	51,6	51,6	100,0
	Total	306	100,0	100,0	

2. Alder

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-29	85	27,8	27,8	27,8
	30-49	90	29,4	29,4	57,2
	50-69	86	28,1	28,1	85,3
	70	45	14,7	14,7	100,0
	Total	306	100,0	100,0	

3. Høyeste fullførte utdanning

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Grunnskole	33	10,8	10,8	10,8
	Yrkesskole, yrkesrettet videregående skole	49	16,0	16,0	26,8
	Gymnas, allmennfaglig videregående skole	71	23,2	23,2	50,0
	Høgskole/universitet, inntil 3 år	71	23,2	23,2	73,2
	Høgskole/universitet, mer enn 3 år	82	26,8	26,8	100,0
	Total	306	100,0	100,0	

4. Hvor mange resepter fikk du av legen din i 2005?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ingen	68	22,2	22,2	22,2
	1 eller 2	119	38,9	38,9	61,1
	3-5	86	28,1	28,1	89,2
	6 eller fler	33	10,8	10,8	100,0
	Total	306	100,0	100,0	

5. Bruker du et fast apotek?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ja, alltid	59	19,3	19,3	19,3
Ja, går vanligvis til det samme apoteket	72	23,5	23,5	42,8
Nei, det varierer	175	57,2	57,2	100,0
Total	306	100,0	100,0	

6. Henter du medisinene dine på apoteket selv?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Alltid	223	72,9	72,9	72,9
Vanligvis	74	24,2	24,2	97,1
Sjelden	4	1,3	1,3	98,4
Aldri	5	1,6	1,6	100,0
Total	306	100,0	100,0	

\$V7 Frequencies Har du noen funksjonshemninger som vanskeliggjør bruk av mobiltelefon eller Internett?

	Responses	Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Funksjonshemninger?(a)	Bevegelsehemming	4	1,3%	1,3%
	Nedsatt syn	8	2,6%	2,6%
	Nedsatt hørsel	3	1,0%	1,0%
	Nei, har ingen slike funksjonshemninger	294	95,1%	96,1%
Total		309	100,0%	101,0%

a Dichotomy group tabulated at value 1.

\$v8 Frequencies Hva bruker du mobiltelefon til?

	Responses	Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Hva bruker du mobiltelefon til?(a)	Vanlige telefonsamtaler	291	49,2%	95,1%
	Sende og/eller motta SMS	242	40,9%	79,1%
	Internett/WAP	44	7,4%	14,4%
	Har ikke mobiltelefon	15	2,5%	4,9%
Total		592	100,0%	193,5%

a Dichotomy group tabulated at value 1.

9. Hvor ofte bruker du Internett?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Daglig	202	66,0	66,0	66,0
	Ukentlig	47	15,4	15,4	81,4
	Månedlig	3	1,0	1,0	82,4
	Sjeldnere	11	3,6	3,6	85,9
	Har aldri prøvd	43	14,1	14,1	100,0
	Total	306	100,0	100,0	

10. I hvilken grad føler du at du mestrer bruk av iInternett?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I veldig stor grad	111	36,3	36,3	36,3
	I stor grad	102	33,3	33,3	69,6
	I hverken stor eller liten grad	30	9,8	9,8	79,4
	I liten grad	6	2,0	2,0	81,4
	I veldig liten grad	6	2,0	2,0	83,3
	Har liten eller ingen erfaring med Internett	51	16,7	16,7	100,0
	Total	306	100,0	100,0	

11. I hvilken grad stoler du på at trykdeetaten ikke misbruker informasjon om deg?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I veldig stor grad	90	29,4	29,4	29,4
	I stor grad	125	40,8	40,8	70,3
	I hverken stor eller liten grad	47	15,4	15,4	85,6
	I liten grad	15	4,9	4,9	90,5
	I veldig liten grad	5	1,6	1,6	92,2
	Vet ikke	24	7,8	7,8	100,0
	Total	306	100,0	100,0	

12. Er du bekymret for at apotekansatte skal misbruke tilgangen til reseptinformasjonen din?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	I veldig stor grad	11	3,6	3,6	3,6
	I stor grad	6	2,0	2,0	5,6
	I hverken stor eller liten grad	28	9,2	9,2	14,7
	I liten grad	73	23,9	23,9	38,6
	I veldig liten grad	175	57,2	57,2	95,8
	Vet ikke	13	4,2	4,2	100,0
	Total	306	100,0	100,0	

13. Ser du en fordel ved det nye systemet ved at du slipper å ta vare på en papirresept?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	207	67,6	67,6	67,6
	Nei	37	12,1	12,1	79,7
	Vet ikke	62	20,3	20,3	100,0
	Total	306	100,0	100,0	

14. Vil du foretrekke å få med en papirlapp fra legen med reseptinformasjon selv om du ikke trenger denne lappen for å hente ut medisiner?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	175	57,2	57,2	57,2
	Nei	102	33,3	33,3	90,5
	Vet ikke	29	9,5	9,5	100,0
	Total	306	100,0	100,0	

15. Ønsker du tilgang til innsyn i dine gyldige resepter?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	242	79,1	79,1	79,1
	Nei	44	14,4	14,4	93,5
	Vet ikke	20	6,5	6,5	100,0
	Total	306	100,0	100,0	

\$v16 Frequencies Hvordan foretrekker du innsyn?

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Hvordan foretrekker du innsyn?(a)	Via Internett	172	34,7%	70,5%
	Via SMS	38	7,7%	15,6%
	Via telefonsvarer.	12	2,4%	4,9%
	Via telefonsamtale med en person	36	7,3%	14,8%
	Via en offentlig «reseptminibank»	20	4,0%	8,2%
	Hos lege	115	23,2%	47,1%
	Hos apotek	100	20,2%	41,0%
	Annet	2	,4%	,8%
Total		495	100,0%	202,9%

a Dichotomy group tabulated at value 1.

17. Ønsker du å ha tilgang til historikk over tidligere resepter?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	171	55,9	55,9	55,9
	Nei	111	36,3	36,3	92,2
	Vet ikke	24	7,8	7,8	100,0
	Total	306	100,0	100,0	

Hvor mange resepter fikk du av * Kjønn Crosstabulation

Count

		Kjønn		Total
		Kvinne	Mann	
Hvor mange resepter fikk du av	Ingen	14	54	68
	1 eller 2	61	58	119
	3-5	52	34	86
	6 eller fler	21	12	33
Total		148	158	306

Hvor mange resepter fikk du av * Alder Crosstabulation

Count

		Alder				Total
		18-29	30-49	50-69	70	
Hvor mange resepter fikk du av	Ingen	24	25	18	1	68
	1 eller 2	43	34	26	16	119
	3-5	12	23	34	17	86
	6 eller fler	6	8	8	11	33
Total		85	90	86	45	306

Hvor ofte bruker du Internett? * Alder Crosstabulation

Count

		Alder				Total
		18-29	30-49	50-69	70	
Hvor ofte bruker du Internett?	Daglig	77	73	43	9	202
	Ukentlig	7	9	25	6	47
	Månedlig	0	2	1	0	3
	Sjeldnere	1	4	4	2	11
	Har aldri prøvd	0	2	13	28	43
Total		85	90	86	45	306

Hvor ofte bruker du Internett? * Kjønn Crosstabulation

Count

		Kjønn		Total
		Kvinne	Mann	
Hvor ofte bruker du Internett?	Daglig	83	119	202
	Ukentlig	26	21	47
	Månedlig	2	1	3
	Sjeldnere	8	3	11
	Har aldri prøvd	29	14	43
Total		148	158	306

Hva bruker du mobiltelefon til? * Alder Crosstabulation

Count			Alder			
			18-29	30-49	50-69	70
Hva bruker du mobiltelefon til?	Vanlige telefonsamtaler	Count	85	88	85	33
		Column %	100,0	97,8	98,8	73,3
	Sende og/eller motta SMS	Count	84	81	68	9
		Column %	98,8	90,0	79,1	20,0
	Internett/WAP	Count	21	18	5	
		Column %	24,7	20,0	5,8	
	Har ikke mobiltelefon	Count		2	1	12
		Column %		2,2	1,2	26,7

Hva bruker du mobiltelefon til? * Høyeste fullførte utdanning Crosstabulation

Count			Høyeste fullførte utdanning				
			Grunnskole	Yrkesskole, yrkesrettet videregående skole	Gymnas, allmennfaglig videregående skole	Høgskole/universitet, inntil 3 år	Høgskole/universitet, mer enn 3 år
Hva bruker du mobiltelefon til?	Vanlige telefonsamtaler	Count	26	47	70	66	82
		Column %	78,8	95,9	98,6	93,0	100,0
	Sende og/eller motta SMS	Count	14	39	57	59	73
		Column %	42,4	79,6	80,3	83,1	89,0
	Internett/WAP	Count	1	9	11	7	16
		Column %	3,0	18,4	15,5	9,9	19,5
	Har ikke mobiltelefon	Count	7	2	1	5	
		Column %	21,2	4,1	1,4	7,0	

Er du bekymret for at apotekansatte skal * Kjønn Crosstabulation

Count		Kjønn		Total
		Kvinne	Mann	
Er du bekymret for at apotekansatte skal	I veldig stor grad	6	5	11
	I stor grad	5	1	6
	I hverken stor eller liten grad	13	15	28
	I liten grad	33	40	73
	I veldig liten grad	84	91	175
	Vet ikke	7	6	13
Total		148	158	306

Er du bekymret for at apotekansatte skal * Alder Crosstabulation

Count

		Alder				Total
		18-29	30-49	50-69	70	
Er du bekymret for at apotekansatte skal	I veldig stor grad	1	0	6	4	11
	I stor grad	2	4	0	0	6
	I hverken stor eller liten grad	12	8	8	0	28
	I liten grad	15	23	23	12	73
	I veldig liten grad	54	50	46	25	175
	Vet ikke	1	5	3	4	13
Total		85	90	86	45	306

Er du bekymret for at apotekansatte skal * Høyeste fullførte utdanning Crosstabulation

Count

		Høyeste fullførte utdanning					Total
		Grunnskole	Yrkeskole, yrkesrettet videregående skole	Gymnas, allmennfaglig videregående skole	Høgskole/universitet, inntil 3 år	Høgskole/universitet, mer enn 3 år	
Er du bekymret for at apotekansatte skal	I veldig stor grad	2	3	2	2	2	11
	I stor grad	0	3	0	2	1	6
	I hverken stor eller liten grad	1	7	4	6	10	28
	I liten grad	5	13	16	20	19	73
	I veldig liten grad	21	20	45	40	49	175
	Vet ikke	4	3	4	1	1	13
Total		33	49	71	71	82	306

I hvilken grad stoler du på at trygdeetaten * Kjønn Crosstabulation

Count

		Kjønn		Total
		Kvinne	Mann	
I hvilken grad stoler du på at trygdeetaten	I veldig stor grad	37	53	90
	I stor grad	65	60	125
	I hverken stor eller liten grad	26	21	47
	I liten grad	7	8	15
	I veldig liten grad	3	2	5
	Vet ikke	10	14	24
Total		148	158	306

I hvilken grad stoler du på at trygdeetaten * Alder Crosstabulation

Count

		Alder				Total
		18-29	30-49	50-69	70	
I hvilken grad stoler du på at trygdeetaten	I veldig stor grad	33	24	19	14	90
	I stor grad	37	35	37	16	125
	I hverken stor eller liten grad	9	19	11	8	47
	I liten grad	2	7	4	2	15
	I veldig liten grad	0	1	3	1	5
	Vet ikke	4	4	12	4	24
Total		85	90	86	45	306

I hvilken grad stoler du på at trygdeetaten * Høyeste fullførte utdanning Crosstabulation

Count

		Høyeste fullførte utdanning				Total	
		Grunnskole	Yrkesskole, yrkesrettet videregående skole	Gymnas, allmennfaglig videregående skole	Høgskole/universitet, inntil 3 år		Høgskole/universitet, mer enn 3 år
I hvilken grad stoler du på at trygdeetaten	I veldig stor grad	7	8	28	24	23	90
	I stor grad	10	19	30	28	38	125
	I hverken stor eller liten grad	8	10	6	12	11	47
	I liten grad	0	4	2	5	4	15
	I veldig liten grad	2	1	1	0	1	5
	Vet ikke	6	7	4	2	5	24
Total		33	49	71	71	82	306

Vil du foretrekke å få med en papirlapp fra * Kjønn Crosstabulation

			Kjønn		Total
			Kvinne	Mann	
Vil du foretrekke å få med en papirlapp fra	Ja	Count	89	86	175
		% within Kjønn	60,1%	54,4%	57,2%
	Nei	Count	47	55	102
		% within Kjønn	31,8%	34,8%	33,3%
	Vet ikke	Count	12	17	29
		% within Kjønn	8,1%	10,8%	9,5%
Total	Count	148	158	306	
	% within Kjønn	100,0%	100,0%	100,0%	

Ser du en fordel ved det nye systemet ved at du slipper å ta vare på en papirlapp? * Alder Crosstabulation

			Alder				Total
			18-29	30-49	50-69	70	
Ser du en fordel ved det nye systemet ved	Ja	Count	68	65	56	18	207
		% within Alder	80,0%	72,2%	65,1%	40,0%	67,6%
	Nei	Count	4	13	12	8	37
		% within Alder	4,7%	14,4%	14,0%	17,8%	12,1%
	Vet ikke	Count	13	12	18	19	62
		% within Alder	15,3%	13,3%	20,9%	42,2%	20,3%
Total		Count	85	90	86	45	306
		% within Alder	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

I hvilken grad føler du at du mestrer bruk * Hvor ofte bruker du Internett? Crosstabulation

			Hvor ofte bruker du Internett?					Total
			Daglig	Ukentlig	Månedlig	Sjeldnere	Har aldri prøvd	
I hvilken grad føler du at du mestrer bruk	I veldig stor grad	Count	107	4	0	0	0	111
		% within Hvor ofte bruker du Internett?	53,0%	8,5%	,0%	,0%	,0%	36,3%
	I stor grad	Count	80	22	0	0	0	102
		% within Hvor ofte bruker du Internett?	39,6%	46,8%	,0%	,0%	,0%	33,3%
	I hverken stor eller liten grad	Count	14	15	0	1	0	30
		% within Hvor ofte bruker du Internett?	6,9%	31,9%	,0%	9,1%	,0%	9,8%
	I liten grad	Count	1	3	1	1	0	6
		% within Hvor ofte bruker du Internett?	,5%	6,4%	33,3%	9,1%	,0%	2,0%
	I veldig liten grad	Count	0	2	1	3	0	6
		% within Hvor ofte bruker du Internett?	,0%	4,3%	33,3%	27,3%	,0%	2,0%
	Har liten eller ingen erfaring med Internett	Count	0	1	1	6	43	51
		% within Hvor ofte bruker du Internett?	,0%	2,1%	33,3%	54,5%	100,0%	16,7%
Total		Count	202	47	3	11	43	306
		% within Hvor ofte bruker du Internett?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Ser du en fordel ved det nye systemet ved at du slipper å ta vare på en papirlapp? * I hvilken grad føler du at du mestrer bruk av Internett? Crosstabulation

			I hvilken grad føler du at du mestrer bruk					Total	
			I veldig stor grad	I stor grad	I hverken stor eller liten grad	I liten grad	I veldig liten grad	Har liten eller ingen erfaring med Internett	
Ser du en fordel ved det nye systemet ved	Ja	Count	96	69	14	2	1	25	207
		% within I hvilken grad føler du at du mestrer bruk	86,5%	67,6%	46,7%	33,3%	16,7%	49,0%	67,6%
	Nei	Count	5	12	3	3	0	14	37
		% within I hvilken grad føler du at du mestrer bruk	4,5%	11,8%	10,0%	50,0%	,0%	27,5%	12,1%
	Vet ikke	Count	10	21	13	1	5	12	62
		% within I hvilken grad føler du at du mestrer bruk	9,0%	20,6%	43,3%	16,7%	83,3%	23,5%	20,3%
Total		Count	111	102	30	6	6	51	306
		% within I hvilken grad føler du at du mestrer bruk	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Appendiks F: Statistisk test av resultatene

Tabell F-1 Beskrivende statistikk

	N	Min	Maks	Gj.snitt	Standardavvik	Varians
1. Kjønn	306	1	2	1,52	0,501	0,251
2. Alder	306	1	4	2,30	1,031	1,062
3. Høyeste fullførte utdanning?	306	1	5	3,39	1,322	1,747
4. Hvor mange resepter fikk du av legen din i 2005?	306	1	4	2,27	0,928	0,862
5. Bruker du et fast apotek?	306	1	3	2,38	0,789	0,623
6. Henter du medisinene dine selv?	306	1	4	1,32	0,585	0,342
7a. Bevegelseshemming	306	0	1	0,01	0,114	0,013
7b. Nedsatt syn	306	0	1	0,03	0,160	0,026
7c. Nedsatt hørsel	306	0	1	0,01	0,099	0,010
7d. Nei, har ingen slike funksjonshemminger	306	0	1	0,96	0,194	0,038
8a. Vanlige telefonsamtaler	306	0	1	0,95	0,216	0,047
8b. Sende og/eller motta SMS	306	0	1	0,79	0,407	0,166
8c. Internett/WAP	306	0	1	0,14	0,351	0,124
8d. Har ikke mobiltelefon	306	0	1	0,05	0,216	0,047
9. Hvor ofte bruker du Internett?	306	1	5	1,84	1,435	2,061
10. I hvilken grad føler du at du mestrer bruk av Internett?	306	1	6	2,50	1,773	3,143
11. I hvilken grad stoler du på at trygdeetaten ikke misbruker informasjon om deg?	306	1	6	2,32	1,396	1,950
12. Er du bekymret for at apotekansatte skal misbruke informasjon om deg?	306	1	6	4,42	1,031	1,064
13. Ser du en fordel ved det nye systemet ved at du slipper ta vare på en papirlapp?	306	1	3	1,53	0,810	0,657

14. Vil du foretrekke å få med en papirlapp fra legen?	306	1	3	1,52	,664	,440
15. Ønsker du tilgang til innsyn?	306	1	3	1,27	,575	,331
16a. Via Internett	306	0	1	,56	,497	,247
16b. Via SMS	306	0	1	,12	,330	,109
16c. Via telefonsvarer.	306	0	1	,04	,194	,038
16d. Via telefonsamtale med en person	306	0	1	,12	,323	,104
16e. Via en offentlig «reseptminibank»	306	0	1	,07	,248	,061
16f. Hos lege	306	0	1	,38	,485	,235
16g. Hos apotek	306	0	1	,33	,470	,221
16h. Annet	306	0	1	,01	,081	,007
17. Ønsker du å ha tilgang til historikk?	306	1	3	1,52	,639	,408

F.1 Hypotesetesting

Jeg bruker analyseverktøyene i SPSS til å teste resultatene. Som anbefalt av Ringdal [49] setter jeg $\alpha = 0,05$, som forklart i avsnitt 4.4 skal H_0 forkastes dersom $p < \alpha$.

Som en tommelfinger regel kan vi si at dersom samvariasjonen er høyere enn 0,2 er det sammenheng mellom de to variablene.

Sammenheng mellom bruk av Internett og digital kompetanse

H_1 : Det finnes en sammenheng mellom bruk av Internett og digital kompetanse.

Chi-Square Tests

	Value Verdi	Df (frihetsgrader)	Asymp. Sig. (2-sided) (p)
Pearson Chi-Square	411,270(a)	20	,000
Likelihood Ratio	340,702	20	,000
Linear-by-Linear Association	256,675	1	,000
N of Valid Cases	306		

a 20 cells (66, 7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

Her ser vi at $\chi = 411,270$

$p = 0,000$

altså har vi at $p \ll \alpha$ og H_0 kan derfor med veldig stor sannsynlighet forkastes.

For å undersøke styrken i samvariasjonen brukes Kendalls tau-c ettersom vi her har to variabler på ordinalnivå og en rektangulær tabell.

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal Kendall's tau-c	,534	,036	14,896	,000
N of Valid Cases	306			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Her ser vi at samvariasjonen er på hele 0,534 noe som viser veldig høy sammenheng mellom de to variablene.

Sammenheng mellom alder og holdning til eResept

H_1 : Det finnes en sammenheng mellom en persons alder og om han/hun ser en fordel ved det nye systemet ved at slipper å ta vare på en papirresept.

Chi-Square Tests

	Value Verdi	Df (frihetsgrader)	Asymp. Sig. (2-sided) (p)
Pearson Chi-Square	26,956(a)	6	,000
Likelihood Ratio	26,525	6	,000
Linear-by-Linear Association	18,141	1	,000
N of Valid Cases	306		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,44.

Her ser vi at $\chi = 26,956$

$p = 0,000$

altså har vi at $p \ll \alpha$ og H_0 kan derfor med veldig stor sannsynlighet forkastes.

For å undersøke styrken i samvariasjonen brukes Cramers V ettersom vi her har én variabel på nominalnivå og én på ordinalnivå.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,297	,000
	Cramer's V	,210	,000
N of Valid Cases		306	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Her ser vi at samvariasjonen er på 0.210 noe som viser at det er moderat sammenheng mellom de to variablene.

Sammenheng mellom digital kompetanse og holdning til eResept

H_1 : Det finnes en sammenheng mellom en persons digitale kompetanse og om han/hun ser en fordel ved det nye systemet ved at slipper å ta vare på en papirlapp.

Chi-Square Tests

	Value Verdi	Df (frihetsgrader)	Asymp. Sig. (2-sided) (p)
Pearson Chi-Square	63,861(a)	10	,000
Likelihood Ratio	56,409	10	,000
Linear-by-Linear Association	21,194	1	,000
N of Valid Cases	306		

a 7 cells (38,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,73.

Her ser vi at $\chi = 63,861$

$p = 0,000$

altså har vi at $p \ll \alpha$ og H_0 kan derfor med veldig stor sannsynlighet forkastes.

For å undersøke styrken i samvariasjonen brukes Cramers V ettersom vi her har én variabel på nominalnivå og én på ordinalnivå.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,457	,000
Nominal	Cramer's V	,323	,000
N of Valid Cases		306	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Her ser vi at samvariasjonen er på 0.323 noe som viser at det en relativt sterk sammenheng mellom de to variablene.

Sammenheng mellom alder og antall resepter

H_1 : Det finnes en sammenheng mellom en persons alder og antall resepter han/hun har fått.

Chi-Square Tests

	Value Verdi	Df (frihetsgrader)	Asymp. Sig. (2-sided) (p)
Pearson Chi-Square	36,580(a)	9	,000
Likelihood Ratio	40,401	9	,000
Linear-by-Linear Association	24,680	1	,000
N of Valid Cases	306		

a 1 cells (6,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,85.

Her ser vi at $\chi = 36,580$

$p = 0,000$

altså har vi at $p \ll \alpha$ og H_0 kan derfor med veldig stor sannsynlighet forkastes.

For å undersøke styrken i samvariasjonen brukes Cramers V ettersom vi her har to variabler på nominalnivå.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,346	,000
Nominal	Cramer's V	,200	,000
N of Valid Cases		306	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Her ser vi at samvariasjonen er på 0.200 noe som viser at det er moderat sammenheng mellom de to variablene.

Tabell F-1-1 viser resultatene av samtlige hypotesetester gjort i analysen av resultatene

Tabell F-1-1 Hypotesetesting

Uavh. var	Avh. var	H ₀	Cramers v	Kendalls tau	Grad av samsvar
1: Kjønn	4: Antall resepter	Forkastes	0,311	-	Sterk
2: Alder	4: Antall resepter	Forkastes	-	0,44	Veldig sterk
1: Kjønn	9: Bruk av Internett	Forkastes	-	0,217	Moderat
2: Alder	9: Bruk av Internett	Forkastes	-	0,399	Sterk
9: Bruk av Internett	10: Digital kompetanse	Forkastes	-	0,534	Veldig sterk
1: Kjønn	12. Tillitt til apotek	Beholdes	0,109	-	Svak
2: Alder	12. Tillitt til apotek	Forkastes	-	0,004	Veldig svak
3: Utdannelse	12. Tillitt til apotek	Beholdes	-	-0,035	Veldig svak
1: Kjønn	11. Tillitt til trygddekontor	Beholdes	0,117	-	Veldig svak
2: Alder	11. Tillitt til trygddekontor	Beholdes	0,118	-	Veldig svak
3: Utdannelse	11. Tillitt til trygddekontor	Forkastes	-	-0,099	Svak
1: Kjønn	13: Om ser fordel	Beholdes	0,049	-	Veldig svak
2: Alder	13: Om ser fordel	Forkastes	0,210	-	Moderat
3: Utdannelse	13: Om ser fordel	Beholdes	0,141	-	Svak
10: Digital kompetanse	13: Om ser fordel	Forkastes	0,323	-	Sterk