

Gevinstrealisering i offentlig sektor

En kvalitativ, empirisk studie av innføringen
av e-resept

Marit Ånestad

Master i informatikk

Innlevert: Januar 2013

Hovedveileder: John Krogstie, IDI

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Institutt for datateknikk og informasjonsvitenskap

Sammendrag

Norske myndigheter har som mål å bruke IKT til å forbedre og effektivisere offentlig forvaltning. Dette målet gjelder også helsesektoren. I de siste årene har det vært et økende fokus på gevinstrealisering i offentlige IKT-prosjekter for å sikre at planlagte gevinster ved systemene blir realisert.

E-resept er et system som binder sammen IT-system hos ulike aktører brukt i reseptarbeid i Norge. Systemet skal gi legene bedre oversikt over pasientenes legemiddelbruk, bedre kommunikasjon mellom ulike aktører, bedre og mer effektive kontroll- og oppgjør rutiner og bedre service og legemiddelbruk for pasienter.

Denne oppgaven undersøker arbeidet med gevinstrealisering i innføringen av elektroniske resepter i Norge. I løpet av prosjektet er det utarbeidet to gevinstrealiseringsplaner. Denne oppgaven er en kvalitativ, empirisk og fortolkende sammenligning av allmennlegers opplevelse av innføringsprosessen i forhold til gevinstarbeidet som var planlagt. Det er utført åtte intervju med fem allmennleger i tillegg til observasjon på et legekontor. Denne oppgaven utfyller Helsedirektoratets arbeid med evalueringen av e-resept ved å fokusere på ikke-kvantiserte gevinster.

Innføringen av e-resept kan kalles vellykket. Vektleggingen av et driftssikkert og stabilt system i gevinstrealiseringsplanene oppleves fulgt opp. Av tiltak i gevinstrealiseringsdokumentene som ikke fullt ut er fulgt opp er informasjonsarbeidet og vektleggingen av et godt brukergrensesnitt. Arbeidet med endring av rutiner er vektlagt i gevinstrealiseringsdokumentene, men for de intervjuede legene er dette ukjent.

Gevinstplanene i prosjektet involverte representanter for de ulike brukerne av systemet. Planene fanget opp de fleste relevante risikoene og tiltakene. I innføringsprosessen har ikke alle tiltak blitt fulgt opp. Oppgaven viser at kvalitative studier kan bidra i evalueringen av gevinstrealiseringen ved å belyse hvilke gevinster som oppleves relevante for aktørene ved innføringen og bruken av systemet. Disse gevinstene er ikke nødvendigvis fanget opp av mer kvantitative effektmålinger.

Abstract

The Norwegian government has for a long time wanted to use ICT to improve and increase the efficiency of public management. This goal also include the health care sector. The last few years the focus on benefits realization has increased in public sector IT projects to ensure the planned benefits of the systems get realized.

Electronic prescriptions in Norway (*e-resept*) is a system that connects different IT systems used among the actors of the prescription process in Norway. The system is supposed to give physicians a better overview of the patient's use of drugs, better and more efficient routines for control and settlement of claims, and better service and use of medication for the patients.

This thesis investigate the benefit realization work in the implementation of electronic prescriptions in Norway. Two plans for benefits realization were made in the planning phase of the project. This thesis is a qualitative, empirical and interpretive study of primary care physicians experience of the implementation compared to the benefits realization work planned. Eight interviews with five physicians were conducted along with an observation in a primary care office. This inquiry supplements the evaluation done by the Directorate of Health by focusing on non-quantifiable benefits.

The implementation of electronic prescriptions can be assessed as a success. The benefits realization plans' emphasis on a stable and reliable system is realized in the final system, according to the physician's experience. The emphasis on information and the need of a good user interface of the system are not complied to to the same extent. The benefits realization plans emphasize the importance of changing routines, but the physicians do not know of this.

The benefits realization plans in this project involved representatives of the different actors using the system. The plans covered most of the relevant risks and measures. In the implementation process, not all of the measures were followed up. The thesis demonstrates that qualitative inquires can contribute in the evaluation of benefits realization by indicating which benefits the users of the system find important. These benefits are not necessarily the benefits covered by more quantitative measurement of benefits realized.

Forord

Denne oppgaven hadde ikke blitt skrevet om det ikke var for de menneskene som har bidratt i prosessen.

Takk til veileder John Krogstie både for oppgave og for de riktige kontaktene. Han har hele veien hatt tro på oppgaven og kommet med gode råd underveis.

Takk til informantene mine, for å ha brukt av verdifull arbeidstid for å fortelle meg om deres opplevelser med e-resept.

Takk til Anders Grimsmo, Kirsti Elisabeth Berntsen, Anders Kofod-Petersen, Arild Faxvaag og Gunnar O. Klein for nyttige innspill underveis. Takk til Kari Jørgensen og Helge Dønnum for dokumenter og kommentarer.

Takk til Lone som har vært med gjennom hele prosessen, både når det har gått tungt og når det har gått bra. Takk til Saphira og Kjersti. Takk for utallige samtaler over en te-kopp, god mat og oppmuntring. Det har vært godt å bo i et kollektiv som har følt som et hjem. Takk til klassen min og gjengen på Fiol, som har gitt meg mye både faglig og sosialt.

Takk til Eva Skipenes, Karen Hough Bjørndalen og mentorene i Ada for å være forbilder. Jeg har blitt inspirert både til å begynne å studere informatikk og å til fullføre av dere.

Takk til mamma som alltid har oppmuntret til utdanning: «kunnskap er lett å bære». Takk til pappa som forbilde i å være interessert i lære om «alt man ikke visste at man lurte på». Han har inspirert til å studere realfag ved å stadig forklare matematikk, fysikk og forbrenningsmotorer, selv om det var data det endte opp med.

Oslo, 15.01.2013

Marit Ånestad

Innhold

Tabeller	xiii
Figurer	xiii
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn	1
1.1.1 E-resept	1
1.1.2 Gevinstrealisering	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Metode	3
1.4 Avgrensninger	3
1.5 Begrepsavklaring	3
1.6 Organisering av oppgaven	4
2 Resepter, elektronisk resept og e-resept	5
2.1 Reseptsystemet i Norge	5
2.1.1 Lovverk	5
2.1.2 Legemidler	6
2.1.3 Finansiering	6
2.1.4 Rekvirering	7
2.1.5 Ekspedering og utlevering	8
2.2 Utfordringer og tiltak	9
2.2.1 Utfordringer med legemiddelbruken i Norge	9
2.2.2 Nasjonale strategier	11
2.2.3 E-resept som tiltak for forbedret legemiddelbruk	11
2.3 Elektronisk resept i andre land	13
2.3.1 Danmark	13
2.3.2 Sverige	14
2.3.3 Finland	15
2.3.4 Nederland	15
2.3.5 Storbritannia	16
2.3.6 USA	16
2.3.7 Tyskland	16
2.4 Elektroniske resepter	17
2.4.1 Hvorvidt elektroniske resepter tas i bruk	17

2.4.2	Opplevd nytte - Positive effekter av elektroniske resepter . .	18
2.4.3	Legemiddelfeil og utilsiktede hendelser	18
2.4.4	Kommunikasjon mellom rekvirent og apotek	20
2.4.5	Beslutningsstøttesystem	20
2.4.6	Forskjeller i medisinlister	21
2.4.7	Tidsbruk	21
2.5	E-resept	22
2.5.1	Bakgrunn og historie	22
2.5.2	Aktørene i e-resept	23
2.5.3	IT-systemet e-resept	24
2.5.4	Funksjoner i e-resept	24
2.6	Andre masteroppgaver om e-resept	26
2.7	Pilot-test av e-resept	27
2.7.1	Vurdering og anbefaling	28
2.7.2	Bruk av funksjonene i e-resept	28
2.7.3	Aktørenes opplevelse av pilottesten	29
2.8	E-resept i Norge sammenlignet med andre land	31
3	Teori	33
3.1	Innføring av IT-system	33
3.2	Fra papirbaserte til elektroniske system	35
3.3	Bruk av IT-systemer	36
3.3.1	Brukskvalitet	36
3.3.2	Brukernes tilpasninger til datasystemet	36
3.3.3	Menneskelig kognisjon	37
3.4	IT i offentlig sektor	37
3.5	IT i helsetjenesten	39
3.6	Gevinstrealisering	40
3.6.1	Bakgrunn og definisjon	40
3.6.2	Utviklingen av gevinstrealisering	40
3.6.3	Ledelse og organisasjonsendring	41
3.6.4	Effekter og gevinster	41
3.6.5	6 prinsipper for gevinstrealiseringsarbeid	41
3.6.6	Utfordringer	43
3.6.7	Metoder for gevinstrealisering	44
3.6.8	Teknikker for gevinstrealisering	46
3.6.9	Gevinstrealiseringsarbeidet i e-reseptprosjektet	48
4	Metode	49
4.1	Bakgrunn	49
4.1.1	Fagfeltet informasjonssystemer	49
4.1.2	Fortolkende forskning	49
4.1.3	Forskningsspørsmål	50
4.2	Case-studie	50

4.2.1	Beskrivelse av case	51
4.3	Rekruttering	51
4.4	Datainnsamling	52
4.5	Personvern	52
4.6	Intervju	53
4.6.1	Utarbeidelsen av intervjuguidene	54
4.6.2	Gjennomføring av intervjuer	54
4.7	Observasjon	55
4.7.1	Utføring av observasjonen	56
4.8	Dokumenter	57
4.9	Databehandling og analyse	57
4.9.1	Analyse av kvalitative data	57
4.9.2	Transkribering	58
4.9.3	Koding	58
4.9.4	Dypere analyse	59
4.9.5	Evaluering og vurdering	59
5	Resultater	63
5.1	Gevinstrealiseringsarbeidet i e-reseptprosjektet	63
5.1.1	«Plan for nytterealisering»	63
5.1.2	«E-resept — sammendrag og vurdering av evalueringsarbeidet»	64
5.1.3	Organisering av resultatdelen	65
5.2	Pasienter	65
5.2.1	Plan for nytterealisering	65
5.2.2	Rambøllrapporten	67
5.2.3	Fritt valg av apotek	68
5.2.4	Oppmøte for å hente fornyet resept	68
5.2.5	Pasienten kan ikke miste resepten	69
5.2.6	Misbruk av legemidler	69
5.2.7	Pasientenes oversikt over resepter	70
5.2.8	Pasientenes forhold til et komplekst system	71
5.2.9	Personvernshenninger, sikkerhet og samtykke	72
5.2.10	Generisk bytte	72
5.2.11	Legens oppfølging av pasientene	73
5.2.12	Compliance og bedre helse	74
5.3	Legekontor	74
5.3.1	Nytterealiseringsplanen	74
5.3.2	Rambøllrapporten	78
5.3.3	Fornyning av resept	78
5.3.4	Tidsbruk	79
5.3.5	Bruk av funksjonene	80
5.3.6	Helsesekretærenes arbeid	82
5.3.7	Rutiner og internkontroll	84

5.3.8	Reseptmodul og brukergrensesnitt	84
5.3.9	Legemiddelfeil	87
5.4	Apotek og bandasjist	91
5.4.1	Nytterealiseringsplanen	91
5.4.2	Rambøllrapporten	91
5.4.3	Kontakt mellom apotek og forskriver	91
5.4.4	Oversikt over uttak og intervensjoner	92
5.5	Andre helseinstanser	93
5.5.1	Nytterealiseringsplanen	93
5.5.2	Rambøllrapporten	93
5.5.3	Hjemmesykepleie	93
5.5.4	Sykehus, spesialister og legevakt	95
5.6	HELFO	95
5.6.1	Nytterealiseringsplanen	96
5.6.2	Rambølls rapport	96
5.6.3	Kontroll av legenes forskrivning	97
5.6.4	Søknad om individuell refusjon og godkjenningfritak	97
5.6.5	Incentivsystem	97
5.7	FEST	98
5.7.1	«Markedsføringen» av FEST	98
5.7.2	Legens opplevelse av FEST	99
5.8	Reseptformidleren og e-reseptprogrammet	99
5.8.1	Nytterealiseringsplanen	99
5.8.2	Rambøllrapporten	101
5.8.3	Informasjon	101
5.8.4	Innføringen	103
5.8.5	Systemfeil	104
5.8.6	Brukerstøtte	105
5.8.7	E-reseptprogrammet og leverandørene	105
5.9	Oppsummering	105
6	Diskusjon	107
6.1	E-resept og teori om innføring og bruk av IT-systemer	107
6.2	E-resept og gevinstrealisering	108
6.3	Resultatene i forhold til pilottesten	111
6.4	Metodologisk evaluering	112
6.4.1	Hermeneutisk sirkel	112
6.4.2	Kontekstualisering	113
6.4.3	Interaksjon mellom forsker og informant	113
6.4.4	Abstraksjon og generalisering	115
6.4.5	Prinsippet om dialogisk resonering	115
6.4.6	Prinsippet om ulike tolkninger	116
6.4.7	Prinsippet om mistanke	116
6.4.8	Oppsummering	117

7 Konklusjon	119
7.1 Planlagte gevinster	119
7.2 Oppfølging av risiko, tiltak og gevinster	119
7.3 Dommen over e-resept	120
7.4 Ikke-verdsatte effekter i e-resept	120
7.5 Forslag til tiltak	121
7.6 Videre arbeid	121
Referanser	123
Vedlegg	131
Tillegg A Definisjoner	131
Tillegg B Rekrutteringsbrev	137
B.1 Rekrutteringsbrev leger	138
B.2 Rekrutteringsbrev helsesekretærer	140
Tillegg C Intervjuguider	143
C.1 Intervjuguide 1. intervju — allmennleger om innføringen av elektronisk resept	143
Introduksjon	143
Informasjon om innføringen og kjennskap til e-resept	143
Forventninger til systemet	144
Tillit til systemet	144
Pasienter	144
Tidsbruk	144
Feil, rutiner og kommunikasjon	145
Byråkratisering og statlig kontroll	145
Avrundning	145
Avslutning	145
C.2 Oversikt for første intervju	146
C.3 Intervjuguide for intervju etter innføringen	147
E-resept	147
Funksjonalitet	147
Pasienter	147
Datasystemet	147
FEST — beslutningsstøtte	148
Tidsbruk	148
Kommunikasjon, kontroll og feil	148

Tabeller

4.1	Oversikt over rekrutterte informanter	51
4.2	Liste over analysekoder fordelt på tema og intervjuer	60
5.1	Plan for nytterrealisering - pasienter	66
5.2	Plan for nytterrealisering - legekantor	75
5.3	Plan for nytterrealisering - spesialisthelsetjenesten	76
5.4	Plan for nytterrealisering - helseeffekter	77
5.5	Plan for nytterrealisering - apotek	89
5.6	Plan for nytterrealisering - bandasjist	90
5.7	Plan for nytterrealisering - virksomhetsområdet	100

Figurer

3.1	Informasjonssystemer	33
3.2	Planlagte og ikke-planlagte effekter	34
3.3	Sammenheng mellom teknologisk-, organisasjonsmessig- og regel- verksendringer	38
3.4	Benefits management model	45
4.1	Oversikt over analyseprosessen	62

Kapittel 1

Innledning

1.1 Bakgrunn

Det har lenge vært et mål for norske myndigheter å bruke IKT til å forbedre og effektivisere offentlig forvaltning. Dette målet strekker seg også til helsesektoren, som har hatt strategiplaner for IKT siden 1997 (Helsedepartementet, 2004).

1.1.1 E-resept

E-resept skal sikre et helhetlig elektronisk forløp for reseptinformasjon fra forskrivning til utlevering og oppgjør. Nødvendige legemidler skal være likt tilgjengelig for alle innbyggere uavhengig av økonomi, geografi og funksjonsevne. E-resept skal gi økt legemiddelsikkerhet og sørge for at legemiddelforsyningen samlet blir mer effektiv (Apoforsk et al., 2008b).

Strategien «S@mspill 2007» lanserte planene om elektroniske resepter i Norge. Prosjektet fikk bevilgning over statsbudsjettet i 2005, og skulle opprinnelig være i full drift fra 2009 (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). E-resept er ett av mange IKT-prosjekt i helsesektoren i Norge.

Land som Sverige og Danmark har arbeidet med elektroniske resepter i mange år. Det er store forventninger til elektroniske resepter, men det viser seg at elektroniske resepter tar lang tid å innføre og kan gi både positive og negative effekter (Grimsmo, 2006).

1.1.2 Gevinstrealisering

En vellykket innføring av IT-systemer er avhengig av en rekke faktorer: Systemet trenger å være driftssikkert og fungere i integrasjon med andre systemer. Systemet

må være brukervennlig og være designet på en måte som understøtter brukernes arbeidsprosesser. Ledelsen av innføringsprosessen og brukernes holdninger til systemet er også viktige.

Mange offentlige IT-prosjekter går utover avtalt tid eller kostnad (Flak, 2012). Utfordringene med elektroniske resepter og med innføring av IT-systemer tilsier at det er en risiko for at e-resept ikke vil være et vellykket IT-prosjekt. Hvordan kan man sikre at IT-prosjekter blir vellykkede og at de oppnår de målene som ble satt før utvikling og innføring?

Senter for statlig økonomistyring (SSØ) anbefaler å bruke gevinstrealiseringsmetodikk ved offentlige anskaffelser inkludert informasjonsteknologi. Gevinstrealisering innebærer arbeid før, under og etter en utviklingsprosess for å identifisere og realisere gevinster og forebygge negative effekter av IT-systemet (ibid.).

En del effekter kan være vanskelige å måle selv om de er viktige. Eksempler er brukertilfredshet, personvern og tillit. Det er en fare for at man dreier fokus vekk fra disse gevinstene og heller fokuserer på gevinster som er lettere å måle (Senter for statlig økonomistyring, 2012).

1.2 Problemstilling

Innføringen av e-resept er et interessant tilfelle å studere for å lære om gevinstrealisering i offentlig sektor. E-reseptprosjektet har gjort en solid gevinstrealiseringsarbeid i forkant av innføringen, et arbeid som involverte representanter for mange av aktørene i e-reseptprosjektet. Prosjektet er i tillegg komplekst, det omfatter integrasjon mellom mange ulike IT-system og samarbeid på tvers av profesjonsgrenser og organisasjoner. E-resept er også et kritisk system hvor feil kan få følger for liv og helse.

Denne oppgaven forsøker å svare på følgende spørsmål:

- Hvilke effekter er vektlagt i e-reseptprogrammet?
- Hvordan har risiko, tiltak og effekter blitt fulgt opp i innføringsfasen?

Svarene på disse spørsmålene gir grunnlag for å

- vurdere gevinstrealisering for ikke-verdsatte virkninger
- foreslå tiltak for gevinstrealisering, der dette ikke kommer av seg selv
- skape forståelse for oppståtte utfordringer og uventet bruk
- analysere faktorer som gjorde innføring vellykket eller ikke vellykket
- gi innsikt for framtidige IKT-prosjekter i helsesektor og offentlig sektor.

1.3 Metode

Oppgaven begynte med en litteraturgjennomgang om gevinstrealisering, IT i offentlig sektor, elektroniske resepter og reseptsystemet i Norge.

Det ble så utført et case-studie hvor fem allmennleger er intervjuet i forkant og etterkant av innføringen, i tillegg til observasjon på legekantor.

1.4 Avgrensninger

Det er mange aktører og faktorer som påvirker innføringen/implementasjonen av elektronisk resept, men jeg ønsker å avgrense meg til å se på allmennlegers situasjon. Det er særlig viktig å få en vellykket innføring av e-resept hos fastlegene, da de er første ledd i kjeden med elektronisk resept. Prosjektet er særlig sårbart for økt tidsbruk for allmennlegene (Apoforsk et al., 2008b; Rambøll, 2010). Innføringen av elektronisk resept vil endre hvordan fastleger arbeider og samarbeider med andre aktører.

Oppgaven begrenser seg til i hovedsak å se på hvordan noen leger i Sør-Trøndelag opplever innføringen. Sør-Trøndelag får innført e-resept midtveis i innføringsrekken. Tidsmessig ser oppgaven på legenes oppfatninger fra to uker før innføringen av e-resept til opptil fire måneder etter innføringen.

1.5 Begrepsavklaring

Det finnes ikke et fellesbegrep på legemidler, medisinsk forbruksmaterieell og medisinske næringsmidler som skrives ut på resept. I oppgaven bruker jeg ordet *legemidler* som en fellesbetegnelse.

E-resept er i denne oppgaven begrenset til resepter i det norske e-reseptsystemet. Tidlig i e-reseptprosjektet var skriveformen eResept. *Elektroniske resepter* blir brukt der jeg mener elektroniske resepter generelt.

En person som har rett til å skrive ut resepter kalles rekvirent. Jeg har brukt rekvirent og lege som synonymer. De rekvirentene som ikke er leger, er heller ikke omfattet av e-resept. *Forskrivning* er den medisinske termen for å rekvirere legemidler. *Foreskrivning*, derimot, betyr anbefaling eller tilrådelse. Leger forskriver legemidler, men kan foreskrive diett og mosjon.

Jeg har brukt ordene hjemmetjeneste og hjemmesykepleie som synonymer. Pleie- og omsorgstjeneste inkluderer også hjemmesykepleie.

Bandasjist kan også skrives *bandagist*, jeg har holdt meg til den første formen i denne oppgaven. Bandasjister og apotek blir ofte behandlet sammen i denne oppgaven, da de har noenlunde lik rolle i forhold til allmennlegene.

Ansvaret for helseutgiftene i folketrygden har gått fra NAV til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) i løpet av e-reseptprosjektet. Både NAV og HELFO er nevnt i oppgaven, avhengig av hvilke dokumenter jeg refererer til.

1.6 Organisering av oppgaven

Kapittel 2 handler om resepter. Kapitlet beskriver først reseptsystemet i Norge. Deretter kommer det en beskrivelse av bruken av elektroniske resepter i andre land sammen med en oppsummering av teori omkring elektroniske resepter. Så presenteres e-resept-prosjektet i Norge. Kapitlet avsluttes med en sammenligning mellom det norske prosjektet og andre lands elektroniske reseptsystem.

Kapittel 3 beskriver teori om innføring av IT-systemer, spesielle forhold knyttet til offentlige IT-systemer og IT-systemer brukt i helsevesenet og teori om gevinstrealisering.

Kapittel 4 beskriver forskningsdesignet og forskningsmetoden som er brukt i oppgaven.

Kapittel 5 gjengir resultatene fra intervjuer og observasjon og sammenligner disse med tidligere utarbeidede gevinstrealiseringsdokumenter i e-resept-prosjektet.

Kapittel 6 diskuterer resultatene fra kapittel 5 i forhold til teorien presentert i kapittel 3, en tidligere pilot av e-reseptsystemet og gevinstrealiseringplanene.

Kapittel 7 er oppgavens konklusjon.

Ordlister og liste over forkortelser finnes i vedlegg A.

Kapittel 2

Resepter, elektronisk resept og e-resept

2.1 Reseptsystemet i Norge

For å kunne forstå e-resept og forholdene rundt e-resept, er det nyttig å vite litt om legemiddelforsyning og reseptsystemet i Norge. Resepter brukes for legemidler, medisinske næringsmidler og medisinsk forbruksmateriell, heretter kalt legemidler.

Resepter har to hovedfunksjoner i legemiddelforsyningen i Norge i dag. Resepter regulerer hvem som får kjøpe hvilke potensielt skadelige legemidler. Resepter regulerer også hvem som får støtte til potensielt dyre legemidler fra staten.

2.1.1 Lovverk

Legemidler og legemiddelforsyning er regulert gjennom en rekke lover og forskrifter. De viktigste for e-resept er *legemiddeloven*, *legemiddelforskriften*, *forskrift om legemidler fra apotek*, *blåreseptforskriften* og *reseptformidlerforskriften*. Legemiddeloven (2009) definerer legemidler og narkotika, og regulerer import og salg av legemidler. Legemiddelforskriften regulerer pris, markedsføring, refusjon og overvåking av legemidler. Forskrift om legemidler fra apotek regulerer rekvirering av legemidler, ekspedisjon av resept og utlevering av legemidler fra apotek. Forskriften definerer blant annet hvem som har rett til å rekvirere legemidler og hvordan en resept skal utformes. Blåreseptforskriften regulerer refusjon på blå resept. E-resept er regulert i Reseptformidlerforskriften (2012).

2.1.2 Legemidler

Statens legemiddelverk (Legemiddelverket) har ansvar for å sikre god legemiddelbruk i Norge. Legemiddelverket avgjør hvilke legemidler som kan selges i Norge. Godkjente legemidler får markedsføringstillatelse av Legemiddelverket (Legemiddeloven, §2-1).

Legemiddelverket klassifiserer de godkjente legemidlene i ulike kategorier. Legemidler kan deles inn i reseptpliktige og ikke-reseptpliktige legemidler. De reseptpliktige legemidlene deles inn i A-, B- og C-preparater. Narkotiske stoffer blir klassifisert som A-preparater. Vanedannende stoffer og andre legemidler som krever særskilt oppfølging blir klassifisert som B-preparater. Andre reseptpliktige legemidler blir klassifisert som C-preparater (Legemiddeloven, §7-3).

Det er mulig for en lege å forskrive legemidler som ikke har markedsføringstillatelse i Norge. Dette gjøres ved å sende en søknad til Legemiddelverket om godkjenningssfritak (Legemiddelforskriften, §2). I 2011 ble det omsatt legemidler på godkjenningssfritak for 152 millioner kroner (Apotekforeningen, 2012). En enklere søknadsprosedyre for godkjenningssfritak er en del av e-reseptprogrammet.

2.1.3 Finansiering

Reseptordningen er også en måte å fordele kostnadene ved bruk av legemidler, medisinske næringsmidler og medisinsk forbruksmateriell. Det finnes ulike resepter for ulike betalere. Vanlig hvite resepter betaler pasienten selv. Blå resepter blir delvis refundert igjennom folketrygden (tidligere NAV, nå HELFO) (Blåreseptforskriften). H-resepter er resepter som helseforetakene finansierer (ibid.). Det finnes også andre typer resepter.

Blåreseptordningen er særlig viktig. Det ekspederes omtrent like mange blå og hvite resepter i apotek (16,5 millioner versus 15 millioner), men blåreseptene utgjør 79 % av omsetningen i apotek, mens hvite resepter står for 7 % av omsetninga og H-resepter for 13 %. Av utgiftene til blåresept kommer 12 % fra egenandel, og 88% fra folketrygden. Folketrygdens utgifter til blåreseptordningen utgjorde i 2011 7,9 milliarder kroner. Alle tallene er hentet fra (ibid.).

For at staten skal dekke behandlingen på blå resept, må sykdommen være langvarig og alvorlig. Legemiddelverket bestemmer hvilke sykdommer og behandlinger som bestemt dekkes av blå resept. Behandlingen må blant annet ha god effekt i forhold til kostnadene.

Dersom en pasient har store legemiddelutgifter som ikke dekkes av forhåndsgodkjent refusjon, kan fastlegen søke om individuell refusjon for pasienten (Legemiddelforskriften, §14-14). Søknaden om individuell refusjon er en del av e-resept og skal være mer effektiv enn tidligere søknadsprosedyre.

2.1.4 Rekvirering

Rekvirering er det samme som forskrivning av legemidler.

Rekvirenter

En rekvirent er en fysisk eller juridisk person med rett til å rekvirere legemidler. I tillegg til leger har også farmasøyter, helsesøstre og jordmødre rett til å skrive ut resept på noen legemidler. Veterinærer og fiskehelsebiologer har rett til å rekvirere legemidler til dyr og sjødyr. Optikere, tannleger og tannpleiere kan skrive ut visse medikamenter for henholdsvis øye- og tannbehandling. I tillegg kan det rekvireres legemidler til legemiddellager på skip, fly og virksomheter som yter helsehjelp (Forskrift om legemidler fra apotek, §2).

Rekvirering av legemidler

Rekvirering av legemidler gjøres oftest ved resept. En resept er en bestilling av legemiddel til bruk for en bestemt person, eller til bruk i rekvirentens praksis. Dersom legemiddelet rekvireres på annen måte, brukes det rekvisisjon (Forskrift om legemidler fra apotek, §3). Denne oppgaven avgrenser seg til resepter og ikke rekvisisjon.

I utgangspunkt skal resepter være skriftlig. I visse tilfeller kan resepten være muntlig (per telefon eller personlig) eller sendes per fax. En resept er gyldig i ett år, med unntak av resepter på prevensjonsmidler, som er gyldige i tre år (Forskrift om legemidler fra apotek, §3).

Resepter kan være reiterer-bare. Dette betyr at det er mulig å hente ut legemidler på samme resept flere ganger ((Forskrift om legemidler fra apotek, 1998, §1-3)). Vanligvis kan pasienten hente ut medisiner for tre måneders forbruk inntil 4 ganger samme år. Resepter på A- og B-preparater og resepter som sendes over telefon eller fax kan ikke reitereres (Forskrift om legemidler fra apotek, §3).

Opplysninger på resept

En resept skal inneholde opplysninger om personen som skriver ut resepten: navn, Id-nummer i Helsepersonellregisteret, yrke, arbeidsadresse og -telefonnummer (Forskrift om legemidler fra apotek, §4-2). Resept på A-preparater må skrives på en særskilt, autorisert blankett (Forskrift om legemidler fra apotek, §4-5).

Resepten skal inneholde alle opplysninger som er nødvendig for å kunne ekspedere legemidlene riktig og bruke legemidlene riktig. Resepten skal utformes tydelig, dateres og signeres av rekvirenten. Det kan skrives ut flere legemidler på samme

resept, så lenge alle legemidler er til samme person eller dyreslag. Hvert legemiddel som skal reitereres, må merkes med dette. Hver reseptgruppe må skrives ut for seg, dvs legemidler i gruppe A, B og C kan ikke skrives på samme resept (Forskrift om legemidler fra apotek, §5).

Resepten skal inneholde opplysninger om pasienten: for- og etternavn, kjønn, fødselsnummer og adresse. Fødselsnummer er ikke et krav for pasienter som ikke har fødselsnummer eller i nødssituasjoner (Forskrift om legemidler fra apotek, §5-7).

Resepten skal inneholde opplysninger om legemidlet: doseringsform, styrke eller sammensetning og mengde eller dosering og varighet av behandling. Dersom doseringen er særlig høy eller uvanlig eller for A-preparater, skal dosering skrives med både tall og bokstaver. Resepter skal om mulig inneholde bruksområde og -rettledning (Forskrift om legemidler fra apotek, §§5-8 og 5-9).

2.1.5 Ekspedering og utlevering

Ekspedering av resept og utlevering av legemidler gjøres av apotek. Bandasjist ekspederer og utleverer medisinsk forbruksmateriell og medisinske næringsmidler.

Mottak av resept

På apoteket skal alle resepter vurderes og godkjennes av farmasøyt. Muntlige resepter skal skrives ned av farmasøyt slik at det er mulig for etterkontroll. Dersom rekvirenten er ukjent, skal apoteket kontrollere identiteten. Dersom resepten ikke oppfyller kravene til utforming, er mulig å feiltolke eller det er grunn til å tro at rekvirenten har begått feil, skal apoteket skaffe de opplysningene som er nødvendig for å ekspedere legemidlet. Ved mistanke om falsk resept skal ikke legemidlet leveres ut før dette er avklart ((Forskrift om legemidler fra apotek, 1998, kap. 6)).

I nødstilfeller, der det ikke er mulig å få tak i rekvirent, kan apoteket ekspedere resepten en gang, selv om det er feil ved resepten eller resepten er foreldet (Forskrift om legemidler fra apotek, §7-3).

Generisk bytte

Generisk bytte er pålagt for mange legemidler som inngår i blåreseptordningen. Pasientene får resept på et legemiddel, men får ekspedert et likeverdig, men rimeligere legemiddel på apotek. Generisk forskrivning er en resept på virkestoff, styrke, mengde og form i stedet for et markedsført preparat. Dette gjør at apoteket kan velge hvilken produsent legemiddelet skal komme fra uten videre kontakt med lege.

2.2 Utfordringer og tiltak

I 2005 kom stortingsmeldingen «Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk». Meldingen besto av en full gjennomgang av legemiddelbehandlingen i Norge. Meldingen setter fokus på en rekke utfordringer i legemiddelbehandlingen. I tillegg kom de statlige strategiene for elektronisk samarbeid i helsesektoren: S@mspill og Samspill2.0 i henholdsvis 2004 og 2008.

2.2.1 Utfordringer med legemiddelbruken i Norge

Forarbeidet til nyttrealiseringsplanen inneholder en gjennomgang av en rekke utfordringer med legemiddelbruken i Norge før e-resept ble innført.

Økonomi

Mellom 1990 og 2004 økte statens legemiddelkostnader med gjennomsnittlig 8% årlig, først og fremst på grunn av overgang til nyere og dyrere legemidler. Stortingsmeldingen «Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk» mener at offentlige myndigheter må bli flinkere til å balansere informasjonen fra legemiddelindustrien.

Manglende bilag til kontroll av refusjonsvilkår

Riksrevisjonen påpekte i 2002 at 75% av utbetalingene fra rikstrygdeverket til apotek manglet grunnlagsdokumentasjon som var knyttet til regningen fra apotekene (Riksrevisjonen, 2002). For bandasjister var dette tallet 30%. I disse tilfellene ble ikke blåresepten sendt inn fra apotek til trygdekontor.

For å oppfylle riksrevisjonens krav til bilag ville alle ekspederte resepter måtte skannes, noe som ville gitt en årlig utgift på 45 millioner kroner (Apoforsk et al., 2008a). Helse- og omsorgsdepartementet har gått bort fra kravet om skanning gitt at elektroniske resepter innføres.

Informasjonsflyt

Stortingsmeldingen peker også på helsemessige utfordringer i legemiddelbruken. Kommunikasjonen mellom lege, pasient og apotek kan forbedres. Informasjonen om hver enkelt pasients legemiddelbruk er spredt i ulike pasientjournaler og informasjonssystemer. Én av fem pasienter kan trolig bruke legemidler bedre, i følge meldingen. Særlig er det utfordringer for pasienter som får pleietjenester og pasienter som bruker mange medisiner samtidig.

Feil på utfylte resepter

Haavik et al. (2006) fant at 39% av reseptene ekspedert i norske apotek manglet angitt bruksområde. På 2% av reseptene ble det funnet andre feil, 83% av disse var tekniske feil. 17% av feilene kunne gitt kliniske konsekvenser.

I forbindelse med gevinstrealiseringsarbeidet i e-resept ble det foretatt en ny undersøkelse av feil på resepter (Apoforsk et al., 2008a). Tallene samsvarer med undersøkelsen til Haavik et al.: 33 % av reseptene manglet bruksområde, og 2,1% hadde andre feil og mangler. I 33% av tilfellene kunne feilene og manglene ført til kliniske konsekvenser. I denne undersøkelsen var sykehusresepter med. Sykehusleger har en større andel håndskrevne resepter, og håndskrevne resepter har flere feil enn dataskrevne resepter.

Farmasøytene kontaktet rekvirent i 37% (Haavik et al., 2006) og 33% (Apoforsk et al., 2008a) av tilfellene som kunne gi kliniske konsekvenser. I andre tilfeller snakket farmasøytene med pasient, pårørende, konsulterte legemiddelinformasjon eller pasienthistorikk eller brukte eget skjønn. Med papirresepter fantes det ikke en mekanisme for å kommunisere intervensjoner i apotek tilbake til forskrivende lege.

Utilsiktete hendelser med legemidler

Utilsiktete hendelser er et stort medisinsk problem. Buajordet et al. (2001) fant at utilsiktede hendelser med legemidler bidro til 18% av dødsfallene på en norsk indremedisinsk avdeling. Pasienter som var gamle, hadde flere diagnoser eller brukte mer enn seks legemidler var særlig utsatt for utilsiktede hendelser. Apoforsk et al. (2008a) og Helse- og omsorgsdepartementet (2005) refererer til flere studier som viser det samme.

Compliance

Compliance er et uttrykk for i hvilken grad pasienter følger opp den anbefalte behandlingen som er foreskrevet (Apoforsk et al., 2008a; Nylenna, 2012). Compliance påvirkes av legemidlet, sykdommen, pasienten, forhold mellom pasient og lege og tilgjengeligheten til legemidlet. Legemidler som er livsviktige eller som behandler sykdommer med tydelige symptomer har høy compliance. Forebyggende legemidler, for eksempel mot høyt blodtrykk, har lavere compliance.

2.2.2 Nasjonale strategier

Meldingen «Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk» setter opp tre prinsipper for legemiddelbruken i Norge:

- legemidler skal brukes riktig, både medisinsk og økonomisk
- pasienter skal ha sikker tilgang til effektive legemidler, uavhengig av betalingssevne
- legemidler skal ha lavest mulig pris

Legemiddelbehandlingen må være slik at nytten av legemiddelet er større enn risikoen for bivirkninger. Kostnaden til legemiddelbehandlingen må også stå i forhold til nytten, slik at samfunnet bruker sine ressurser på best mulig måte.

I 2004 kom S@mspill, den tredje statlige strategien for elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren. Strategien har to hovedmål: å styrke informasjonsflyten i helsesektoren og å dra inn nye aktører i det elektroniske samarbeidet. I 2008 kom den neste strategien: Samspill 2.0. Den følger opp arbeidet som ble satt i gang med S@mspill. Strategien legger vekt på helhetlige pasientforløp, der pasientene skal slippe å oppgi de samme opplysningene om og om igjen fordi ulike aktører i helsevesenet ikke kommuniserer godt nok.

2.2.3 E-resept som tiltak for forbedret legemiddelbruk

«Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk» foreslår en rekke tiltak for å forbedre legemiddelbruken, som mer bruk av multidose, ordningen med foretrukket legemiddel, farmasøyt-gjennomgang av pasienters legemiddelbruk og opprettelsen av reseptregisteret. E-resept er også blant tiltakene. E-resept vil gi felles oversikt over de legemidlene pasienten bruker. E-resept vil også bidra til bedre legemiddelinformasjonsformasjon gjennom forskrivningstøtte som vil gi anbefalinger for legemiddelbruk, preparatomtaler og refusjonsvilkår.

E-resept vil kunne knytte sammen separate, digitale arbeidsprosesser. Både rekvirent, apotek og trygdekontor benytter IT-systemer i arbeidet sitt, men kommunikasjonen mellom de ulike systemene har vært papirbaserte, Helse- og omsorgsdepartementet (2008). Strategien hevder e-resept vil effektivisere arbeidet for apotek, pasient, trygdeetaten og for rekvirentene, i tillegg til å gi rekvirentene et bedre informasjonsgrunnlag.

E-resept vil i følge «Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk» gi en rekke positive effekter:

Helsenettet åpner for å ta i bruk elektroniske resepter, slik at reseptinformasjon kan overføres elektronisk fra forskriver til apotek og andre

som behandler informasjonen. I stedet for selv å holde orden på papirresepter vil pasienten kunne få ekspedert legens fornyede resept hvor som helst i landet. Raskere ekspedisjon på apoteket, korrekt forskrivning og færre muligheter for feil vil komme pasienten til gode. Risikoen for forfalskede resepter og feil på grunn av uleselig skrift vil også reduseres. Det kan videre legges inn mekanismer som sikrer at alle obligatoriske felt fylles ut før resepten sendes. Trygdeetaten vil få et bedre grunnlag for å kontrollere forskrivningen på folketrygdens regning.

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2005)

2.3 Elektronisk resept i andre land

Det er nyttig å se på erfaringene med elektronisk resept fra andre land; både for å få et sammenligningsgrunnlag for den norske innføringen og for å få en bakgrunn for den forskningen det er gjort på effekter fra elektronisk resept. Helse-systemene i vestlige land skiller seg fra hverandre i antall pasienter, i hvilken graden IT er tatt i bruk, hvordan helsevesenet er bygd opp og hvordan myndighetene arbeider for å innføre elektroniske systemer i helsevesenet. Likevel er det lærdommer å hente fra andre lands erfaringer med elektronisk resept.

Elektroniske resepter er i full bruk i Danmark, England, Estland, Island, Skottland og Sverige. I land som Nederland og Spania er noen regioner langt framme i bruken av elektronisk resept. I Tsjekkia, Finland, Italia, Polen og Norge er elektronisk resept-prosjekter i en pilot- eller innføringsfase. (ePrescription-xBorder, 2012) EP-SOS er EUs eget pilotprosjekt for elektroniske resepter på tvers av landene i Europa (epSOS, 2012).

Særlig Danmark har kommet langt når det gjelder å ta i bruk elektroniske resepter. Landene i Skandinavia er spesielt interessante fordi de har et helsevesen og en kultur som ligner den norske. Andre land, som ikke har kommet så langt, kan peke på ulike utfordringer som står i veien for en vellykket innføring av elektroniske resepter.

Definisjonen på elektronisk resept varierer i litteraturen. For noen betyr det bare at resepten skrives på datamaskin og så skrives ut (Hollingworth et al., 2007; Jha et al., 2008), andre legger vekt på tilleggsfunksjoner som medisinalister og beslutningsstøtte (Sjöborg et al., 2007), mens andre igjen legger vekt på elektronisk overføring av resepter fra legekantor til apotek (Hypponen, Salmivalli og Suomi, 2005). På engelsk brukes også termen «Computerized Physician Order Entry (CPOE) systems» (Ammenwerth et al., 2008) bruker CPOE om er rekke datasystemer for automatisk rekvirering og som kan inneholde funksjoner for beslutningsstøtte.

2.3.1 Danmark

Elektroniske resepter har en lang historie i Danmark. De første systemene ble drevet fram av lokalt initiativ og knyttet sammen et legekantor med et eller noen få apotek (Protti, Bowden og Johansen, 2008). I 1994 ble det anslått at 20-30% av administrative helseutgifter i Danmark ble brukt på å håndtere papir. Dette førte til opprettelsen av MedCom, Danmarks koordinerende organisasjon for informasjonsteknologi (IT) i helsevesenet. MedCom lagde blant annet standarder for forskrivning av medisin som ble tatt i bruk av leger.

Først i 2004 og 2006 ble det obligatorisk for henholdsvis danske allmennleger og

spesialister å ta i bruk systemene til MedCom. I 2006 ble 77% av reseptene sendt elektronisk. Reseptene ble sendt fra et legekontor til et spesifikt apotek, før en sentral reseptformidler kom i 2006 (Andersen, 2007). I 2007 kom et nasjonalt beslutningsstøttesystem og en sentral database over alle utleverte resepter de siste to årene (Edwards, 2006; Glintborg, Poulsen og Dalhoff, 2008). I 2011-2012 blir «Fælles medicinkort» innført i Danmark.

I dag består det elektronisk reseptsystemet i Danmark av en sentral reseptserver, medisinprofils server og interaksjonsdatabase som blir brukt av eksterne systemer (Andersen, 2007). Medisinprofil er en sentral database for alle resepter og inneholder informasjon om forskrivende lege, utleverende apotek og refusjonsmåte. Innbyggere og helsepersonell får tilgang til medisinprofilene ved hjelp av et webbasert grensesnitt på sundhed.dk.

Sundhed.dk tilbyr i tillegg danske innbyggere tjenester som fornying av resepter, timebestilling, elektroniske legetimer og kjøp av medisiner (Det danske sundhedsvæsen, 2012). «Fælles medicinkort» er et elektronisk medisinkort for hver borger som inneholder alle medisiner som pasienten er forskrevet og er tilgjengelig for leger, helsepersonell, tannleger, apotekere og andre som har behov for denne informasjonen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2012).

2.3.2 Sverige

Sverige var først ute med elektronisk resept i 1983 mellom legekontor og et nærliggende apotek (Hellström et al., 2009). Hvert av de 20 svenske länene selv er økonomisk ansvarlig for helsevesenet i sitt län, både primærhelsetjeneste og sykehus. Siden hvert län er selvstendig på dette området, varierer systemene og løsningene som er valgt. Fra og med 2009 ble det arbeidet med å standardisere løsningene på tvers av länene. De svenske reseptene blir lagret i en sentral reseptdatabase. Det er særlig erfaringene fra Stockholms län det er skrevet om i litteraturen.

I 1996 økte leggemiddelutgiftene i Stockholms län med 10% årlig. Det ble satt igang et prosjekt for elektroniske resepter for å få ned utgiftene på legemidler. Målet var å få et mindre kostbart helsevesen ved «å forhindre valg av usikre og ueffektive legemidler, ved å unngå feilmedisinering og kompliserte legemiddelinteraksjoner og å tilby enkel tilgang til ekpertråd ved behov».

Strategien innebar å samle uavhengig kunnskap om evidensbasert terapi, presentere og sammenstille denne kunnskapen med pasientdata, sørge for en fullstendig legemiddelliste både for lege og apotek og arbeide for tilgang til produsent-uavhengig legemiddelinformasjon i alle elektronisk pasientjournalssystem (EPJ)-systemene. I 2005 ble 70 prosent av reseptene sendt elektronisk.

Prosjektet med å få elektroniske resepter i Stockholm tok lenger tid enn forventet (ibid.). For å få full nytte av systemet, var det viktig at alle deler av strategien ble

implementert. Men siden det ville være for overveldende ressursmessig å gjøre det i en stor operasjon, ble systemet implementert gradvis i ulike pakker. Det tok også 6 år før innføringsprosessen skjøt fart.

Prosjektlederne la vekt på å overlevere systemet til farmakologisk og administrativ ekspertise, heller enn til IT-avdelingen. Elektronisk overføring av reseptene er bare en liten del av systemet; mer vekt ble lagt på samle og presentere kvalitetssikret og uavhengig kunnskap om riktig legemiddelbruk på en brukervennlig måte.

2.3.3 Finland

Initiativet til et sentralt reseptsystem kom i 2001, etter flere lokale, mislykkede forsøk (Hypponen, Salmivalli og Suomi, 2005). Det finske systemet med papirresepter fungerte veldig godt. Motivasjonen for å innføre et elektronisk system var ifølge Hypponen blant annet å redusere medisineringsfeil. Systemet ble utviklet i 2003-2004, og ligner de andre skandinaviske prosjektene med en sentral reseptserver. I Finland bruker både leger, veterinærer og tannleger systemet for resepter. Hypponen påpeker at det har vært lite og vage kost/nytteevalueringer av det finske systemet og av andre lignende system.

2.3.4 Nederland

Økte helsekostnader fikk forsikringsselskaper, helsemyndigheter og legeforeningen til å gå sammen om å utvikle et elektronisk reseptsystem på slutten av 1990-tallet. Undersøkelser viste at det var mulig å spare 20% av kostnaden for legemidler ved å velge det billigste merket (Wolters et al. 2001 i Boonstra, Boddy og Fischbacher, 2004). Systemet ble utviklet som en database med tilgjengelige legemidler, interaksjoner og kostnader som så ble koblet med pasientjournaler.

Da systemet ble innført hadde 50% av legene datamaskin på konsultasjonsrommet, og 95% hadde datamaskin på legekantoret. Nederlandske allmennleger har stor autonomi i praksisen. Reseptsystemet ble frivillig å bruke, og programmet og opplæring ble tilbudt gratis. Det ble lagt ned mye penger både i systemet og i markedsføringen. Myndighetene hadde satt ambisiøse mål: systemet skulle installeres på alle kontor som hadde datamaskin, 90% av disse legene skulle klare å bruke systemet. Systemet skulle være i bruk i 90% av konsultasjoner og anbefalingene fra systemet følges i 90% av tilfellene.

Resultat etter halvannet år ble nedslående: 50 % av kontorene hadde installert systemet, 25% av legene brukte systemet daglig, og i de tilfellene det ble brukt ble forslagene bare fulgt i 60% av tilfellene. De fleste legene som ble intervjuet om systemet nevnte både fordeler og ulemper. Legene som brukte systemet nevnte generelt flere fordeler, mens de som ikke brukte systemet nevnte flest ulemper (ibid.).

(Boonstra, Boddy og Fischbacher, 2004) kommer med noen grunner til at systemet ikke nådde ambisjonene. For en del leger ga systemet økonomiske kostnader uten å gi noen økonomiske gevinster. Andre leger opplevde systemet som et forsøk fra myndighetene til å kontrollere legestanden. Noen så på systemet som en trivialisering av yrket, andre at datamaskinen ville påvirke konsultasjonen i negativ retning.

Systemet kunne fått en større aksept dersom det hadde vært mer oppmerksomme på legenes subjektive tolkning av systemet. Dersom systemet ble utformet mer som et verktøy og mindre som et middel for å redusere kostnader, kunne dette ført til større bruk, og faktisk mindre kostnader (ibid.).

2.3.5 Storbritannia

I Storbritannia er innføringen av elektroniske resepter delt i etapper. Første del av nasjonal elektroniske resepter ble innført for fire år siden, ved at alle resepter fikk en strekkode, som kunne skannes av apoteket. I 2012 har innføringen av del 2 begynt, hvor reseptene sendes som elektroniske meldinger (NHS, 2012). Tidligere initiativ har blitt motivert ved kvalitetskrav som ble belønnet økonomisk. Personvernshenninger ga motstand mot å ta elektronisk reseptsystem i bruk (Jha et al., 2008).

2.3.6 USA

I USA har det vært ulike lokale initiativ og eksperimenter. Manglende økonomiske støtteordninger og mange ulike aktører har lenge gjort det vanskelig å få til fungerende helsesystem som utveksler data (Jha et al., 2008; Wang et al., 2009). Amerikanske myndigheter utviklet standarder for å kommunisere legemiddelhistorikk og forsikringsdata i 2003 (Wang et al., 2009). Fra 2010 fikk leger som bruker elektroniske resepter bonuser fra Medicare, og fra 2012 vil leger som ikke bruker elektroniske resepter straffes økonomisk. Antall leger som bruker elektroniske resepter har økt fra 10 % i 2008 til 58% i 2011. Det er flere leverandører av elektroniske resept-programmer, som alle kommuniserer gjennom Surescripts. Surescripts er et reseptformidlingsnettverk som oppsto i 2008 gjennom en sammenslåing av 2 selskaper som igjen ble startet etter initiativ fra 5 ulike aktører i apoteksektoren (*Surescripts – knowledge base* 2011).

2.3.7 Tyskland

I Tyskland blir elektroniske resepter implementert igjennom et nasjonalt helsekort. Tyskland har et silobasert offentlig helsevesen med ulike datasystemer som

ikke kommuniserer sammen (Dietzel, 2004). I tillegg har personvernsbekymringer gjort at helsedata lagres lokalt på maskiner som ikke er koblet til internett. Disse to faktorene gjør det naturlig å legge opp e-helse-initiativ rundt et helsekort som pasienten selv bærer med seg og har kontroll over.

Personvern og sikkerhet er høyt prioritert. Det elektroniske helsekortet er utformet som et smartkort, og dataene på det (utenom de dataene som trengs i en nødsituasjon) kan bare aksesseres ved å bruke pasientens smartkort, helsepersonells smartkort og pasientens PIN-kode i en designert kort-leser. Enn så lenge er ikke annet en administrative data laget på kortene, og de fungerer som nøkler for pasientdata som er lagret andre plasser. Planen er å inkludere elektroniske resepter, vaksinasjonsinformasjon og etterhvert hele pasientjournaler på kortet (Bundesministerium für Gesundheit, 2012).

2.4 Elektroniske resepter

Det finnes mange artikler som handler om ulike aspekter ved elektroniske resepter (Mundy og Chadwick, 2004). Denne seksjonen er ikke en utfyllende litteraturgjennomgang, men forklarer hvilken teoretisk bakgrunn jeg hadde før datainnsamlingen. Mange av artiklene er skrevet i USA, med relativt annerledes helsesystem og utfordringer. Likevel gir dette avsnittet oversikt over interessante problemstillinger og utfordringer med elektroniske resepter.

2.4.1 Hvorvidt elektroniske resepter tas i bruk

Wang et al. (2009) utførte en spørreundersøkelse blant leger i New Jersey. Noen leger hadde tatt i bruk elektroniske resepter og andre leger ventet på å ta i bruk elektroniske resepter. Systemene inneholdt funksjoner for å se resepthistorikk og for å få ut data om forsikringsdekning. De legene som tok trodde systemet forbedret arbeidsflyten tok i større grad i bruk systemet. Leger som opplevde dårlig brukbarhet sluttet å bruke systemet i større grad enn andre leger.

Svenske leger som bruker elektroniske resepter er generelt fornøyd (Hellström et al., 2009). 92% av legene mener elektroniske resepter gir bedre pasientservice, 91% mener det er tidsbesparende og 83% mener det er sikrere enn håndskrevne resepter. Legene rapporterer også om svakheter: det er komplisert å velge medikament, manglende integrasjon med multidose, vanskelig å trekke tilbake resepter og generelt for mange museklikk for å bruke systemet.

Rahmner et al. (2004) intervjuet 21 svenske leger ved legevakt om muligheter og hindringer ved innføring av elektronisk forskrivning. De fleste legene hadde brukt elektronisk forskrivning tidligere. Tilgang til medisinhistorikk for pasientene

opplevdes som en fordel, da dette var viktig for riktig behandling og tok lang tid å innhente. Legene opplevde systemet som en mulighet til å lære mer om farmasi og å sjekke interaksjoner, noe de vanligvis ikke hadde tid til å gjøre. I tillegg gjorde systemet det enklere å få tilgang til informasjon om pris og pakningsstørrelser og gjorde det lettere å bruke anbefalte legemidler (Rahmner et al., 2004).

På den andre siden var legene redde for at systemet ikke virker teknisk sett, siden de har tekniske problemer med andre IT-systemer. Det er et krav at systemet fungerer, for det tar for lang tid å teste et system som ikke virker. Legene var også redd for å få for mye informasjon og for mange advarsler, som lett ville føre til at informasjonen ble ignorert. Legene fryktet forandringen fra håndskrevne resepter til dataskrevne resepter vil virke negativt inn på pasientkontakten. Legene bruker personlig erfaring og råd fra kollegaer ved valg av legemiddel. Et legemiddel valgt av datasystemet vil ikke nødvendigvis bli brukt om legen ikke føler seg trygg på legemiddelet (ibid.).

2.4.2 Opplevd nytte - Positive effekter av elektroniske resepter

Grimsmo (2006) har laget en oversikt over fordeler oppnådd ved bruk av elektroniske resepter:

- raskere utveksling av informasjon
- færre tvetydigheter på grunn av dårlig håndskrift
- rekvirerte legemidler blir bedre dokumentert i journalen
- utgiftene til porto og rekvisita reduseres
- mindre rutinearbeid på grunn av gjenbruk av informasjon
- integrert beslutningsstøtte: varsler om interaksjoner og feil dosering og gir informasjon om oppfølging og etterlevelse i tillegg til å forslå alternativer i behandlingen.
- reduserte legemiddelkostnader ved å økt forskrivning av rimelige legemidler
- umiddelbar tilgang til informasjon for dokumentasjon og statistikk

I undersøkelsen til Wang et al. (2009) opplevde legene som tok i bruk elektroniske resepter at det ble lettere å identifisere legemiddelinteraksjoner. Det ble derimot ikke enklere å se resepter skrevet ut av andre rekvirenter. Antall kontakter med apotek om administrative spørsmål var også uendret mellom de som brukte systemet og de som enda ikke hadde tatt det i bruk.

2.4.3 Legemiddelfeil og utilsiktede hendelser

Anders Grimsmo utførte i 2006 en litteraturstudie av effektene av elektroniske resepter på legemiddelfeil. Han påpeker at «det er vanskelig å dokumentere fore-

komsten av legemiddelrelaterte skader fordi dette ofte ikke vil fremgå av diagnosekodingen og fordi frivillig rapportering fungerer dårlig» (Buajordet et al. 2001 i Grimsmo, 2006).

Mange av de undersøkte studiene viser en reduksjon av forskrivnings- og håndteringsfeil. Derimot ble det bare funnet fire studier som omhandler legemiddelrelaterte skader, og kun to av dem viste en signifikant reduksjon av skader (ibid.). Nyere evalueringer konkluderer med at man i for stor grad har konsentrert seg om kjente problemer og ikke har vært oppmerksom nok på nye risikoer og problemer som oppstår etter innføring av elektronisk behandling av legemiddelinformasjon. En studie viser til 22 typer nye feil (Koppel R et al. 2005 i ibid.). Ekedahl (2010) hevder elektroniske resepter gir nye typer feil, siden det fortsatt er mange resepter med feil etter et tiår med elektroniske resepter i Sverige.

De nye feilene er ofte knyttet til informasjonsfragmentering og utforming av grafisk brukergrensesnitt (GUI). Manglende integrasjon mellom ulike systemer gjør at informasjon ikke er samlet, eller ikke oppdateres samtidig i ulike deler av systemet (Grimsmo, 2006). Elektronisk informasjon er ofte strukturert i felter. Strukturert informasjon blir ofte mer detaljert enn ustrukturert informasjon. Feltene gjør det enklere å kommunisere og gjenbruke dataene, men gjør samtidig informasjonen tyngre å lese. Resultatet er at man ikke får den effektiviseringsgevinsten man håpet på grunn av tretthet og redusert oppmerksomhet (ibid.).

Utforming av brukergrensesnittet er også en kilde til feil. Grimsmo trekker frem feil ved valg av pasient, dose eller medikament i nedtrekksmenyer i datasystemet. Informasjon som er plassert for tett sammen gir forbyttingsfeil. Dersom informasjonen er plassert for spredt blir informasjon oversett.

Overgangen fra muntlig og fysisk overlevering til elektronisk overlevering bidrar til svekkede rutiner. En muntlig samtale innebærer ofte en forsikring om at budskapet er forstått, og utskrevne beskjeder blir oftere lest enn elektroniske beskjeder. Ofte vil en lege forklare teksten på resepten i forbindelse med overlevering til pasienten. Det er også vanlig at en medarbeider får resepten fra legen for å gi den til pasienten. Medarbeideren gjør en nesten automatisk kontroll av resepten, blant annet om den gjelder riktig person. Medarbeideren fanger også opp spørsmål fra pasienten og gir nødvendig informasjon, for eksempel om kontrolltimer. Overgangen fra papirsepter til elektroniske resepter resulterer i at det blir mindre gjensidig kontroll og at færre feil oppdages (ibid.).

Det tiltaket som er felles for de studiene som rapporterer færre feil og utilsiktede hendelser er integrert kunnskaps- og beslutningsstøtte Grimsmo (ibid.). Slike system bør ta hensyn til at brukeren lærer. Det er også vanlig at legene overprøver systemet fordi det er vanlig med unntak og avvik for enkeltpasienter. Dersom slike overprøvinger fører til varsling i utide, vil brukerne lære seg hvordan de skal omgå systemet.

Grimsmo (ibid.) anbefaler å utarbeide en strategi for forebygging av mulige feil.

Forekomsten av utilsiktede hendelser bør overvåkes og dokumenteres på like vilkår som stilles til legemidler og annen medisinsk teknologi.

Ammenwerth et al. (2008) gjorde en kvalitativ litteraturgjennomgang av effekten av elektronisk forskrivning på legemiddelfeil og utilsiktede hendelser. Studien bruker følgende definisjoner: «Medisineringsfeil innebærer enhver hendelse som kan forårsake eller lede til uhensiktsmessig medisinbruk eller pasientskade og som kan forebygges». Utilsiktede hendelser er «enhver reaksjon på et legemiddel som er helsefarlig og utilsiktet» (ibid., s. 585).

172 studier ble identifisert, med en overvekt på studier fra USA. 25 studier ble inkludert med tanke på legemiddelfeil. 23 av de viste reduksjon i antall medisineringsfeil fra 13% til 99%. Egenutviklede studier viste større reduksjon i medisineringsfeil enn kommersielle system. Systemer som erstattet håndskrevne resepter viste større reduksjon enn systemer som erstattet et enklere elektronisk system. Likeledes viste systemer med avanserte beslutningsstøttesystem større reduksjon enn systemer med lite eller ingen beslutningsstøtte.

I tillegg ble 9 studier på risikoen for potensielle utilsiktede hendelser evaluert. 6 av studiene viste en reduksjon i risiko mellom 30-84%. 2 viste ingen påvirkning og en studie viste økning. Av 6 studier på risikoen for utilsiktede hendelser viste 4 en reduksjon i risiko.

Studier tyder på at elektronisk forskrivning gir færre legemiddelfeil, men resultatene varierer (Grimsmo, 2006) og kvaliteten på rapporteringen fra undersøkelsene er for dårlig (Ammenwerth et al., 2008). Det er viktig å være klar over nye feil som kan oppstå med elektronisk forskrivning, og det trengs flere gode undersøkelsene av effektene.

2.4.4 Kommunikasjon mellom rekvirent og apotek

Ekedahl (2010) undersøkte resepter som krevde kontakt med rekvirent før apoteket kunne ekspedere resepten. Undersøkelsen ble utført i Sverige, hvor elektroniske resepter har vært i bruk i ett tiår. 1% av reseptene krevde slik kontakt. Resepter til pasienter under 15 år krevde oftest kontakt, mens hyppigheten gikk ned med økende alder. Resepter til menn krevde oftere kontakt enn med kvinner. Små apotek fant flere feil enn større apotek. Der apoteket hadde tilgang til mer informasjon om pasienten eller pasienten selv hentet medisinen ble flere feil oppdaget.

2.4.5 Beslutningsstøttesystem

Beslutningsstøttesystem gir store løfter om bedre legemiddelbehandling og ser ut til å virke godt i praksis. Dette er avhengig av at beslutningsstøttesystemet er designet på en god måte (Grimsmo, 2006).

Russ et al. (2012) undersøkte hvordan leger reagerte på varsler i beslutningsstøttesystem for forskrivning. Det var allerede kjent at leger ofte blir overveldet av for mange varsler og at systemene ikke fullt ut støtter forskrivningsprosessen. Studien kategoriserer ulike typer varsler og kommer med forslag for å forbedre beslutningsstøttesystemene.

Særlig viktig er det å redusere redundante varsler og gi legene mulighet til å utsette å reagere på varselet for å kunne sjekke opp mot andre kilder. I noen tilfeller er varsler viktigere enn ellers: ved ny pasient, ny forskrivning, ved forskrivning av medikamenter legen sjelden skriver ut og ved allergi lagt inn i systemet av noen andre enn forskrivende lege.

Studien påpeker at farmasøytisk personale hadde bedre forståelse av varslene, mens leger ofte måtte sjekke andre kilder for å avgjøre hvordan de skulle håndtere varselet. Studien forklarer dette med at beslutningsstøttesystem for legemidler har lengre tradisjon innen farmasi, og dermed har utfordringer med å være like godt designet for andre yrkesgrupper som bruker disse systemene.

2.4.6 Forskjeller i medisinlister

Ekedahl et al. (2010) undersøkte samsvaret med gjeldende legemiddelbruk, legemiddelbruken registrert i pasientjournalen og i det nasjonale reseptregisteret for 78 svenske pasienter. Bare 59% av legemidlene pasienten brukte var registrert både i reseptregisteret og i pasientjournalen. 88,5% var i reseptregisteret og 82,5% var i pasientjournalen.

En dansk studie fant at akuttinnlagte pasienter på sykehus bare oppga 68% av de medisinene de gikk på, i forhold til oversikt over ekspederte legemidler i apotek (Glintborg, Poulsen og Dalhoff, 2008). Det virkelige andelen kan være lavere, da bare pasienter som ble innlagt på dagtid og som ikke var demente ble inkludert. Elektronisk tilgang til apotek-ekspederingene vil gi bedre oversikt over pasientenes legemiddelbruk for sykehuset, i følge studien.

2.4.7 Tidsbruk

En av barrierene for leger å ta i bruk systemer for elektroniske resepter har vært frykt for at systemet vil være for tidkrevende (Hollingworth et al., 2007).

Hollingworth et al. (ibid.) undersøkte tidsbruken i amerikanske legepraksiser med papirresepter og elektroniske resepter. De fant at den tiden som ble spart i skriving ble kompensert med ekstra tid på data. Elektroniske resepter tok totalt 12 sekunder lenger å skrive, ifølge studien. De fant heller ikke at fornying av resepter tok mye tid, hverken for papirbaserte eller elektroniske resepter. Arbeidsoppgaver

på et legekantor er ofte overlappende, og studien trekker dette frem som en mulig feilkilde.

2.5 E-resept

E-resept er navnet på prosjektet for å innføre elektroniske resepter i Norge. E-resept skal sørge for at nødvendige legemidler er likt tilgjengelig for innbyggerne uavhengig av økonomi, geografi og funksjonsevne. Andre mål er økt legemiddelsikkerhet, å sikre konfidensialitet og integritet for pasientene og å gjøre legemiddelforsyningen samlet mer effektiv.

E-resept har som mål å knytte de ulike aktørene i verdikjeden «sammen i et helhetlig elektronisk forløp» (Rambøll, 2010, s. 39). Det er derfor nødvendig å se på hvordan legenes arbeid påvirker andre aktører og effekter, og hvordan andre aktører påvirker effektene hos legene.

2.5.1 Bakgrunn og historie

Den første bevilgningen i statsbudsjettet til e-resept kom i 2005 (Bækkelie, 2012). Helsedirektoratet fikk ansvar for e-reseptprosjektet, og inngikk samarbeid med NAV (senere HELFO/Helsedirektoratet), Den norske legeforening (DNLF), Apotekforeningen, Bandasjstens næringspolitiske utvalg (BNU) og Legemiddelverket. E-reseptprosjektet ble delt inn i seks delprosjekt, hvert gjennomført av en av medlemmene i samarbeidet. De regionale helseforetakene har sammen ansvar for e-resept i sykehusene (Håkonsen og Dønnum, 2011).

Arbeidet i e-reseptprosjektet innebar spesifisering og utvikling av systemet, men også endring av lovverk, testing, evaluering og innføring (Bækkelie, 2012). Opprinnelig var det planlagt oppstart av elektroniske resepter i 2008 og et betydelig volum av resepter i 2009 (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

I 2008 var systemet klar for pilottesting. Testen på ett legekantor og ett apotek på Koppang ble stoppet på grunn av svakheter i EPJ-systemet som e-resept var en del av, noe som ga uforholdsmessig stor arbeidsbelastning for legene. E-reseptsystemet i seg selv fungerte greit (Håkonsen og Dønnum, 2011).

En samarbeidsguppe av Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH), PwC, Apoforsk og Norsk senter for elektronisk pasientjournal (NSEP) utarbeidet grunnlagsdokumenter og en gevinstrealiseringsplan, som ble levert 2008. Disse dokumentene ble strukturert etter delprosjektene i e-reseptprosjektet. Målingene og planene for delprosjekt NAV og delprosjekt Bandasjist ble ikke ferdige til innleveringen (Apoforsk et al., 2008b).

I 2010 var det klart for neste pilot av e-resept. Os kommune i Hordaland og Larvik kommune i Vestfold deltok i piloten, som ble utført mellom mai 2010 og februar 2011. Daglig bruk av e-resept var fokuset på piloten. E-resept fungerte såpass godt at det ble gitt klarsignal om nasjonal utrulling av e-resept. Pilottesten er nærmere beskrevet i evalueringen utført av Håkonsen og Dønnum (2011).

I 2010 kom også et sammendrag og evaluering av gevinstrealiseringsarbeidet i e-reseptprosjektet utført av Rambøll (2010). Denne rapporten tok utgangspunkt i de tidligere gevinstrealiseringsdokumentene, i tillegg til utfyllende dokumenter for HELFO og bandasjistene og data fra pilottesten i Os kommune.

Nasjonal innføring strekker seg fra juni 2011 til februar 2013, fordelt på ulike fylker. Utbredelsen er spredt utover for å sikre at minst 50% av rekvirenter benytter et journalsystem som er klargjort for e-resept ved innføringen (Håkonsen og Dønnum, 2011). Spredningen i innføring gjør det også mulig å samle inn data fra fylker som bruker e-resept og fylker som ikke har tatt det i bruk, for å måle effektene av e-resept (Apoforsk et al., 2008b).

2.5.2 Aktørene i e-resept

Aktørene i e-resept er en undergruppe av aktørene i legemiddelforsyningen. Rekvirenter (allmennleger og spesialister og delvis deres medarbeidere), apotek, bandasjister og HELFO utgjør de direkte aktørene e-reseptprogrammet med egne delprosjekt.

Pasientene utgjør en indirekte aktør i systemet, som «kunde» hos de andre aktørene. Andre rekvirenter, som veterinærer, tannleger, jordmødre og helsesøstre er ikke inkludert i systemet. Kommunenes hjemmesykepleie er også en aktør i reseptarbeidet for mange pasienter, men er ikke nevnt i e-reseptplanene. Selv om det relativt sett er en liten del av befolkningen som mottar hjemmetjenester, så har ofte brukere av hjemmetjeneste et stort medisinförbruk og potensiale for feilmedisinering.

Legemiddelforsyningen starter med at en rekvirent skriver en resept. Reseptinformasjonen blir overført gjennom reseptformidleren, på telefon eller via utskrift. Resepten blir ekspedert på et apotek eller hos en bandasjist. Pasienten, pårørende eller hjemmetjeneste administrerer legemidlene. Pasienten følges opp av lege, som kan fornye resepten, endre eller avslutte behandlingen. Det er legene som starter kjeden, og det er derfor viktig at legen tar i bruk e-resept for å oppnå målene for e-resept.

2.5.3 IT-systemet e-resept

E-resept består av en sentral database kalt *reseptformidleren*. Reseptformidleren inneholder gyldige resepter som slettes en måned etter utløpsdato eller siste utleveringsdag.

Rekvirentene sender resepten til reseptformidleren. Reseptinformasjonen kan hentes av andre rekvirenter, fastlege og av apotek og bandasjist. Etter ekspedering av resepten, sendes informasjonen til HELFO for refusjon av utgifter til apotek og bandasjist. HELFO bruker også informasjonen i reseptformidleren for å kontrollere at forskrivningen er etter reglementet. All kommunikasjon med reseptformidleren går over Norsk helsenett.

E-resept består også at beslutningsstøttesystemet FEST. FEST får dataene sine fra Legemiddelverket og gir informasjon om hvilke legemidler som kan forskrives, varenummer og refusjonsregler. FEST sørger for at rekvirenter, utleverere og myndigheter forholder seg til samme informasjon.

2.5.4 Funksjoner i e-resept

Helsedirektoratets nettsider gir informasjon om funksjonaliteten i e-resept (Helsedirektoratet, 2012b). Som funksjonalitet nevner de også tre «funksjoner» som jeg heller vil klassifisere som effekter: enklere økonomisk oppgjør for blåresepter, at e-resepter ikke kan glemmes eller mistes og færre falske resepter. I tillegg til de funksjonene Helsedirektoratet lister opp, vil jeg også nevne låst resept som en funksjon.

Informasjonen nedenfor om de ulike funksjonene er hentet fra Helsedirektoratet (2011).

FEST - tilgang til oppdatert produktinformasjon

Databasen FEST inneholder opplysninger om alt som kan skrives ut på resept i Norge. Informasjonen inkluderer preparatomtale, informasjon om bytte mellom likeverdige produkter, refusjonskoder og vilkår for refusjon, i tillegg til å inkludere interaksjonskontroll. Både rekvirenter og utleverere har tilgang til FEST. Interaksjonskontroll og et felles datagrunnlag antas å gi bedre legemiddelbruk.

Elektronisk søknad om individuell refusjon

Søknaden fra legen til HELFO kan sendes elektronisk. Svaret fra HELFO til legen kommer elektronisk, mens svaret til pasienten kommer i brev form.

Elektronisk søknad om godkjenningsfritak

Søknaden fra legen til Legemiddelverket kan sendes elektronisk. Svaret fra Legemiddelverket til legen kommer elektronisk.

Reseptoversikt

Reseptformidleren inneholder en oversikt over alle pasientens gyldige resepter. Låste resepter kommer ikke opp i oversikten, uten pasientens samtykke. Reseptoversikten er viktig, fordi den gir både fastlege og behandlende lege bedre oversikt over hvilke medisiner pasienten bruker. Oppslag i denne oversikten krever samtykke fra pasienten.

Tilbakekalling av resepter

Hvis det ble oppdaget feil på papirresepter, eller resepten ikke lenger trengtes, kunne resepten bli inndratt av lege eller apotek. I en del tilfeller ble resepten endret over telefon eller pasienten møtte opp til konsultasjonen uten resepten. Dermed fikk man to resepter i tilfeller der pasienten bare skulle ha en resept.

I e-resept er det mulig å tilbakekalle resepter. Denne funksjonen blir brukt i to tilfeller. Når forskrivende lege eller fastlege ser at legemiddelbehandlingen ikke lenger er nødvendig, kan rekvirenten trekke tilbake resepten. Dersom legen ønsker å endre på resepten, sendes resepten som en ny resept med endringer, og det gamle resepten bør tilbakekalles.

Utleveringsmelding

I tillegg til at e-resept gir oversikt over pasientens gyldige resepter, sender reseptformidleren også beskjed til legen når resepten ekspederes. Beskjeden går både til forskrivende lege og til fastlege etter pasientens samtykke.

Ekspederingsanmodning

E-resepter kan hentes ut på alle apotek som har innført e-resept. I noen tilfeller er det ønskelig at et bestemt apotek ekspederer resepten. Dette gjelder ved forsendelse av legemidler, legemiddelassistert rehabilitering (LAR), og ved lukket resept der pasienten ikke har mulighet for å motta referansenummeret. I disse situasjonene har e-resept en funksjon kalt *ekspederingsanmodning*, med valgene *forsendelse* og *utlevering over disk* (Helsedirektoratet, 2012c).

Låst resept

Vanlige e-resepter kalles *åpne resepter*. Åpne resepter kommer opp i oversikten fra reseptformidleren. For å få tilgang til en *låst resept*, er det nødvendig med et referansenummer, både for rekvirent og for apotek. Legen må skrive ut referansenummeret til pasienten, og pasienten må levere referansenummeret for å få utlevert legemiddelet på den låste resepten.

Låst resept skal brukes når pasienten ønsker det. Det er nødvendig å bruke låst resept når pasienten ikke har norsk fødselsnummer eller D-nummer. Det er også nødvendig å bruke låst resept ved «ekspederingsanmodning av type utlevering over disk» (Helsedirektoratet, 2012c). Det er anbefalt å bruke låst resept ved forskrivning til barn mellom 12 og 16 år med vergeinnsynsreservasjon på grunn av en mangel i e-reseptsystemet. Vergeinnsynsreservasjon brukes når pasienten ikke ønsker at foresatte eller verge skal få innsyn i resepten.

2.6 Andre masteroppgaver om e-resept

Denne masteroppgaven er ikke den første masteroppgaven som omhandler e-reseptsystemet. Etter søk i DAIM og NORA har jeg funnet fire oppgaver som omhandler e-resept på ulike måter, alle skrevet i 2006.

Pedersen skrev i 2006 en masteroppgave om innføring av e-resept hos allmennlegene. I oppgaven utførte han en spørreundersøkelse og dybdeintervjuer med allmennleger i Trondheim, for å avdekke hvilke faktorer som ville forenkle eller forverre en innføring av e-resept. Høy digital kompetanse og teknologisk endringsvilje er faktorer som støtter innføringsprosessen, i følge oppgaven, mens merarbeid og økt tidsbruk gir motstand mot innføringen. Oppgaven viste også at legene var fornøyd med papirreseptene og ikke så noe stort behov for forandring. Legene trodde e-resept ville gi reduserte kostnader, primært for andre aktører enn legene selv.

Pedersen (2006) anbefaler å arbeide med legenes motstand mot kontroll av forskrivning, å sørge for at e-resept ikke tar mer tid for legene enn nødvendig og å informere om fordeling av kostnader og gevinster.

Samme år skrev Heibø (2006) en masteroppgave om pasientenes rolle i e-resept. Hun fremhever at pasientene er den aktøren som ikke har et eget delprosjekt i e-resept, og ikke har mulighet i samme grad som de andre aktørene å samle seg for å arbeide for sine interesser. Hun bruker teori om digitale skiller mellom de som tar i bruk teknologi og de som ikke gjør det som utgangspunkt for oppgaven.

Heibø (ibid.) utførte intervjuer med pasienter i ulike aldersgrupper og fra hjemmetjenesten, i tillegg til en spørreundersøkelse. De fleste pasienter så det som en fordel å slippe å huske resepten, men ønsket samtidig å få med seg en huskelapp

fra legen. Det var også ønske om innsyn, gjerne via internett og historikk over resepter. Informantene hadde stor tillit til apoteket og var ikke bekymret for personvernet. Hun foreslår en løsning med en sentral reseptformidler, papirutskrift til pasientene ved konsultasjoner og en løsning med åpen og låst resept. Innsyn skal først og fremst være tilgjengelig via internett, men også via et gratis telefonnummer på dagtid.

I to andre masteroppgaver fra 2006 ble informasjonsflyten i legemiddelhåndteringen undersøkt. Haugen (2006) så på informasjonsflyten og hvordan denne ville endre seg ved innføringen av ulike typer elektronisk overføring av informasjon, blant annet elektronisk resept.

Haugen deler endringene inn i tre kategorier. Endringer som fører til mer korrekt, fullstendig og raskere overført informasjon har positive konsekvenser. Den andre typen er endringer som erstatter menneskelig kommunikasjon med elektronisk kommunikasjon. Her er det viktig å prøve å gjenskape de funksjonene menneskelig kommunikasjon har. Den siste typen endringer er endringer som innfører risiko for nye feil.

Mandelid (2006) har også sett på informasjonsflyten i legemiddelhåndteringen, med særlig fokus på hvilke feil som oppstår i prosessen. Det er store variasjoner og få standard rutiner i legemiddelforsyningen. Mandelid påpeker at kommunikasjon nesten alltid er undervurdert og blir sett på som unødvendig arbeid. Men for å sikre god legemiddelhåndtering er kommunikasjon og dobbeltkontroll uunnværlig.

Oppgaven min er på mange måter en videreføring av oppgaven til Pedersen (2006). Jeg har blitt påvirket av oppgavene til Mandelid (2006) og Haugen (2006) til å se legenes arbeid i sammenheng med andre aktører i helsevesenet, særlig innenfor kommunenes hjemmetjeneste. Oppgaven til Heibø (2006) har også påvirket meg til å inkludere pasientenes rolle i e-resept, i en større grad enn Helsedirektoratets dokumenter.

Samtidig skiller oppgaven min seg fra disse oppgavene. Først og fremst er oppgaven skrevet midt i selve innføringsprosessen, mens de andre oppgavene er skrevet relativt tidlig i planleggingsfasen av e-resept. Jeg har også fokusert på gevinstrealiseringsarbeidet i prosjektet.

2.7 Pilot-test av e-resept

PwC gjorde i 2011 en evaluering av piloten av e-resept i Os i Hordaland og Larvik i Vestfold. Evalueringen brukte dokumentstudier, fokusgrupper med representanter fra brukerne av e-resept, spørreundersøkelse blant kunder i apotek og brukere av e-resept og intervjuer med andre aktører i e-reseptprogrammet. I spørreundersøkelsen rettet mot pasientene var over 50% av respondentene 60 år eller eldre.

2.7.1 Vurdering og anbefaling

Rapporten konkluderer med at «løsningskomponentene og den samlede e-resept-løsningen har fungert på en god måte» og «at det er intuitivt og enkelt å ta i bruk e-resept.» (Håkonsen og Dønnum, 2011, s. 5). De videre avsnittene er basert på PwCs rapport fra evalueringa av piloten av e-resept. Spørreundersøkelsen både blant brukere av e-resept og blant apotek kunder er positiv til alle aspekter ved e-resept. De aspektene som får relativt lavt skår er kommentert lenger ned i denne teksten.

I piloten deltok ikke WinMed, den markedsledene leverandøren av EPJ-systemer i Norge, fordi systemet ikke var klart til å brukes sammen med e-resept. Systemet skulle etter planen være klart 1. oktober 2011. I piloten ble det brukt versjonsnummer på systemene som i hovedsak var lavere enn de versjonene som skulle brukes i den nasjonale innføringen. PwC anbefalte derfor videre pilotering med de «riktige» versjonene.

Innføringen på det enkelte legekantor var avhengig av leverandørens tilstedeværelse for installering og overføring av data. PwC foreslo å sørge for automatiske rutiner for installering og dataoverføring, i tillegg til å sørge for oppgradering av EPJ-system en stund før innføringen av e-resept. Leverandørens kapasitet til support og klargjøringen av EPJ-systemene er de største risikomomentene i følge rapporten.

Innføringen av piloten var sentralt styrt, og aktørene savnet lokal koordinering og utveksling av informasjon. PwC vurderte at innføringen kunne skje raskere enn opprinnelig planlagt. Innføringen ble vurdert avhengig av kapasiteten til prosjektorganisasjonen og hos leverandørene.

2.7.2 Bruk av funksjonene i e-resept

Rapporten (ibid.) inneholder statistikk over bruken av de ulike typene meldinger i e-resept. Antallet resepter og utleveringer følger hverandre tett, utenom rett før nyttår, hvor få resepter ble skrevet og mange resepter ble hentet ut. Dette skyldes juleferie og utløpet av kalenderåret for frikort. Piloten hadde opp mot fem tusen utskrevne og utleverte resepter i uka.

Tilbakekalling av resepter ble brukt, men i et moderat omfang, med maksimalt rundt 180 tilbakekallinger i uka. Dette er kun fire prosent av reseptene. Det er ukjent hva som er den rette prosenten for tilbakekalling, men siden alle resepter som forandres i utgangspunktet skal tilbakekalles, synes tallet lavt.

Det er få søknader til Legemiddelverket i piloten, med sju per uke som maksimum. Her er det heller ikke kjent hva som er forventet omfang, særlig siden de fleste søknadene kommer fra spesialisttjenesten, som ikke deltok i piloten.

Funksjonene for kommunikasjon fra apotek til lege ble tatt i bruk. Meldinger om utlevering til fastlege hadde et maksimum på knapt 450 meldinger i uka. Funksjonen er i bruk, men det er et mye lavere tall enn antall utskrevne resepter i uka. Antall forespørsler om nedlasting av reseptinformasjon til utleverer og apotek har vært drøyt 6500 i uka på det meste, en del mer enn antall utleveringer. Rekvirentene hadde maksimum 3000 forespørsler til reseptformidleren i uka.

Piloten kunne ikke innhente statistikk om bruk av låst resept eller søknad om individuell refusjon hos HELFO.

2.7.3 Aktørenes opplevelse av pilottesten

Legene opplevde at de fikk god informasjon i starten av piloten. De opplevde ikke at det var spesielle opplæringsbehov knyttet til e-resept. Når EPJ-systemer ble oppgradert samtidig som e-resept ble tatt i bruk, opplevde legekantorene at løsningen ikke var stabil. Etter å ha stabilisert EPJ-systemet fungerte e-resept godt.

Alt i alt opplever legene at den samlede effekten av e-resept er nøytral for deres del. Elektroniske søknader og oversikt over rekvirerte og utleverte legemidler gir positive gevinster. Legene opplever også en del negative effekter, særlig knyttet til mange tastetrykk for å innhente samtykke og å signere de enkelte reseptene. Legekantorene har ikke rutiner for å innhente samtykke for alle reseptene som blir fornyet uten oppmøte. I tillegg måtte hver resept måtte signeres med kode og personlig sertifikat og dette tok også tid.

Fornyng av resept uten konsultasjon utgjorde en betydelig del av reseptarbeidet. Legekantorene opplevde at de sparte tid på grunn av redusert fremmøte for å hente resepter. Det ble satt som et krav for å kunne innføre e-resept at legene fikk betalt fra staten for å kompensere egenbetalingen fra pasientene for fornyede resepter utenfor konsultasjon.

Det er ikke mange pasienter som ber om papirkopi av elektronisk resept, men noen gjør det for å holde oversikt over egne resepter. 51% av brukerne av e-resept er helt eller delvis uenige i at pasientenes behov for oversikt over resepter er godt ivaretatt. 18% av apotekkundene er helt eller delvis uenige i at de har god oversikt over de elektroniske reseptene.

«Mine resepter» hadde kun 500 brukere i februar 2011, selv med tiltak som brosjyrer og tilbud om gratis sikkerhetskort og kortleser til pasienter i pilotkommunene. Apotekene ønsket mulighet for å kunne gi ut informasjon i det minste om den ekspederte resepten og antall gjenværende uttak.

FEST «gir nødvendig, funksjonell støtte til forskriving av legemidler.» (ibid., s. 23) Rekvirentene meldte om at det var et problem med utgåtte varenummer, fordi den lokale kopien av FEST ikke blir oppdatert. Det automatiske oppdateringen av FEST var ikke i funksjon hos mange av legekantorene under pilottesten.

I starten av piloten oppsto det ofte forvirring på apotekene om resepten var papirbasert eller elektronisk. Apotekene ønsket derfor at «et tilstrekkelig antall av rekvirentene starter samtidig med e-resept i et nytt område.» (Håkonsen og Dønnum, 2011, s. 25)

Apotekkundene er i hovedsak godt informert fra legekantoret. De pasientene som har fått fornyet resept uten oppmøte har ikke fått informasjon fra lege eller fra brosjyrer. Noen pasienter møtte opp på apoteket før legen har signert resepten, og fikk dermed ikke hentet ut medisiner.

Det kom fram at fremmedspråklige er en utsatt gruppe i e-resept, da en del ikke klarer å gi tilstrekkelig informasjon til å kunne hente ut resepten, som stavemåte på navn eller eget eller barns personnummer.

Rekvirentene i piloten rapporterte at de opplevde at leverandørene ikke hadde tilstrekkelig rutiner for å ta imot feilmeldinger og forbedringsønsker. 32% var helt eller delvis uenige i at de visste hvor de skulle henvende seg for støtte ved spørsmål, feil og mangler knyttet til bruk av e-resept. 31% var uenige i at leverandørene hadde et supportapparat som effektivt tok imot og løste henvendelser.

I løpet av piloten var det én hendelse med ikke-planlagt nedetid av e-resept. Det var ikke laget rutiner for dette tilfelle, men det opplevdes ikke kritisk, da situasjonen ble håndtert gjennom apotekenes rutiner for nødekspedisjon. Piloten avdekket at kommunikasjonskanalene ut til legene (per telefon) ikke fungerte effektivt for å gi informasjon om planlagt eller ikke-planlagt nedetid. Nedetid i ordinær drift er ikke aktuelt for hverken apotek eller legekantor.

Dokumentasjon for oppgjør fra HELFO ble sendt automatisk. I noen tilfeller opplevde apotekene at informasjon fra rekvirentene gjorde at refusjonskrav ble avvist hos HELFO. Dette skjedde uten at apoteket fikk varsel gjennom apoteksystemet FarmaPro. Antall refusjonskrav som ble avvist ble redusert gjennom pilotperioden. Halvparten av brukerne i spørreundersøkelsen var helt eller delvis uenige i at de hadde fått tilstrekkelig informasjon til å ta bruk elektroniske søknader til HELFO og Legemiddelverket.

Den piloterte løsningen for e-resept krevde bruk av varenummer fra FEST. Varenummer identifiserer produkt og pakningstørrelse fra en bestemt produsent. Ved generisk bytte ga dette problemer både for rekvirent og apotek, da det generisk byttet er avhengig av hvilket apotek resepten ekspederes på. Både apotek og rekvirenter mener virkestoffskrivning er viktig for e-resept.

Både i Os og i Larvik kom det fram under piloten at pleie- og omsorgstjenestene ikke bruker papirreseppter direkte i legemiddelhåndteringen, og dermed ikke ville bli berørt av e-resept. I Os gir pleie- og omsorgstjenesten beskjed til apoteket, som bestiller fra legekantorene, mens i Larvik bestiller pleie- og omsorgstjenesten resepter fra legekantoret. I spørreundersøkelsen utført blant brukerne av e-resept var 42% helt eller delvis uenig i at det var tydelige rutiner mellom apotek og pleie-

og omsorgstjeneste for bruk av e-resept, og 45% var uenige i at det var tydelige rutiner mellom rekvirent og pleie- og omsorgstjeneste.

Pleie- og omsorgstjenesten i både Os og Larvik bruker multidose. Multidose var ikke en del av e-resept under piloten. Noen av brukerne mente dette var en forutsetning for nasjonal utbredelse. Brukerne trakk også fram at det var viktig å ha en funksjon for å kunne sende e-resept direkte til det apoteket som skal ekspedere resepten ved forsendelse av legemidler eller utlevering til pleie- og omsorgstjeneste.

Rapporten konkluderte med at e-resept var klar for nasjonal utbredelse og at e-resept generelt var vellykket. De fant også noen svakheter med systemet, særlig pasientenes opplevelse av oversikt og bruk av «Mine resepter», støtte og oppfølging fra leverandørene og noen typer funksjoner som manglet.

2.8 E-resept i Norge sammenlignet med andre land

E-reseptprosjektet i Norge startet i 2005, ganske sent i forhold til de andre nordiske landene. Norge har kommet langt i forhold til Tyskland og England og er på linje med USA. Ved å starte såpass sent har Norge hatt anledning til å lære av de erfaringene andre land har høstet med elektroniske resepter.

Norge har mange faktorer som tilsier at innføringen av elektroniske resepter skal gå bra. De fleste allmennleger bruker EPJ-er og en del av kommunikasjonen i helsevesenet er allerede elektronisk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

I det norske systemet er det også et begrenset omfang av aktører. Det er i hovedsak tre leverandører av EPJ-system, tre apotekkjeder i tillegg til bandasjister, Legemiddelverket, HELFO og legene. I USA har antallet aktører gjort det vanskelig å få til et e-reseptsystem i mange år. Men både i Finland og i Danmark er det elektroniske reseptsystemet utvidet til å omfatte flere grupper rekvirenter enn i Norge.

Motivasjonen for å innføre elektroniske resepter varierer mellom de ulike landene. I Nederland var det et klart økonomisk motiv, å redusere kostnader ved å legge tilrette for generisk bytte. I Sverige, Finland og tildels Danmark har målet vært å redusere feilmedisinering og legemiddelinteraksjoner. I Danmark er elektronisk resept en del av et økosystem av andre elektroniske helsetjenester. I Tyskland blir det elektroniske reseptsystemet en løsning på manglende kommunikasjon mellom ulike system i helsesektoren. USA har en delvis administrativ begrunnelse, særlig med refusjoner knyttet til *Medicare*.

Både generisk bytte og kommunikasjon mellom ulike helsesystem er i Norge løst gjennom henholdsvis ordningen med generisk bytte og gjennom Norsk helsenett. Motivasjonen i Norge er for en stor del administrativ: bedre bilag til staten for utgiftene i blåreseptordningen. Det er også et mål å redusere legemiddelfeil, selv

om det ikke er et like klart hovedmålet som i Sverige. Et annet mål er å forbedre kommunikasjonen om legemidler mellom ulike aktører i helsesektoren.

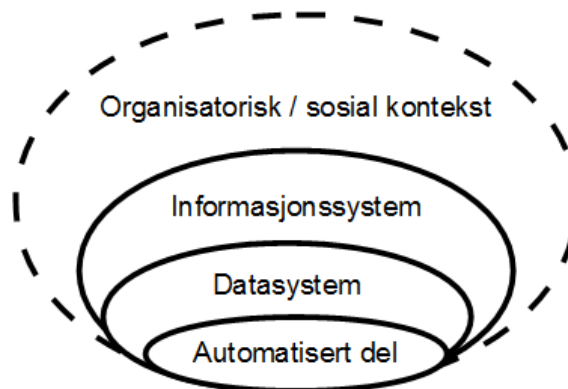
Den nederlandske innføringen ble ikke vellykket, tross for at programmene ble tilbudt legene gratis i tillegg til god markedsføring. Boonstra, Boddy og Fischbacher (2004) peker på at legene oppfattet systemet som en kontroll av deres arbeid og et middel for å redusere kostnader, mer enn et verktøy for arbeidet deres. Både i USA og Storbritannia har myndighetene gått inn med økonomiske incentiv for å få legene til å ta i bruk e-resept. I Stockholm ble det lagt vekt på kvalitetssikret, uavhengig legemiddelinformasjon og brukervennlighet for å få legene til å ta systemet i bruk. I det norske prosjektet har representanter for de ulike brukerne vært med på å forme prosjektet. Det er lagt vekt på å ikke innføre økte kostnader for legestanden, men det er heller ikke innført noen positive, økonomiske incentiv.

Hypponen, Salmivalli og Suomi (2005) påpeker at det har vært lite og vag evaluering av effektene av innføring av elektroniske resepter. Et unntak er den mislykkede innføringen i Nederland. Gevinstrealiseringsarbeidet i e-resept i Norge forsøker å følge opp og måle av en del av effektene ved e-resept.

Kapittel 3

Teori

«Med informasjonssystem vil vi forstå en samling menneskelige og maskinelle ressurser samt regler og prosedyrer organisert for å utføre bestemte funksjoner og løse en bestemt oppgave.» (Schartum og Jansen, 2008, s. 34)



Figur 3.1: Informasjonssystemer

Et informasjonssystem består både av et datasystem og av menneskelige ressurser og regler og prosedyrer. Figur hentet fra Schartum og Jansen (ibid.).

3.1 Innføring av IT-system

Innføring av et nytt IT-system er en mulighet til å forbedre arbeidsprosesser og endre organisasjonen (Flak, Nielsen og Henriksen, 2012). Det finnes ulike syn på hvordan innføringen skal organiseres og ledes for å oppnå de ønskede forandringene.

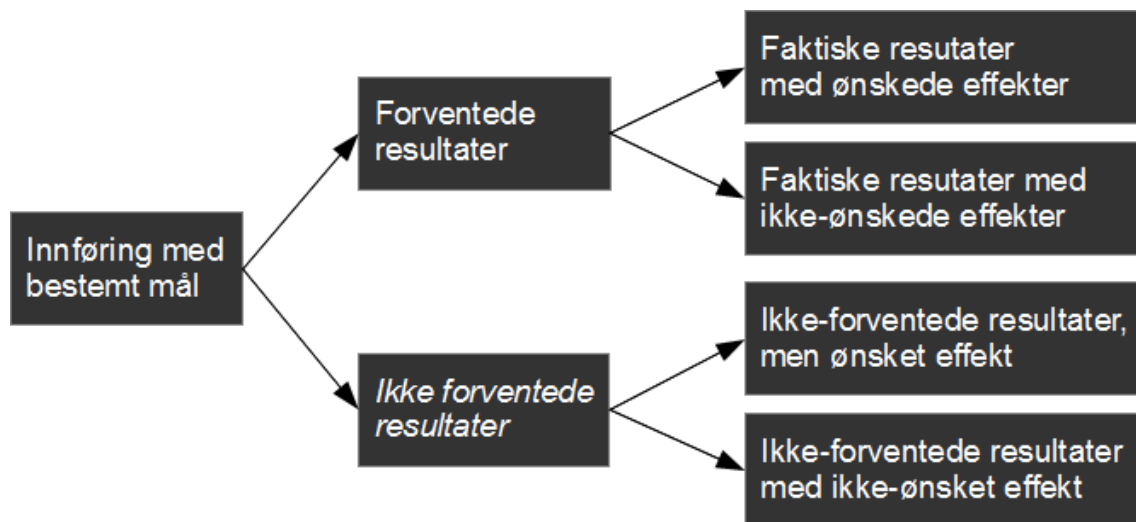
Hammer (1990) argumenterte for radikale endringer i arbeidsprosesser for å få de nødvendige effektene av IT-system. Nye IT-systemer krever nye måter å orga-

nisere arbeidet på, for å forhindre at man digitaliserer gamle «krøtterstier». For å oppnå drastisk bedre resultat legger Hammer vekt på å organisere arbeidet rundt resultater istedet for oppgaver. Denne måten å tenke på kalles *Business Process Reengineering (BPR)*.

Berg (2001) roser Hammers vektlegging av prosesser til fordel for funksjoner. Men Berg mener radikale forandringer ikke vil fungere. Det å lage nye arbeidsprosesser helt fra bunn av vil ødelegge taus kunnskap som er bygget opp i organisasjonen. Den totale forandringen vil også gi kaos i organisasjonen. Berg anbefaler å lære fra teoriene om sosio-tekniske systemer heller enn BPR.

Innføringen av et informasjonssystem i helsesektoren er ikke kun en teknisk realisering av et planlagt system, men vil forandre strukturer og prosesser i helseorganisasjonen (ibid.). Et rent teknisk syn er ofte grunnen til at innføringsprosessene ikke er vellykkede. Derfor bør man heller ikke overlate innføringen alene til IT-avdelingen. Det er viktig å involvere brukere innenfor en ramme satt av prosjektgruppen.

Berg argumenterer også for at IT-innføringen og tilhørende forandring i organisasjonen ikke fullt ut kan planlegges. Antall aktører involvert og kompleksiteten i systemet gjør det vanskelig. I tillegg vil målet med systemet og kriteriene for suksess forandres underveis i prosessen (ibid.).



Figur 3.2: Planlagte og ikke-planlagte effekter

I innføringen av et IT-system vil man alltid få både planlagte og ikke-planlagte effekter. Disse effektene kan igjen deles inn i positive effekter (gevinster) og negative effekter. Figur fra Schartum og Jansen (2008).

Robey og Sahay (1996) undersøkte implementeringen av et spesifikt geografisk informasjonssystem i to amerikanske nabo-kommuner med ulikt resultat. I den

kommunen som hadde en vellykket innføring ble prosjektet igangsatt av geografer som presenterte systemet som en delt ressurs. Brukerne hadde hovedansvaret for utvikling og vedlikehold, og ble opplært av gruppen som tok initiativet til å anskaffe systemet. I den andre kommunen ble systemet innført av IT-avdelingen som en helt ny teknologi, installert sentralt og med begrenset kunnskap spredt ut til brukerne.

Orlikowski 1996 foreslo et situert perspektiv på forandring som en motvekt mot datidens vektlegging av rasjonalitet, determinisme og diskontinuitet i perspektiver på forandring. Tidligere perspektiv forklarte forandringer i organisasjoner ved ledelsens planlegging, teknologisk determinisme eller ved korte avbrudd av store forandringer mellom perioder med stabilitet.

Det finnes to typer forandring: planlagt forandring og forandring som oppstår over tid. Orlikowskis perspektiv integrerer disse to typene forandring. I sin studie av tiden etter en innføring av et IT-system i en bedrift, fant Orlikowski stadig forandringer som en reaksjon på problemer, trusler og muligheter som oppsto. Brukerne improviserte når omgivelsene forandret seg, og de handlingene som ble repetert og spredt i organisasjonen førte til nye forandringer. Forandringene var ikke bestemt av teknologien, men muliggjort av den.

Ett slikt eksempel er innføringen av det elektroniske resepsystemet i Stockholm, beskrevet i seksjon 2.3.2. Det tok seks år før innføringsprosessen skjøt fart (Sjöborg et al., 2007). Grunnene til dette var både tekniske og organisasjonelle. Gamle systemer og mange systemer med ulike informasjonsmodeller gjorde prosjektet komplisert teknisk.

De organisasjonsmessige hindrene var enda flere. Både brukere og leverandører var skeptiske til å bidra til systemet. Leverandørene var redd for å miste sitt kommersielle fortrinn som totalleverandører og brukerne var redde for systemer som passet dårlig inn i arbeidshverdagen. Helseorganisasjonene var også lei av mislykkede IT-prosjekter. I tillegg var konkurransen om økonomiske og kunnskapsmessige ressurser hard. Prosjektet hadde også utfordringer med å ikke gå for fort fram og å ha syn for en god balanse mellom lokale og nasjonale initiativ.

3.2 Fra papirbaserte til elektroniske system

En av de viktigste forandringene ved innføringen av e-resept er forandringen fra papir til elektroniske versjon av resepter.

Papir har endel egenskaper som ikke direkte kan overføres til elektroniske system.

Nygren og Henriksson (1992) undersøkte hvordan leger leste papirbaserte pasientjournaler for å undersøke hvilke faktorer som ville være viktige for å implementere elektroniske pasientjournaler. Å lese en pasientjournal besto av mye mer

enn å lese teksten i journalen. Tykkelsen på journalen, rekkefølgen av dokumentene, markeringer i margene og mengden ord i en innføring gir alle legen mye og viktig informasjon.

Nygren og Henriksson fant at legene benyttet tre ulike måter å lese på: lesing av alle eller de fleste ordene i et avsnitt, skumlesing der noen ord ble lest eller hopping i teksten der få eller ingen ord i et avsnitt eller på en side blir lest. Et datasystem som presenterer innhold kun etter etterspørsel, og hvor alt innhold presenteres med samme skriftstørrelse, skrifttype og posisjon vil være mer tungvindt for legene å bruke enn papirjournalen (Nygren og Henriksson, 1992).

E-resept erstatter papirresepter med elektroniske resepter. E-resepter er tilgjengelig overalt der det er tilgang til datasystem, internett og eventuelt Norsk helsenett. Papirresepter kan kun være på et sted om gangen, men er lettere tilgjengelig der resepten først er. En elektronisk resept sørger for at alle aktører har tilgang til den samme informasjonen. En papirresept sendes fra aktør til aktør, men viser lettere enn elektronisk resept hvor mye resepten er håndtert og eventuelle rettinger og merknader ført på i etterkant. Alt dette virker på legemiddelarbeidet.

3.3 Bruk av IT-systemer

Et godt brukergrensesnitt er viktig både for å forhindre legemiddelfeil (Grimsmo, 2006) og for å sikre at systemet blir tatt i bruk (Berg, 2001). Faget menneske-maskin-interaksjon (eng. Human Computer Interaction) er et stort fagfelt som omhandler grensesnitt mellom datamaskiner og brukere av datasystemer. Jeg vil kort presentere noen momenter som har påvirket meg under arbeidet med denne oppgaven.

3.3.1 Brukskvalitet

Innen faget menneske-maskin-interaksjon er ISO 9241-11 (1998) en viktig standard. Den definerer brukskvalitet som: «Anvendbarhet, effektivitet og tilfredsstillelse for bestemte brukere med bestemte mål i bestemte omgivelser.» Denne standarden legger vekt på det spesifikke: bestemte brukere, bestemte mål og bestemte omgivelser. Et datasystem for helsearbeidere har andre krav til brukskvalitet enn for eksempel tilgang til helseinformasjon for allmennheten.

3.3.2 Brukernes tilpasninger til datasystemet

Gasser (1986) beskrev hvordan mennesker bruker datasystemer. Gasser argumenterer for at det alltid vil være en mistilpasning mellom datasystemet og det behovet

datasystemet er tenkt å fylle. Mennesker kompenserer for dette ved å tilpasning, forsterkning eller omgåelser. Ved tilpasning forandres datasystemet eller arbeidsprosessene. Ved forsterkning gjøres tilleggsarbeid for å kunne utføre arbeidsoppgavene. Ved omgåelser brukes systemet aktivt mot sin hensikt eller andre systemer brukes for å gjøre det systemet skulle gjøre.

3.3.3 Menneskelig kognisjon

Schneider (1993) skiller menneskelig informasjonsbehandling i to nivå: et bevisst nivå og et automatisk nivå. Det automatiske nivået behandler sanseinntrykk og er raskt og har stor kapasitet. Dette nivået benyttes for blant annet mønstergjenkjenning og innøvde eller ubevisste handlinger. Det bevisste nivået har begrenset kapasitet og relativt tregt. Dette nivået brukes når mennesker tar avgjørelser eller håndterer usikker informasjon.

Ved utvikling av datasystemer er det viktig å sørge for at mest mulig informasjon kan behandles av det automatiske nivået for å unngå å overbelaste det bevisste nivået. Støtteoppgaver som orientering, navigering, tidskoordinering, oppdagelse av avvik og forandringer og oppfattelse av mengder bør utformes på en måte som benytter det automatiske nivået i menneskers informasjonsbehandling (ibid.).

Ved utviklingen av IT-systemer er det viktig å være klar over hvor forskjellig mennesker og datamaskiner prosesserer informasjon. Ved evalueringen av systemer er det viktig å være klar over at IT-systemene aldri fullt ut vil kunne tilpasses menneskers arbeidsprosesser og hvordan mennesker reagerer på denne mistilpasningen.

3.4 IT i offentlig sektor

Bruk av databehandling i offentlig forvaltning går tilbake 50 år i Norge (Schartum og Jansen, 2008). De første systemene var internadministrative. Etterhvert kom fagspesifikke systemer og beslutningsstøttesystemer. Beslutningsstøttesystemer kan på bakgrunn av den informasjonen systemet får inn foreslå eller ta en avgjørelse basert på det regelverket som er innebygget i systemet. Senere kom interaktive systemer der borgerne selv kunne være endel av forvaltingsprosessen. De siste årene har det kommet interorganisatoriske systemer, det vil si systemer som samarbeider på tvers av organisasjonsgrenser. E-resept har en beslutningsstøtte-del og er selv et interorganisatorisk system.

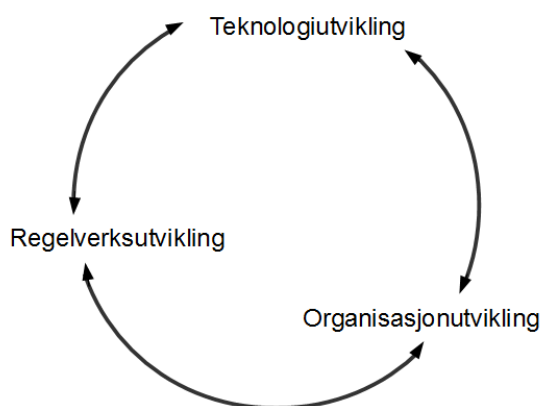
Innføringen av IT-systemer gjør arbeidsprosesser automatiske. I tillegg gir IT-systemene mer data og nye måter å bruke data. Med e-resept er det flere av opplysningene på en resept som blir påkrevd. E-resept er også en kilde til nye data. Det kan tenkes at dataene i reseptformidleren kan brukes som en ekstra kilde for å

overvåke legemiddelforsyningen og sikre at nødvendige legemidler er tilgjengelige.

Informasjonssystemer kan utvikles til å fungere som infrastruktur. En infrastruktur er kjennetegnet ved å være en viktig del av mange systemer, åpen og felles, generell, tilgjengelig, tilretteleggende og utviklende (Schartum og Jansen, 2008). E-resept vil være et bindeledd mellom systemer hos allmennlegene, sykehus, apotek og forvaltningen. Det er mulig e-resept kan fungere som en infrastruktur for nye tjenester som internettapotek (jf. Danmark) eller andre tjenester.

Offentlig sektor skiller seg fra privat sektor med tanke på mål for IT-investeringer. Privat sektor benytter IKT som et middel for å maksimere lønnsomhet. Offentlig sektor har derimot som mål å sørge for en rettferdig fordeling av felleskapets midler, effektiv ressursbruk, åpenhet, likebehandling og demokrati (Flak, Nielsen og Henriksen, 2012). Det sterke oppsigelsesvernet i offentlig sektor gjør det vanskelig å ta ut for eksempel redusert tidsbruk i reduserte lønnskostnader. Et mål om å forbedre legemiddelprosessen kan tolkes ulikt av politikere, leger, apotek, HELFO og publikum.

Personer som bidrar til innovasjon i offentlig sektor kan ikke regne med økonomisk vinning, men er motivert av å bidra til et bedre samfunn og av synlighet og status (Lanestedt og Bygstad, 2009).



Figur 3.3: Sammenheng mellom teknologisk-, organisasjonsmessig- og regelverksendringer

I offentlige IT-prosjekter foregår teknologisk utvikling, organisasjonsutvikling og regelverkstendringer parallelt og med gjensidig påvirkning. Figur hentet fra Schartum og Jansen (2008).

En annen ting som er spesielt for offentlige sektor er forholdet mellom elektronisk forvaltning og juss (Schartum og Jansen, 2008). Lovverket påvirker IT-systemene på to måter: utviklingen av systemene er regulert gjennom regelverk, og regelverket kan bygges inn i IT-systemene. E-reseptprosjektet må forholde seg til lovverket for legemiddelforsyning og for databehandling. Prosjektet påvirket også lovverket,

gjennom opprettelsen av Reseptformidlerforskriften. I FEST er regelverket for forskrivning på blå resept innebygget som støtte for legenes avgjørelser. E-reseptene vil også støtte automatisk kontroll av resepter mot regelverket hos kontrollmyndighetene.

En tredje ting som er spesielt for offentlig sektor er brukergruppene. Private prosjekt er rettet mot en eller flere grupper ansatte, eller mot en eller flere typer kunder. Offentlige prosjekter som retter seg mot publikum kan ofte ikke begrense seg til en eller flere målgrupper. Alle innbyggere er potensielle brukere uavhengig av alder, funksjonsevne eller teknologiske ferdigheter.

3.5 IT i helsetjenesten

Kravene til IT-systemer i helsetjenesten «skiller seg fra de fleste andre sektorer ved at [...] [bruken] av IT kan ha direkte eller indirekte påvirkning på menneskers liv og helse» (Grimsmo, 2006). Dette stiller ekstra krav til pålitelighet og sikkerhet.

Det er ellers vanlig at dokumentasjonsprosesser er lineære og utført av enkeltpersoner. Arbeid i helsetjenesten er kjennetegnet av hyppige avbrudd og kollektivt arbeid (ibid.). I tillegg overprøves regler jevnlig fordi det er vanlig med unntak og avvik på individuelt nivå (ibid.).

Helsesektoren er kunnskapsintensiv og arbeidet krever samarbeid på tvers av mange profesjoner. Arbeidet er komplekst og står imot forsøk på å forutsi og standardisere. Dette gjør at sektoren er dårlig egnet for BPR.

Helsesektoren er en stor sektor med store utfordringer hvor IKT kan bidra til mer effektiv samhandling, bedre ressursutnyttelse og bedre tjenestekvalitet. Helse- og omsorgssektoren i Norge har mange gode IKT-prosjekter (Lanestedt og Bygstad, 2009). De statlige helserelaterte prosjektene er ofte initiert og styrt av teknologiinteressert helsepersonell. Prosjektene har en krevende struktur med mange deltagere og teknisk utprøvning, men er ofte godt gjennomført (ibid.).

De prosjektene som er vellykkede kjennetegnes av medisinsk forankring i form av personell og medisinsk dokumentasjon. I tillegg har de ofte god samhandlingskompetanse. Prosjektene blir solgt inn til de ulike aktørene og ansvaret er tydelig fordelt. Likevel sliter prosjektene med å realisere i full skala, siden helsesektorens insentivsystem sementer gamle arbeidsmetoder og motarbeider utrulling av de nye løsningene (ibid.).

3.6 Gevinstrealisering

3.6.1 Bakgrunn og definisjon

Kriteriene på et vellykket IT-prosjekt har forandret seg gjennom tidene. Fra å kun se på teknisk løsning og funksjonalitet, har utviklingen gått mot å se hvordan prosjektet passer inn i arbeidsprosesser og hvordan systemet tas i bruk. Her kommer gevinstrealisering inn. Dette kapitlet baserer seg på boken «Gevinstrealisering i offentlig sektor» (Flak, 2012) kapittel 1-3.

Det er både store kostnader og stor nytte i informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)-investeringene i offentlig sektor i Norge. 50-75% av prosjektene leverer ikke på tid, kvalitet eller pris (Flak, Nielsen og Henriksen, 2012). Gode prosjekter skiller seg ut ved god planlegging, tydelig ledelse og tett oppfølging. Myndighetene er interessert i å vite mer om nytte og arbeide med å få fram denne nytten, selv om de har vært nølende med å stille krav til gevinstrealisering.

Ward og Daniel (Ward og Daniel, 2006, s. 19) definerer gevinstrealisering slik: «... prosessen med å organisere og lede slik at mulige gevinster fra bruk av informasjonssystemer/informasjonteknologi faktisk realiseres». Videre: «Gevinstrealisering er en ledelsesoppgave og en prosess som løper fra prosjektidé til man har oppnådd ønskede gevinster» (Flak, Nielsen og Henriksen, 2012, s. 19). Gevinstrealisering handler derfor mindre om systemet som blir bygd, og mer om ledelse og endringsprosessen som blir utført rundt et nytt system. Et dataprogram kan gi mange nye muligheter, men det gir ingen effekt om mulighetene ikke blir tatt i bruk. Datasystemet må passe sammen med arbeidsprosessen og organisasjonen systemet skal inn i.

3.6.2 Utviklingen av gevinstrealisering

Basert på ideer fra prosessforbedringsteorier som Total Quality Management — total kvalitetsledelse (TQM) og Six Sigma og på britisk forskning fra andre halvdel av 90-tallet, ble gevinstrealisering utviklet. Gevinstrealisering kalles på engelsk «Benefits realization» eller «Benefits management». Gevinstrealisering er ikke én konkret metode, men et sett med ulike metoder som igjen blir tilpasset konteksten.

I Norge kan gevinstrealiseringsmetodene sees på som en videreutvikling av ulike kvalitetsinitiativer i staten. Fra 2005 ble metoder og praktiske veiledere utviklet i Norge, som «Samfunnsøkonomisk analyse og gevinstrealisering» fra SSØ og gevinstrealiseringsarbeidet i Altinn. Gevinstrealisering har større fokus på nytte, prosessorientering og endringsledelse enn tradisjonell IKT-ledelse.

3.6.3 Ledelse og organisasjonsendring

Gevinstrealisering er en overordnet og langsiktig oppgave, som omfatter vurderinger i starten, ledelse underveis og evaluering i ettertid. I de enkelte fasene kan tradisjonelle verktøy som kost-nytte-analyser, samfunnsøkonomiske analyser og ulike evalueringsformer benyttes.

IKT-investeringer kan fungere som katalysator for organisasjonsendring. Ved å innføre et nytt system, endres nødvendigvis måten å arbeide på. Dersom ledelsen er bevisst dette og utnytter dette, kan innføringen av IKT-systemet hjelpe til med å gjøre ønskede forandringer i arbeidsprosesser.

3.6.4 Effekter og gevinster

Målet med gevinstreiseringsarbeid er å realisere mulige gevinster i et prosjekt. Gevinster kan være av flere typer. SSØ skiller mellom verdsatte (kvantitative) og ikke-verdsatte (kvalitative) virkninger (Hellang, Flak og Päivärinta, 2012). Forarbeidet til e-resept skriver om positive og negative effekter som igjen kan deles inn i prissatte og ikke-prissatte effekter (Apoforsk et al., 2008a). Effekter kan være både positive og negative. Gevinster er effekter som er positive for en bestemt gruppe berørt av prosjektet. Prissatte effekter kan tallfestes i kroner og øre. Ikke-prissatte effekter kan ikke eller blir ikke tallfestet, men er fortsatt viktige. SSØ bruker en egen metode for å vurdere ikke-prissatte effekter.

Flak et al. (2012) skiller mellom direkte og indirekte gevinster. Direkte gevinster er definerte og målbare gevinster, som utvikling av nye tjenester, nye måter å levere eksisterende tjenester eller intern effektivisering. Indirekte gevinster legger grunnlag for nye tjenester som igjen kan gi direkte gevinster. Infrastrukturprosjekter vil gi indirekte gevinster.

Gevinster og kostnader er ikke nødvendigvis likt fordelt mellom ulike parter i prosjektet. Dette kalles fordelingsvirkninger. I komplekse prosjekter med mange parter som gjerne har ulike ambisjoner og målsetninger gir dette utfordringer.

3.6.5 6 prinsipper for gevinstreiseringsarbeid

Flak et al. (2012) lister opp 6 prinsipper som bør legges til grunn for arbeidet med gevinstreiseringsarbeid. Prinsippene bygger på arbeidet gjort av britiske forskere som Peppard, Ward og Daniel (2007).

IKT har ingen verdi i seg selv, men gevinster kan realiseres når IKT brukes effektivt og lar virksomheter gjøre ting på nye måter.

IKT kan fungere som en katalysator for å organisere arbeid på nye måter. Å innføre ny teknologi uten å forandre arbeidsprosessene er sløsing med ressurser: «Ved å bruke teknologi til å understøtte eksisterende arbeidsprosesser vil man kunne oppnå en viss grad av effektivisering, men man vil på ingen måte utnytte potensialet i ny teknologi» (Flak, Nielsen og Henriksen, 2012, s. 26). Det kan til og med være at innføringen gir økte kostnader på grunn av anskaffelseskostnaden og at motstand mot teknologien blant ansatte gir mindre effektivt arbeid.

Gevinster av IKT-investeringer er mer enn rasjonalisering.

Behov for å rettferdiggjøre investeringer bidrar til fokus på (økonomisk) rasjonalisering. Men for stor vekt på rasjonalisering, kan hindre mulige gevinster og gjør det vanskelig å være innovativ og se nye muligheter. Et internt perspektiv kan gi for stort fokus på rasjonalisering, mens et eksternt perspektiv kan gi fokus på bedre nytte. Det kan være at nytte er et bedre begrep enn gevinst fordi gevinst gir for store assosiasjoner til økonomisk inntjening.

Aktiv ledelse er nødvendig for å oppnå gevinster.

Prosjekter er avhengig av aktiv ledelse for å bli fullført. Men det betyr ikke at et godt gjennomført prosjekt alltid gir gevinster. En stor del av gevinstene vil først kunne realiseres etter at prosjektet er ferdig. Det er dermed viktig at linjeledelsen er engasjerte i prosjektet for å kunne følge opp de prosessene som ble startet i prosjektfasen.

Det er den politiske og administrative ledelses ansvar for å realisere gevinstene fra IKT-investeringer.

IKT-prosjekter er for viktig til å overlates kun til teknisk ledelse. Det er viktig å ha et godt samarbeid mellom teknologiledelse og strategisk ledelse om anskaffelser. Det er også viktig å skape mening rundt innovasjoner og tekniske anskaffelser for å redusere motstand og risiko for den enkelte arbeider.

IKT-prosjekter er også organisasjonsutvikling.

Nye muligheter (på grunn av IKT) blir ofte ikke tatt i bruk fordi organisasjonen forsømmer arbeidet med organisasjonsutvikling. IKT-prosjekter blir sett på som enten

tekniske eller administrative løsninger og ikke som de sosio-tekniske systemene de er. Resultatet er at organisasjonen fortsetter å jobbe som om lite var hendt, og medarbeiderne spør: «Trengte vi egentlig det nye systemet» (ibid., s. 30).

Alle prosjekter gir resultater, men ikke alle resultater er gevinster.

For at et resultat skal være en gevinst, må man altså kunne si hvem som har nytte av det, og hvilken nytte de får.

3.6.6 utfordringer

Flak et al. (2012) lister også opp fem utfordringer for gevinstrealisering som de har identifisert i litteraturen.

Mangel på kompetanse og ferdigheter.

Mens teknologiforståelse kan leies inn, kommer ferdigheter innenfor gevinstrealisering av erfaring.

Definere gode og etterprøvbare mål.

Målene må være tydelige og presise, og dette krever forståelse både for teknologi og virksomheten. Målene kan deles inn i effektmål og resultatmål. Effektmål er ønskede konsekvenser, mens resultatmål er det samme som leveranser.

Måling og indikatorer.

Målinger gjør at prosjektet blir mer forpliktende. Dersom det finnes eksisterende målinger, bør disse brukes. Hvis ikke, må man avgjøre hvilke indikatorer som skal brukes og avgjøre når og hvor ofte man skal måle. Det finnes mange indikatorer å velge fra, men det mangler etablert praksis.

Overgangen mellom prosjektorganisasjon og linjeorganisasjon.

Offentlig sektor begynner å bli gode på prosjekter. Utfordringen er i overgangen fra prosjekt til linjeorganisasjon, fordi det er linjeorganisasjonen som vil være ansvarlig for å ta ut de fleste gevinstene.

Incentiver og mekanismer for fordeling av nytte.

Det er en utfordring med prosjekter som krever samarbeid på tvers av ulike budsjett, for kostnader og nytte er nødvendigvis ikke likt fordelt. Krevende prosjekter gjør det viktig med incentiver for å få fram den ekstra innsatsen som kreves. Det er også viktig med realistiske ambisjoner for å ikke ødelegge moralen.

3.6.7 Metoder for gevinstrealisering

Flak et al. lister opp sju ulike metoder for gevinstrealisering, hvorav seks av de er brukt i Norge. Metodene har mange likheter, men også forskjeller siden de er utviklet i ulike miljø og med ulike formål. Tre av metodene er tilrettelagt for mindre prosjekter eller kommunale prosjekter. Benefit Management Model (BMM) (Peppard, Ward og Daniel, 2007) er en generell metode, mens metodene fra SSØ og Altinns gevinstrealisering er utviklet for store, statlige prosjekter.

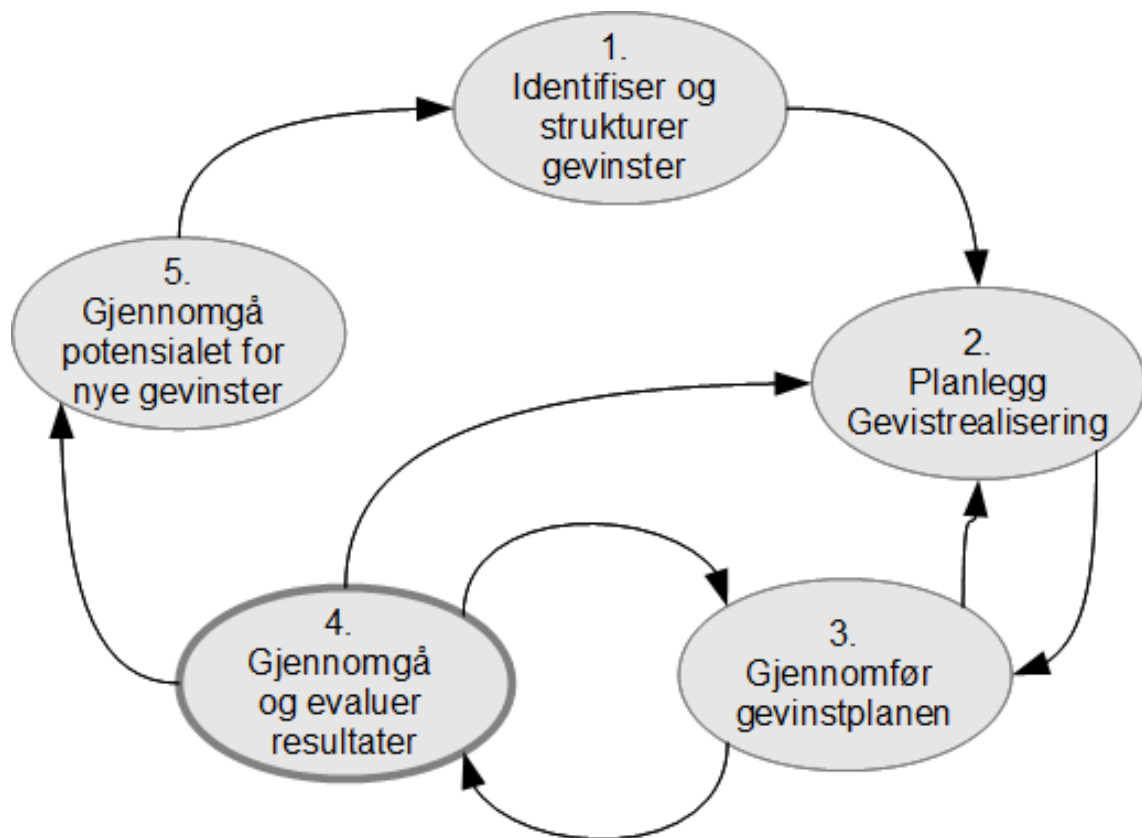
SSØs metode fra 2006 har hovedfokus på arbeidet før prosjektstart. I 2010-metoden er dette utvidet til hele prosessen fra før prosjektet starter til etter prosjektet er avsluttet. Altinn-metoden og BMM favner like bredt som 2010-metoden. BMM legger vekt på organisasjonsendring og tjenesteinnovasjon, mens SSØ fokuserer på nytte/kost og organisasjonsendring. Altinns metode favner alle tre typene effekter. Det er viktig å være klar over at samme ord kan bety ulike ting i gevinstrealiseringsmetodene.

Jeg vil fokusere på to av metodene: BMM er en viktig metode siden den er utgangspunktet for de andre metodene. SSØs gevinstrealiseringsmetoder fra 2006 og 2010, som er grunnlaget for det gevinstrealiseringsarbeidet som er gjort og vil bli gjort i e-resept-prosjektet.

Benefits management model

Denne metoden består av fem faser, som er delvis iterative. BMM er basert på metoder som Total Quality Management og Six Sigma. Utgangspunktet for gevinstrealiseringsarbeidet er en gevinstplan og et business case eller saksgrunnlaget for investeringen. Første steget i metoder er å identifisere og strukturere gevinster. Det er viktig å skape enighet om målene og eierskap til gevinstene. Grunnleggende tiltak formuleres. Det settes opp en oversikt over mulige hindringer og hvordan enkeltgrupper påvirkes.

Det neste steget er å planlegge gevinstrealiseringen. Det utføres interessentanalyse og avhengighetsanalyse. Det er viktig å få frem hvilke tiltak som ligger til grunn for hvilke gevinster, og hvilke målsetninger de ulike gevinstene bygger opp om.



Figur 3.4: Benefits management model

Fra Ward og Daniel (2006)

Del tre handler om gjennomføring. Prosjektleder bruker gevinstrealiseringsplanen som en del av prosjektplanen. Endringer i prosjektet bør føre til endringer i gevinstrealiseringsplanen.

Etter prosjektet er fullført evalueres måloppnåelse. Det utføres en separat evaluering av systemimplementasjonen. Det er viktig å få fram hvilke gevinster som er realisert, både planlagte og uforutsette. Så må de gevinstene som ikke er realisert vurderes: kan de fortsatt realiseres eller må de avskrives? Det er nødvendig å vurdere hvorfor noen gevinster ble realisert og andre ikke.

Siste steg er å gjennomgå potensiale for nye gevinster. Dette er en kreativ prosess for å identifisere nye muligheter og nye gevinster. Bli mange eller store nye gevinster identifisert starter prosessen på nytt.

SSØs gevinstrealiseringsmetoder

SSØs gevinstrealiseringsmetode ble publisert i veilederen «Samfunnsøkonomisk analyse og gevinstrealisering av IKT-prosjekter» fra 2006. Dette var en generell metode for samfunnsøkonomisk analyse med nytte-kost-analyse som tydeliggjør verdsatte og ikke-verdsatte virkninger. Veilederen inneholder generelle retningslinjer for realisering av effekter med vekt på eierskap til gevinster, organisatoriske endringer, målinger og rapportering.

I 2010 ble det publisert to nye veiledere: «Håndbok for samfunnsøkonomiske analyser» og «Gevinstrealisering». Disse ble ikke lenger spesifikt rettet mot IKT-prosjekter. Gevinstrealisering ble en av flere måter å følge opp prosjekter på, sammen med løpende resultatmåling og evaluering i underveis eller i etterkant.

Metoden består av tre faser. Først kommer seks steg, før man velger tiltak og til slutt måler resultater, realiserer gevinster og evaluerer i etterkant. Første steg er å beskrive hovedmål for prosjektet. Deretter identifiseres tiltak som gjør at målet kan oppfylles. En nytte- og kostnadsanalyse utføres for virkningene av tiltakene. Analysen beskriver både verdsatte og ikke-verdsatte gevinster for berørte samfunnsgrupper. Så beregnes samfunnsøkonomisk lønnsomhet. Nest siste steg er å sannsynliggjøres usikkerhet og fordelingsvirkninger identifiseres. Til sist gies det en samlet oppstilling og anbefaling.

Denne oppstillingen og anbefalingen er grunnlag for å velge tiltak. Dersom det blir vedtatt å igangsette prosjektet, blir det bestemt hvilken oppfølgingsmetode som skal brukes. Dersom det blir bestemt å bruke gevinstrealisering som oppfølgingsmetode, utarbeides det en gevinstrealiseringsplan basert på arbeidet før vedtak. Prosjektorganisasjonen har ansvar for å utforme et førsteutkast av gevinstrealiseringsplanen som leveres til linjeorganisasjonen.

3.6.8 Teknikker for gevinstrealisering

Hellang, Flak og Päiväranta (2012) beskriver også ulike teknikker som benyttes i gevinstrealiseringsarbeid. Hvilke metoder og hvordan teknikkene benyttes varierer i de ulike gevinstrealiseringsmetodene.

Samfunnsøkonomisk analyse

Samfunnsøkonomiske analyser er et krav for mange prosjekter i offentlig sektor. En samfunnsøkonomisk analyse setter opp et basisalternativ (ofte nå-situasjonen). Den setter så opp finansiell og ikke-finansiell nytte og kostnad for ulike alternativ sammenlignet med basisalternativet. Både finansiell og ikke-finansiell nytte kan være med.

Prosessanalyse og -modeller

En prosessanalyse gir en oversikt over hvilke aktiviteter og ressurser som er involvert i produksjon av en tjeneste. Det settes opp en modell av prosessen både som den er i dag og som den er ønsket i fremtiden. Analysen indentifiserer sentrale interessenter, flaskehalsar og mulige løsninger. Dette blir så et utgangspunkt for å definere tiltak for å nå den ønskede prosessen.

Interessentanalyse

En interessentanalyse gir oversikt over interessenter, hvilke interesser de har i tjenesten og hvordan de vil forholde seg til endringer og tiltak. Videre blir det utformet tiltak med tidspunkt og ansvarsplassering for de berørte parter. En interessentanalyse får med interessenter som ikke nødvendigvis kommer fram i en samfunnsøkonomisk analyse eller enkel prosessanalyse. Interessenter oppfattes som viktig basert på legitimitet, makt og tidskritikaliteten (Mitchell et al. 1997 i *ibid.*).

Risikoanalyse og -håndtering

Grad av risiko uttrykkes ved sannsynligheten for og konsekvensen av uønska hendelser (NSM, 2006 i *ibid.*). Risikoanalysen baserer seg på prosessanalyse og interessentanalyse og vedtatte tiltak. Faren for de uønskede hendelsene graderes basert på kombinasjonen mellom sannsynlighet og konsekvens. Risikohåndtering omfatter beredskap og preventive tiltak for å håndtere risikoen identifisert i analysen.

Gevinstplan eller målanalyse

En gevinstplan kan inneholde ulike ting basert på hvilke gevinstrealiseringsmetode som er valgt. Ofte inneholder gevinstplanen eller målanalysen operasjonalisering av overordna mål. Kvantitative eller kvalitative endringer i tjenestens tilstand beskrives slik at de kan hjelpe senere evalueringer.

Gevinstrealiseringsplan eller oppfølgingsplan

Innholdet i en gevinstrealiseringsplan varierer fra metode til metode. Ofte er gevinstrealiseringsplanen en gevinstplan som er utvidet med tiltak, ansvar og frister. Den kan også beskrive et opplegg for evaluering av prosjektet og drift. Det er anbefalt at linjeorganisasjonen er involvert i utviklinga av gevinstrealiseringsplanen.

3.6.9 Gevinstrealiseringsarbeidet i e-reseptprosjektet

Gevinstrealiseringsarbeid ble tidlig en viktig del av e-reseptprosjektet. Helsedirektoratet utlyste i mars 2007 en anbudskonkurranse om: «Kartlegging og analyse av effekter i tilknytning til innføring av elektroniske resepter i Norge, samt etablering av en gevinstrealiseringsplan» (Apoforsk et al., 2008b). Apoforsk, NSEP, KITH og PricewaterhouseCoopers gikk sammen og vant anbudet.

Arbeidet fulgte SSØs 2006 metode for gevinstrealisering. Gruppen kartla arbeidsflyt og organisering hos allmennleger, apotek og bandasjist som en prosessanalyse og referansepunkt. Dette var delleveranse to (Apoforsk et al., 2008a). Delleveranse tre kartla positive og negative effekter. Det ble i tillegg utarbeidet en samfunnsøkonomisk analyse i delleveranse tre. Nytterealiseringsplanen var delleveranse fire (Apoforsk et al., 2008b) og var organisert rundt de ulike interessentene. For hver interessent er det listet opp positive og negative effekter, risiko og tiltak. Risikoene er gradert etter sannsynlighet og konsekvens, og tiltak er oppført med ansvarlig aktør og tidspunkt (før, under og etter innføring). Effekter, risiko og tiltak fra nytterealiseringplanen finnes i tabeller i kapittel 5.

I 2010 utførte Rambøll (2010) en evaluering av gevinstrealiseringsarbeidet i e-resept og ga et sammendrag av arbeidet så lagt. Denne rapporten supplerte de tidligere dokumentene med kartleggingsdata fra HELFO og bandasjister og de tidlige erfaringene fra pilottesten i Os kommune.

Gevinstrealiseringen i e-resept har i hovedsak fulgt anbefalingene fra SSØ. Samtidig er det utfordringer ved e-resept, som mange og selvstendige aktører og store ikke-målbare positive og negative effekter som gjør gevinstrealiseringsarbeidet utfordrende.

Innføringen av IT-systemet gir en omstillingsprosess med endring i rutiner, arbeidsorganisering og ansvarsforhold, opplæring samt kompetanse (Schartum og Jansen, 2008). Stram økonomi kan gjøre det vanskelig å gi det rommet som trengs for å hente ut gevinster. I norske offentlige IT-prosjekter har det vært mest fokus på det tekniske og funksjonelle, og ikke så mye på organisasjonsendringer (ibid.).

Kapittel 4

Metode

4.1 Bakgrunn

Valg av forskningsdesign og metodologi påvirkes både av forskningstradisjon, forskningsparadigme og forskningsspørsmålet. Jeg vil derfor kort gjøre rede for dette.

4.1.1 Fagfeltet informasjonssystemer

Informasjonssystemer (eng. information systems) er et forskningsfelt i grenselandet mellom datateknikk og samfunnsvitenskap. Cornford og Smithson beskriver datateknikk (computer science), software engineering og informasjonssystemer ved å si at «datateknikk handler om hvordan software og datamaskiner fungerer, software engineering om hvordan bygge tekniske systemer fra en spesifisering og informasjonssystemer om hvordan disse systemene påvirker mennesker og organisasjoner» (2006).

4.1.2 Fortolkende forskning

Innen naturvitenskap og teknologi er det vanlig å ha et positivistisk syn på verden. Den vitenskapelige metode er bygd på forutsetninger om at verden eksisterer uavhengig av mennesker og at vi objektivt kan undersøke denne verdenen. Det finnes også fortolkende og kritiske paradigmer. Innen informasjonssystem-forskning er alle tre paradigmene akseptert (Klein og Myers, 1999).

Det fortolkende paradigme hevder at «vår kunnskap om virkeligheten kommer gjennom sosiale konstruksjoner som språk, bevissthet, delte meninger, dokumenter, verktøy eller andre artefakter» (ibid., s. 69). Oates (2006) nevner flere kjennetegn ved det fortolkende paradigme: ulike grupper og personer vil ha ulik opp-

fatning om hva en ting betyr. En forsker vil aldri kunne være helt nøytral, men trenger å reflektere over sin egen rolle. For å kunne få kunnskap, må man studere personer i sin naturlige kontekst. Fortolkende studier vil ikke komme opp med én bestemt fortolkning av dataene, men vil diskutere muligheten for ulike fortolkninger ut fra datamaterialet. Ofte vil fortolkende forskning bruke kvalitative data, men dette er ikke et krav.

4.1.3 Forskningsspørsmål

Ettersom jeg ønsker å se på kvalitative gevinster, er det viktig å velge metoder som kan fange opp gevinster eller negative effekter som ikke er lett å måle kvantitativt. Jeg ønsker å kunne gå i dybden på hver enkelt leges opplevelser, slik at faktorer som lett blir oversett i en generell spørreundersøkelse kunne komme fram. Jeg ønsker å få fram legenes subjektive opplevelser og holdninger til systemet. Ved å få tak i deres subjektive mening, kan jeg forstå motivasjon og bruk av systemet, som igjen påvirker hvilke gevinster eller negative effekter e-resept vil få.

Denne oppgaven er innen et fagfelt som fokuserer på hvordan systemer påvirker mennesker og organisasjoner. Jeg valgte et fortolkende paradigme for arbeidet. Målet med denne oppgaven er å følge: Hva kan man si om kvalitative effekter av e-resept ved å undersøke hvordan leger og ansatte på legekantor har oppfattet innføringsprosessen? Det gjør det naturlig å velge kvalitative, empiriske metoder.

4.2 Case-studie

Yin (2003) poengterer at *case studie* er en forskningsstrategi som gir føringer for design, datainnsamling, analyse og presentasjonene av funnene. Yin definerer case-studie som «en empirisk undersøkelse som utforsker et samtidig tilfelle i sin naturlige sammenheng, spesielt når grensene mellom tilfellet og konteksten ikke er åpenbare (2003, s. 13). Metoden er særlig egnet når forskeren ønsker å få svar på *hvordan-* og *hvorfor-*spørsmål i situasjoner som er nåtidige og hvor forskeren har lite kontroll over hva som skjer. I slike tilfeller vil det ofte være mange flere interessante variabler enn det er datapunkt. Case-studier håndterer dette ved å bruke flere innsamlingsmetoder og datakilder for å oppnå triangulering. Det er også en fordel i case-studier å bruke eksisterende teori for å veilede datainnsamling og analyse.

Det er flere grunner til at case-studie er en god forskningsstrategi for problemstillingen i denne oppgaven. Jeg ønsker å se på *hvordan* leger oppfatter innføringen av systemet og *hvordan* e-resept påvirker arbeidshverdagen, spørsmål som en case-studie kan svare på. E-resept er og et system som involverer mange aktører. Det er vanskelig å isolere legenes arbeid fra pasienter, apotek og datasystem. Det er

Tabell 4.1: Oversikt over rekrutterte informanter

Lege	Før innf.	Etter innf.	Sted	Type arbeid	Journalssystem	Alder
1	Uke 22	Uke 41	Bygd	Fastlege.	WinMed	Eldre
2	Uke 24	Uke 39	Bygd	Fastlege/legevakt	WinMed / SystemX	Ung
3	Uke 24	Uke 37	Bygd	Fastlege	WinMed	Middel.
4	-	Uke 36	By	Fastlege	WinMed/ SystemX	Ung
5	-	Uke 30	By	Legevakt	Ukjent	Ung
Obs.	-	Uke 37	Bygd	Fastlege	WinMed	-

De fleste fastleger har eller har hatt legevaksarbeid, selv om det ikke kommer frem av tabellen.

også vanskelig å isolere e-reseptsystemet fra bruken av resten av pasientjournal-systemene. Dette krever en metode som gir mulighet for å se helhetlig på systemet. E-resept-innføringen er noe som foregår nå, og hvor jeg har liten innflytelse på hva som skjer. I slike tilfeller anbefaler Yin bruk av case-studie som forskningstrategi.

4.2.1 Beskrivelse av case

Caset undersøker hvordan allmennleger opplever innføringen av e-resept midtveis i innføringsprosessen. For å kunne gå i dybden, ble det bestemt å fokusere på kun en av aktørgruppene. Ved å velge de legene som tar i bruk systemet midt i innføringsperioden, får vi et mer typisk case enn om vi hadde fokusert på de første som tok i bruk systemet. Tidsmessig strekker caset seg fra to uker før legene tar systemet i bruk til to til fire måneder etter e-resept ble innført.

4.3 Rekruttering

Jeg valgte å prøve rekruttere leger fra Sør-Trøndelag, siden fylket skulle innføre e-resept fra 5. juni 2012. Ved å velge leger fra Sør-Trøndelag var det mulig å utføre intervjuer både i forkant og etterkant av innføringen av e-resept, i tillegg til at det var grei reiseavstand. Fra tidligere vet vi at det er vanskelig å rekruttere allmennleger til intervjuundersøkelser (Pedersen, 2006), også for aktører som Statistisk sentralbyrå (Brøyn, Lunde og Kvalstad, 2007).

I tillegg til å rekruttere leger fra Trondheim kommune, ble det i tillegg valgt ut

seks andre kommuner i Sør-Trøndelag med rimelig reisevei fra Trondheim. Disse kommunene har tilsammen ni legekantor, og forespørselen ble sendt til alle leger på hvert legekantor. Dette hadde en positiv effekt. I Trondheim sendte jeg ut brev til én av legene på halvparten av legekantorene, og til alle legene på resten av legekantorene. Dette virket ikke positivt på rekrutteringen.

Tilsammen ble det sendt ut brev til 124 leger ved 46 legekantor. Utsendelsen skjedde helt i begynnelsen av mai. Til hvert legekantor ble det sendt ut en NTNU-merket konvolutt med:

- et informasjonsskriv og samtykke-skjema adressert til hver enkelt lege
- en NTNU-merket og adressert svarkonvolutt

Informasjonsskrivet inneholdt informasjon om oppgaven og kontaktinformasjon. Den enkelte lege kunne velge å delta på ett eller begge intervjuene, og kunne selv bestemme tid og sted for intervjuet. Informasjonsskrivet finnes i vedlegg B.1.

En del leger svarte på henvendelsen, men ønsket ikke å delta. Noen kunne ikke delta da de skulle vente med å innføre e-resept. De aller fleste svarte ikke. Tilsammen fikk jeg rekruttert to leger igjennom den skriftlige henvendelsen. Jeg forsøkte så å komme i kontakt med den tillitsvalgte for fastlegene i Trondheim, for å få videre råd om innhenting av data. Dette lyktes ikke.

En av legene som svarte positivt, fungerte som en døråpner. Igjennom denne legen, fikk jeg rekruttert to leger til. Jeg fikk også lov å komme å observere arbeidet på kontoret en dag. Den femte legen ble rekruttert gjennom personlig nettverk, og arbeider i et annet fylke. Denne legen har også tatt i bruk e-resept relativt nylig.

De rekrutterte legene varierte i alder og erfaring fra relativt nyutdannede til erfarne. Fire av legene arbeider som fastleger, mens en lege har arbeidet på legevakt. Fire av legene har erfaring med å bruke WinMed, to av legen har erfaring med SystemX i tillegg. Jeg ukjent med hvilke EPJ-system den siste informanten har brukt.

4.4 Datainnsamling

Jeg brukte intervjuer, observasjon og dokumenter som datainnsamlingmetoder.

4.5 Personvern

Studien er meldt til og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Lydopptak i forbindelse med intervjuene er blitt lagret kryptert på data-

maskin og nettverksområde som igjen er beskyttet med passord. Lydfilene skal slettes ved ferdigstillingen av masteroppgaven.

Observasjonen ble godkjent av NSD med anbefaling om å henge opp et skilt på legekantoret som informerte om observasjonen. I løpet av observasjonen fikk jeg ikke tilgang på personidentifiserbare helseopplysninger. Både fra telefonsamtalene og fra samtalene i luka hørte jeg i hovedsak bare det legesekretærene sa. Dette inkluderte navn på legemidler, men ikke navn eller personnummer til pasientene. De skjermbildene legesekretærene viste meg var av to av «dummy»-pasientene som lå inne i systemet.

4.6 Intervju

Intervjuer kan deles inn i flere typer: strukturerte, semistrukturerte og ustrukturerte intervjuer (Oates, 2006). I strukturerte intervju er spørsmål og rekkefølge bestemt på forhånd. Ved å stille det samme intervjuet til mange, ligner metoden på spørreundersøkelser. Semistrukturerte intervjuer er også forberedte i forkant med temaer og spørsmål, men det er mulig å forandre rekkefølge og oppfølgingsspørsmål avhengig av situasjonen. I ustrukturerte intervju forsøker den som intervjuer å styre informanten minst mulig. I slike intervju er det informanten som bestemmer hva det snakkes om. Jeg har brukt semistrukturerte intervju i denne oppgaven.

Intervju er en mye brukt datainnsamlingsmetode som gir mulighet til å behandle et tema dypt og detaljert. Metoden kan både brukes for å spørre om kjente problemstillinger og for å utforske et mer ukjent tema. Intervjuer tar mye tid for forskeren, med selve intervjuet, transkribering og behandling av dataene. Men for informantene kan det være mindre krevende å snakke om et tema, enn å fylle ut spørreundersøkelser eller bli observert over lengre tid.

Et intervju gir et «innblikk i verden sett fra informantens ståsted» (Tjora, 2010, s. 58). Intervjuer gir informantene mulighet til å komme til ordet med sine meninger og opplevelser. Det er viktig å huske på at dette er informantenes subjektive meninger. Intervjuet får frem hva informanten sier at personen gjør eller tenker, heller enn hva som faktisk skjer (Oates, 2006).

Selve intervjuet er en kunstig setting, påpeker både Oates (ibid.) og Myers og Newman (2007). Den som blir intervjuet kan oppfatte intervjuet påtrengende. Spørsmål må besvares under tidspress og den som intervjuer kan oppleves invaderende i miljøet der intervjuet blir utført. Derfor er det viktig å forberede og utføre intervjuet på en god måte. Myers og Newman (ibid.) gir anbefalinger om intervjusituasjonen. Intervjuet bør foregå et sted hvor informanten kan føle seg trygg og intervjuet ikke blir avbrutt. Den som intervjuer bør gjøre mest mulig for å minimere sosial dissonans, ved klesstil og ordbruk. Det er også viktig å sikre konfidensialitet, være fleksibel i intervjuet og speile informantens svar.

Det er mange faktorer som påvirker kvaliteten til intervjuet. Mennesker forandrer oppførsel når de vet de blir observert eller forsket på, såkalt Hawthorne-effekt (Myers og Newman, 2007). I et intervju får informantene kanskje spørsmål de ikke har tenkt på før, og situasjonen gjør at de da konstruerer et svar de tror gjør forskeren fornøyd. Det er også mulig at intervjuene ikke er representative fordi man har valgt å intervju feil mennesker. Det er lett at personer med høy status blir intervjuet, mens personer med mindre status ikke blir hørt. Både i intervjuet og i behandlingen av dataene i ettertid kan ordene oppfattes på flere ulike måter, noe det må taes hensyn til i analyse og konklusjoner.

4.6.1 Utarbeidelsen av intervjuguidene

Yin (2003, s. 9) påpeker at eksisterende litteratur er et viktig grunnlag for data-innsamling i case studier: «experienced investigators review the previous research to develop sharper and more insightful questions about the topic».

Før intervjuene hadde jeg lest igjennom relevante dokumenter. Dette var gevinstrealisering planen, forskning om e-resept og elektronisk resept-prosjekter i andre land, tidligere masteroppgaver om e-reseptsystemet og artikler om resepter i Tidsskrift for den norske legeforening. Aktuelle spørsmål og problemstillinger ble notert og sortert både etter tema og etter aktør. Utfra dette identifiserte jeg fem temaer som særlig interessante.

- Kontrollrutiner og kommunikasjon
- Tidsbruk
- Lege og systemgrensesnitt
- Lege og pasient
- Byråkratisering av legegjerningen

Fra hvert av disse temaene ble det utarbeidet spørsmål. Spørsmålene ble sortert i spørsmål som var mest aktuelle før innføringen og spørsmål som var mest aktuelle etter innføringen. Intervjuguidene ble så videre lest igjennom av en medisinstudent og testet i et prøveintervju med en medstudent. Intervjuguidene finnes i vedlegg C.1 og C.3.

4.6.2 Gjennomføring av intervjuer

Det ble utført intervjuer både før og etter innføringen. Intervjuene varte mellom 10 og 30 minutter. Tre av legene deltok i intervju både før og etter innføringen, mens to leger deltok bare i intervjuene etter innføringen.

Intervjuene før innføringen ble utført rett før e-resept ble tatt i bruk. De fem andre intervjuene ble utført to til fire måneder etter innføringen. Tre intervju ble utført i juni, ett i juli, tre i september og ett i oktober. Sju av intervjuene ble utført på legens kontor eller pauserom. Ett intervju ble utført i legens hjem. Sju av intervjuene ble tatt opp på lydopptaker, mens et intervju ble skrevet ned rett etter intervjuet fant sted.

Leger har en travel arbeidshverdag. For å gjøre det enklest mulig for legene å stille opp, tilbød jeg meg å komme til legekantoret der de arbeidet. Jeg hadde forberedt meg ved å lese meg opp på fagområdet slik at jeg brukte tiden effektivt og stilte relevante spørsmål. Jeg hadde og øvd på intervjuet på forhånd. Intervjuene ble holdt korte, igjen for å ikke bruke for mye av legenes tid og på den måten skape motstand mot forskningen.

I den første runden med intervjuer, hadde jeg laget et ark med oversikt over hvilke temaer jeg ønsket å ta opp (se vedlegg C.2). Den som ble intervjuet kunne se hvor langt vi var kommet i intervjuet og ha litt mer kontroll i intervjusituasjonen. I den andre runden med intervju fungerte det første intervjuet som en felles referanseramme mellom intervjuer og den som ble intervjuet.

Alle intervjuene begynte med at jeg presenterte meg, fagfeltet mitt og oppgaven. Jeg spurte og om å få lov til å ta opp intervjuet på lydopptaker. De fleste spørsmålene fra intervjuguiden ble stilt i de fleste intervjuene. Det ble litt improvisasjon basert på hvilke svar jeg fikk, og jeg forsøkte følge opp interessante temaer. Intervjuene som ble utført etter innføringen ble friere ettersom jeg som intervjuer var tryggere i intervjusituasjonen.

4.7 Observasjon

Observasjon, i motsetning til intervju, fokuserer på hva deltagerne gjør. Observasjon kan deles inn i systematiske observasjon og deltagende observasjon, i følge Oates (2006). I systematisk observasjon bestemmer forskeren seg for på forhånd hva som skal observeres og hvordan observasjonene skal kodes. I deltagende observasjon går forskeren inn i situasjonen som studeres for å prøve å oppleve situasjonen fra deltagerens synspunkt.

Observasjon kan gjøres skjult eller åpent, og med varierende grad av deltagelse i situasjonen. Både åpenhet og deltagelse gjør at forskeren påvirker deltagerne mer. Deltagelse kan gi deltagerne større tillit til forskeren. Skjult observasjon er betenkelig etisk sett (ibid.).

Jeg fikk tilgang til å observere legekantoret igjennom besøk for å intervju noen av legene. Informasjonsskrivet til helsesekretærene finnes i vedlegg B.2.

I dette caset hadde observasjonen to roller. Ved å kunne observere på et legekon-

tor, fikk jeg en bedre forståelse for å forstå hva legene snakket om i intervjuene. Observasjonen fungerte også som triangulering. Jeg fikk både en ekstra datainnsamlingsmetode og tilgang til en annen type informanter, som gav meg verdifull informasjon.

Observasjonen jeg utførte var åpen for de ansatte på legekantoret. For pasientene var jeg mer skjult: jeg satt bak en hylle på kontoret, så pasientene så ikke meg, og jeg så ikke pasientene. I samtaler i luka hørte jeg sjelden hva pasientene sa, men fikk med meg legesekretærens ord. I telefonsamtaler hørte jeg også bare legesekretærens del av samtalen.

Jeg ønsket å fokusere observasjonen rundt arbeidet med resepter. Jeg observerte i tillegg hvilke andre typer arbeidsoppgaver som ble utført, uten å gå i dybden på disse oppgavene.

4.7.1 Utføring av observasjonen

Jeg dro for å observere på legekantoret en onsdag i september. Da jeg ankom legekantoret litt før klokka åtte om morgenen, var luka stengt og det var pasienter i venterommet. Jeg satte meg ned for å vente. Da klokka ble åtte, åpnet luka, og pasientene ble ekspedert. Jeg ventet med å gå i luka til alle hadde fått sin tur. Ti minutter over åtte kom jeg inn på selve kontoret.

I utgangspunktet prøvde jeg å forstyrre arbeidet på kontoret så lite som mulig. Sekretærene tok tidlig initiativ til å inkludere meg, ved å tilby kaffe og frukt som sto framme. Selve kontoret var ganske lite, så det var viktig for meg å ikke ta opp mer plass enn nødvendig. Jeg flyttet meg noen ganger, men vanligvis satt jeg på plassen bak hylla, der jeg var ute av veien, samtidig som jeg hadde oversikt.

Med jevne mellomrom samlet sekretærene seg på kontoret for å snakke sammen. Noen drakk en kopp kaffe eller spiste litt frukt samtidig som informasjon ble utvekslet. I disse uformelle samlingene ble jeg en del av samtalen. Noen ganger fortalte sekretærene om systemet uoppfordret, mens andre ganger benyttet jeg disse møtene for å ta opp spørsmål jeg lurte på.

Sekretærene tok også initiativ til å vise hvordan datasystemet fungerte. De tok fram eksempelpasienten «Kalle Krank» og viste hvordan systemet fungerte ved hjelp av reseptene hans. Jeg noterte og kom med oppfølgingsspørsmål.

Observasjonen varte fram til lunsj, klokka tolv. Legesekretærene sa selv at det var en rolig dag, og særlig den halvtimen fram til lunsj var det ikke så mye jeg noterte. Det var få henvendelser, og legesekretærene arbeidet hver med sitt.

4.8 Dokumenter

Dokumenter er viktig i helsevesenet, offentlig forvaltning og i forskning. Mange ulike typer innhold som kan sees som dokumenter: nettsider, bilder, kvitteringer i tillegg til bøker, rapporter. Dokumenter er relativt enkle å få tilgang til, gir mulighet for å se på et case i et lenger tidsperspektiv og er permanent, noe som kan gi større troverdighet (Oates, 2006).

I dette caset blir dokumenter brukt på ulike måter. Selve caset handler om overgangen fra papirbasert til elektronisk resept, som er et dokument i seg selv. Artikler, bøker og nettsider ble lest i forkant av datainnsamlingen. Gevinstrealiseringdokumentene fungerer som en linse for analysen av de innsamlede dataene. I løpet av arbeidet har jeg selv laget dokumenter: prosjektplaner, intervjuguider, transkripsjon og notater.

Dokumenter kan sees på som en beholder for innhold eller som objekter (Oates, 2006; Prior, 2004). I de fleste dokumentene har jeg fokusert på analysering av innholdet. Unntaket er selve reseptene. Jeg har sett på konstruksjonen av reseptene, kommunikasjonen ved og rundt reseptene, og selve papirresepten som en artifakt i konsultasjonen.

Det er ofte relativt enkelt å få tilgang til dokumenter. De fleste dokumentene i dette caset er enten fritt tilgjengelig på internett eller finnes i publiserte journaler. Gevinstrealiseringsdokumentene fikk jeg tilgang til etter kontakt med Helsedirektoratet og gjennom personer som selv har vært med å utforme disse dokumentene.

Dokumenter kan «bare gi et delvis bilde eller redegjørelse rettet mot et bestemt publikum for en bestemt hensikt» (Oates, 2006, s. 238). Alle har en agenda, også forskere og myndigheter, som det er viktig å være klar over.

4.9 Databehandling og analyse

Miles og Huberman (1994, s. 56) argumenterer for at koding av data er endel av analyseprosessen. Før dataene kan kodes, må de forberedes.

4.9.1 Analyse av kvalitative data

Analyse av kvalitative data kan være utfordrende fordi det ikke finnes fastsatte, absolute regler for analysen (Oates, 2006). Oates deler den kvalitative analyseprosessen i fire deler: data-preparering, koding, tema-analyse og analyse av dataene mot teori, litteratur og sosial- og politisk kontekst.

4.9.2 Transkribering

Dataprepareringen innebærer transkribering og organisering av data. Alle intervju bortsett fra ett ble tatt opp på lydopptaker og senere transkribert. Dialekt ble delvis oversatt til standard bokmål. Det ene intervjuet som ikke ble tatt opp, ble skrevet ned rett etter det ble utført. Under observasjonen, tok jeg notater og tegnet figurer på papir. Disse ble så skrevet digitalt. Jeg organiserte dokumentene i analyseverktøyet *Atlas.ti*¹.

4.9.3 Koding

Den neste fasen er koding av dataene. Kodene kan være basert på det teoretiske rammeverket til studien og være *deduktive*. Det er da viktig å ikke være for låst til den eksisterende teorien. Et annet alternativ er å la datamateriale forslå kodene, gjennom en *induktiv* prosess (Miles og Huberman, 1994; Oates, 2006). Her er det viktig å være klar over hvilken forforståelse man har, da dette alltid vil påvirke kodingen (Oates, 2006, s. 269).

Jeg forsøkte å gjøre kodingen induktiv for å la legenes og legesekretærenes opplevelse styre analysen. Likevel ser jeg at jeg var påvirket av min for-forståelse, særlig gjennom koder som «Arbeidsprosesser» og «byråkratisering».

Jeg har kodet én eller noen få setninger sammen, der de hører til samme svar fra en av informantene. Bruken av analyseverktøyet *atlas.ti* har gjort det mulig å bruke flere koder på samme segment.

Miles og Huberman (1994) beskriver ulike nivå i kodingen: beskrivende koding til å begynne med og fortolkende og konkluderende koding etterhvert. Beskrivende koder er tett knyttet til teksten, mens fortolkende koder innebærer at forskeren legger en tolkning i sitatet som er kodet. Jeg har brukt en kombinasjon av disse nivåene litt ubevisst. Koden «feil» er et eksempel på en fortolkende kode. Det betyr ikke faktiske feil, jeg fant ingen direkte feil i systemet. Jeg har derimot brukt denne koden for sitat som indikerer økt risiko for feil.

Både Oates og Miles og Huberman påpeker at kodene kan komme til å endres i løpet av kodeprosessen. Noen koder fungerer ikke godt, andre koder blir brukt for mye. I begynnelsen av kodingen hadde jeg kodene «arbeidsprosesser» og «rutiner». Det viste seg snart at kodene overlappet ofte. Jeg besluttet å slå de sammen. Resultatet var en kode «arbeidsprosesser» som ble alt for stor og heller ikke fungerte godt. «Arbeidsprosesser» inneholdt alt som kunne beskrive hvordan reseptarbeidet ble gjort. Jeg gjorde enda en endring, hvor jeg gjenopprettet «rutiner» og fylte den med kun det som gikk på avtalte eller uttalte rutiner.

¹Atlas.ti 7, ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH www.atlasti.com

Miles og Huberman anbefaler å sjekke påliteligheten til kodingen ved å kode samme utvalg to ganger med litt tid i mellom. Jeg gjorde dette i begynnelsen av kodingen, og oppdaget hvordan det var forskjeller i kodingen de to gangene. Ved å gjøre dette ble jeg bevisst hvordan selv koding utført av én person ikke er deterministisk.

Etter kodingen var ferdig skrev jeg ut informasjonen i tabell 4.2. Tabellen skal ikke leses som en beskrivelse av e-resept, men som en oversikt over datagrunnlaget for analysen. Etter kodingen av dataene, fungerte denne tabellen som en kontroll på at jeg hadde dekket de ulike kodene for de ulike data-dokumentene. Der sitater var glemt, ble kodingen oppdatert.

Miles og Huberman (ibid.) legger vekt på behovet for struktur i kodene. Kodene skal logisk forholde seg til hverandre eller være kontraster. I min prosess krystalliserte det seg fem grupper av koder: aktører, funksjoner, opplevelse og aspekter, i tillegg til koder knyttet til observasjonen. Sitatene som involverte andre aktører enn legene ble kodet etter aktør. Gruppen «funksjoner» omfattet funksjoner i e-reseptsystemet og noen andre konkrete kategorier som fornying av resept og generisk bytte. Gruppen «opplevelse» omfatter opplevd nytte og ulempe i tillegg til subjektiv opplevelse av systemet. Gruppen «aspekter» tar utgangspunkt i kategoriene som ble utformet før datainnsamlingen 4.6.1.

4.9.4 Dypere analyse

Det neste nivået i analysen er å se etter temaer og innbyrdes sammenhenger mellom kodene (Oates, 2006). Oates foreslår å samle alle segmenter med samme kode for å se etter likheter mellom disse.

Jeg gikk igjennom alle sitatene for hver kode og noterte hvordan sitatet var relevant for koden. For hver kode ble det produsert et dokument med kode-referansen og noen ord om sitatet. I denne prosessen kom det fram undertemaer, ofte overlappende med undertemaer fra kodene i de andre kode-gruppene. Noen sitater fikk forandret koder i denne prosessen.

De fleste sitatene hadde mer enn en kode, og ble analysert fra mer enn en vinkel. Sitater som omhandlet kommunikasjon mellom lege og apotek om en legemiddel-feil fikk kodene «kommunikasjon», «apotek» og «feil». Etter dette arbeidet satt jeg igjen med en flerdimensjonal analyse av dataene.

4.9.5 Evaluering og vurdering

Den siste delen av analysen var å sammenstille dataene fra intervjuene og observasjonen med informasjonen i gevinstrealiseringsdokumentene og teorien.

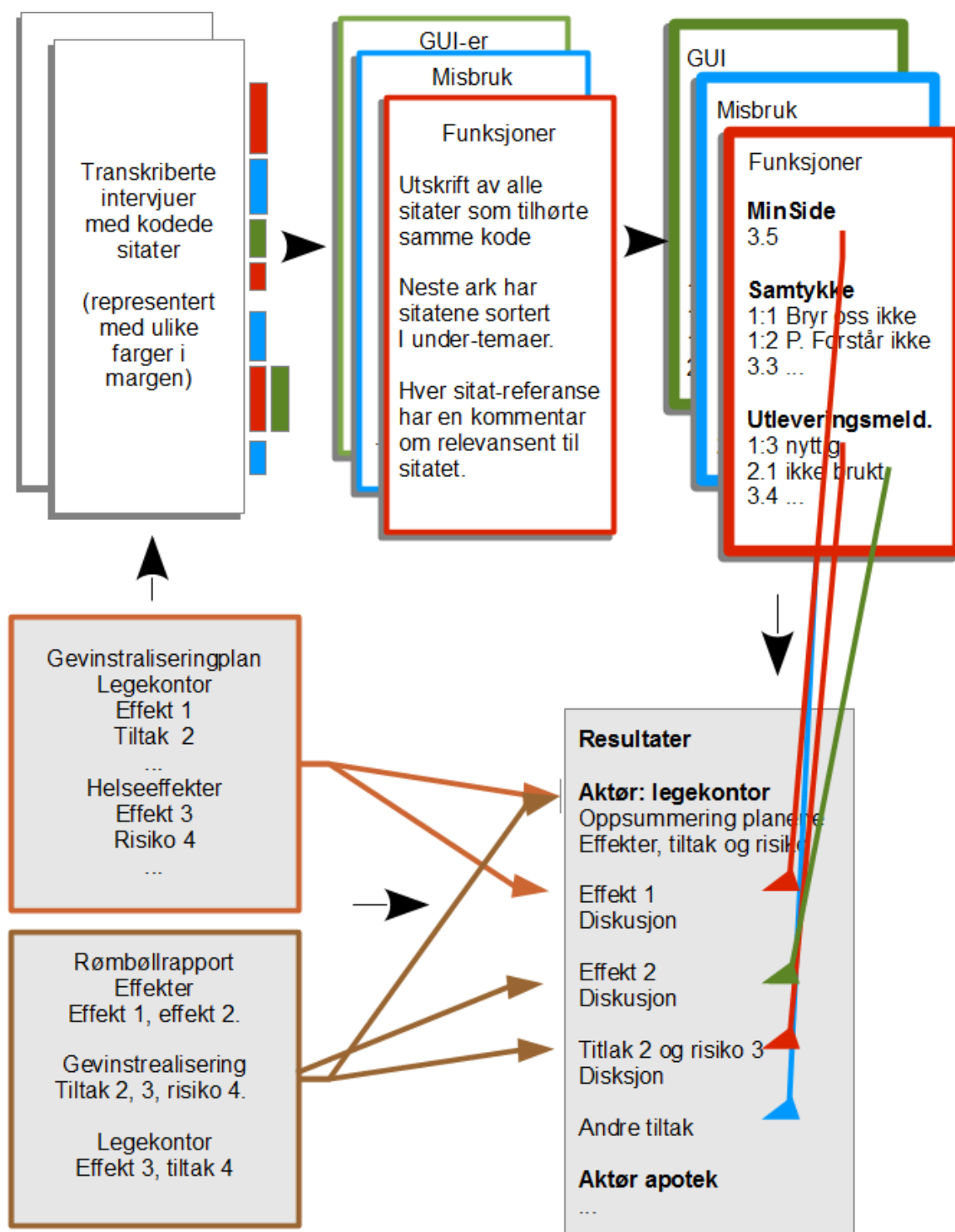
Tabell 4.2: Liste over analysekoder fordelt på tema og intervjuer

Kode \ Intervju	1	2	3	4	5	6	7	8	Observ.	Totalt
	(før innføring)			(etter innføring)						
Aspekter										
arbeidsprosesser	4	15	7	10	6	4	11	6	30	100
byråkratisering	1	1	1	-	-	-	-	-	-	3
datasystem	2	3	1	4	6	4	4	7	14	45
feil	2	7	3	7	6	5	4	5	8	47
informasjon	2	4	3	3	-	-	-	2	2	16
innføring	3	5	5	4	2	3	2	1	3	28
kommunikasjon	6	8	4	1	2	3	6	3	8	41
rett medisinerings	1	3	4	1	2	3	1	2	2	19
compliance	5	1	2	-	-	-	-	-	-	8
misbruk	1	3	1	1	-	-	-	1	1	8
tidsbruk	3	4	2	2	4	3	8	3	1	30
	25	39	23	19	18	11	20	14	31	200
Opplevelse										
forventninger	4	6	1	-	-	1	-	1	2	15
tillit til systemet	1	1	2	1	-	1	-	-	-	6
fordeler	3	3	3	1	2	-	-	-	1	13
ulempe	1	-	2	3	2	-	3	-	1	12
fornøyd	-	-	-	1	4	1	1	2	-	9
misnøye	-	-	1	-	1	6	1	2	6	17
	8	9	9	6	8	7	4	4	10	65
Funksjoner										
FEST	-	-	1	1	3	1	3	1	1	11
fornyning av resept	3	4	1	-	3	1	8	2	9	31
funksjoner	3	1	7	4	5	-	1	1	1	23
generisk bytte	-	1	1	-	1	-	1	-	-	4
godkj.f. og indiv.ref.	1	2	1	-	-	-	-	-	-	4
MinSide	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
samtykke	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2
	5	3	8	6	12	2	6	5	2	49
Aktører										
apotek	2	3	1	1	1	1	4	2	4	19
kommunehelsetj.	1	1	-	-	-	1	1	1	2	7
legesekretærer	-	1	1	-	1	-	-	-	12	15
legevakt	-	1	1	-	-	-	-	-	-	5
pasient	5	9	5	6	3	2	7	2	17	56
sykehus	4	1	-	-	1	-	-	1	3	10
	11	15	7	10	6	4	12	6	30	100
Observasjon	-	-	-	-	-	-	-	-	35	35
Totalt	54	77	52	45	47	30	51	36	124	518

Dette er arbeidskoder, og kan ikke brukes for å trekke konklusjoner om e-resept. Koden feil betyr ikke at e-resept fungerer, men inneholder sitat som sier noe om risiko for feil og mangler både når det gjelder legemiddelforsyning og datasystemet.

Gevinstrealiseringsdokumentene (Apoforsk et al., 2008b; Rambøll, 2010) ble gjennomgått. Organiseringen av disse dokumentene la malen for organiseringen av resultatkapittelet (kapittel 5). For hver aktør (inkludert FEST og reseptformidleren som tekniske aktører) ble effekter, tiltak og risiko presentert. Disse blir så diskutert opp mot undertemaene fra analysen. Helseeffekter, virksamhetseffekter og samfunnsøkonomiske effekter var ikke knyttet til en bestemt aktør, men ble fordelt på den aktøren som var nærmest effekten.

Den videre diskusjonen av analyseresultatene opp mot innføringsprosessen, generell teori og gevinstrealiseringsteori finnes i kapittel 6.



Figur 4.1: Oversikt over analyseprosessen

Gevinstrealisering dokumentene formet intervju spørsmålene. Intervjuene ble transkribert og kodet (øverst til venstre). Sitatene med samme kode ble samlet (øverst i midten). Sitatene under hver kode ble samlet i undertemaer (øverst til høyre). Resultatdelen er organisert etter samme mål som gevinstrealiserings dokumentene. For hver aktør ble effekter, tiltak og risiko diskutert med utgangspunkt i undertemaene fra analysen og gevinstrealiserings dokumentene.

Kapittel 5

Resultater

5.1 Gevinstrealiseringsarbeidet i e-reseptprosjektet

E-resept skal sørge for at nødvendige legemidler er likt tilgjengelig for innbyggerne uavhengig av økonomi, geografi og funksjonsevne. Andre mål er økt legemiddelsikkerhet, å sikre konfidensialitet og integritet for pasientene og å gjøre legemiddelforsyningen samlet mer effektiv (Apoforsk et al., 2008b).

E-resept har som mål å knytte de ulike aktørene i verdikjeden «sammen i et helhetlig elektronisk forløp» (Rambøll, 2010, s. 39). Det er derfor nødvendig å se på hvordan legenes arbeid påvirker andre aktører og effekter, og hvordan andre aktører påvirker effektene hos legene.

I e-reseptprosjektet er gevinstpotensialet ulikt fordelt mellom aktørene. Noen aktører vil kunne ha store, positive effekter, mens andre aktører vil måtte bidra ekstra for å nå de samlede gevinstene (ibid., s. 39). Særlig for rekvirentene er det en risiko for at e-resept vil ta økt tid. Systemet vil i hovedsak støtte de eksisterende arbeidsprosessene, og legene vil ikke få noen store, positive effekter av e-resept. Men legene starter verdikjeden, og resten av verdikjeden er avhengige av legene for å oppnå sine positive effekter (Apoforsk et al., 2008b).

5.1.1 «Plan for nytterealisering»

I 2008 utarbeidet NSEP, KITH, Apoforsk og PwC en plan for nytterealisering. Planen inneholdt potensielle effekter, risiko og tiltak organisert etter ulike typer effekter og de ulike aktørene. Effektene er delt inn i helseeffekter, virksomhetseffekter og samfunnsøkonomiske effekter. I denne delen vil jeg oppsummere hva planen (ibid.) sier om effekter og risiko.

Forfatterne har tatt et prioritert utvalg av problemstillinger fra de potensielle effektene av e-resept. Risiko er kalkulert som en kombinasjon av sannsynlighet for en hendelse og konsekvens av denne. Forslagene til tiltak er rangert etter betydning og gjennomførbarhet.

Det er ikke ventet store endringer i helseeffektene. Det er en risiko for økt antall feil og utilsiktede hendelser i innføringsfasen. Det er også en risiko for at funksjonalitet ikke blir tatt i bruk. Særlig er det en risiko for at legene ikke begynner å bruke forskrivningsstøtte, som er det best dokumenterte tiltak for positive helseeffekter ved elektronisk resept. Det er en risiko for at pasienter får dårligere oppfølging og at enkelte pasientgrupper ikke får de legemidlene de trenger.

På virksomhetsområde er det størst risiko for tekniske feil, dårlig brukbarhet og forsinkelse av leveringen av systemene. Det er en risiko for at e-resept vil gi økt tidsbruk for legene. Det er en delvis villet endring: flere muligheter og strengere krav til informasjon tar mer tid. Samtidig kan e-resept innebære sikkerhetskrav og mer kompleks kommunikasjon og arbeidsflyt som vil ta ekstra tid. God opplæring, fokus på utvikling av gode brukergrensesnitt og funksjonalitet som passer godt med arbeidsprosessene blir anbefalt.

Det er ventet at e-resept vil bli samfunnsøkonomisk lønnsomt. E-resept forenkler oppgjør- og kontrollarbeidet og gjør det enklere og mer lønnsomt å innføre beslutningsstøtte for legene og apotek. Planen løfter også fram mulighetene for å innføre ny funksjonalitet som kjernejournal, multidose og internettapotek.

Planen lister opp nytteeffekter, risiko og tiltak innen åtte områder: helseområdet, pasienter, virksomhetsområdet generelt, legekontor, spesialisthelsetjenesten, apotek, bandasjist og NAV. For denne oppgaven vil jeg fokusere på de fire første områdene, men ta med relevante elementer fra de andre områdene.

5.1.2 «E-resept — sammendrag og vurdering av evalueringsarbeidet»

I 2010 kom det en rapport fra Rambøll som sammenstilte og oppsummerte gevinstrealiseringsarbeidet som var gjort fram til da (Rambøll, 2010). Rapporten organiseres etter prosjektene i e-reseptprogrammet og effektene deles inn i helsemessige, virksomhetsrelaterte og samfunnsøkonomiske effekter.

E-reseptprogrammet er delt inn i prosjektene: «reseptformidleren», «FEST», «prosjekt rekvirent», «prosjekt apotek», «prosjekt bandasjist» og «prosjekt oppgjør og kontroll». I denne oppgaven er det først og fremst de tre første prosjektene som er interessante.

Denne planen sier mye av det samme som planen for nytterealisering. Noen effekter, risikoer og tiltak er mer detaljerte og utarbeidet, mens andre er nedtonet. Ved å organisere planen rundt de ulike prosjektene, forsvinner pasientene som en

direkte aktør og er dermed mindre synlig i denne rapporten enn i nytterealiseringensplanen.

5.1.3 Organisering av resultatdelen

Videre i kapitlet vil jeg sammenstille hva «Plan for nytterealisering», «E-resept — Sammendrag og vurdering av evalueringsarbeidet» og dataene fra mine undersøkelser sier om de ulike effektene, riskikoene og tiltakene. Jeg vil begrense meg til effekter, tiltak og risiko for allmennlegene, i tillegg til effekter hos andre aktører som allmennlegenes arbeid påvirker. Som nevnt i kapitlet om gevinstrealisering, så er *gevinster* effekter som er positive for en bestemt gruppe berørt av prosjektet. Det er derfor naturlig å organisere denne delen av oppgaven rundt de ulike aktørene. For hver aktør vil jeg presentere de forventede effektene og planlagte tiltakene fra nytterealiseringensplanen og evalueringsrapporten. Deretter vil jeg presentere dataene jeg har samlet inn knyttet til disse effektene og tiltakene. Til slutt vil jeg ta opp eventuelle temaer som informantene mine trekker frem, men som ikke er dekket av planen.

5.2 Pasienter

5.2.1 Plan for nytterealisering

Planen for nytterealisering forventer både positive og negative effekter av e-resept for pasientene. Det er positivt for pasienten at det blir fritt valg av apotek, også fra gang til gang. Det er mulig å gå på et hvilket som helst apotek med en papirresept, men mange pasienter velger å la apoteket oppbevare resepten. Et fast apotek vil også ha oversikt over tidligere ekspederinger. Med e-resept vil resepten være like tilgjengelig for alle apotek, og apoteket vil også se hvilke andre resepter som er blitt skrevet ut til pasienten.

Planen nevner også at det blir enklere tilgang for pasienter i distriktene, og at alle pasienter vil kunne spare tid og fravær fra arbeid når det ikke blir behov for å møte fram på legekontoret for å hente fornyede resepter. Det er også positivt at det ikke er mulig å miste en e-resept. Legene slipper å skrive ut nye resepter for resepter som er glemt eller mistet. Pasienten kan ikke si at resepten er blitt borte for å få legen til å skrive ut resept på ekstra, vanedannende medikamenter.

Av farer nevner planen at systemet kan gi økt kompleksitet for eldre og syke. Det kan være at eldre og syke vegrer seg for å ta i bruk systemet fordi de blir usikre. Det er også en fare for at pasienter uten ferdigheter eller tilgang til data får mindre oversikt over reseptene sine. Uten papirresepter er det en fare for at

Tabell 5.1: Plan for nytterealisering - pasienter

Forventede positive effekter		
<ul style="list-style-type: none"> • Pasientene kan fritt velge apotek fra gang til gang. • Pasientene tar ikke i bruk Mine Resepter • Det blir slutt på å «miste» resepten • Mindre behov for fremmøte på legekantor for å fornye resept • Enklere tilgang for pasienter i distriktene 		
Forventede negative effekter		
<ul style="list-style-type: none"> • Økt kompleksitet for eldre og syke • Mindre kontinuitet i oppfølging av pasienter hos apotek og bandasjister • Pasienter uten internett/som ikke behersker data, får mindre oversikt over resepter og behandling 		
Risiko		
<ul style="list-style-type: none"> • Svekket oppfølging av pasienter <ul style="list-style-type: none"> • Redusert kontinuitet • Kort lagringstid for utekspederte resepter • Tvil om personvern og økt kompleksitet fører til at utsatte grupper lar være å hente ut legemidler. • Lettere for tredjeperson å tilegne seg utlevering av pasientens legemidler • Endringer i compliance. 		
Tiltak	Ansvar	Tid
<ul style="list-style-type: none"> • Anbefale rekvirenter å gi eldre pasienter og andre utsatte grupper papirkopi av resept, ev. med medisinsk informasjon. • Oppmuntre og legge til rette for at pasienter med kronisk sykdom benytter et fast apotek • Informere (i media) om sikkerheten og tiltak for å forhindre urettmessig utlevering av legemidler. • Utvikle integrert og aktiv beslutningsstøtte 	<ul style="list-style-type: none"> e-reseptprogram, DNLF Helsedirektoratet/NAV, apotekkjedene eReseptprogram, aktørene Legemiddelverket 	<ul style="list-style-type: none"> Under og etter innf. Under og etter innf. Før innf. Snarest

pasientene glemmer å fornye eller hente ut mer medisin. Det er også mulighet for at pårørende blir mindre involvert med e-resepter.

Planen lister opp fem risikoer og kommer med forslag til tiltak. Den største bekymringen er at pasientene ikke tar i bruk MineResepter, nettjenesten for å få se sine egne resepter. Planen anbefaler at rekvirentene gir eldre pasienter og andre utsatte grupper utskrift på papir i tillegg til e-resepten. Det er også en risiko at enkelte grupper vil tvile på personvernet og dermed lar være å hente legemidler de trenger. Det er også mulig at det blir lettere for tredjepersoner å urettmessig få utlevert legemidler. Planen foreslår å forebygge dette ved informasjon i media om sikkerhet og rutiner for utlevering av legemidler. Tilslutt uttrykkes det en bekymring om negativ endring i compliance, og dette foreslåes forebyggt med integrert og aktiv beslutningsstøtte.

5.2.2 Rambøllrapporten

Pasienter er ikke et eget prosjekt i e-reseptprogrammet, og har derfor ikke sitt eget kapittel i rapporten fra Rambøll (2010). Effekter for pasientene innebærer både helse-effekter og samfunnsøkonomiske effekter, og faller i hovedsak inn under prosjektet «reseptformidleren». Positive effekter er bedre pasientsikkerhet, pasientservice og medisinbruk, i følge rapporten.

Mine Resepter vil gjøre at pasientene vil kunne holde ulike behandlere bedre oppdatert på medisinbruken, i følge rapporten. Rapporten nevner også lavere pris på grunn av generisk forskrivning som en positiv effekt.

E-resept vil kunne gi bedre pasientsikkerhet. Rapporten nevner de samme gevinstene som nytterealiseringplanen, i tillegg til å nevne misbruk av legemidler eksplisitt. Det vil bli vanskeligere for leger å skrive ut for mange resepter på A- og B-preparater. Dette kan gi en ulempe for personer som får medisiner de ikke har rett på, men likevel nytte av.

E-resept kan også gi bedre medisinbruk. Legene har bedre mulighet til å følge opp pasientenes medisinbruk med utleveringsmelding. De får også mulighet for å annullere resepter. Dersom e-resept gir færre feilforskrivninger, vil det først og fremst være pasientene som vil dra fordeler av det. E-resept kan også gi positive helsegevinster dersom systemet bedrer compliance. Det at legene kan se hva pasientene henter ut og muligheten for pasientene til å benytte et hvilket som helst apotek kan bedre compliance, mens mangelen på en fysisk resept kan redusere compliance. Effektene av bedre medisinbruk er vanskelig å estimere, men kan i gunstige fall overstige én milliard kroner årlig (ibid.).

Rapporten nevner også kravet om samtykke fra pasientene før en lege kan slå opp i reseptformidleren og se reseptene til en pasient som en tungvindt, men nødvendig løsning. For å kunne realisere de skisserte gevinstene legges det vekt på en

brukervennlig prosess, høy driftssikkerhet på den tekniske løsningen, tilpasning av aktørens rutiner og nødvendig opplæring.

5.2.3 Fritt valg av apotek

I intervjuene før innføringen ble det spurt om fordeler og ulemper med e-resept. Legene trakk fram muligheten for pasientene å hente ut på resepten på alle apotek. «Det hender jo at vi får telefoner fra at de er i Oslo. Og så er de tom for medisin. [...] det er jo en klar fordel at man kan ta [...] ut [resepter] over alt. Og at de vet at resepten etterhvert ligger inne i systemet der». Det gjelder også mer lokalt: «Det er en fordel at de kan hente ut i Trondheim, hvis pasienten er der, og skal ha en resept og ikke må komme hit [...] Trenger ikke fakse.»

Særlig for pasienter som bruker faste medisiner er det en fordel:

[...] er du på ferie og blir tom for medisinen, så kan du gå dit å hente ut isteden for å oppsøke legevakt for å få utskrevet ny resept [...] Og det tror jeg vil være en helt klar fordel for de som bruker andre medisiner som en må ta hver dag og som det er viktig at man ikke hopper over noen dager. Det er [en] fordel hvis du er på ferie, og så ser du at [du] har glemt å ta med den.

5.2.4 Oppmøte for å hente fornyet resept

Tidligere kunne fornyede papirresepter hentes på legekantoret, sendes i posten mot et gebyr, faksede eller ringes inn til apoteket. Faksede og innringte resepter kan for eksempel ikke reiteres og ble brukt i nødstilfeller. Begge rapportene nevner spart tid og reisevei som en positiv effekt for pasientene: «det [er] veldig lett vint for de pasientene som bestiller resepten utenfra, som ikke er på time eller sånn. De slipper jo å komme å hente resepten her. [...] de drar jo rett på apoteket.»

På to av legekantorene hadde de innført nye rutiner for når resepten var klar, i samsvar med rådene hos Helsedirektoratet (2012c). Reseptene signeres før lunsj og før arbeidstidens slutt. Pasientene får beskjed om at reseptene er klare arbeidsdagen etter. «[N]å er befolkninga her vant til å komme i luka og hente reseptene sine, eller [de] bestiller og så sier de “send til samvirkelaget i dag”, og det vil vi ikke rekke. Den vil komme dagen etter, så det må befolkninga være obs på.»

For mange pasienter gjør e-resept at de slipper å hente reseptene på apoteket, og sparer dermed tid og reisevei. For noen pasienter betyr e-resept at reseptene er klar litt senere enn det de er vant til.

5.2.5 Pasienten kan ikke miste resepten

Begge rapportene nevner som en positiv effekt av e-resept at det ikke er mulig å miste resepten. Mistede eller glemte resepter gir merarbeid for rekvirentene som må skrive ut nye resepter. Før innføringen så synes legene at pasientene mistet reseptene sine for ofte: «Jeg synes jeg fornyer altfor mye, slik det er nå» fortalte en lege. Det er vanskelig for pasientene å ta vare på en resept et helt år: «[for] faste medisiner, så gir vi en resept som skal utnyttes fire ganger, et år. Så kommer folk etter tre måneder, også har de mistet resepten. Så må jeg skrive en ny en, for et år». Legene opplever at fornying av resepter tar mye tid, og forventer at tidsbruken kanskje blir litt redusert når pasientene ikke kan miste reseptene lenger.

5.2.6 Misbruk av legemidler

Fire av legene jeg intervjuet fortalte at e-resept ville gjøre det enklere å forholde seg til pasienter som ønsket å misbruke medisiner. Evalueringsrapporten skriver at e-resept vil kunne virke skjerpene på hva leger skriver ut. Rapporten nevner leger som skriver ut for mye legemidler fordi de er «snille» eller selger reseptene til overpris.

Alle legene hadde opplevd å få forespørsler om å skrive ut resepter på vanedannende medisiner fordi pasienten hadde mistet resepten. Mange pasienter mister reseptene sine, både på vanlige legemidler og på A- og B-preparater, så det blir opp til den enkelte lege å vurdere om man vil tro på pasienten. En av legene sa: «de som får resept på litt sterkere preparater: plutselig så glemte de resepten, mistet resepten og resepten er stjålet. Den går ikke lenger. Nå er resepten på apoteket, punktum. Der er en veldig fordel.»

En annen lege fortalte om en situasjon som hadde skjedd noen dager før intervjuet. En pasient hadde mista veska si med resepten, fått ny resept, og kom igjen noen dager etterpå og ville ha enda en ny resept på *Paralgin forte*: «Så ringte jeg til våres apotek, [hun] hadde ikke vært innom der, og så ringte jeg til et annet apotek, [. . .] der hadde hun vært å henta ut, og da fikk hun selvfølgelig ikke noe mer, for hun løy jo, rett og slett. Klart det blir fordel i det nye systemet».

Misbruk av legemidler oppleves ikke som et stort problem, men det forekommer: «Det er ikke et stort problem, men det er enkelte det kan være et problem for.» Samme lege ser særlig fordelene i legevaktsammenheng: «det [er] kjempevanskelig da [pasienter] kommer og vil ha den og den medisinen, fordi fastlegen har stengt. Og da er det veldig ok å kunne se hva de har fått».

Legene forventer at e-resept vil gjøre det enklere å forholde seg til situasjoner med legemiddelmisbruk. Legene vil, gjennom e-resept, kunne se hva som er skrevet ut og hentet ut av legemidler fra før av. Likevel vil ikke alle medisiner dukke opp, på grunn av muligheten med låst resept og reservasjon mot utleveringsmelding.

5.2.7 Pasientenes oversikt over resepter

Evalueringsrapporten mener e-resept vil gi bedre pasientservice ved å gi bedre oversikt over pasientens resepter gjennom Mine Resepter. Nytterealiseringsplanen mener at det er en risiko for at pasienter uten datatilgang og -ferdigheter vil få mindre oversikt over reseptene sine. Nytterealiseringsplanen vurderer som middels risiko at pasienter ikke vil ta i bruk Mine Resepter, og anbefaler å gi eldre pasienter og andre sårbare grupper utskrift av resept.

To av legene trodde ikke fraværet av en fysisk resept har så mye å si: «Nå også faxer vi resepter, eller sender. Nei, det tror jeg går bra». Men for noen pasienter ville det bli en forandring: «Mange føler at de har fått noe igjen for timen om de har fått et papir i handa, en resept eller hva det måtte være, at det kanskje kan føles litt som om de går litt tomhendt ut, hvis de ikke får resepten.» En av legene pekte på at e-resept kan være en ulempe for gamle pasienter, men pekte på at disse pasientene ofte har samarbeid med hjemmesykepleie.

Legene forventet også å få spørsmål om hvordan pasientene skulle huske hvilke medisiner de skulle hente ut, særlig for pasienter med lange lister med medisiner. En lege mener også at resepten fungerer som en forklaring på hvilke medisiner pasienten skal ta: «Så kikker de på reseptene, og så kanskje de ikke ser det som står på pakningen. Eller de har tatt ut et brett istedenfor og så kasta beholderen». Alle tre legene forventet at de måtte skrive ut fast-medisinlister til en del pasienter etter innføringen.

Etter at systemet ble innført er noen pasienter veldig fornøyd: «[Noen pasienter] synes det er helt suverent [...] at den bare er der, [å] slippe å vite hvor lappen er, og de kan hente ut hvor de vil». Andre pasienter savner å få en resept i handa. «men det er nå noen som: “Hæ? Får itj æ noe papir. Hvor er resepten?” [...] og noen ganger [...] føler jeg kanskje at jeg er nødt til å skrive ut [en] liste: [...] denne faste medisinen har jeg skrevet ut til deg nå, slik at pasienten selv har en slags oversikt.»

Noen pasienter vil ha utskrift av medisinlista for å se hvor lenge resepten varer og hvor mange uttak som er igjen. Legene skriver ofte ut medisinlister. En lege skriver ut medisinlister når hun føler pasienten trenger det og signerer legemiddellista, så pasienten kan ha lista i lommeboka. En annen lege skriver alltid ut pasientens medisinliste og i tillegg ut en oversikt over reseptene som ble skrevet ut i konsultasjonen «så de går på apoteket og vet hva de skal ha. Så det ikke bare blir ball, ja.»

En annen utfordring med e-resept er at pasienten selv ikke leser resepten og oppdager feil. Legesekretærene ser det som apotekets oppgave å informere pasientene om hvor mange uttak som er igjen. «Hører man at man har 2 uttak igjen, så slapper man av. Men om man hører det er det siste uttaket, så tenker man på det, og tar kontakt med legekontoret. . . » «Hvis ikke, så er vi like langt.»

«Mine Resepter» kom ikke opp som tema mer enn en gang i intervjuene. «[M]ange av våre pasienter kommer aldri til å bruke Min Side», fortalte legen. Han snakket om tjenesten Mine Resepter. E-resept kan på denne måten gi et skille mellom personer med tilgang og ferdigheter til å bruke internett, og personer uten dette. Et av målene med e-resept var å gi lik tilgjengeligheten på nødvendige medisiner uavhengig av økonomi, geografi og funksjonsevne. Utskrift av medisinlister er viktig for å bidra til å redusere forskjellen mellom de som har tilgang til Mine Resepter og de som ikke har det.

Tilgang til Mine Resepter har krevd autentisering på nivå 4, gjennom ID-leverandørene Buypass og Commfides. Begge disse løsningene koster en del å anskaffe for pasienter, og kravet om å bruke disse har vært omdiskutert (Melby, 2011). Fra og med slutten av november, vil det være mulig å bruke BankID for å logge på Mine Resepter. Det gjør tjenesten enkelt tilgjengelig for de 2,8 millioner nordmenn som har BankID (Melby, 2012). Hvor mye Mine Resepter blir brukt ligger utenfor denne oppgaven og kan relativt lett måles med statistikk over besøk med mer.

5.2.8 Pasientenes forhold til et komplekst system

Apoforsk et al. (2008b) uttrykte bekymring over at eldre og andre utsatte grupper skulle vegre seg mot å ta i bruk et komplekst system som e-resept. Det er lagt vekt på å informere om hvor enkelt og sikkert e-resept er: i brosjyrer (Helsedirektoratet, 2012a), på internett (Helsedirektoratet, 2011) og i nyhetsoppslag (Tungen, 2012). Dette ser ut til å ha nådd pasientene.

Den dagen jeg utførte observasjon på legekantoret, kom det ei eldre kvinne i luka som ikke forsto hvorfor hun ikke fikk henta ut medisiner dagen før. Hun hadde vært på apoteket i byen for å hente ut medisiner, men kunne ikke få ut noe. Apoteket ville ringe legekantoret, men det ville ikke kvinnen: «De har det så travelt på legekantoret». Pasienten skjønnte ikke hva som var galt, «det er jo på data. . .» og nevnte det nye systemet i sommer. Det endte med at legesekretæren bestilte fornying på alle reseptene, så hun kunne hente ut reseptene på apoteket. Legesekretærene tolket det som om pasienten trodde at medisinlista hun hadde fått var resepten. Noen av medisinene på medisinlisten var utgått, men hun trodde det ikke lenger var nødvendig kontakte legekantoret for å fornye reseptene, fordi det skjedde automatisk.

Det virker som pasientene ikke er redde for elektroniske resepter og at overgangen går greit, ifølge de legene jeg har intervjuet og det jeg observerte.

5.2.9 Personvernsbekymringer, sikkerhet og samtykke

Personvernsbekymringer ble ikke nevnt i intervjuene. Pilotevalueringen indikerer at dette ikke er en stor bekymring blant pasientene (Håkonsen og Dønnum, 2011).

I gevinstrealiseringplanen ble god informasjon til pasientene nevnt som et viktig tiltak. På de legekantorene jeg besøkte, har det både hengt plakater og vært brosjyrer tilgjengelig. Men det har ikke vært mye fokus på systemet i media. En legesekretær påpekte: «Det har ikke vært så mye informasjon til pasientene, om de ikke oppsøker det selv. Bare ett oppslag i Adressa.»

En av legene som har arbeidet på legevakt, opplevde at det kan være utfordringer med enkelte pasienter. Noen pasienter prøver å la være å betale på legevakta. «Da har vi kunne sagt at du får resepten når du har betalt. [...] [N]å kan vi ikke si det, at du ikke får resepten din, for den er allerede i systemet.»

En annen utfordring legen nevner er at det ikke skal så mye til før pasientene ser den hemmelige koden hans: «[V]i bruker [...] smartkort, det er [...] id-en min i systemet. Da må jeg taste koden, [...] litt oftere enn jeg egentlig liker. Plutselig glemmer jeg å skjule den, og så er det lange øyne som sitter på andre siden av benken.»

E-resept krever samtykke fra pasientene. Hver gang behandlende lege skal se pasientens resepter, kreves samtykke. Samtykke kreves én gang for fastlege som vil se hva andre rekvirenter skriver ut til pasienten. Noen av legene opplever kravet om samtykke problematisk:

[...] det får vi nesten aldri spurt om. For enten har vi det travelt eller så skjønner de ikke hva vi spør om. Eller så har de bestilt resepten på telefon, via sekretær; og da får du ikke spurt, med mindre du ringer, og da tar det enda lenger tid. [...] Så det blir vanskelig å få henta inn samtykke. Det vil ta årevis før man har hentet inn alle.

En annen lege bryr seg heller ikke om samtykke: «Samtykke — det trykker vi bort uansett, altså, orker ikke tenke på det engang.»

Samtykkeordningen, slik den fungerer nå, fungerer ikke godt. Det hadde vært bedre for pasientene med mye informasjon og passivt samtykke, enn et aktivt samtykke som ikke blir innhentet.

5.2.10 Generisk bytte

For noen pasienter fører generisk bytte til forvirring: «Tar du den *Zanidip*, for eksempel? Nei, hva er det for noe? Hva? Nei det heter noe annet.» Legen ser på dette som en risiko for at pasientene tar feil medisin. En annen lege ser at det kan være en fordel at pasienten ikke leser resepten: «at de ikke har en lapp der det

står *Selo-Zoc* og så får de en medisin som heter *Metoprolol* og så blir de litt forvirra og mistenksomme til apoteket». Hos pasienter som tar 5-6 medikamenter synes legen at hun må skrive ut en liste så pasienten ser hva han eller hun skal ta. Da vil pasientene uansett se at navnene på det som er skrevet ut og det som hentet ut på apoteket ikke er like. «Men når det gjelder antibiotika, for eksempel, en kur, så tar jo pasienten det den får på apoteket. [. . .] Så da tenker jeg at generisk bytte er mye enklere, at det ikke blir noen krangel eller misforståelser.»

Alt i alt vil ikke e-resept bidra til å minske forvirringen ved generisk bytte for pasienter med mange medisiner, da de er avhengig av utskrift av medisinlister. For pasienter med få resepter, kan e-resept gi mindre forvirring.

5.2.11 Legens oppfølging av pasientene

Legenes oppfølging av pasientene avhenger av både konsultasjonene og bruken av funksjonene i e-resept. Legenes bruk av e-resept-funksjonene behandles i del 5.3.

Legene jeg intervjuet før innføringen trodde ikke e-resept ville forandre konsultasjonene i stor grad. Det var heller ingen, etter innføringen, som fortalte om store forandringer. «[D]et er klart, hvis du må knote i 10 minutter for å sendt resepten, så blir det veldig feil. Men nå som det fungerer, så er det ikke noe forskyvning [av fokus fra pasient til dataen].»

I et av intervjuene før innføringen fortalte legen om konsultasjonene. Pasientene har ofte med seg reseptene og det kan bli litt kaos: «[P]asienten har som regel med seg mappa med reseptene sine, og så sitter de og blar igjennom. Det er veldig mye rot, og så skal du finne ut hvor mange ganger de har igjen på resepten og sånn.» Hun tror det blir enklere å få oversikt over pasientens resepter i konsultasjonen når informasjon om hva som er igjen på resepten finnes på dataen.

Hun forteller også hvordan hun dobbeltsjekker det som blir skrevet ut og det pasienten tar i konsultasjonen.

[J]eg dobbeltsjekker ofte når jeg skal fornye reseptene. Så [sier] jeg: «du tar to for blodtrykket, ikke sant, og det er den og den, og så tar du det [om] morgen [. . .] [og den] om kvelden» [. . .] Vi snakker litt om [det sånn at jeg er] sikker på at når jeg skriver ut, så skriver jeg ut det rette. [. . .] Da oppdager vi [. . .] ofte at [pasienten] slurver litt eller at de tar en tablett de har liggende fra før.

Jeg lurte på om denne samtalen var avhengig av de utskrevne reseptene, og dermed ville forsvinne med e-reseptene. Jeg fikk beskjed om at denne samtalen hadde hun i de situasjonene hvor pasientene ikke hadde med reseptene.

Legene trodde hverken på forhånd eller opplevde etter innføringen at konsultasjonene endret seg i særlig grad. Dersom det stadig er dataproblemer, virker det

negativt på konsultasjonene. Samtidig kan e-resept gi legen bedre oversikt over pasientenes resepter, og dermed gi bedre oppfølging.

5.2.12 Compliance og bedre helse

Compliance handler om i hvilken grad pasientene følger forskrevet behandling. En lege fortalte hvordan han ikke hadde oversikt over hvilke medisiner pasientene tok i dag. Samtidig trodde han ikke at han ville sjekke hva pasientene hadde hentet ut når e-resept kom: «Nei, jeg kan ikke si jeg savner det, for jeg stoler på at folk tar det de skal, jeg. Men alle gjør jo ikke det.» Denne legen tror apoteket vil få bedre oversikt ved e-resept og at det kan gi bedre compliance.

En annen lege nevner compliance i forbindelse med oversikt over utleverte resepter. Oversikt over utlevering kan virke positivt, men manglende papirresept kan føre til at folk glemmer å hente ut resepten. «Noen blir kanskje flinkere og noen blir kanskje mindre flinke.» En tredje lege tror ikke e-resept vil ha noe å si for compliance.

Pasientenes compliance vil avhenge av hvorvidt legene tar i bruk funksjonalitet for å se hva som er hentet ut, og hvilken informasjon de selv har om reseptene. Medisinlister og bruk av Mine Resepter kan være med å minne pasientene på å hente ut medisiner. Senere kan man se for seg nye tjenester, som at reseptserveren sender SMS ved manglende henting av resept eller ved utløp av resepten.

5.3 Legekontor

5.3.1 Nytterealiseringsplanen

Plan for nytterealisering (Apoforsk et al., 2008b) forventer at e-resept vil gi positive effekter for legekantoret. Det er ventet at det blir færre henvendelser om reseptfornying og mindre behov for fremmøte. For legen vil det bli enklere å sammenholde resept og journalinformasjon. Muligheten for å se om pasientene har mottatt resept fra andre og om pasientene har hentet ut legemiddelet er andre positive effekter. E-resept vil også kunne gi enklere tilgang på informasjon om regelverk og varekatalog igjennom forskrivningsstøtte. Mulighet for å kunne bruke generiske legemiddelnavn kan gi færre henvendelser om å bytte.

Planen (ibid.) forventer at e-resept også gir negative effekter for legekantoret i form av økt tidsbruk på grunn av elektronisk signering, oppslag i reseptformidleren og krav om papirutskrift i tillegg til den elektroniske resepten. Det er også ventet at e-resept vil gi mindre oversikt i reseptarbeidet for medarbeidere og økt fare for visse typer legemiddelfeil og mindre oppfølging.

Tabell 5.2: Plan for nytterealisering - legekantor

Forventede positive effekter		
<ul style="list-style-type: none"> • Færre henvendelser om reseptfornyning og mindre behov for frammøte • Spart tid og reisekostnad for pasient • Enklere for legen å sammenholde resept og journalinformasjon • Se om pasient har mottatt resept fra andre • Melding om legemiddelutlevering • Enklere tilgang på informasjon om regelverk og varekatalog (forskrivningsstøtte) • Kunne bruke generisk legemiddelnavn — færre henvendelser om bytte 		
Forventede negative effekter		
<ul style="list-style-type: none"> • Økt tidsbruk pga: elektronisk signering, oppslag i reseptformidleren og krav om papirutskrift i tillegg • Mindre oversikt i reseptarb. for medarbeidere og økt fare for visse typer feil og manglende oppfølging 		
Risiko		
<ul style="list-style-type: none"> • Bruk av eResept tar mer tid • Legene opplever hendelser/føler seg utrygg på systemet, derpå følger pasienter og media • Pasienter (pårørende, hj.sykepl.) ønsker papirutskrift • Legene tar ikke i bruk elektronisk søknad til NAV og Legemiddelverket • Frykt for økt kontroll og egen integritet blant legene 		
Tiltak	ansvarlig	tid
<ul style="list-style-type: none"> • Grundig info. til legekant. om systemet og risiko med invitasjon til å rapportere og delta i forbedringsprogrammet. Oppsøkene info.arbeid bør vurderes 	eReseptprogram, Legeforeningen	Før innf.
<ul style="list-style-type: none"> • Økonomiske incentiver (takster) bør favorisere bruken av eResept — både for pasienter og leger 	Helse- og omsorgsdep./NAV, Legeforeningen	Under innf.
<ul style="list-style-type: none"> • Legene må oppleve at egen integritet blir ivaretatt 	Legeforeningen, eReseptprogram	Under innf.
<ul style="list-style-type: none"> • Info./opplæring knyttet til funksjonaliteten i eReseptsystemet: IT-ansvarlig, allmennlege 	eReseptprogram, EPJ-leverandør	Under innf.
<ul style="list-style-type: none"> • Opplæring av medarbeidere og samarbeidende helsepersonell 	Allmennlegen	Under innf.
<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide internkontrollrutiner i forhold til eReseptsystem 	Legekantor, helsetilsyn	Før innf.

Noen av de positive effektene og risikoen som omhandler pasientene er analysert i kapittelet om pasienter. Tiltakene der NAV er aktør er behandlet i delen om HELFO. Resten er behandlet under Reseptformidleren og e-reseptprogrammet.

Tabell 5.3: Plan for nytterealisering - spesialisthelsetjenesten

Forventede positive effekter		
<ul style="list-style-type: none"> • Enklere og mer gjenbruk av resept-og legemiddelinformasjon • Bedre oversikt over pasientens legemidler i bruk (reseptformidleren) • Håndskrevne resepter fases ut • Enklere tilgang på informasjon om regelverk og varekatalog (forskrivningsstøtte) 		
Forventede negative effekter		
<ul style="list-style-type: none"> • Økt tidsbruk pga <ul style="list-style-type: none"> • elektronisk signering • oppslag i reseptformidleren • krav om papirutskrift i tillegg • Mindre oversikt i reseptarbeidet for medarbeidere og økt fare for visse typer feil og manglende oppfølging • Bruk av ulike vareregistre hemmer kommunikasjon og øker risikoen for feil 		
Risiko		
<ul style="list-style-type: none"> • Bruk av eResept tar mye tid • Pasienter ønsker papirutskrift • Intern rekvirering av legemidler blir ikke samordnet med eResept • Legene tar ikke i bruk funksjonalitet i reseptformidleren • Legene tar ikke i bruk elektronisk søknad til NAV og Legemiddelverket • Forsinket implementering pga krav til kobling til intern rekvirering/manglende prioritering 		
Tiltak	Ansvar	Tid
<ul style="list-style-type: none"> • eResept og intern rekvirering av legemidler må sikres samordning og bruke samme varekatalog 	Regionale IKT enheter, SLV	Før
<ul style="list-style-type: none"> • Funksjonalitet, brukergrensesnitt og hastighet, inkl. sikkerhetsprosedyrer må brukbarhetstestes og testes teknisk grundig før implementering 	Regionale IKT enheter, eResept-program	Før
<ul style="list-style-type: none"> • Informasjon til systemeier knyttet til funksjonalitet i eResept systemet • Opplæring av helsepersonell 	eResept program, Før Helse-foretak	Under
<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide internkontrollrutiner i forhold til eResept systemet 	Helse-foretak, Helsetilsyn	Før

I min analyse er primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten behandlet sammen. Jeg har kun intervjuet leger som er fastleger eller legevaktsleger. Deler av spesialist-tjenesten som privatpraktiserende spesialister har lignende arbeidshverdag som fast-legene. Den delen av spesialisthelsetjenesten som inkluderer sykehusene er planlagt inkludert i e-resept i fremtiden. Intern rekvirering og håndskrevne resepter er særlig brukt på sykehus.

Tabell 5.4: Plan for nytterrealisering - helseeffekter

Forventede positive effekter		
<ul style="list-style-type: none"> • Behov for avskrift/manuell overføring av data mellom systemer forsvinner • Det blir et mer transparent resepsystem • Motvirker «legeshopping» • Legenes forskrivningsvare blir mer synlig • Lege og apotekene får bedre oversikt over uttak og intervensjoner • Legger til rette for aktiv integrert beslutningssøtte med muligheter til: • Færre utilsiktede hendelser • Leger følger anbefalt behandling 		
Forventede negative effekter		
<ul style="list-style-type: none"> • Kontroll og oppfølging fra medarbeider blir mindre • Økt kompleksitet/flere muligheter stjeler oppmerksomhet • Pårørende og andre blir mindre involvert når papirresepten blir borte • Redusert kontinuitet i forhold til oppfølging av apotek 		
Risiko		
<ul style="list-style-type: none"> • Flere utilsiktede hendelser <ul style="list-style-type: none"> • Medarbeidernes kontroll og oppfølgingsrutiner blir svekket • Økt kompleksitet, virker trettende ergonomisk og kognitivt • Forskrivningsstøtte blir ikke tatt i bruk • Legene tar ikke i bruk funksjonalitet i reseptformidleren <ul style="list-style-type: none"> • Trekke tilbake resepter • Se etter andres resepter 		
Tiltak	Ansvar	Tid
<ul style="list-style-type: none"> • Utvikle integrert og aktiv beslutningsstøtte 	Legemiddelverket	Snarest
<ul style="list-style-type: none"> • Legge stor vekt på utvikle systemenes brukergrensesnitt og funksjonalitet 	leverandører, eResept-program	Før innf.
<ul style="list-style-type: none"> • Informere og forberede brukerne om risiko for feil og om forebygging 	eResept-program	Før innf.
<ul style="list-style-type: none"> • Organisere nye sikkerhetstiltak og utarbeide kontrollrutiner i forhold til eReseptsystemet 	aktørene, Helsetilsynet	Før og under innf.
<ul style="list-style-type: none"> • Lage en informasjonsberedskapsplan for situasjoner der utilsiktede hendelser oppstår 	eResept-program, DNLF	Før innf.

Helseeffektene er ikke plassert hos en enkelt aktør. I analysen min er de ulike effektene, risikoene og tiltakene analysert hos de aktørene der de hører hjemme, flest under legekontor, men også pasienter, FEST, apotek og reseptformidleren.

Den største risikoen i følge nytterrealiseringplanen (Apoforsk et al., 2008b) er økt tidsbruk. Andre risikoer er at legene blir utrygge på sikkerheten i systemet, at pasienter eller hjemmesykepleie ønsker papirutskrift, økte kostnader og risiko for flere utilsikta hendelser. Utilsiktede hendelser kan oppstå på grunn av svekket oppfølging og svekkede rutiner, og på grunn av økt kompleksitet i datasystemene. Likeledes er det en risiko for at funksjonalitet i reseptformidleren ikke blir tatt i bruk.

Nytterrealiseringplanen (ibid.) foreslår også en rekke tiltak rettet mot legekontoene. Innenfor helseområdet foreslår rapporten å legge stor vekt på utvikling av brukergrensesnitt og funksjonalitet. Planen oppfordrer til å informere og forberede brukerne på risiko for feil og forebygging. Aktørene må organisere nye sikkerhets tiltak og utarbeide nye internkontrollrutiner.

5.3.2 Rambøllrapporten

Rapporten fra Rambøll (2010) forventer at e-resept vil gi bedre arbeidsflyt og organisering hos rekvirentene. Funksjonene i e-resept og bedre sammenstilling av informasjon skal gjøre det enklere å skrive ut riktige resepter. Det vil ta lenger tid å fylle ut reseptene på grunn av krav om flere opplysninger. Det er også en risiko for at signeringsprosessen vil ta lang tid. Men færre henvendelser til rekvirenten på grunn av feil eller manglende utfylte resepter vil ta mindre tid. Rekvirentene vil få de effektene som er nevnt for rekvirenter under apotek (del 5.4), pasienter (del 5.2), FEST (del 5.7) og HELFO (del 5.6).

E-resept vil, i følge rapporten, gi mer fullstendig utfylte resepter, og bidra til å redusere legemiddelfeil. Faglitteraturen hevder beslutningsstøtte er den faktoren som gir effekt i forhold til å redusere medisineringsfeil. Studiene er dog tvetydige, og fokuserer bare på tiden kort etter innføringen (ibid.). For å redusere antall medisineringsfeil trengs det grundig teknisk testing, bortlukning av brukergrensesnittsproblemer og innføring av beslutningsstøtte, i følge rapporten. Dette kan gi en reduksjon i antall utilsikta hendelser med 5–15%.

5.3.3 Fornyning av resept

Håkonsen og Dønnum (2011) anslår at 30-50% av reseptene som blir skrevet ut er fornyelser av tidligere resepter. Fornyning av resepter har ikke stort fokus i nytterrealiseringsplanene, men er nevnt i Apoforsk et al. (2008b) i forbindelse med medarbeidernes kontroll og oversikt. I intervjuene var det et tema flere leger og legesekretærene tok opp.

Mange av henvendelsene om fornyelse kommer utenfor konsultasjonene, via telefon, ved oppmøte i luka og ved bestilling over SMS eller internett. Det varierer i

hvilken grad legesekretærene er involvert i dette fornyingsarbeidet. I mitt materiale var det både et legekantor hvor legesekretærene fornyet de aller fleste reseptene og legen kun signerte, og et legekantor hvor legesekretærene kun ga beskjed om fornyelse til legen. Legesekretærenes arbeid er beskrevet videre i del 5.3.6.

Det varierer hvor mye tid legene bruker på fornyingsprosessen. En lege signerte reseptene raskt, uten å sjekke i journalen for hver resept. En annen lege forteller at det kan være mye arbeid med fornyelsene: «Idag kom jeg klokka sju, og satt med resepter som ble bestilt i går, og de satt jeg og holdt på med i halvannen time, nesten.» Ofte er det mer arbeid enn kun å signere resepten:

Enkelte ganger er det veldig godt betalt hvis det er en helt [...] kurant blodtrykksmedisin og de nettopp har vært på kontroll. Men andre ganger må du kanskje sende brev om at de må på kontroll, eller du må ringe og spørre om det var sånn eller sånn. Eller du må kanskje avise en resept, [...] eller du må bruke mye tid på å sjekke.

Legen nevner flere grunner til at reseptarbeidet tar mye tid.

Jeg er ganske ny fastlege her, på en ny liste, så det var litt annerledes der jeg var [...] [før] for der var journalene mye bedre oppdatert. Sekretærene la inn resepter, [de] [...] hadde litt kontroll på hva de brukte å få og om de hadde vært på kontroll. Sånn er det ikke her. Her er det litt mindre organisert. [...] Det tror jeg ikke har så mye med e-resept å gjøre.

Men hun tror også at e-resept gjør at man tenker mer over hva man signerer. «Før så hadde du en bunke med resepter, og så kunne du signere. Men det er klart at, det at du har det på dataen og at du sender det, kan og gjøre at du tenker mer over – at det blir en bedre kontroll i hvilke medisiner som blir foreskrevet.» «[A]t man nå, i større grad, sjekker det selv er positivt. Men det tar lenger tid.»

Fornyning av resepter er en viktig del av reseptarbeidet. Ofte fornyes reseptene uten at pasienten er tilstede. For noen leger har overgangen til data gjort at man sjekker resepten mer nøye, mens andre leger signerer resepten uten mer kontroll enn tidligere.

5.3.4 Tidsbruk

Før innføringen forventet noen leger at søknaden om godkjenningssfritak ville bli mindre tidkrevende. «Jeg håper at det styret blir litt enklere å søke om nå». I tillegg trodde noen av legene at det ville ta mindre tid å oppdatere medisinlister etter sykehusopphold og lignende. Forøvrig trodde legene tidsbruken ville bli omtrent som før. En lege var redd signeringsprosessen ville ta lang tid. «[D]et kan være titalls ganger du skal signere, og hvis signeringsystemet er veldig tregt, sånn som

vi har det per i dag, så tar det et og et halvt minutt å signere en sykemelding, for eksempel.»

Etter innføringen opplever de fleste legene at e-resept tar mer tid enn før. Det er flere grunner til dette: flere henvendelser, at det tar lang tid å sende reseptene, at datasystemet er tregt og at strengere krav til utfylling tar mer tid.

Det er tidsbesparende for helsesekretærene at pasientene ikke lenger kommer for å hente reseptene ved fornyelse.

Noen av legene opplever at det er flere henvendelser fra hjemmesykepleien: «hjemmesykepleien bestiller veldig mange resepter, for de har mista litt kontroll, [...] [de] bestiller [...] nytt for sikkerhets skyld». Legene bruker også mer tid eller samme tid på kontakt med apotek. «Apoteket ringer kanskje enda mer enn før.»

Når det gjelder hvor lang tid det tar å sende reseptene, så er opplevelsen ulik mellom legene. To av legene opplever at det er raskt å sende e-resept «Man må sende to eller tre ganger. [...] Men så lenge ikke systemet henger, så går det fort.». De andre opplever at sendinga av e-resept kan ta lang tid: «det er jo ikke veldig tregt, men det er jo sånn at du sitter og må vente.» «Hvis jeg lager mange resepter, så må [...] [jeg] ta [...] en kopp kaffe mens den tenker og sender.» Både brukere av WinMed og SystemX opplever at det tar lang tid å sende e-resepter.

En annen kilde til økt tidsbruk er feil og mangler i datasystemet. «[E-resept] fungerer ikke første gang man logger på. [Jeg] må logge på to ganger hver morgen. Systemet er tregt. Det var enda tregere i starten, det har blitt litt bedre, men fortsatt for tregt.» En annen lege opplever at systemet fryser midt i sendinga av resepter «så kommer [...] [programmet] til resept nummer fem, og så stopper det. Så står det og surrer og surrer og surrer, og da må jeg avbryte og gå ut av, exit, inn igjen, inn på nytt igjen. Så dette her er ikke tilfredsstillende.»

E-resept har også strengere formkrav til reseptene. Det kan gi riktigere resepter, men krever også mer tid. En lege forteller at hun må skrive reseptene på nytt på grunn av småfeil: «[...] du har skrevet resept på “bleier”, men det må spesifiseres at det er “truse-bleier”, det går ikke at det er “bleier”, [...] og så må det gjøres på nytt».

5.3.5 Bruk av funksjonene

Mange av effektene for HELFO og pasientene forutsetter at funksjonaliteten i reseptformidleren blir tatt i bruk. Funksjonene er også viktig for å koordinere legemiddelinformasjonen mellom ulike rekvirenter.

Bruken av funksjonene i e-resept er avhenging av tre faktorer:

- At rekvirentene kjenner til funksjonene
- At rekvirentene ser nytten av funksjonene

- At funksjonene er greie å bruke

Del 5.7.1 og 5.8.3 viser at noen av funksjonene og FEST er ukjent for en del av legene. Her vil jeg diskutere hvilken nytte legene ser av de ulike funksjonene og hvilke funksjoner legene forteller at de har brukt. Noen av problemene med funksjonene er dekket i del 5.3.8 om brukergrensesnitt.

Før innføringen så legene at det kunne være nyttig å se hva andre hadde skrevet ut av resepter til pasienten. Dette var ikke noe som ville bli brukt ofte, men kunne være nyttig ved mistanke om misbruk eller dersom pasienten ikke husket hvilke legemidler han eller hun hadde fått. Etter innføringen er det ikke alle legene som har tatt dette i bruk: «det har jeg ikke sett noe på i det hele tatt, foreløpig. Men det kan jo hende at blir nyttig.»

En av legene som ikke har brukt funksjonen mye forklarer:

Jeg har ikke brukt det noe særlig. Ulempen er at den på ingen måte er noen sånn offisiell oversikt over hva de bruker, så det kan jo like godt være de bruker medisiner som ikke står der, som de har fått av en lege som ikke har e-resept eller ikke har fått resept på en stund. Man skal ikke stole blindt på den lista.

Denne legen ser heller ikke så mye bruk for den funksjonen på legevakt: «Når jeg er på legevakt så er det mere typisk bare behandle en infeksjon der og da, ikke så mye langsiktig.»

Melding om utlevering kommer som utleveringsmeldinger i WinMed. Det har skapt litt ulike reaksjoner. En lege synes utleveringsmeldingene mest er plagsomme: «Her står det “utlevering”, det trykker jeg bort, jeg orker ikke se på de engang. Og her “resept er blitt slettet” - det her orker jeg ikke bekymre meg om.»

Utleveringsmeldinger er kommunikasjon fra apoteket til rekvirenten om hva som faktisk ble ekspedert. En lege ble overrasket over hvilke bytter apoteket gjorde før utlevering: «det [kom] ofte [...] melding fra apoteket om at de hadde gjort endring, [...] [u]tleveringsmelding [...] [. N]oen ganger hadde de gitt ut 100 tabletter isteden for 20 og [...] [o]g det mener jeg må [...] [være] feil.» Det virker som denne funksjonen er mer synlig i WinMed enn SystemX. Noen leger leser utleveringsmeldingene, mens andre ignorerer dem.

Utleveringsmeldinger er den måten legemiddelinformasjon kommuniseres fra en rekvirent til en annen, dersom man ikke aktivt går inn å sjekker pasientens resepter i reseptregisteret. Dersom utleveringsmeldingene ikke blir lest, eller det ikke blir gjort oppslag i reseptformidleren, kommer ikke den potensielt viktige informasjonen inn i pasientens journal.

Av de to legene jeg spurte om tilbakekalling av resept, var det en av legene som hadde brukt funksjonen. Funksjonen var grei å bruke: «det er jo like enkelt som å sende.» Hun mener funksjonen blir brukt mest til å rette på feil på resepten:

«jeg har jo [...] [savnet] det hvis jeg har skrevet feil dosering for eksempel, å nei, det var 40 milligram, ikke 20 milligram». Den andre legen hadde ikke brukt funksjonen enda. «Men veldig fint at muligheten er der. Nesten nødvendig å ha der.»

I e-resept må man tilbakekalle resept ved endring på resepten (i de fleste EPJ-systemene). Dette var litt uklart for iallefall en av legene.

[S]å vet ikke jeg hvordan det blir når [...] en person skal ta to sukker-syketabletter per dag, og så kommer [...] [pasienten] til meg måneden etter og så forandrer jeg til tre per dag. Da har jeg allerede sendt en resept for ett år på to per dag, og så må jeg sende en ny en for tre per dag. [...] [Jeg] snakka med apoteket om det og de visste de ikke de heller. [...] [D]a må jeg gå inn å slette den for to per dag, ellers ligger det for ett år framover [...] to [resepter]. Hvordan apoteket henter ut, det vet ikke jeg.

Låst resept var ukjent for flere av legene, både før og etter innføringen. Én lege forteller hun har brukt låst resept. «Det var en utenlandsk pasient, som ikke hadde personnummer. Og det styra jeg fælt med, for en får jo en rutine på ting. Jeg kan vanlig e-resept, men de der lukka reseptene, det var [...] det litt styr med.» Det kan være at det ikke er så stort behov for låste resepter. Men det kan også være at befolkningen ikke kjenner godt nok til muligheten, og derfor ikke ber om låst resept, selv om de skulle ønske å bruke det.

Det er fullt mulig å skrive e-resepter uten å bruke funksjoner som tilbakekalling av resept og oppslag i reseptformidleren. Men uten disse funksjonene vil man ikke få alle effektene e-resept skulle gi. Legene ser delvis nytte av funksjonene og har delvis tatt de i bruk. Med bedre informasjon om motivasjonen bak e-resept (se del 5.8.3) ville legene bedre se den fulle nytten av funksjonene, noe som kunne ført til økt bruk og større gevinster.

5.3.6 Helsesekretærenes arbeid

Legesekretærene er viktige i arbeidet med å skrive resepter. Før innføringen fryktet en av legene at legesekretærene ikke lenger kunne gjøre klar reseptene. Ingen av de andre legene trodde at arbeidsfordelingen mellom dem selv og helsesekretærene ville forandres med e-resept. Etter innføringen er det heller ingen som forteller om endringer i arbeidsfordelingen.

Etter innføringen forteller både en lege og helsesekretærene at de sparer tid med e-resept. Legen forteller: «De slipper [...] å skrive ut reseptene og legge dem i hyl-lene våre til signering og få dem tilbake og så kommer pasientene og henter dem, så egentlig så [...] er det jo arbeidsbesparende for sekretærene.» Helsesekretærene påpeker at de sparer tid når det er færre henvendelser for å hente resepter.

På to av legekantorene var helsesekretærene ansvarlig for å skrive fornyede resepter, mens på det tredje legekantoret ga helsesekretærene beskjed til legen, som selv måtte skrive den fornyede resepten. Denne legen hadde byttet arbeidssted og merket forskjellen. Der «[la] sekretærene [. . .] inn resepter på [datasystemet] — [de] hadde litt kontroll på hva de brukte å få og om de hadde vært på kontroll. Sånn er det ikke her. Her er det litt mindre organisert. Mer arbeid med å sjekke.»

I observasjonen så jeg hvordan legesekretærene fungerte som en koordinator mellom pasient og lege. I løpet av observasjonen kom det inn henvendelser om fornying per telefon, i luken og på SMS. Sekretærene skrev resepten, ga beskjed til pasienten at resepten var klar dagen etter, og la resepten til signering for lege. Ved forespørsel om ny resept, skrev sekretærene beskjed til legen.

I løpet av observasjonen observerte jeg en samtale hvor pasienten var på apoteket og ikke hadde fornyede resepter. Legesekretæren skulle ordne det så det ble klart «om en liten stund». I en annen telefon gikk pasient og legesekretær igjennom hvilke medisiner som var skrevet ut til vedkommende. Det var også en telefon der det var spørsmål om en resept var skrevet ut. Vedkommende fikk beskjed om å ringe apoteket, for det så ut som resepten var skrevet ut, men ikke hentet. Legesekretæren var usikker og ba pasienten eventuelt ringe tilbake. Litt senere ringte pasienten, resepten var ikke hos apoteket. Pasienten og sekretæren ble enig, og sekretæren ordnet resepten.

Det kom også inn en forespørsel om fornyelse av resept via SMS-systemet. I denne situasjonen diskuterte legesekretærene seg i mellom om de skulle behandle eller vente med å behandle forespørselen, siden pasienten hadde fått resept allerede, men ikke hentet ut på resepten. Vanligvis får pasienten svar på forespørselen med en gang, om at resepten er klar dagen etter. I et tilfelle jeg observerte, ville legesekretærene vente med å gi tilbakemelding, siden forespørselen var på et B-preparat. De ville vente i tilfelle legen ikke ville skrive ut resepten.

Legesekretærene fortalte at de fleste henvendelsene om fornying kom per telefon. Noen henvendelser kom i luka på legekantoret og to til tre henvendelser kom per SMS hver dag. Av og til kan det være vanskelig for helsesekretærene å finne ut hva pasientene mener: «vet nå ikke helt hva den heter, firkanta, blå . . .» Pasientene tror vi vet alt. Pasientene husker ikke navn, men beskriver medisinene», forteller sekretærene.

Ved fornying av resepter fortalte legesekretærene at de sjekket når pasienten fikk medisin sist og hvilken styrke de fikk. Det virket som tilgang til resepthistorikk var viktig for å skrive ut riktige resepter. De opplevde utfordringer med brukergrensesnittet i arbeidet sitt (se del 5.3.8). I arbeidet med reseptene tok legesekretærene i bruk oppslag i reseptformidleren for å se gyldige resepter og utleveringsstatus.

Legesekretærenes jobb er viktig i reseptarbeidet, og deres jobb gjør at legene kan arbeid mer effektivt. Sekretærene fungerer som bindeledd mellom pasient og lege. Det virker som de har like god oversikt nå som tidligere, og tar i bruk

e-reseptfunksjonaliteten i arbeidet sitt.

5.3.7 Rutiner og internkontroll

Både Apoforsk et al. (2008b) og Rambøll (2010) legger vekt på utarbeidelsen av nye internkontrollrutiner. Apoforsk et al. (2008b) er også klar på faren for flere feil på grunn av svekkede rutiner.

Ingen av legene eller legesekretærene har forandret på rutinene sine, utenom på et punkt: rutinene for når reseptene signeres. Det er kritisk at oppfordringen om å utarbeide internkontrollrutiner ikke er kommunisert og oppfattet godt nok. Dette kan også sees i sammenheng med utfordringer i samarbeidet med hjemmesykepleie (se del 5.5.3) og manglende informasjon om rutiner ved feil (se del 5.8.3).

Helsedirektoratet (2012c) anbefaler legekantorene å utarbeide rutiner for når reseptene blir signert. Legene forteller om lignende rutiner på de ulike legekantorene:

[S]ekretærene har fått beskjed om å si at resepten kan hentes dagen etter. [L]egen har dagen på seg til å signere, [...] såfremt det ikke er noe spesielt [tidspunkt] pasienten trenger den til, [...] [isåfall] får vi beskjed om det. Vi har som rutine at [...] vi prøver å signere før lunsj og før vi går hjem.

Legesekretærene forteller om lignende rutiner: «Legene tar det litt utover dagen. Om det samles opp til slutten av dagen blir det for mye å gjøre på en gang. Vi har «bortskjemte pasienter». Andre [legekontor] er mye strengere på at det først blir klart i morgen. [Legene s]kal signere før lunsj og før dagen er slutt.»

I nyttrealiseringsplanene er det lagt vekt på internkontrollrutiner og endringene av dem. I informasjonen fra Helsedirektoratet til legene er dette byttet ut med rutiner for tidspunkt for signering av reseptene. Dette skiftet kommer også fram i evalueringen av e-reseptpiloten (Håkonsen og Dønnum, 2011).

5.3.8 Reseptmodul og brukergrensesnitt

Både nyttrealiseringsplanen (Apoforsk et al., 2008b) og vurderingsrapporten (Rambøll, 2010) legger stor vekt på utviklingen av et godt GUI for e-reseptmodulene. Mange av de manglene og irritasjonsmomentene legene og legesekretærene nevner, er nettopp knyttet til brukergrensesnittet.

Legene jeg har intervjuet har brukt EPJ-systemet WinMed og eller SystemX. SystemX har innebygget støtte for e-resept, mens WinMed versjon 2.X bruker e-reseptmodulen som er utviklet av e-reseptprosjektet for å sende e-resepter. Det

kan være vanskelig å si om feilene og manglene legene opplever er på grunn av reseptformidleren, e-reseptmodulen, journalsystemet eller andre faktorer.

E-resept er et relativt velfungerende IT-system (se del 5.8.5), også sammenlignet med andre lignende endringer som er innført i helse-Norge de siste årene. Legene trekker frem elektronisk sykemelding: «[Den] nye sykemeldingsordningen [. . .] kom uten noe informasjon» og «det [tar] ett og et halvt minutt å signere en sykemelding». Et annet system som blir trukket frem er elektroniske henvisninger: «Elektroniske henvisninger stoler jeg ikke på, så da tar jeg alltid ut i papir og sender i tillegg. For det ender opp med at pasienten må kjøre herifra [. . .] inn til byen, og så sitter de uten en henvisning inne i byen.»

En av legen er veldig fornøyd med e-resept: «det var [. . .] enkelt å bruke systemet». De andre legene har flere ting å utsette på dataprogrammene. Denne forskjellen kan komme av at legene bruker ulike EPJ-system, og dermed ikke opplever de samme manglene.

Alle erfaringene som blir beskrevet her, ble fortalt av leger jeg intervjuet etter at de hadde innført e-resept. Legene sier at det er vanskeligere å få oversikt enn før, det mangler mulighet for søk, programmet er tregt og ting må gjøres dobbelt opp. Det er også noen ting som en vanskelig å forstå, og både reseptformidleren og FEST kommer med mange meldinger.

Legene som bruker WinMed og reseptmodulen klager over at det er vanskeligere å få oversikt enn før. Det er mange ting som bidrar til dette. Det er mange tastetrykk mellom der resepten signeres og journalbildet som inneholder tidligere forskrevne ting, i følge en lege. Legesekretærene påpeker i tillegg at fornyede medisiner ikke kommer på toppen av lista over medisiner, så det er mer krevende å følge med.

En del medisiner går det ikke an å fornye. De må da legges inn på nytt, og historikken forsvinner, forteller legesekretærene. De viser meg også hvordan resepter som var skrevet ut før innføringen ligger som «frossen» tekst i journalen, som et bilde. Den informasjonen kan ikke importeres eller kopieres når nye resepter skal skrives ut.

Før var det også enklere å se hvor mye A- og B-preparater en pasient hadde fått forskrevet den siste måneden eller de siste tre månedene. Det savnet både en lege og legesekretærene.

To leger savner å kunne søke i eller sortere medisinene. En lege forteller at det er slitsomt å fornye når pasienten bruker mange medisiner, og det er et «gammelt» preparat som skal fornyes. Et annen lege savner også funksjon for å søke i gamle resepter: «Enkelte har jo lange lister her», sa han mens han viste meg en side med gamle resepter i journalsystemet.

Det er også noen handlinger som krever ekstra arbeid fordi de ikke fungerer godt. Særlig er det en del medisiner som av ukjent grunn ikke lar seg fornye. Legesekretærene viste meg et slikt tilfelle hvor de fikk beskjed om «manglende preparat».

Dette skjedde for medisinene *Simvastatin* og *Albyl-E*, begge blant de mest brukte legemidlene i Norge (Apotekforeningen, 2012). En annen lege forteller at forbruksmateriell må legges inn på nytt. En tredje lege opplever at hun alltid må logge på systemet to ganger for at det skal fungere.

En av legene som brukte SystemX opplevde at søknad om godkjenning fritak ikke fungerte som det skulle. «må vi skrive [...] [s]øknaden [om godkjenning fritak] uansett, [selv] om de har vedtaket fra før. [...] [Det] har allerede vært søkt, og de har fått innvilget søknaden. Vi skal bare fornye resepten, og så må vi skrive søknaden på nytt. [...] [D]et er veldig tungvindt.»

Både leger som har brukt WinMed og som har brukt SystemX har opplevd at de trenger starte programmet på nytt. I SystemX har det med at samspillet med Medi-Link ikke alltid virker. I WinMed blir systemet så tregt at man må gå helt ut og starte det på nytt. Legen det gjelder forteller at det kan skje flere ganger om dagen.

Andre synes også systemet er tregt. En lege opplever at det har blitt raskere enn det var når de startet med e-resept, men at det fortsatt er tregt. Legesekretærene forteller at WinMed «henger» etter å ha brukt e-reseptmodulen.

To av legene kommenterer på hvorvidt det er lett å trykke feil i programmet. I System X, forteller den ene legen, henger system litt dersom varen legen har valgt ikke er i varekatalogen. «Da må jeg velge en pakning som er i varekatalogen. Og da henger den litt, så at jeg må sørge for [at jeg velger riktig vare]».

En annen lege, som også bruker SystemX forteller at det skjer hun trykker feil:

[N]år du trykker inn på resepten, jeg trykker ofte feil, for du har en R og en P. Så når du skal inn på regnskap, så skal du inn på P-en, og resepten er på R. Men jeg tenker «Regnskap» og da blir det ofte at jeg i farten trykker feil. Og hvis du først trykker feil og går inn på resepten når du ikke skal, blir det sånn at man sitter og tvinner tomler mens at det åpner seg, for så å gå ut igjen.

Dette er ikke noe som får kritiske konsekvenser, men det er plagsomt og tidkrevende i hverdagen.

Både en lege og legesekretærene påpekte at det ikke var alt som var enkelt å forstå i systemene. Legen stusset over spørsmål fra reseptformidleren om godkjenning av byttet apoteket hadde gjort ved utlevering. Legesekretærene var usikre på noen av symbolene i reseptmodulen: «vi vet ikke hva alle symbolene betyr» mens de viser meg en K med sirkel rundt.

I WinMed får legene utleveringsmeldinger i «signeringsinnboksen». En lege synes det er for mange meldinger som kommer. Andre leger reagerer på at det kommer så mange advarsler fra FEST. For mange meldinger som oppleves urelevante, kan gjøre at legene ignorerer innholdet i disse meldingene.

Reseptmodulen og e-reseptstøtten i WinMed fungerer godt nok til å sende e-resepter. Samtidig har reseptmodulen mangler som gir mindre oversikt for legen og legesekretærer, og e-resept er delvis tregt og tungvint å bruke. I System X er det særlig problemer med resepter med godkjenningsfritak. I tillegg er det dyrt tidsmessig å velge feil i brukergrensesnittet. Det er lagt mye vekt på å lage en driftssikker løsning, men det kunne vært gjort mer for å lage en enda mer brukervennlig løsning.

5.3.9 Legemiddelfeil

Manglende samsvar mellom ulike medisinlister oppfattes som et problem, også av de legene jeg intervjuet. «Det er et problem, at medisiner forandres uten at fastlegen vet om det. Så hjemmesykepleien kan ha en liste, og vi en annen liste, og det er ikke bra.»

Samtidig er det ikke alltid like enkelt når medisinlistene oppdateres. Legesekretærene forklarer at det kan bli misforståelser når legen fører inn forandringene uten å skrive ny resept. Da ser det ut som om det er skrevet ut ny resept. Det kan også være at man ser etter medisinen feil plass i datasytemet i følge legen:

Det er to system, det er faste medisiner og så er det medisiner. Og jeg bruker alltid faste medisiner som hovedbilde. Men hvis sekretæren for eksempel går inn på medisiner så kan de finne en medisin der, som kanskje er skrevet ut for to måneder siden, men så er det forandra på fastlista, og da blir det feil.

Før innføringen spurte jeg legene om rutiner for å oppdage feil. Først og fremst er det apotekene som oppdager feilene: «noen ganger ringer apoteket og spør: er det virkelig sånn at du mente å skrive sånn og sånn? Tidligere har de brukt en sånn dose.» Det hender også at pasientene oppdager feil: «det hender at apoteket gir ut feil styrke, for eksempel, og da er det ofte pasienten selv som merker at det ikke stemmer med resepten, som han fikk i handa.» Hjemmetjenesten oppdager også feil: «Så kan det være at hjemmesykepleien, ofte hvis de tilfeldigvis kommer med ei liste over de faste medisinene, kan man se at det ikke stemmer overens med den lista vi har i våres system.»

Legesekretærene forteller at når sykehuset endrer på medisinene til en pasient, så er det først når disse medisinene skal fornyes at systemene synkroniseres. Da ser de forandringene, undersøker saken og oppdaterer systemet.

E-resept stiller strengere krav til hvordan resepten skrives. Det er flere felt som må fylles ut, og feltene blir sjekket for riktig innhold. Det er en risiko for at for detaljerte krav kan fikse uviktige feil samtidig som alvorlige feil oversees.

Legene forteller at de må forandre måten de skriver resepter på. En lege forteller at det er mer omstendelig å skrive fritak for generisk bytte. Hun opplever også

at apoteket ringer om feil de tidligere ikke ville ringt om som feil produsent og varenummer.

Den første legen opplevde også å måtte forandre hvordan han skrev resepten:

Her har det vært litt surr, du ser den B-en der, det står for *behov*, og så er det *kurer* og så er det *fastmedisin*. Men når jeg trykker inn på en kur, så må jeg skrive en utløpsdato for den kuren. Om det er sju eller åtte eller ti dager eller sånn. Det orker ikke jeg å regne ut. Derfor kuttet jeg ut å bruke kur. Så brukte jeg behov istedenfor. Behov og fastmedisin kommer på fastmedisin. Så når jeg skal skrive en henvisning, så kommer fastmedisiner automatisk på henvisningsblanketten til sykehus. Men så plutselig kom kurer med der og. Så nå har jeg begynt å bruke kur, for å unngå det problemet. Da må jeg heller ta meg tida til å regne ut. For hvis jeg trykker inn en *Doxylin* [(viser på skjermen)], det er en vanlig kur, så må jeg trykke fast, behov eller kur. Så hvis jeg trykker kur, så må jeg sette en dato her. Da må jeg regne ut hvor mange tabletter, for eksempel ti stykker da, og så må jeg liksom regne meg frem til når den kuren er slutt. [. . .] Vi gjorde ikke det før.

E-resept gir nye muligheter for å forhindre legemiddelfeil. Funksjonen for å tilbakekalle resepter bidrar til at pasienter ikke henter ut medisiner på resepter som ikke lenger er riktig. Oversikten over utleverte legemidler og legemidler skrevet ut av andre leger gir viktig informasjon ved utskriving av nye resepter.

Det finnes også noen risikomomenter i e-resept med tanke på fare for legemiddelfeil. Dårlig oversikt i GUI er en fare, særlig under tidspress. En av legene forteller hvordan det var under ferieavviklingen: «Da måtte man signere for andres pasienter, man hadde ikke oversikt, man hadde ikke mulighet [tidsmessig] til å bli fram og tilbake for å sjekke.» Dette er strid med forventningene fra Apoforsk et al. (2008a, s. 30) «Med eResept blir det lagt til rette slik at for resepter som er oppført på signeringslista, blir det enkelt å samtidig slå opp i journalen. Det kan representere en kvalitetsforbedring.» Det ligger også en risiko i det at pasienten ofte ikke leser resepten mellom forskrivning og uthenting.

E-resept har både gitt noen nye verktøy for å redusere legemiddelfeil og introdusert noen nye risikoelementer. Funksjonene i e-resept kan gi bedre oversikt og kontroll. Det at pasienten ikke får lest resepten og at reseptmodulen er uoversiktlig kan føre til at forskrivningsfeil og utleveringfeil ikke blir oppdaget. E-resept stiller strengere krav til resepten. Det er uvisst om disse kravene vil redusere antallet alvorlige feil, eller om kravene vil kreve mer tid for kun å fikse på tekniske feil.

Tabell 5.5: Plan for nytterealisering - apotek

Forventede positive effekter		
<ul style="list-style-type: none"> • Bedre oversikt over pasientenes totale legemiddelbehandling • Bedre mulighet for kontroll mot dobbelforskrivning • Mindre behov for kontakt med forskriver pga feil og generisk bytte • Papirarkiv med resepter for pasient blir overflødig • Registrering av resepter vil bli mindre tidkrevende 		
Forventede negative effekter		
<ul style="list-style-type: none"> • Redusert mulighet til å oppdage visse typer reseptfeil • Økt tidsbruk ved mottak av resepter på grunn av: <ul style="list-style-type: none"> • Vurdering av alle pasientens resepter • Behov for utskrift og drøftelser med pas. før valg av legem. til utlev. kan foretas • Mer behov for kontakt med forskriver hvis pasienten ikke vet hva som skal eksp. • Merarbeid knyttet til utlev. av legem. til hj.sykepl., pårørende og andre 		
Risiko		
<ul style="list-style-type: none"> • Økt tidsbruk ved behandling av resept • Mer komplisert samhandling med pleie og omsorgstjenesten i kommunene • Større utfordringer ved opplæring av personale, særlig deltidsansatte og vikarer • Kort lagringstid for uteksp. resepter kan bli en utfordring hvis bytte av apotek øker 		
Tiltak	Ansvar	Tid
<ul style="list-style-type: none"> • Apotekenes intranett må ha en alt. løsning for å få kontakt med Reseptformidleren 	eResept-program, NAF-Data	Under innf.
<ul style="list-style-type: none"> • Farmasøyter bør få tilgang til adm. informasjon om pasientene i NAV 		
<ul style="list-style-type: none"> • Informasjon/opplæring i apotekene knyttet til funksjonalitet i eResept 	NAF-Data, apotekeier, enkeltapotek	Under innf.
<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide internkontrollrutiner for håndtering av avbrudd, manglende resepter etc. 	Apotekeier, enkeltapotek, helsetilsyn	Før innf.
<ul style="list-style-type: none"> • Rutiner for ansvar, fullmakter og legitimasjon ved utlev. til tredjepart - sentrale retningslinjer (evt. forskrift) og internkontroll 	Helsedirektoratet, apotekeier, enkeltapotek	Før innf.
<ul style="list-style-type: none"> • Resepter bør oppbevares i Reseptformidleren i tre måneder etter utløpsmåned eller siste eksp.måned 	eResept-program	Etter innf.

NAF-Data: skiftet navn til Espire i begynnelsen av 2012. Leverandør av FarmaPro, som brukes av alle apotek i Norge. Mange av effektene, tiltakene og risikoene under apotek blir ikke påvirket av eller påvirker ikke legenes arbeid. I analysen i denne oppgaven er kun to effekter med: mer eller mindre kontakt mellom forskriver og apotek, og oversikt over uttak og intervensjoner.

Tabell 5.6: Plan for nytterealisering - bandasjist

Forventede positive effekter		
<ul style="list-style-type: none"> • Lettere tilgang til gyldige resepter • Lettere å registrere resept i systemet mht pasientidentitet, fullstendig vareregister (FEST) m.v. • Mindre tid brukt på registrering av resepter • Bedre oppfyllelse av dokumentasjonskrav • Eget reseptarkiv blir overflødig • Redusert ressursbruk ved refusjonskrav til NAV, raskere oppgjør 		
Forventede negative effekter		
<ul style="list-style-type: none"> • Oppslag og leting i Reseptformidleren • Behov for utskrift av vareseddel • Økt tidsbruk ved mottak av resept pga: <ul style="list-style-type: none"> • Rutiner for venteresepser må endres • Merarbeid knyttet til utlevering til pleie- og omsorgstjenestene i kommunene 		
Risiko		
<ul style="list-style-type: none"> • Få ressurser til opplæring av personale • Mer komplisert samhandling med pleie og omsorgstjenesten i kommunene • Økt tidsbruk ved behandling av resept • Forsinkelser i kundebehandling pga for liten kapasitet mht datautsty • Kort lagringstid for utekspederte resepter kan gi merarbeid for bandasjist 		
Tiltak	Ansvar	Tid
<ul style="list-style-type: none"> • Bandasjistene må ha en alternativ løsning for å få kontakt med Reseptformidleren 	eResept program, BNU	Under innf.
<ul style="list-style-type: none"> • Informasjon/opplæring knyttet til funksjonalitet i eResept 	BNU	Under
<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide internkontrollrutiner (IK) og strategier for håndtering av avbrudd, manglende resepter etc. 	Bandasjist	Før innf.
<ul style="list-style-type: none"> • Rutiner for ansvar, fullmakter og legitimasjon ved utlevering til tredjepart -sentrale retningslinjer (evt forskrift) og IK 	Helsetilsyn, Helsedir, Bandasjist	Før innf.
<ul style="list-style-type: none"> • Resepter bør oppbevares i Reseptformidleren i tre måneder etter utløpsmåned eller siste ekspedisjonsmåned 	eResept program	Etter innf.

BNU: Bandasjistenes næringspolitiske utvalg, bransjeorganisasjon for norske bandasjister.

I min analyse er bandasjist og apotek behandlet sammen.

5.4 Apotek og bandasjist

5.4.1 Nytterealiseringsplanen

Apoforsk et al. (2008b) forventer totalt sett positive effekter for apotekene i forbindelse med e-resept. E-resept vil kunne gi bedre oversikt over pasientenes totale legemiddelbehandling og bedre muligheter for kontroll med dobbeltforskrivning. Det vil ta mindre tid å registrere reseptene, mens vurdering av alle pasientens resepter vil kunne øke tidsbruken. Det kan bli vanskeligere å oppdage visse typer feil, og det kan bli mer arbeidskrevende å levere ut legemidler til hjemmesykepleie og pårørende, følge planen.

For bandasjistene er det forventet at det blir lettere å få tilgang til gyldige resepter og registrere resepter. E-resept vil også gjøre dokumentasjon og oppgjørsordning enklere. Forøvrig er de negative effektene de samme for bandasjist og apotek.

For allmennlegene er det særlig viktig at e-resept kan føre til mindre kontakt mellom forskriver og apotek ved feil og generisk bytte. Det er en risiko for at det vil bli økt behov for apoteket for å kontakte forskriver dersom pasienten ikke vet hva som skal ekspederes. Apoforsk et al. (ibid.) anbefaler at ut-ekspererte eller utgåtte resepter oppbevares i reseptformidleren i tre måneder etter de ikke lenger er gyldig, for å lette arbeidet for apotek og bandasjist, og gi bedre oversikt dersom pasientene ofte bytter utleverer.

5.4.2 Rambøllrapporten

Rambøll (2010) anslår at det oppdages en halv million feil på resepter av apotek årlig (2% av 24 millioner resepter). I en tredel av situasjonene blir lege kontaktet, noe som tilsvarer 165 000 telefonsamtaler i året. Av bandasjistene tar omkring halvparten kontakt med rekvirent månedlig eller sjeldnere, og feil på resept er ikke et like stort problem. Rapporten forventer at apotekene vil få mindre behov for å kontakte rekvirent med e-resept på grunn av mer komplette resepter. Dette vil spare tid både for rekvirent og apotek.

5.4.3 Kontakt mellom apotek og forskriver

Alle legene jeg intervjuet fortalte om samtaler med apotek. Apoteket tar kontakt dersom pasienten har brukt et annet legemiddel eller annen dose tidligere. De spør da om skiftet er bevisst eller ikke. I løpet av observasjonen fortalte legesekretærene at apoteket ringte om utgåtte preparat, preparater de ikke hadde inne og når de ville sjekke styrke og dosering. Apoteket ringer dersom feil oppdages på resepten, forteller en av legene.

Mange av telefonene handler om tekniske feil ved resepten: «hvis du [...] har valgt feil produsent, [...] så ringer de fra apoteket, for: nei, de har fått fra Pharmagon og ikke fra MSE, for eksempel, også skulle de ha fra de andre, og så må vi lage en helt ny resept da, for det.» Og legen trekker frem et annet eksempel: «“Nei, du har skrevet resept på bleier, men det må spesifiseres at det er truse-bleier”, det går ikke at det er bleier [...]» Slike feil gjør at resepten må skrives på nytt, og det tar tid for legene.

Det hender at legene kontakter apoteket også. Legene kan ringe apoteket ved mistanke om misbruk. I forbindelse med innføringen ringer legene apoteket for å se om resepten har kommet fram. En av legene fortalte at han ringte inn resepten, når han oppdaget at e-resepten ikke kom fram.

Legesekretærene mener apoteket ringer mer enn før og kobler det til innføringsfasen: «Det er jo nytt for dem og.» Noen leger synes det er like mange telefoner som før, mens andre synes det har blitt flere telefoner: «Jeg tror det er flere. Aldri hatt så mye kontakt med apoteket, nesten så du kjenner dem på navn, vet du.»

Rambøll (2010) forventet at e-resept skulle redusere antall kontakter mellom apotek og forskriver på grunn av feil eller manglene utfylte resepter. En del av de økte antall kontaktene med e-resept er nok på grunn av innføringsfasen. Men det kan være at økte krav til utfyllingen av resepten, gir flere tekniske feil og dermed flere telefoner fra apoteket. Fleksibiliteten i papirresepten kan ha gitt rom for flere feil, men også mer smidig utfylling for legene.

5.4.4 Oversikt over uttak og intervensjoner

E-resept gir mulighet for legen å se hvilke intervensjoner apoteket gjør i ekspederingen og utleveringen av legemidler. Det kan være nyttig å vite, i følge en av legene.

En av legene opplevde å få utleveringsmelding om endringer fra apoteket i Win-Med.

[...] da kunne det være at de manglet den og den pakningsstørrelsen. Det reagerte jeg på, [...] for noen ganger hadde de gitt ut 100 tabletter isteden for 20 [...] og det mener jeg [...] er feil. For det er en grunn til at man skriver ut 20 tabletter av en ting og ikke 100. [...] jeg trodde ikke at de hadde mulighet til å gjøre det.

I den forbindelsen ble hun bedt om å gi en slags godkjenning på byttet i FEST, og synes det spørsmålet var uklart: «Hva vil det si hvis jeg godkjenner i FEST — var det greit, da, at de gjorde det, eller?» Det er uklart om spørsmålet handlet om å godkjenne dette konkrete bytte eller godkjenne bytting i det hele. Det er også uklart hva en avvisning av byttet ville bety.

Utleveringsmeldingene gir legene oversikt over apotekets intervensjoner, om legene tar seg tid til å lese utleveringsmeldingene. Det er en ganske stor forandring fra tidligere. Hvordan det vil forandre forskrivingsmønsteret eller tilliten mellom apotek og lege er uvisst.

5.5 Andre helseinstanser

5.5.1 Nytterealiseringsplanen

I nytterealiseringsplanen (Apoforsk et al., 2008b) blir spesialisthelsetjenesten behandlet som en egen aktør. De forventede effektene, risikoene og tiltakene er i hovedsak som for allmennleger. De forskjellene som finnes påvirker ikke allmennlegenes bruk av systemet. Hjemmesykepleie er nevnt i Apoforsk et al. (ibid.) i forbindelse med apotek. Planen forventer at apotek og bandasjist får merarbeid ved utlevering til pleie- og omsorgstjeneste. Ellers er ikke hjemmetjenesten nevnt som en aktør i e-reseptprogrammet. Legevakt er ikke nevnt i gevinstrealiseringsdokumentene.

5.5.2 Rambøllrapporten

Rambøllrapporten (2010) behandler leger i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten sammen som rekvirenter. Hjemmesykepleie blir nevnt i forbindelse med utleveringsrutiner fra apotek, men får ellers ingen oppmerksomhet. Legevakt er heller ikke nevnt i rapporten. Rapporten antar at e-resept vil gi bedre kommunikasjon av medisinformasjon mellom ulike aktører i helsevesenet, det vil si mellom fastleger, legevakt, spesialister og sykehus.

5.5.3 Hjemmesykepleie

Selv om hjemmesykepleien ikke er tema i nytterealiseringsplanene, så kommer det opp som tema i intervjuene. To av legene forteller om det de opplever som for mange henvendelser fra hjemmesykepleien etter e-resept ble innført. Det er mange henvendelser både fordi de er i en innkjøringsfase og fordi hjemmetjenesten ikke har full kontroll:

Hjemmesykepleien bestiller veldig mange resepter, for de har og mistet litt kontroll, og vil ha alt over på e-resept. Så bestiller de ting som var bestilt for fjorten dager siden, fordi at de har ikke papir lenger. [...] [de] har ikke helt oversikt over hva som ligger av resepter. Så bestiller de nytt for sikkerhets skyld.

Jeg spurte om hvordan hjemmesykepleien får informasjon om resepter.

Jeg tror ikke de helt har oversikt over det. De driver og vil, skal ha alle resepter over på e-resept for å ha ett system, nå. Så da blir det ekstra mange henvendelser fra dem nå, men det er også ting som har kommet på e-resept som de bestiller igjen etter to uker. [...] [d]et er en annen bestiller, og så husker de ikke og vet de ikke. Kanskje det bare er innkjøringsproblematikk, jeg vet ikke.

En annen lege mener at det ikke har blitt flere henvendelser:

Men det har det alltid vært [mange henvendelser]. For de kommer innom her, nesten daglig, [hjemmetjenesten]. Spør om [hvem] som skal ha, og vet ikke om de skal ha den medisinen. Og så har vedkommende kanskje blitt litt dårligere, sant ja, og så spør de om noe skal forandres og sånn. Det er sånn som det skal være, det.

Legesekretærene nevner at hjemmetjenesten er blant dem som ønsker utskrift av medisinlister.

I et av intervjuene før innføringen ble det påpekt at det var et problem at ulike aktører hadde ulike lister over hvilke medisiner en pasient skal ha. En lege påpekte (før innføringen) at hjemmetjenesten vil gjøre overgangen til e-resept enklere for gamle folk: «Men de har jo ofte samarbeid med hjemmesykepleien, som jeg tror kanskje fatter det her ganske fort. Jeg tror ikke det skal være noe problem».

E-resept er en overgang også for hjemmetjenestene, og det virker ikke som det har blitt utarbeidet gode rutiner for bruken av e-resept mellom legekontor og hjemmetjenesten. Etter at jeg observerte på legekontoret, planla legene, apoteket og hjemmetjenesten et møte om e-resept. Legesekretærene opplevde at det var mye bestillinger, og at ikke alle reseptene ble hentet ut. De tror reseptene stort sett er riktig og at det ikke er så mye forandringer. Legen jeg intervjuet en måned senere fortalte fra møtet som tok sted uka før: «Noen skal ha sendt det til et samvirkelag og noen skal ha det sendt til hjemmesykepleien [...], så vi må være nøye på at vi gjør det rett. [...] Vi fikk ryddet opp litt, hvordan vi gjør det.»

Mange av hjemmetjenestens brukere tar mange legemidler samtidig (polyfarmasi) og bruker mye legemidler. Det hadde derfor vært naturlig å inkludere kommunenes hjemmetjeneste i større grad i e-reseptprosjektet. Det kunne vært større vekt på å utarbeide rutiner for samarbeidet mellom hjemmetjeneste og allmennlegene, enn i Apoforsk et al. (2008b) og Rambøll (2010) hvor det er helt opp til hjemmetjeneste og fastlegene å utarbeide nye rutiner.

5.5.4 Sykehus, spesialister og legevakt

Rambøll (ibid.) mener at e-resept kan gi bedre helsetjenester, ved at pasienten kan holde sine ulike behandlere bedre oppdatert på sin egen medisinbruk. Allerede i dag fungerer pasienten som den som oppdaterer ulike behandlere om medisiner. Dersom pasienten har vært på legevakta, spør fastlegen om hvilke medisiner som ble forskrevet på neste konsultasjon. Legene fortalte også om pasienter som før innføringen kom til konsultasjon med en mappe med resepter. Medisinlista fra sykehus følger pasientene, og legemiddellista hos fastlegen blir ikke nødvendigvis oppdatert før medisinene skal fornyes igjen, ifølge legesekretærene.

Legene ser fordelen med e-resept for å vite hva pasienten har fått forskrevet av andre leger, særlig når pasienten ikke husker navnet på legemiddelet. En lege tror også det vil bli lettere å få oversikt over reseptene via reseptformidleren på dataen, enn å bla i bunken med resepter som pasienten har med seg.

I WinMed sendes nå, etter innføringa av e-resept, medisinlista automatisk med ved henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Fastlegen får oversikt over hva som er skrevet ut både på legevakt og av spesialister. Effekten av e-resept ser ut til å være en forskyvning av reseptkommunikasjonen fra å være avhengig av pasienten til å være avhengig av reseptformidleren.

Sykehus har fremdeles ikke innført e-resept. Hverken sykehus eller spesialister var noe tema i intervjuene etter innføringen.

5.6 HELFO

Både nytterealiseringssplanen og vurderingsrapporten () legger stor vekt på utviklingen av et godt GUI for e-reseptmodulene. Mange av de manglene og irritasjonsmomentene legene og legesekretærene nevner, er nettopp knyttet til brukergrensesnittet.

En av legen er veldig fornøyd med programmet: «det var [...] enkelt å bruke systemet». De andre legene har flere ting å utsette dataprogrammene. Denne forskjellen kan komme av at legene bruker ulike EPJ-system, og dermed ikke opplever de samme manglene.

Alle erfaringene som blir beskrevet her, ble fortalt av leger jeg intervjuet etter at de hadde innført e-resept.

Det blir forskrevet ca. 13 millioner blå resepter i året i Norge. HELFO behandler omkring 70 000 søknader om individuell refusjon (ibid.).

5.6.1 Nytterealiseringsplanen

E-resept vil først og fremst bidra til bedre oppfylging av bilagsreglementets bilagskrav (Apoforsk et al., 2008b). E-resept bidrar til at HELFO (tidligere NAV) kan forbedre kontrollen med etterlevelse av blåreseptforskriften. I tillegg kan e-resept føre til mer korrekt søknader om individuell refusjon og raskere saksbehandling av disse. En mulig negativ effekt av e-resept er en vridning av kontroll mot de forholdene som lettest lar seg kontrollere maskinelt. Frykt for økt kontroll og egen integritet blant legene er også en risiko.

De største risikoene, ifølge nytterealiseringsplanen, er at bare en mindre andel av resepten blir sendt elektronisk. Det er også en fare for at legene ikke tar i bruk FEST eller elektronisk søknad til HELFO. Planen foreslår å sørge for en rask adaptasjon av e-reseptsystemet, utvikle integrert beslutningsstøtte, revidere kontrollstrategier i forhold til leger og andre, og bidra til et incentivsystem som favoriserer bruken av e-resept og elektronisk søknad.

5.6.2 Rambølls rapport

De samfunnsøkonomiske effektene for HELFO er relativt enkle å måle i følge Rambøll (2010). Bedre etterlevelse av blåresepten vil gi positive samfunnsøkonomiske gevinster, selv om rapporten ikke har estimert størrelsen på gevinstene. Rapporten legger vekt på at incentivstrukturen skal favorisere e-resept både for pasienter og rekvisitter. Incentivene inkluderer også ikke-økonomiske incentiv som bedre behandling.

For legene er det noen særlig temaer som er interessante: kontrollmuligheter, enklere søknad om individuell refusjon, bruk av FEST og forandrede krav til utfylling av resept. E-resept gjør kontrollene til HELFO mer effektive. Det gir muligheter for både flere og nye kontroller. For HELFO er det et mål at søknadene om individuell refusjon blir mer korrekt fylt ut. For å få mer korrekt utfylte søknader, er det i e-resept innebygd veiledning om hvordan søknaden skal fylles ut, i tillegg til krav til utfyllingen med blant annet forhåndsdefinerte kategorier. En positiv effekt av riktigere utfylte søknader, er spart tid for å innhente tilleggsopplysninger, både for lege og for HELFO.

E-resept vil stille strenge krav til utfylling og innhold i en resept. Dette, sammen med bruk av FEST, forventes å gi færre feilforskrivninger, og dermed riktigere refusjon.

5.6.3 Kontroll av legenes forskrivning

Ingen av legene jeg intervjuet før innføring tror e-resept vil påvirke hva eller hvor mye de skriver ut på blå resept. En av legene er litt overrasket over spørsmålet: «Det har jeg ikke tenkt på, at det er en kontrollmekanisme de skal ha for at de skal sjekke at vi forholder oss til forskriften riktig». Hun vil kanskje tenke litt ekstra over det, men tror ikke det blir noen endring. Hun «prøver som utgangspunkt å bruke [det] på riktig måte fra før.»

5.6.4 Søknad om individuell refusjon og godkjenningfritak

Spørsmålene om søknader om godkjenningfritak og individuell refusjon er stilt bare til de legene jeg intervjuet før innføringen av e-resept. To av legene tror ikke e-resept vil ha noen påvirkning på bruken av søknadene. «Det må man bruke når det er behov uansett.» En av disse mener at det er riktig at prosessen er litt omstendelig: «man skal prøve de som er forhåndsgodkjent først, og så søke når de ikke virker.» Hun synes søknadsprosessen fungerer godt i WinMed.

En annen av legene synes søknaden om godkjenningfritak var tungvint før innføringen, og håpet prosessen ble enklere. En tredje lege, som bruker SystemX fortalte at e-resept hadde innført en feil i søknaden om godkjenningfritak.

[. . .] blant annet så krever systemet at vi henter opp hvem som startet behandlingen, og [. . .] vi har ikke de elektroniske adressene til sykehuset slik at vi kan sette inn det. Så vi må trykke og trykke og trykke forbi da, for å komme oss forbi [. . .]. Vi har faktisk diskuterte det nå på legemøtet i dag tidlig. Det er vi ikke fornøyd med.

E-resept vil ikke påvirke bruken av godkjenningfritak og individuell refusjon, men kan gjøre prosessen litt mindre arbeidskrevende, i følge legene.

5.6.5 Incentivsystem

Begge rapportene legger vekt på at incentivsystemet skal motivere til at både pasienter og rekvirenter foretrekker e-resepter. Takstene for resept er endret litt: Rekvirenten får fortsatt 54 kroner per resept, mens egenandelen på 45 kroner for pasientene er fjernet, og blir istedet betalt av HELFO.

En av legene hevder dette gir flere forespørsler om fornying av resepter.

[. . .]det er blitt sånn at det er gratis for pasientene å bestille resepter, så de ringer hele tida og bestiller en resept ene dagen, og så to dager senere så skal de har resept på noe annet. De samler ikke opp, de tar

det etterhvert. Vi får jo forsåvidt betalt for det, men det tar ganske mye tid.

Incentivsystemet er ikke forandret drastisk ved innføringen av e-resept. Den forandringen som finnes kan gi en negativ effekt for legene. Samtidig er det vanskelig både økonomisk og praktisk å finne en måte hvor pasientene betaler for elektroniske resepter når pasientene ikke lenger møter opp på legekantoret.

5.7 FEST

Nytterealiseringsplanen (Apoforsk et al., 2008b) skriver at aktiv integrert beslutningsstøtte gir muligheter for færre utilsiktede hendelser og gjør at legene i større grad følger anbefalt behandling. Beslutningsstøttesystemet FEST blir direkte eller indirekte nevnt som effekt eller tiltak under alle de andre områdene i planen. FEST vil kunne gi enklere tilgang til informasjon om regelverk og vareinformasjon, bedre saksbehandling i søknader om individuell refusjon, bedre etterlevelse av regelverket for forskrivning på blå resept, mer korrekte resepter og færre utilsiktede hendelser. Rapporten mener det er en risiko for at allmennlegene ikke kommer til å ta i bruk FEST.

I rapporten fra Rambøll (2010) er FEST et eget delprosjekt. FEST beskrives som et faglig beslutningsstøttesystem. FEST har i dag også interaksjonskontroll, i tillegg til den funksjonaliteten som er nevnt i rapporten. Rapporten hevder også at FEST kan fungere som en informasjonsskanal til rekvirentene.

FEST vil gi positive helseeffekter ved å være direkte tilgjengelig i EPJ-systemene, i følge rapporten. Systemet vil gi bedre faglig informasjon til rekvirenten. Det vil bli lettere å påføre bruksområdet konsekvent, noe som vil gi bedre informasjon til apotek og til pasient.

Det er en risiko for at FEST ikke blir tatt i bruk på grunn av manglende kjennskap til funksjonaliteten. Dersom FEST er dårlig integrert med EPJ-systemet, er vanskelig å få tilgang til eller er dårlig oppdatert, er det en fare for at legene ikke vil ta i bruk FEST. Det er derfor viktig, i følge rapporten, å sørge for at FEST er godt integrert i EPJ-systemet og sørge for aktiv «markedsføring» av funksjonaliteten i FEST.

5.7.1 «Markedsføringen» av FEST

I rapporten fra Rambøll (ibid.) var det poengtert at det var viktig å markedsføre funksjonaliteten i FEST for å sikre at dette ble tatt i bruk. For to av legene intervjuet etter innføringen var FEST ukjent. Den ene legen brukte SystemX:

Vi har DRUID inne [...] for vi får beskjed om interaksjoner.

En av legene jeg intervjuet før innføringen, hadde heller ikke hørt om forskrivningsstøtte. Dette tyder på at informasjonen om FEST ikke har nådd fram til alle legene.

5.7.2 Legens opplevelse av FEST

Noen av legene jeg intervjuet opplevde ikke FEST som noen stor forandring fra å bruke DRUID, som de gjorde før. En lege forteller at interaksjonskontroll fantes fra før av i SystemX:

Det hadde SystemX såvidt jeg husker før og. Det synes jeg var bra med det i forhold til WinMed som ikke hadde det.

Legene er fornøyd med interaksjonskontroll: «[...] det er jo greit at vi får dem. Men vi kan ikke alltid ta hensyn til dem».

En lege synes advarslene som kommer opp i FEST er for fintfølende. FEST kommer med advarsler og interaksjoner som ikke kommer opp i DRUID. Det at interaksjonsdatabasene ikke gir samme resultat er forvirrende.

De legene som bruker FEST er ikke fornøyd med systemet. Det er for mange advarsler, og for mange av advarslene er om utgåtte preparater og pakningsstørrelser. En lege forteller om FEST:

[...] det er jo noe skit, for hver gang så kommer det — la oss si at de har fått *Simvastatin*, som er en sånn kolesterolmedisin, den er klassikern, den er aldri registrert i FEST, selv om de har fått den nettopp. Det virker som at det endrer seg så mye med produsentnavn og alt, [...] du må legge inn på nytt veldig ofte. Selv om den er skrevet ut på resept for tre måneder siden, så er den [...] utgått i FEST, så da må du legge inn på nytt igjen med et annet produsentnavn [...]

Rambøll (ibid.) beskriver FEST som et faglig beslutningsstøttesystem. De legene som bruker FEST tror jeg opplever det mer som et administrativt beslutningsstøttesystem, som kontrollerer først og fremst varenummer og produsentnavn, fremfor riktig medisin. Det er en fare for at legene vil ignorere advarslene fra FEST dersom for mange av advarslene oppleves irrelevante og irriterende.

5.8 Reseptformidleren og e-reseptprogrammet

5.8.1 Nytterealiseringsplanen

Nytterealiseringsplanen (Apoforsk et al., 2008b) skisserer effekter, risikoer og tiltak for virksomhetsområdet. De positive effektene er også nevnt i andre kapitler,

Tabell 5.7: Plan for nytterealisering - virksomhetsområdet

Forventede positive effekter		
<ul style="list-style-type: none"> • Mer fullstendig og korrekt forskrivning basert på bedre informasjon • Bedre etterlevelse av regelverket • Redusere feil ved utlevering av legemidler • Bedre pasientservice -papirutskrift unødvendig, fritt apotekvalg • En bedre og mer kostnadseffektiv kontroll med legenes forskrivning og oppgjør med apotekene/bandasjistene • Mer effektive søknadsordninger overfor Legemiddelverket og NAV 		
Forventede negative effekter		
<ul style="list-style-type: none"> • Økt teknisk kompleksitet • Innarbeidede manuelle sikkerhets-, kontrollrutiner og oppfølging blir svekket eller satt ut av funksjon 		
Risiko		
<ul style="list-style-type: none"> • Økt teknisk kompl. øker sjansen for feil på reseptene — regnefeil, informasjonsutfall • Forsinkelser pga. uforutsette problemer ved integrasjon av de ulike systemene • Driftsproblemer – nedetid, feilsendinger, forsinkelser • Mangelfull sikkerhets- og driftskompetanse i små enheter • Mangelfulle lokale programvareoppdateringer 		
Tiltak	Ansvar	Tid
<ul style="list-style-type: none"> • Klargjøre tydelig ansvarsforhold i for drift, vedlikehold og sikkerhet av eReseptsystemet, samt brukerstøtte 	eReseptprogram, aktører	før innf.
<ul style="list-style-type: none"> • Funksjonalitet, brukergrensesnitt og hastighet, inkl. sikkerhet og stabilitet må testes grundig i tilnærmet originale omgivelser 	eReseptprogram, EPJ-leverandører	før innf.
<ul style="list-style-type: none"> • Fortløpende grundig gjennomtesting gjennom implementeringsfasen 	eReseptprogram	under innf.
<ul style="list-style-type: none"> • Tilrettel. for en «forsinket» men rask adaptasjon fremfor en prematur lansering som fører til en forlenget impl. og slitasje på tillitsforhold 	eReseptprogram, leverandører	før innf.
<ul style="list-style-type: none"> • Etablere supporttjeneste / brukerstøtte i regi av eReseptprogrammet 	eReseptprogram	før innf.
<ul style="list-style-type: none"> • Informere og forberede brukerne om risiko for feil og om forebygging. Kombinere oppsøkende virksomhet og impl. 	eReseptprogram	under innf.
<ul style="list-style-type: none"> • Lage en informasjonsberedskapsplan for situasjoner der feil oppstår 	eReseptprogram	før innf.

Som med helseeffektene er ikke effektene plassert under en enkelt aktør. I analysen er de ulike effektene, risikoene og tiltakene plassert under de aktørene der de hører mest hjemme. Flest punkt er plassert i del 5.8 Reseptformidler og e-reseptprosjektet.

som del 5.2 og 5.4 Jeg vil derfor ikke komme inn på de her. De negative effektene er økt teknisk kompleksitet og svekkede rutiner. Risikoene er knyttet til det tekniske systemet. Tiltakene handler om å avklare ansvarsforhold, testing, adaptasjon, brukerstøtte, forebygging av feil og informasjon dersom feil oppstår.

Legekantor har også en del tiltak som går inn under dette kapittelet: Planen oppfordrer til å informere og forberede brukerne på risiko for feil og forebygging. Aktørene må organisere nye sikkerhetstiltak og utarbeide nye internkontrollrutiner. Det er også foreslått å lage en informasjonsberedskapsplan for utilsiktede hendelser. Legekantorene bør inviteres til å rapportere og delta i forbedringsarbeidet. Det er også viktig å sikre opplæring av leger og medarbeidere.

5.8.2 Rambøllrapporten

I Rambøllrapporten er reseptformidleren et eget delprosjekt. Prosjektet beskriver hvilke effekter reseptformidleren (og hele e-reseptsystemet) vil ha for pasienter og leger. Dette har jeg skrevet om i del 5.3 og 5.2. Rapporten beskriver også e-resept som avhengig av høy driftssikkerhet, støtte, opplæring og riktig innføringstempo for å lykkes. Tekniske feil og mangler ødelegger brukernes motivasjon for å ta i bruk systemet. Særlig fokuserer rapporten på samspillproblemer mellom de ulike datasystemene som kommuniserer gjennom e-resept. Det er også viktig at «e-resept [...] integreres i rekvirentenes elektroniske journalsystem på en brukervennlig måte som støtter effektive arbeidsprosesser» (Rambøll, 2010, s. 11). I prosjektet «rekvirent» er utarbeidelse av detaljerte beredskapsplaner for feilsituasjoner et av de viktigste tiltakene for gevinstrealisering.

5.8.3 Informasjon

Legene jeg intervjuet før innføringen hadde fått informasjon om e-resept fra Helsedirektoratet. I tillegg hadde de diskutert e-resept internt på legekantoret. Legen jeg intervjuet som arbeider på legevakt hadde ikke fått noe informasjon. Legene sa de ikke hadde fått informasjon fra DNLF eller andre kilder.

Informasjonen fra Helsedirektoratet kom igjennom et kurs arrangert på Stjørdal og nettsiden www.eresept.no. I tillegg hadde de fått tilsendt en brosjyre som lå fremme på legekantoret.

Det har ikke vært så mye informasjon om e-resept, men det er legene vant til:

Det kom ganske brått på, men det er vi jo vant til. Plutselig så kommer det et nytt system som bare blir presentert og så må du gjøre det. Her har vi jo, i motsetning til nye sykemeldingsordninga[...] som bare kom uten noe informasjon, så har vi jo fått i hvertfall et lite kurs.

Kurset fikk litt blandet mottagelse: «det var et to timers non-stop prating om et program, og så gikk det veldig fort. Og så var det mange forkortelser som du ikke helt var med på». En annen lege opplevde slik: «Ja, det var mye trykking. [. . .] Det er litt vanskelig å huske på alt hva han sa.»

En av legene deltok ikke på kurset både på grunn av tidspunkt og reisevei. «vi [har] så mye arbeid i fra før, [. . .] at å sette seg inn i såne her ting, det blir litt på sparket.»

Ingen av legene jeg spurte hadde fått noe informasjon om *hvorfor* e-resept ble innført. «Det vet jeg ikke om jeg har fått noe konkret informasjon, det er mer det at vi har snakka noe om det her [på legekantoret].»

Legen trekker frem at pasientene kan gå på et hvilket som helst apotek og mindre misbruk. «Det har jeg skjønt mellom linjene,» fortalte en annen av legene. Hun trekker frem bedre oversikt over medisinerbruk og redusert misbruk som grunner. Den tredje legen trekker frem sikrere medisiner og bedre informasjon.

Jeg spurte konkret etter kjennskap til ulike funksjoner i e-resept, som åpen og lukket resept. En lege tror han kjenner til funksjonaliteten. For de tre andre legene jeg spurte, var lukket resept ukjent. Det heter egentlig låst resept, men selv etter jeg forklarte begrepet, var funksjonen ukjent.

Jeg spurte også om de hadde fått informasjon om hva de skulle gjøre dersom systemet ikke fungerer. En av legene sier «det sto litt på nettet [om det]». To andre leger har ikke fått slik informasjon, men kommer begge frem til at papirreseppter fortsatt fungerer og er gyldige.

Behovet for informasjon varierer blant legene. Legen som ikke har fått noe informasjon og opplæring, føler heller ikke behovet for det:

Jeg vet ikke hva mer informasjon jeg trengte, egentlig. Nokså selvforklarende, mye av det, og det blir på en måte som en reseptmodul i et journalsystem, bare istedenfor at det kommer på en lapp på printeren, så kommer det til apoteket. Det er stadig noe nytt på de journalsystemene.

En annen lege er uenig: «Jeg synes at opplæringa først har vært for dårlig. Vi var på det kurset, ei stund før vi fikk programmet. [. . .] [Vi] var litt for lite forberedt. Og så synes jeg at [heftet “Kort brukerveiledning for ny forskrivningsmodul”], det er ikke noen brukeroppskrift for oss.»

Apoforsk et al. (2008b) legger vekt på informasjon dersom feil oppstår og Rambøll (2010) legger vekt på opplæring i systemet. Etter det legene forteller, har ikke informasjonen om hvorfor systemet innføres eller informasjonen om feil og tiltak vært slik som planlagt i Nyttrealiseringsplanen eller Rambøllrapporten. Manglende informasjon og kjennskap til funksjonalitet er en grunn til at funksjonene ikke blitt tatt i bruk fullt ut. Manglende informasjon om feilsituasjoner og rutiner for

disse, kan bidra til flere feil og til mistillit til systemet.

Det har heller ikke vært mye informasjon til pasienten i medier, slik Apoforsk et al. (2008b) la opp til.

5.8.4 Innføringen

Før innføringen av e-resept var det noen leger som var bekymret over at det ville bli en del arbeid å få e-resept i orden.

Nå har vi holdt på et år eller mer enn det bare for å få det til å gå opp [...] Vi driver å flikker på disse fastmedisinene hele tida. [...] [D]e siste årene i hvertfall [har vi vært] veldig flink til å oppdatere det, så nå må vi begynne på nytt igjen. Det er jo klart det blir jo lettere å oppdatere noe som er oppdatert på det gamle systemet.

En annen lege sier noe av det samme: «Så var det snakk om at gamle medisin-er som ligger inne [...] i [...] medisinarkivet [...] [Det] står [...] for eksempel penicillin, mange ganger [...] [med] forskjellige bruksanvisninger [...] For hver pasient, så må hver medisin gjøres riktig, for å plassere det i ny [...] fastmedisin-liste». Arbeidet strekker seg også ut i tid: «Jeg ser for meg kanskje et halvt år så blir det mye arbeid».

En lege forventet å måtte bruke tid i konsultasjonene på å forklare e-resept.

To av legene påpekte at tidspunktet for innføringen ikke var godt. «[V]eldig dårlig tidspunkt. Vi skal ha vikarer[...] Det er ofte sekretærene som tar imot bestillingene og legger inn, [...] og hvis vi får vikarer så er det jo mye å gjøre.» Innføringen av e-resept før sommeren gjør også innføringsprosessen vanskeligere enn nødvendig: «Vi går ut i ferie nå, og så har vi glemt det når vi kommer tilbake.» En av de var bekymret over at e-resept ble innført rett før sommerferien når vedkommende skulle være alene på kontoret ei uke. «Det kommer til å være så hektisk her uansett når det er ferieavvikling at [...] i verste fall så får jeg lage dem på gamlemåten i en overgangsperiode. [...] jeg forventer ikke at det kommer til å fungere knirkefritt på dag én, nei.»

Etter innføringen fortsatte en av legene å påpeke det dårlige tidspunktet for innføringen. Hun forteller at det var ille i starten, når det bare var en eller to leger på jobb. De hadde ikke oversikt, og ikke mulighet tidsmessig å bla fram og tilbake [mellom journal og resept] for å sjekke om resepten var riktig. Legen kalte situasjonen for uforsvarlig.

Etter innføringen hadde legene litt ulik opplevelse av innføringen. En av legene var veldig fornøyd: «Det er jo klart det er uvant til å begynne med, men når man begynner med det, det går igjennom og det fungerer, så er [...] bra [...]. Synes

det har fungert veldig bra fra første stund.» Legesekretærene fortalte om barnesykdommer i systemet. En annen lege fortalte at det tok litt tid før systemet fungerte godt:

Minusene [...] [med] alt som skal innføres [...] i et datasystem, i et journalsystem, det er alltid noen barnesykdommer. Det tok litt tid, iallefall på legevakta, før det [...] fungerte ordentlig. Nå ble det en del ganger man trodde man hadde sendt e-resept, og kom pasienten på apoteket og så hadde det ikke skjedd noe.

Det har også vært utfordringer knyttet til hjemmesykepleie, som er mer beskrevet i del 5.5.3.

En lege og legesekretærene påpeker hvordan ting stadig endres på legekantorene. De svarene jeg får på spørsmålene mine, er ikke nødvendigvis bare på grunn av e-resept: «Det kan være innkjøringa av andre ting enn bare e-resept.» Legesekretærene fortalte hvordan legekantoret stod mellom valget mellom å ta i bruk ny versjon av WinMed eller ta i bruk e-resept, og forteller at det sies det tar ett år å innføre den nye versjonen av journalsystemet. De valgte å fortsette med gammel versjon og e-resept «Vi ville ikke innføre både WinMed 3 og e-resept samtidig.»

Selv om jeg utførte intervjuer to til fire måneder etter innføringen, så var noen av legene fortsatt i innføringsfasen. En lege fortalte hvordan hun var på vei til å ta i bruk systemet, men ikke hadde tatt alt i bruk enda. Legesekretærene sier noe av det samme: at det blir bedre enn før når systemet er fullt integrert.

Legene forventet at innføringen ville ta tid og kreve ekstraarbeid. Særlig var noen lite fornøyd med innføringstidspunktet rett før sommerferien. Selve innføringen gikk relativt greit. De fleste opplevde noen problemer, mens en lege opplevde det fungerte uten problemer. Innføringsprosessen på legekantoret tar lang tid og samvirker også med andre systemer og endringer.

5.8.5 Systemfeil

Apoforsk et al. (2008b) og særlig Rambøll (2010) har lagt vekt på god driftssikkerhet og god integrasjon mellom de ulike systemene som utgjør e-resept-kjeden. Planen har vært bevisst på at feil i systemene ville kunne skape irritasjon og ødelegge tilliten til e-resept, og ødelegge for høy bruk av e-resept.

Ingen av legene har opplevd at resepten er endret eller sendt feil igjennom systemet. Flere forteller at noen resepter ikke ble sendt i starten. «[D]et [var] en del ganger man trodde man hadde sendt e-resept, [...] [men når] pasienten [kom] på apoteket [...] så hadde det ikke skjedd noe.» Legesekretærene forteller også om resepter som ble borte i starten. Både under observasjonen og i noen intervjuer var det situasjoner hvor det var usikkert om resepten var kommet frem til apoteket. Det kan være systemfeil, eller like gjerne brukerfeil.

En lege opplevde at e-resept ikke fungerte en dag i sommer, men opplevde også å få god informasjon. «[D]et var en dag i sommer, men da fikk vi jo mail om det og. Jeg lurte på om det var helsenett som var nede eller hva det var. Da fungerte ikke e-resept. [...] Det var løst i løpet av dagen.»

En annen lege forteller at integrasjonen med MediLink ikke alltid fungerer. Dette krever at man må logge helt ut og så inn i systemet. En tredje lege forteller at han har opplevd at programmet fryser midt i en rekke av resepter som sendes. Legesekretærene opplever at resten av journalsystemet henger etter å ha brukt e-reseptmodulen i WinMed.

Det virker som e-reseptprosjektet har lyktes med å lage et relativt driftssikkert system. Noen har opplevd noen resepter som ikke kom fram i starten, men det har ikke vært et problem som har fortsatt. Utfordringene synes å være i e-reseptmodulen og integrasjonen med EPJ-systemet.

5.8.6 Brukerstøtte

Brukerstøtte var ikke et stort tema i intervjuene. Flere leger snakket om å ta kontakt eller hadde allerede tatt kontakt med EPJ-leverandør om problemer de opplevde med e-resept. En av legene hadde fått råd om hva han burde gjøre når systemet henger seg opp, og fått tilsendt «Kort brukerveiledning for ny forskrivningsmodul». Siden dette ikke var noe stort tema i intervjuene, er det vanskelig å si noe om kvalitet og effekt av brukerstøtten.

5.8.7 E-reseptprogrammet og leverandørene

E-reseptprosjektet har hatt ansvar for å utvikle den sentrale reseptformidleren og har også utviklet en reseptmodul som noen EPJ-systemer, blant annet WinMed versjon 2.x benytter seg av. E-reseptprosjektet har også utviklet grensesnitt og standarder for meldinger som andre leverandører har forholdt seg til i utvikling av sine systemer.

Mange av utfordringene med e-resept kommer fra den delen av IT-systemene som brukerne ser. Dette er delvis reseptmodulen og delvis EPJ-systemet. Det kan være litt uklart hvor manglene og feilene egentlig er, og ofte oppstår de i overgangen mellom systemene. Brukergrensesnitt og bruken av funksjoner er omtalt i del 5.3.

5.9 Oppsummering

Legene har generelt inntrykk av at pasientene er fornøyd med systemet. Det er en fordel for pasientene at de kan hente ut medisiner over alt. Noen pasienter ønsker

utskrift av medisinliste for å kunne ha oversikt. Pasientene kan sjekke reseptene på internett, men mange pasienter vil ikke komme til å gjøre det, mener en lege. Flere av legene forteller at kravet om samtykke ikke fungerer godt i praksis.

Legene trekker frem som en klar fordel at det blir enklere å forholde seg til misbruk av vanedannende legemidler med e-resept. Legene trodde også at e-resept ville gi færre fornyinger av mistede resepter.

Flere av legene i Sør-Trøndelag opplevde tidspunktet for innføring som uheldig. Informasjonen og opplæring ble satt pris på. Noen leger ønsket mer informasjon, mens andre følte ikke de trengte mer informasjon.

Nytterealiseringsplanen mente det var en risiko for at funksjonaliteten og beslutningsstøtten ikke ble tatt i bruk. Ikke alle legene kjenner til alle funksjonene, og de funksjonene de kjenner til bruker de relativt sjelden. Oversikten over pasientens legemidler trekkes fram som nyttig av noen.

Flere leger kjenner ikke til FEST. De som har brukt FEST opplever ofte at de har problemer med å velge vanlige legemidler (som *Simvastatin*). Advarsler om legemiddelinteraksjoner er nyttige, men det har vært tilgjengelig tidligere og, gjennom SystemX og DRUID.

E-resept har ikke redusert legenes kontakt med apoteket, men gitt en mulighet for legene å se hva apoteket ekspederer. En lege ble overrasket over byttene apoteket gjorde, mens andre leger ikke bryr seg om denne informasjonen.

E-resept tar økt tid i følge noen av legene. De opplever flere henvendelser og at det tar tid å sende e-reseptene og å bruke e-reseptsystemet. Innføringen av e-resepter hos hjemmesykepleien gir flere henvendelser for legekontoret.

Rapporten fra Rambøll 2010 la sterk vekt på hvor viktig det var med et driftssikkert system. Legene rapporterer om noen få og små tekniske feil helt i starten av innføringen. Ellers fungerer systemet godt teknisk.

Gevinstrealiseringsrapportene la også vekt på god brukbarhet. Legene opplever at reseptmodulen ikke har god brukbarhet. Journalinformasjon og reseptinformasjon er for lang fra hverandre. Det er problemer med å fornye flere mye brukte medisiner. I tillegg oppleves systemet som tregt og systemet krever dobbel innlogging for noen leger.

Rapportene påpekte behovet for endrede rutiner ved innføringen av e-resept. Ingen av legene eller legesekretærene forteller om endrede rutiner, utenom rutinen for tidspunktene resepter blir fornyet. Ingen av legene tror innføringen vil påvirke forskrivningen på blå resept.

Kapittel 6

Diskusjon

Dette kapittelet inneholder først en diskusjon om resultatene opp mot teori om innføring og bruk av IT-systemer, gevinstrealisering og mot pilottesten. Diskusjonen om resultater mot gevinstrealiseringplanene finnes i kapittel 5. Deretter følger en diskusjon av metodikken brukt i oppgaven.

6.1 E-resept og teori om innføring og bruk av IT-systemer

Utviklingen og innføringen av e-resept har tatt lang tid, med start allerede i 2005. Selve innføringsfasen tar også tid. Noen av informantene i denne oppgaven uttrykker at de holder på å ta i bruk systemet, selv tre måneder etter innføringen. Informantene uttrykker at ulike funksjoner kan være nyttige, men de har enda ikke brukt dem selv.

Under observasjonen og i intervjuene fikk jeg se hvordan informantene tok i bruk Gasser (1986) strategier for å tilpasse seg e-resept. Når resepter ikke lot seg fornye ble legemidlene avsluttet og så lagt inn på nytt som ekstra-arbeid for å få utført oppgaven. For å fornye resepter som var utgått før innføringen av e-resept, brukte legesekretærene papirlapper for å få informasjonen fra et skjermbilde til der man skrev inn resepter som en omgåelse av manglene mulighet for å kopiere i systemet.

En lege forsøkte å omgå kravet om å skrive inn ekstra informasjon om varigheten på en kur ved å heller merke medisinen som fast medisin. Men dette gjorde at medisinen kom med ved henvisninger, så legen forandret merkingen tilbake til kur. Dette er et eksempel på hvordan brukerne tilpasser og lærer å bruke systemet gradvis.

E-resept er et prosjekt for å erstatte en delvis papir-basert prosess med en digital prosess for resepter. Legene fryktet ikke denne overgangen, og påpekte at endel

resepter også i det gamle systemet var «papirløse» som fax- og telefon-resepter. Likevel fører overgangen med seg noen endringer. Reseptopplysningene er ikke like tilgjengelig for pasientene, særlig ikke for de som ikke kan eller ønsker å bruke Mine Resepter. Det var også trolig enklere å holde sammen informasjon fra journal og resept med papirresepter. I stedet for at journalinformasjonen og reseptutfyllingen var spredt på ulike skjermbilder, kunne man sitte med journalen åpen på skjermen og resepten på pulten.

En av begrunnelsene for e-resept var bedre og mer effektiv kontroll av forskrivning på blå resept ved automatisering av deler av kontrollprosessen. Dette kan sees på som en innskriving av lovverket i datasystemet (Schartum og Jansen, 2008). Apoforsk et al. (2008b) fryktet at legene ville se på systemet som byråkratisering og styring av deres arbeid. Informantene i denne oppgaven så ikke på e-resept på denne måten og trodde heller ikke at e-resept ville endre forskrivningsmønsteret.

IT-system i helsesektoren stille ekstra krav til pålitelighet og sikkerhet. Informantene har opplevd få feil med e-resept. Derimot har noe opplevd uoversiktlige brukergrensesnitt og tidkrevende system, som ikke støtter arbeid i omgivelser med hyppige avbrudd og arbeidsprosesser som deles mellom ulike personer (Grimsmo, 2006).

Vellykkede IT-prosjekter i helsevesenet kjennetegnes av medisinsk forankring, god samhandlingskompetanse og tydelig fordelt ansvar. E-reseptprosjektet har involvert ulike aktører i utvikling, gevinstrealiseringsplanlegging og uttesting, inkludert medisinsk personell. E-reseptprosjektet har en utfordring med å fordele ansvaret for gevinstrealisering på en tydelig måte.

6.2 E-resept og gevinstrealisering

Kapittel 3.6 presenterte Flaks prinsipper for gevinstrealisering (Flak, Nielsen og Henriksen, 2012) og utfordringer for gevinstrealiseringsarbeid i offentlig sektor. Her vil jeg diskutere disse gevinstrealiseringsarbeidet i e-resept i forhold til disse prinsippene og de utfordringene.

Det første prinsippet sier at «IKT har ingen verdi i seg selv, men gevinster kan realiseres når IKT brukes effektivt og lar virksomhetene gjøre ting på nye måter». E-resept kan sees på som en digitalisering av de gamle papirreseptene med noen nye muligheter. E-reseptene åpner for tilbakemelding fra apotek til lege, de er mer tilgjengelige enn papirresepter, legene har større mulighet til oversikt og e-resept har åpnet for innføring av beslutningsstøtte i forskrivningsprosessen.

Flak, Nielsen og Henriksen (ibid.) hevder at innføring av teknologi uten tilsvarende organisasjonsutvikling er sløsing av ressurser. Selv om innføringen av e-resept ikke legger opp til store forandringer i arbeidet, legger systemet tilrette for gradvise endringer (Berg, 2001; Orlikowski, 1996) og mulighet for nye funksjoner i

fremtiden. E-resept kunne hatt større ambisjoner om å endre reseptarbeidet, for å oppnå større effekter. Samtidig gir en forsiktig og gradvis forandring større sjanse for en vellykket innføring og mindre risiko for å innføre nye, alvorlige feil.

Det neste prinsippet sier at «gevinster av IKT-investeringer er mer enn rasjonalisering». I e-reseptprosjektet er andre effekter enn rasjonalisering sterkest vektlagt. E-resept er ventet å gi en viss rasjonalisering i oppgjør og kontroll av legemiddelbruken. Bedre informasjonsflyt, bedre pasientservice og bedre pasientbehandling er gevinster som ikke er knyttet til rasjonalisering.

Det tredje og fjerde prinsippet handler om ledelse. Det tredje prinsippet er at «aktiv ledelse er nødvendig for å oppnå gevinster». Dette prinsippet er en utfordring i e-reseptprosjektet, hvor hver gruppe aktører er ansvarlig for sin del av gevinstrealiseringen. I e-reseptprosjektet har Helsedirektoratet hatt prosjektansvaret og de enkelte aktørene ansvar for hvert sitt delprosjekt. Men allmennlegene kan ikke plasseres i en linjeorganisasjon i forhold til sin «prosjektleder» Helsedirektoratet eller til DNLF som aktør. Fastlegene har en relativt fri posisjon som selvstendig næringsdrivende, men er samtidig regulert av forskrifter og kontroll fra myndighetene. Dette skiller e-resept fra de fleste casene som er beskrevet i litteraturen om gevinstrealisering.

Det fjerde prinsippet er: «Det er den politiske og administrative ledelses ansvar å realisere gevinster fra IKT-investeringer.» Poenget med dette prinsippet er at prosjektene ikke kun skal overlates til teknisk ledelse. Gevinstrealiseringdokumentene og evalueringen av pilottesten viser at både politisk og administrativ ledelse har vært involvert i e-resept-prosjektet.

Prinsippet vektlegger også behovet for å skape mening rundt innovasjoner og tekniske anskaffelser. Med fastleger som selvstendige, små aktører, blir det ekstra viktig med god kommunikasjon, informasjon og motivasjon for å oppnå de ønskede forandringene og gevinstene. Ingen av legene forteller om å ha fått informasjon om systemet fra DNLF. Legeforeningen kunne involvert seg mer i informasjonsarbeidet i e-resept. Informantene i denne oppgaven forteller om en veldig teknisk opplæring med «mye trykking». Andre perspektiv enn det rent tekniske kunne vært mer fremme i informasjonsarbeidet og opplæringen av brukerne.

«IKT-prosjekter er også organisasjonsutvikling» sier det nest siste prinsippet. Dette prinsippet sier at IKT-systemene må sees på som sosio-tekniske system. Siden legene ikke har en linjeorganisasjon over seg, kan ikke vanlig ledelse brukes for organisasjonsutviklingen. Derimot må endringen komme av legens syn for behovet av systemet og mulighetene e-resept gir til å forbedre legemiddelbehandlingen i Norge.

Det siste prinsippet sier at «Alle prosjekter gir resultater, men ikke alle resultater er gevinster». Resultater er først gevinster når man kan si hvem som har nytte av resultatet og hvilken nytte de får. Dette er godt fulgt opp i gevinstrealiseringplanene. I følge informantene i denne oppgaven er det ikke like godt kommunisert ut

til de ulike brukerne av e-resept.

Flak nevner også utfordringer med gevinstrealiseringsarbeid i offentlig sektor. Utfordringene går på måling og indikatorer, overgangen mellom prosjekt og linjeorganisasjon og incentiver og mekanismer for fordeling av nytte.

De viktigste målene med e-resept er bedre legemiddelbehandling og dermed bedre helse i befolkningen. De viktigste positive og negative effektene i e-resept er knyttet til helse, og er vanskelige å måle (Rambøll, 2010). Piloten av e-resept bruker statistikk over bruk av funksjonene i e-resept Håkonsen og Dønnum (2011). Det er også planlagt å evaluere systemet ved å hente ut data fra områder som har innført e-resept og områder som ikke har det (Apoforsk et al., 2008b). I tillegg til dette kommer kvalitative undersøkelser, som undersøkelsen blant brukere av e-resept og kunder i apotek (Håkonsen og Dønnum, 2011) og denne masteroppgaven. Berg (2001) minner om at målene for et prosjekt vil forandre seg underveis.

Den neste utfordringen er overgangen fra prosjekt til drift, særlig i e-resept med mange, delvis selvstendige aktører. Denne overgangen ville vært interessant å undersøkt når e-resept var ferdig innført.

Den siste utfordringen handler om incentiver og mekanismer for fordeling av nytte. I prosjekter som krever samarbeid mellom aktører som tilhører ulike budsjett oppstår det utfordringer dersom kostnader og nytte ikke er jevnt fordelt. I e-resept er dette tydelig, hvor fastlegene får negative (Apoforsk et al., 2008b) eller nøytrale effekter (Håkonsen og Dønnum, 2011; Rambøll, 2010), mens apotek, pasienter og HELFO får positive effekter (Apoforsk et al., 2008b; Håkonsen og Dønnum, 2011; Rambøll, 2010).

Myndighetene har tatt noen grep for at e-resept skal tas i bruk selv med skjevt fordelte effekter. Takstene for fornying av resepter er endret slik at legene fortsatt får betalt selv om egenbetalingen fra pasientene faller bort. Fastleger er pålagt å bruke e-resept, dersom de bruker et av journalsystemene som støtter e-resept (Helsedirektoratet, 2012c). Rambøll (2010) nevner også bedre pasientbehandling som et incentiv for legene.

Gevinstrealiseringsarbeidet har vært godt forankret blant brukergruppene til e-resept fra starten av, gjennom representantene fra ulike aktører i gruppen som utviklet de første gevinstrealiseringsdokumentene. De fleste konsekvensene avdekket i pilottesten og i denne oppgaven er nevnt i gevinstrealiseringsplanene.

E-reseptprosjektet har valgt en forsiktig overgang fra papir-resepter til elektroniske resepter. Flere av prinsippene for gevinstrealisering er fulgt. Prinsippene for ledelse skaper utfordringer for e-resept siden deler av helsevesenet ikke har tradisjonell linje-organisering.

De legene som er intervjuet i denne oppgaven er positive til e-resept, selv med endel opplevde ulemper. Bedre informasjon om hensikten med systemet kunne gitt enda bedre motivasjon for å ta i bruk e-resept. Informasjon kunne også bidratt til i

større grad å ta i bruk de nye mulighetene som ligger i e-resept. Bedre informasjon kunne også ha avverget noen misforståelser som bidrar til å gjøre det kronglete å bruke e-resept.

6.3 Resultatene i forhold til pilottesten

Pilottesten som ble utført i Os og Larvik ligner på mange måter undersøkelsen i denne oppgaven i både oppsett og fase av innføringen. Pilottesten viste at systemet var klart for utbredelse og at brukerne var positive til systemet. Brukerne opplevde ikke behov for spesiell opplæring eller mer informasjon.

I løpet av pilottesten ble det også avdekket ting som burde endres. Det ble foreslått å få automatiske rutiner for installering av e-resept på legekantorene. I intervjuene i denne undersøkelsen virker det som om installeringen av systemene har gått greit, noe som tyder på at rutinene for dette er automatisert.

Etter pilottesten satte legene som krav for å innføre systemet at de fortsatt fikk betalt for fornyede resepter. Dette er endret slik at legene får refundert den tidligere egenbetalingen for fornyede resepter fra HELFO. I tillegg ble det avdekket at kravet om samtykke og signering av hver enkelt resept var tungvint og tidskrevende for legene. Kravet om signering av hver enkelt resept er endret til krav om signering av reseptene for hver enkelt pasient. Utfordringen med samtykke er fortsatt den samme.

I pilottesten fantes det ikke funksjonalitet for å kunne sende en resept til et spesifikt apotek. Dette er forandret etter piloten med implementeringen av forsendelsesansmodning. Implementeringen av støtte for multidoser er i gang, men ikke ferdigstilt.

I pilottesten kom det fram at legene hadde utfordringer med utgåtte varenummer på grunn av manglende automatisk oppdatering av FEST. En av legene i Sør-Trøndelag viste meg hvordan han sjekket at systemet var oppdatert. Likevel hadde flere av legene problemer med at vanlige medikamenter ikke kunne fornyes, men måtte legges inn på nytt.

Bruken av *Mine Resepter* og dårlig støtte og oppfølging fra leverandør var blant de største svakhetene pilottesten avdekket. Dette er ikke temaer som informantene i denne oppgaven har fokusert på.

Legene som ble intervjuet i denne oppgaven var positivt innstilt til e-resept før innføringen. Etter innføringen har de opplevd endel utfordringer, men har fortsatt tro på systemet. Systemet oppleves av noen av legene som uoversiktlig og tregt å bruke. Noen leger hadde ønsket seg mer informasjon og opplæring, mens andre er fornøyd slik det har vært. Bruken av de ulike funksjonene er på samme nivå eller litt lavere enn i pilottesten. Ikke alle funksjonene er kjent, og ikke alle legene har

brukt alle funksjonene i e-resept. I tillegg har noen av legene opplevd utfordringer med innføringen av e-resept i den kommunale hjemmetjenesten.

Det er ulike grunner til at resultatene fra denne oppgaven og fra pilottesten er litt forskjellige. I en pilottest er det naturlig at alle parter er engasjert for å få en vellykket test, med oppfølging underveis, ekstra informasjon og tilrettelegging for pasientene. Midtveis i den ordinære innføringen har opplæringen, informasjonen og installeringen blitt rutine.

I pilottesten ble det ofte brukt IT-system med ett versjonsnummer lavere enn det som er i bruk hos de legene intervjuet i oppgaven. De fleste av legene bruker også WinMed med reseptmodulen som ikke var en del av pilottesten. Dette kan forklare forskjellene i opplevelse av brukergrensesnittet til e-resept. I tillegg er hjemmetjenestene organisert ulikt i noen av kommunene i denne undersøkelsen versus pilottesten.

Informantene i denne oppgaven er delvis fornøyd til veldig fornøyd med e-resept. Ulikheter i programvare og i innføringsprosessen kan forklare en ikke like fornøyd holdning til e-resept som aktørene som deltok i pilottesten.

6.4 Metodologisk evaluering

Klein og Myers (1999) foreslår et sett med prinsipper for å evaluere fortolkende case-studier i fagfeltet informasjonssystemer. Forfatterne trekker veksler på antropologi, fenomenologi og hermeneutikk. De foreslår 7 prinsipper. Prinsippene skal ikke følges slavisk. Det er opp til personene i en forskningsprosess å avgjøre hvordan og om disse prinsippene skal anvendes. De fungerer som et utgangspunkt for utføring og evaluering av studier.

6.4.1 Hermeneutisk sirkel

Det første prinsippet er prinsippet om den hermeneutiske sirkel og er selve hovedprinsippet. For å få forståelse er det essensielt å bevege seg mellom å prøve å forstå enkeltdelene og å forstå helheten. Forståelsen av delene informerer forståelsen av helheten, og forståelsen av helheten gir bedre forståelse av delene.

Arbeidet med denne oppgaven har vekslet mellom teori og praksis. Den første delen av arbeidet besto i å få oversikt over teori om gevinstrealisering og elektroniske reseptsystemer i tillegg til forståelse for e-reseptprosjektet og gevinstrealiseringsarbeidet. Dette helhetsperspektivet var viktig i arbeidet med å utforme intervjuguiden. I datainnsamlingsfasen ble det mer fokus på detaljene, gjennom de enkelte informantenes spesifikke opplevelser. I skrivefasen har jeg igjen vendt tilbake til helheten, gjennom teori og dokumenter.

Klein og Myers anbefaler at man repeterer vekslingen mellom helhet og delene flere ganger. I denne oppgaven har jeg kun hatt en iterasjon. Allikevel har denne vekslingen vært nyttig. Blant annet trodde jeg at statlig kontroll av legegjerningen og rutiner for forebygging av feil var viktigere temaer for legene enn det jeg opplevde i intervjuene. Etter intervjuene opplever jeg at det er lettere å se for seg hva litteraturen skriver om. Det bildet faglitteraturen tegner blir fylt ut med informantenes opplevelse mens jeg leser.

6.4.2 Kontekstualisering

Det neste prinsippet handler om kontekstualisering — å sette ting inn i sin sammenheng. Fortolkende forskning fremholder at forholdet mellom personer, organisasjoner og teknologi ikke er konstant, men heller i stadig endring (ibid.). Det er derfor viktig å beskrive de sosiale og historiske omgivelsene slik at leseren kan se hvordan dagens situasjon har utviklet seg. Dette innebærer også at forskeren påvirker situasjonen og at situasjonen påvirker forskeren.

Det har vært en utfordring i denne oppgaven å gi en full beskrivelse av omgivelsene fordi det er så mange aktører og systemer involvert i e-resept. For å kunne beskrive legenes opplevelse og handlinger, har jeg også vært nødt til å involvere interaksjoner med pasienter, apotek, hjemmetjeneste og myndigheter. Det har også vært viktig for meg å gi en relativt grundig beskrivelse av reseptsystemet og lovverket rundt legemiddelhåndtering i Norge. I tillegg til å gi nyttig informasjon til leseren, var god bakgrunnsforståelse viktig i datainnsamlingen. Tid til intervjuer var et knapphetsgode og jeg måtte utnytte tiden med informantene best mulig.

E-resept er et relativt isolert prosjekt i helsevesenet. Men samtidig med e-resept utføres det en rekke andre IT-prosjekter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Ett eksempel er Meldingsløftet (Helsedirektoratet, avdeling e-helse, 2012), som har som mål å utvikle standarder for elektronisk kommunikasjon av mange typer helsedata, som prøvesvar, henvisninger og journalinformasjon. Dette er et eksempel på de mange samtidige endringene i legenes arbeidshverdag som påvirker mange av de samme prosessene som e-resept påvirker. Rambøll (2010) påpeker at det er en rekke faktorer som påvirker de samme forholdene som e-resept, som: endringer i refusjonsordninger, takster, regler for godkjenning, programvareoppdateringer og nye legemidler.

6.4.3 Interaksjon mellom forsker og informant

Fortolkende forskning ser på kunnskap som noe som blir konstruert i møtet mellom forsker og informanter (Klein og Myers, 1999). Selv med historiske data, der forskeren ikke kan påvirke dataene, blir meningen av dataene til i et samspill mellom forskerens bakgrunn og holdninger og de innsamlede dataene. Klein og

Myers poengterer videre hvordan informantene også er fortolkere og analytikere, gjennom tilegnelse av uttrykk og konsepter og gjennom hvordan de forandrer oppførsel.

Informanter gir ulike svar i intervju basert på hvilken rolle intervjueren har i følge Oates (2006). Jeg gikk ikke inn i datainnsamlingen som en absolutt nøytral. Jeg har ikke helseutdanning, så min erfaring med leger og helsesekretærer er som *pasient*. I løpet av oppgave har jeg også opplevd e-resept fra pasientvinkelen: jeg har fått forskrevet medisin på e-resept, hentet ut e-resept og benyttet «Mine resepter». Det har bidratt til at jeg i utgangspunkt har hatt fokus på hvordan systemet oppleves fra pasientens synsvinkel.

Jeg har også vært et «datamenneske». Jeg opplevde at både en lege og en lege-sekretær unnskyldte sine datakunnskaper. Disse forholdene har gitt en viss sosial avstand mellom meg og informantene mine. Det kan tenkes at en person med helsefaglig utdanning ville ha vært nærmere informantene og dermed fått andre svar.

Det var viktig for meg å uttrykke klart i rekrutteringsbrevet (se vedlegg B) at jeg var uavhengig av Helsedirektoratet, og at jeg ikke skulle kontrollere hvordan informantene utførte arbeidet sitt. Jeg opplevde å få ærlige og åpenhjertige svar. Det tror jeg også har sammenheng med rollen min som student. Jeg var der for å lære, og da var det kanskje lettere å snakke om de tingene som man ikke forsto eller ikke likte.

Både intervjuer og observasjon innebærer et tosidig forhold mellom forsker og informant. Forskeren får nødvendige data til forskningsprosjektet. Informantene kan ha ulike motivasjoner for å delta. Myers og Newman (2007) anbefaler å komme med en eller annen form for tilbakemelding til informantene, for å gi de noe tilbake for deltagelsen.

I rekrutteringsbrevet (se vedlegg B) «markedsførte» jeg studien med mulighet for å gi innspill til Helsedirektoratets evaluering av e-resept. Nå har ikke samarbeidet med Helsedirektoratet vært så tett som planlagt, men de har vist interesse for å lese oppgaven. Muligheten for å gi tilbakemelding til Helsedirektoratet kan ha påvirket informantene til å trekke fram særlig de punktene de har vært misfornøyd med. Det er et mulig bias i oppgaven.

Jeg havnet også i rollen som opplærer i under datainnsamlingen. Noen av legene hadde lite kjennskap til e-resept, og jeg måtte da forklare noen av funksjonene i e-resept, som FEST og låste resepter. Jeg oppklarte i noen tilfeller også misforståelser. En lege var redd for at legene selv måtte gjøre alt arbeidet helsesekretærene gjør i dag. Denne misforståelsen innebar en drastisk endring i arbeidet på legekantoret som det var naturlig at legen grudde seg til. Ved å forklare at helsesekretærene fortsatt kunne gjøre reseptene klare for fornying, forandret jeg på forventningene denne legen hadde til e-resept. Samtidig har jeg gjennom intervjuene tatt opp problemstillinger legene ikke selv hadde tenkt på, og dermed også

endret på forventninger.

6.4.4 Abstraksjon og generalisering

Dette prinsippet handler om hvorvidt og hvordan man kan generalisere fra enkeltsituasjoner i fortolkende studier. Validitet i generaliseringer kommer ikke av statistisk representativitet, men av hvor overbevisende og plausible de logiske konklusjonene er (ibid.).

Myers og Newman (ibid.) siterer Walsham (1995a) som argumenterer for at det er fire ulike måter å generalisere på fra fortolkende case-studier: utvikling av konsepter, produksjon av teori, å trekke spesifikke implikasjoner og å bidra med rik innsikt. Denne oppgaven bidrar med rik innsikt i e-reseptprogrammet og trekker spesifikke implikasjoner.

Myers og Newman (ibid.) forklarer også hvordan teori spiller en annen rolle en fortolkende tradisjon enn i en positivistisk tradisjon. I stedet for å prøve å falsifisere eksisterende teori, blir tidligere teori brukt som et «verktøy for sensibilisering» for å se verden på en bestemt måte.

Jeg har brukt teori innen innføring og bruk av IT-systemer, gevinstrealisering og elektroniske resepter for å se etter feil og svakheter ved e-reseptsystemet. Litteraturen har vært en del av forkunnskapene mine, og påvirket datainnsamlingen og analysen av dataene.

Denne oppgaven gir utfyller bildet av innføringen av e-resept, sammen med pilotstudien og Helsedirektoratets kvantitative vurderinger. Mine informanter skiller seg fra deltagerne i piloten med tanke på innføringstidspunkt, oppfølging fra Helsedirektoratet, EPJ-system og organisering av hjemmetjeneste. Jeg har også brukt andre teorier som utgangspunkt enn for eksempel de andre masteroppgavene som er skrevet om e-resept.

Det er sannsynlig at problemene mine informanter påpeker også finnes hos andre leger i Norge, selv om jeg ikke kan uttale meg hvor utbredt de ulike problemene er. Det er også sannsynlig at det finnes andre problemer med e-resept som ikke mine informanter har opplevd eller påpekt. Som et tillegg til resten av evalueringen av e-resept, bidrar oppgaven til å gi et mer komplett bilde.

6.4.5 Prinsippet om dialogisk resonering

Dette prinsippet krever at forskeren konfronterer de forutinntatte meninger som bidro til forskningsdesignet med de dataene som trer frem igjennom studien (ibid.).

Jeg har forsøkt gi en gjennomslutning av metodikken i denne oppgaven, inkludert en beskrivelse av det filosofiske og vitenskapsteoretiske utgangspunktet.

I tillegg, gjennom vekselen mellom teori og planer og innsamlet data oppstår det konfrontasjoner mellom teori og empiri.

I løpet av intervjuene, opplevde jeg at noen av spørsmålene mine ikke var så relevante og at legene hadde andre temaer som de synes var viktige. Intervjuene gikk gradvis over til å bli friere fra mine forhåndsbestemte temaer, og dermed fikk jeg data som utfordret min egen forforståelse.

6.4.6 Prinsippet om ulike tolkninger

Dette prinsippet fokuserer på aktørenes ulike tolkninger. Menneskelig aktivitet skjer i en sosial kontekst som involverer flere aktører (Myers og Newman, 2007). Forskeren bør derfor undersøke den sosiale konteksten ved å hente inn og dokumentere ulike synspunkt og grunnene for disse synspunktene.

Jeg intervjuet 5 leger, og i mange tilfeller fortalte de om ganske ulike opplevelser, som beskrevet i resultatdelen. Også leger som arbeidet på samme legekantor med samme journalsystem fortalte om ulike opplevelser. Særlig i intervjuene og observasjonen etter innføringen prøvde jeg å følge opp de spørsmålene der jeg fikk ulike svar. Informantene fikk del 4.3, 4.7 og 5 til gjennomlesning i 14 dager.

Det var ulike temaer som er viktig for de ulike informantene. Den som synes det var mye styr med reseptarbeid før e-resept, syntes det var enda mer å gjøre etterpå. Den som synes det gikk litt for fort å signere resepter, signerte reseptene raskt etter innføringen. I oppskrivningen av resultatene har jeg forsøkt å la alles stemmer få komme fram. Jeg har trukket frem det som virker som flere opplever som viktig, enten de er enige eller uenige. Leseren får avgjøre om utvalget virker troverdig.

I e-resept er det også andre aktører enn allmennleger og helsesekretærer, som sikkert har andre oppfatninger om e-resept. Disse er utenfor rammene til denne oppgaven, men de er fortsatt viktige å være klar over.

6.4.7 Prinsippet om mistanke

Prinsippet om mistanke handler om mulig påvirkning og systemiske forvrengninger. Ulik sosial status og makt kan påvirke svarene man får i en undersøkelse. Wagner (1993) undersøkte innføringen av et rom- og timebestillingssystem for operasjoner på et sykehus. Wagner fant at legene fritt kunne oppgi hvilken tid de var tilgjengelig for operasjoner uten begrunnelse, mens sykepleierne måtte oppgi hvilken tid de ikke var tilgjengelig for operasjoner.

I denne oppgaven min har det vært viktig for meg å være klar over ulikheter i posisjon og innflytelse. Leger og apotek har hatt egne delprosjekt og hatt mye innflytelse. Andre aktører som kommunehelsetjenesten og pasientene har ikke hatt

innflytelse over systemet på samme måte. Det er gjort mange undersøkelser på hvordan leger bruker og opplever elektroniske resepter, men få eller ingen om medarbeidernes bruk i følge Apoforsk et al. (2008a, s. 31).

Jeg har intervjuet allmennleger og observert helsesekretærene. Observasjonen inneholdt elementer av intervju. I rapporteringen av resultatene referer jeg til enkeltleger, fordi alle intervjuene var enkeltintervjuer. I observasjonen var det ofte flere legesekretærer som var tilstede når jeg spurte om noe. Jeg har i tillegg kun har skriftlige notater fra observasjonen, og dette gjorde det vanskeligere å referere enkeltsitater til en eller flere legesekretærer.

6.4.8 Oppsummering

Disse sju prinsippene har vært endel av min bakgrunnskunnskap fra før jeg begynte på oppgaven. De har vært nyttige som hjelpemidler til å reflektere over forskningsprosessen. Jeg har måtte forholde meg til forholdet mellom forskningsspørsmål og omgivelser og mitt forhold til informanter og til min teoretiske bakgrunn. De har hjulpet meg til å være klar over aktørenes ulike tolkninger og til mulige forvrengninger i datagrunnlaget. I tillegg har prinsippene hjulpet til å se mulige resultater fra en kvalitativ, fortolkende studie.

Kapittel 7

Konklusjon

Hva kan man si om kvalitative effekter av e-resept ved å undersøke hvordan leger og ansatte på legekantor har oppfattet innføringsprosessen? Denne oppgaven har undersøkt hvordan allmennleger i Sør-Trøndelag har opplevd innføringen av e-resept i forhold til de gevinstrealiseringsplanene som Helsedirektoratet har utarbeidet. Oppgavens bidrag er å gi en rik beskrivelse av innføringen som kompletterer kunnskapen fra tidligere undersøkelser, pilottesten og Helsedirektoratets evaluering av prosjektet.

7.1 Planlagte gevinster

Motivasjonen for e-resept var å lage et helhetlig elektronisk forløp for reseptinformasjon. E-resept var ventet å gi moderate helsegevinster. Legene skulle få bedre oversikt over pasientenes legemiddelbruk og mer informasjon om legemidler gjennom beslutningsstøttesystem. Pasientene skulle få bedre og likere tilgang til legemidler gjennom redusert behov for oppmøte på legekantor. I tillegg ville HELFO og Legemiddelverket få positive effekter ved kontroll, søknadsbehandling og oppgjør.

7.2 Oppfølging av risiko, tiltak og gevinster

Nytterealiseringsplanen har poengtert hvor viktig det har vært å lage et driftsikkert system. Ingen av legene i denne undersøkelsen rapporterer om alvorlige feil, noe som tyder på at dette i stor grad er fulgt opp. Gevinstrealiseringsplanene har også fokusert på fordelingsvirkninger og incentivsystem. Dette er til en viss grad fulgt opp.

Dataene presentert i denne oppgaven antyder at planenes fokus på informasjon, brukergrensesnitt og informasjon ikke er like godt fulgt opp.

7.3 Dommen over e-resept

E-resept kan sies å være et vellykket system, men kunne vært bedre på noen områder. Vektleggingen på å lage et driftssikkert, stabilt system har bidratt til suksessen. Det at prosjektet ikke begynte den nasjonale innføringen før systemet var stabilt nok er en annen faktor. Den lange, gradvise innføring har redusert risikoen i prosjektet.

Brukergrensesnittet kunne vært bedre enn det er. Forskrivningsmodulen og journalsystemet oppleves tregt å bruke etter innføringen av e-resept av noen leger. Alt dette har sammenheng med leverandørens implementering av løsningen. Det har også tidligere vært utfordringer med implementering av løsninger hos leverandørene, ifølge Samspill 2.0.

Informasjonsarbeidet kunne også vært bedre både mot legekantorene og mot pasientene. Informasjonen til legene burde inneholdt mer om bakgrunnen og motivasjonen til systemet i tillegg til den tekniske informasjonen om hvordan bruke systemet.

7.4 Ikke-verdsatte effekter i e-resept

De viktigste både positive og negative effektene i e-resept er innen helse. E-resept skulle gi legene bedre oversikt over pasientenes legemiddelbruk. Et uoversiktlig og tungvint brukergrensesnitt oppveier til en viss grad de positive effektene av tilgangen til reseptinformasjon fra andre leger og fra apotek.

E-resepts virkning på pasienters helse avhenger av legenes bruk av de ulike funksjonene. Redusert kjennskap til og bruk av funksjonene reduserer de positive effektene av systemet. Manglende kjennskap til og forståelse for meldingene fra FEST kan bidra til negative holdninger og redusert bruk av beslutningsstøttesystemet.

Informasjonen til befolkningen har vært relativt liten. Informasjonen har lagt vekt på hvor enkelt og sikkert systemet er. Det er noen som har oppfattet av systemet er sikrere og enklere enn det faktisk er, som den eldre kvinnen som trodde at reseptene automatisk ble fornyet med e-resept. I Vestfold klarte en mann i høst å få skrevet ut sterke smertestillende fra ti forskjellige leger på e-resept (Bering, 2012).

Effektene av e-resept på legenes arbeidshverdag er alt i alt relativt nøytrale. Legenes bruk av e-resept har likevel stor effekt på pasienter og resten av aktørene i legemiddelbehandlingen.

7.5 Forslag til tiltak

For å oppnå de mulige gevinstene ved e-resept og redusere risikoene ved systemet er det noen ting som bør gjøres. Både befolkningen og legene bør få mer informasjon om funksjonene og virkemåten til e-resept. Legene og apotek bør oppfordres til å alltid gi utskrift av medisiner til alle pasientgrupper som ikke vil eller kan bruke Mine Resepter. I tillegg bør det avklares hvordan elektroniske resepter tæs i bruk i kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Eventuelt kan man vurdere å gi pleie- og omsorgstjenesten tilgang til reseptinformasjon for sine brukere etter samtykke fra pasient eller pårørende.

7.6 Videre arbeid

Temaet gevinstrealisering i helsesektoren kan utforskes på mange andre måter enn det som er gjort i denne oppgaven.

Oppgaven har vurdert legers og legesekretærers opplevelse av e-resept. Legekontorene er den første aktøren i en lang rekke i reseptarbeidet og i en relativt fri stilling i reseptarbeidet. Andre aktører er mer avhengige, større eller mer komplekse. Undersøkelser med fokus på sykehus, apotek eller pasienters opplevelse ville berike kunnskapen om gevinstrealisering i helsesektoren.

Denne oppgaven har fokusert på gevinstrealiseringsplanene i innføringsperioden. Det ville vært interessant å evaluere gevinstrealiseringsplanene etter at e-resept har vært i bruk i en lenger periode.

Det er planer for mer kvantitativ evalueringen av e-resept ved undersøkelse av utviklingen av forskrivning i fylker med og uten e-resept. Det hadde vært nyttig å studert hvor hensiktsmessig denne målingen av effekter er.

Referanser

- Ammenwerth, E., Schnell-Inderst, P., Machan, C. og Siebert, U. (2008). «The effect of electronic prescribing on medication errors and adverse drug events: a systematic review.» eng. I: *J Am Med Inform Assoc* 15.5, s. 585–600. URL: <http://dx.doi.org/10.1197/jamia.M2667>.
- Andersen, H. R. (mai 2007). *Receptserveren*. URL: www.medcom.dk/dwn1250 (Sist besøkt 25.09.2012).
- Apoforsk, NSEP, KITH og PwC (mai 2008a). *eResept – nytteverdi og effekter av elektroniske resepter – Delrapport 2 og 3*.
- Apoforsk, NSEP, KITH og PwC (okt. 2008b). *eResept – plan for nytterealisering – Delrapport 4*.
- Apotekforeningen (2012). *Apotek og legemidler 2012*.
- Berg, M. (2001). «Implementing information systems in health care organizations: myths and challenges». I: *International Journal of Medical Informatics* 64.2-3. Sp. Iss. SI 505BF Times Cited:143 Cited References Count:58, s. 143–156.
- Bering, E., red. (21. nov. 2012). *Mann i 40-årene lurte fastleger trill rundt: Tønsbergs blad*. URL: <http://tb.no/nyheter/mann-i-40-arene-lurte-fastleger-trill-rundt-1.7653851> (Sist besøkt 22.11.2012).
- Blåreseptforskriften (2007). *FOR 2007-06-28 nr 814: Forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (blåreseptforskriften)*. URL: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20070628-0814.html> (Sist besøkt 12.11.2012).
- Boonstra, A., Boddy, D. og Fischbacher, M. (2004). «The limited acceptance of an electronic prescription system by general practitioners: reasons and practical implications». I: *New Technology, Work and Employment* 19.2, s. 128–144.
- Brøyn, N., Lunde, E. S. og Kvalstad, I. (2007). *SEDA: Sentrale data fra allmennlegjetjenesten 2004-2006*. URL: www.ssb.no/emner/03/90/rapp%5C_200715/rapp%5C_200715.pdf (Sist besøkt 26.10.2012).
- Buajordet, I., Ebbesen, J., Erikssen, J., Brørs, O. og Hilberg, T. (okt. 2001). «Fatal adverse drug events: the paradox of drug treatment.» I: *Journal of Internal Medicine* 250.4, s. 327–341.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012). *The Electronic Health Card*. URL: <http://www.bmg.bund.de/ministerium/english-version/the-electronic-health-card.html> (Sist besøkt 25.09.2012).
- Bækkelie, J.-A. (2012). *Utvikling og innføring av e-resept. Presentasjon UIO Juridisk fakultet, institutt for privatrett*. Helsedirektoratet. URL: <http://www.jus.uio.no/ifp/om/organisasjon/seri/arrangementer/2012/tks/presentasjoner-tks-2012/erespt-tks.pptm.pdf> (Sist besøkt 06.12.2012).

- Cornford, T. og Smithson, S. (2006). *Project Research in Information Systems: A Student's Guide*. Macmillian Information Systems Series. Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- Det danske sundhedsvæsen (2012). *Sundhed.dk*. URL: sundhed.dk (Sist besøkt 19.09.2012).
- Dietzel, G. T. W. (2004). «Modernizing healthcare in Germany by introducing the eHealthcard». I: *Swiss Medical Informatics* 52, s. 18–22.
- Edwards, J. (2006). *Case Study: Denmark's Achievements With Healthcare Information Exchange*. Tekn. rapp. Gartner.
- Ekedahl, A., Brosius, H., Jönsson, J. og Karlsson, H. (2010). «Differences between the data in the electronic medical record, the prescriptions stored in the Swedish national prescription repository and the current treatment stated by the patients.» I: *Proceedings from European Society of Clinical Pharmacy international workshop on patient safety and pharmacy, 10–11 May 2010, Uppsala, Sweden*. Springer, s. 679.
- Ekedahl, A. (sep. 2010). «Problem prescriptions in Sweden necessitating contact with the prescriber before dispensing.» eng. I: *Res Social Adm Pharm* 6.3, s. 174–184. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2009.09.001>.
- ePrescription-xBorder (2012). *ePrescription status*. Empirica Gesellschaft für Kommunikations- und Technologieforschung mbH. URL: <http://eprescription-xborder.eu/norm/eprescription-status> (Sist besøkt 19.09.2012).
- epSOS (sep. 2012). *ePrescription*. SALAR - (Swedish Association of Local Authorities og Regions/Sveriges Kommuner och Landsting). URL: <http://www.epsos.eu/epsos-services.html> (Sist besøkt 09.19.2012).
- Flak, L. S. (2012). *Gevinstrealisering og offentlige IKT-investeringer*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 251.
- Flak, L. S., Nielsen, P. A. og Henriksen, J. H. R. (2012). «Gevinstrealisering i eforvaltningsprosjekter. God teknologiledelse i praksis». I: *Gevinstrealisering og offentlige IKT-investeringer*. Red. av L. S. Flak. Oslo: Universitetsforlaget, s. 18.
- Forskrift om legemidler fra apotek (1998). *FOR 1998-04-27 nr 455: Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek*. URL: <http://www.lovdatabank.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19980427-0455.html> (Sist besøkt 12.11.2012).
- Gasser, L. (1986). «The Integration of Computing and Routine Work». I: *ACM Transactions on Office Information Systems* 4.3. Times Cited: 102, s. 205–225.
- Glintborg, B., Poulsen, H. E. og Dalhoff, K. P. (feb. 2008). «The use of nationwide on-line prescription records improves the drug history in hospitalized patients.» eng. I: *Br J Clin Pharmacol* 65.2, s. 265–269. URL: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2125.2007.03017.x>.
- Grimsmo, A. (2006). «Elektronisk resept — uten bivirkninger?» I: *Tidsskrift for Den norske legeförening* (13). URL: <http://tidsskriftet.no/article/1394774> (Sist besøkt 05.10.2012).
- Hammer, M. (1990). «Reengineering work. don't automate, obliterate». I: *Harvard Business Review* 68.4, s. 104–112.

- Haugen, K. (26. jun. 2006). «Automatisk pilledispenser. Informasjonsflyt i legemiddehåndteringen ved innføring av automatisk pilledispenser». Masteroppg. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet. URL: <http://daim.idi.ntnu.no/masteroppgave?id=1253> (Sist besøkt 30.11.2012).
- Heibø, M. (9. jun. 2006). «Elektronisk resept vurdert mot pasientgruppers behov». Masteroppg. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet. URL: <http://daim.idi.ntnu.no/masteroppgave?id=1327> (Sist besøkt 30.11.2012).
- Hellang, Ø., Flak, L. S. og Päiväranta, T. (2012). «Metoder og teknikker for gevinstrealisering». I: *Gevinstrealisering og offentlige IKT-investeringer*. Red. av L. S. Flak. Oslo: Universitetsforlaget, s. 26.
- Hellström, L., Waern, K., Montelius, E., Astrand, B., Rydberg, T. og Petersson, G. (2009). «Physicians' attitudes towards ePrescribing—evaluation of a Swedish full-scale implementation.» eng. I: *BMC Med Inform Decis Mak* 9, s. 37.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005). *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. Stortingsmelding nr. 18 (2004-2005)*. URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20042005/stmeld-nr-18-2004-2005.html?id=406517>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Samspill 2.0. Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008 – 2013*. Stategiplan. URL: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/samspill-20-nasjonal-strategi-for-elektronisk-samhandling-i-helse--og-omsorgssektoren-2008-2013/Publikasjoner/samspill-20-nasjonal-strategi-for-elektronisk-samhandling-i-helse--og-omsorgssektoren-2008-2013.pdf> (Sist besøkt 12.12.2012).
- Helsedepartementet, S. (2004). *S@mspill 2007. Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren*. Statlig strategi 2004-2007. URL: <http://www.nhn.no/om-oss/bakgrunn/s-mpill-2007/om-oss/bakgrunn/s-mpill-2007/S-mpill%202007.pdf> (Sist besøkt 12.12.2012).
- Helsedirektoratet. *Elektronisk resept. Trygt og enkelt*. Til deg som trenger resept. norsk. URL: http://www.helsedirektoratet.no/it-helse/eresept/informasjonsmaterieell/Documents/60801_eResept_Bokmal_web.pdf (Sist besøkt 20.11.2012).
- Helsedirektoratet (2011). *E-resept og Mine resepter*. URL: <http://helsenorge.no/selvbetjening/sider/om-e-resept/om-e-resept1.aspx> (Sist besøkt 20.11.2012).
- Helsedirektoratet (2012b). *Funksjonalitet*. URL: <http://helsedirektoratet.no/it-helse/eresept/legeskontor/funksjonalitet/Sider/default.aspx> (Sist besøkt 24.11.2012).
- Helsedirektoratet (2012c). *Spørsmål og svar om forskrivning*. URL: <http://helsedirektoratet.no/it-helse/eresept/legeskontor/sporsmal-og-svar/Sider/default.aspx> (Sist besøkt 24.11.2012).
- Helsedirektoratet, avdeling e-helse (2012). *Sluttrapport Nasjonalt meldingsløft. IS-2016*. URL: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/>

- sluttrapport - nasjonalt - meldingsloft / Publikasjoner / Sluttrapport %20Nasjonalt%20meldingsl%C3%B8ft.pdf (Sist besøkt 10.12.2012).
- Hollingworth, W., Devine, E. B., Hansen, R. N., Lawless, N. M., Comstock, B. A., Wilson-Norton, J. L., Tharp, K. L. og Sullivan, S. D. (2007). «The impact of e-prescribing on prescriber and staff time in ambulatory care clinics: a time motion study.» eng. I: *J Am Med Inform Assoc* 14.6, s. 722–730.
- Hypponen, H., Salmivalli, L. og Suomi, R. (2005). «Organizing for a National Infrastructure Project: The Case of the Finnish Electronic Prescription». I: *Proc. 38th Annual Hawaii Int. Conf. System Sciences HICSS '05*.
- Håkonsen, I. og Dønnum, H. (2011). *Evaluering av e-resept i pilot*. Tilgjengelig fra «Legesidene for IT i helsevesenet». PwC. URL: <http://www.refepj.no/tema/eressept/dokumentarkiv/Rapport-evalueringave-reseptipilot.pdf> (Sist besøkt 24.11.2012).
- Haavik, S., Horn, A. M., Mellbye, K. S., Kjønniksen, I. og Granås, A. G. (26. jan. 2006). «Forskrivningsfeil – omfang og oppklaring». I: *Tidsskrift for Den norske legeforening* (3). URL: <http://tidsskriftet.no/article/1329602/>.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (mai 2012). *Bekendtgørelse om Lægemiddelstyrelsens elektroniske registrering af de enkelte borgeres medicinoplysninger*. Besøkt 25.09.2012. URL: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=136921> (Sist besøkt 25.09.2012).
- Jha, A. K., Doolan, D., Grandt, D., Scott, T. og Bates, D. W. (des. 2008). «The use of health information technology in seven nations.» eng. I: *Int J Med Inform* 77.12, s. 848–854.
- Klein, H. K. og Myers, M. D. (1999). «A set of principles for conducting and evaluating interpretive field studies in information systems». I: *Mis Quarterly* 23.1. 192GG Times Cited:527 Cited References Count:70, s. 67–93.
- Lanestedt, G. og Bygstad, B. (2009). *IKT-basert innovasjon i offentlig sektor : en håndbok basert på erfaringer fra Høykom-programmet 1999-2008*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Legemiddelforskriften (2010). *FOR 2009-12-18 nr 1839: Forskrift om legemidler (legemiddelforskriften)*. URL: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20091218-1839.html> (Sist besøkt 12.11.2012).
- Legemiddeloven (2009). *FOR 2009-12-18 nr 1839: Forskrift om legemidler (legemiddelforskriften)*. URL: <http://www.lovdata.no/all/nl-19921204-132.html> (Sist besøkt 12.11.2012).
- Mandelid, M. (6. sep. 2006). «Simulering av informasjonsutveksling og kommunikasjonshandlinger i legemiddelhåndtering ved bruk av AnyLogic.» Masteroppg. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet. URL: <http://daim.idi.ntnu.no/masteroppgave?id=1534> (Sist besøkt 30.11.2012).
- Melby, G. (2012). *Nå kan du logge deg på med BankID*. helsenorgebeta.net. URL: <http://www.helsenorgebeta.net/2012/11/na-kan-du-logge-deg-pa-med-bankid/> (Sist besøkt 21.11.2012).

- Melby, G. (2011). *Hvorfor skal innlogging være så vanskelig?* helsenorgebeta.net. URL: <http://www.helsenorgebeta.net/2011/12/hvorfor-skal-innlogging-vaere-sa-vanskelig> (Sist besøkt 20.11.2012).
- Miles, M. B. og Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis*. 2. utg. Thousand Oaks: Sage.
- Mundy, D. og Chadwick, D. W. (1. sep. 2004). «Electronic transmission of prescriptions. towards realising the dream». I: *International Journal of Electronic Healthcare* 1.1, s. 112–125.
- Myers, M. D. og Newman, M. (2007). «The qualitative interview in IS research: Examining the craft». I: *Information and Organization* 17.1, s. 2–26.
- NHS (2012). *Electronic Prescription Service (EPS)*. URL: <http://www.connectingforhealth.nhs.uk/systemsandservices/eps> (Sist besøkt 25.09.2012).
- Nygren, E. og Henriksson, P. (1992). «Reading the medical record. Analysis of physicians ways of reading the medical record». I: *Computer Methods and Programs in Biomedicine* 39.1-2. Times Cited: 64, s. 1–12.
- Nylenna, M. (2012). *compliance*. I: *Medisinsk ordbok*. Kunnskapsforlaget. URL: <http://ordnett.no/search?search=compliance&lang=no>.
- Oates, B. J. (2006). *Researching information systems and computing*. London: Sage Publications, s. XVII, 341.
- Orlikowski, W. J. (1996). «Improvising organizational transformation over time: A situated change perspective». I: *Information Systems Research* 7.1. Vu715 Times Cited:305 Cited References Count:69, s. 63–92.
- Pedersen, O. S. (14. jul. 2006). «Analyse av innføring av eResept hos allmennlegen: Kvalitative og kvantitative undersøkelser blant allmennleger i Trondheim». Masteroppg. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet.
- Peppard, J., Ward, J. og Daniel, E. (2007). «Managing the Realization of Business Benefits from IT Investments». I: *MISQ Executive* 6.1.
- Prior, L. (2004). «Documents». I: *Qualitative Research Practice*. Red. av C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium og D. Silverman. London: Sage, s. 375–390.
- Protti, D., Bowden, T. og Johansen, I. (2008). «Adoption of information technology in primary care physician offices in New Zealand and Denmark, Part 4: Benefits comparisons». I: *Informatics in Primary Care* 16.4, s. 291–6.
- Rahmner, P. B., Andersén-Karlsson, E., Arnhjort, T., Eliasson, M., Gustavsson, L.-L., Jacobsson, L., Oversjö, M.-L., Rosenqvist, U., Sjövik, S., Tomson, G. og Holmström, I. (2004). «Physicians' perceptions of possibilities and obstacles prior to implementing a computerized drug prescribing support system». I: *International Journal of Health Care Quality Assurance* 17.4, s. 173–179.
- Rambøll (jul. 2010). *E-resept. Sammendrag og vurdering av evalueringsarbeidet*. København.
- Reseptformidlerforskriften. FOR-2007-12-21 nr 1610: *Forskrift om behandling av helseopplysninger i nasjonal database for elektroniske resepter (Reseptformidlerforskriften)*. URL: <http://www.lovdataba.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20071221-1610.html> (Sist besøkt 12.11.2012).

- Riksrevisjonen (2002). *Dokument nr. 1. 2002-2003*. URL: http://www.riksrevisjonen.no/SiteCollectionDocuments/Dokumentbasen/Dokument1/2002-2003/Dok_1_2002_2003.pdf.
- Robey, D. og Sahay, S. (1996). «Transforming work through information technology. A comparative case study of geographic information systems in county government». I: *Information systems research* 7.1, s. 93–110.
- Russ, A. L., Zillich, A. J., McManus, M. S., Doebbeling, B. N. og Saleem, J. J. (5. jan. 2012). «Prescribers' interactions with medical alerts at the point of prescribing. A multi-method, *in situ* investigation of the human-computer interaction». I: *International Journal of Medical Informatics* 81.
- Schartum, D. W. og Jansen, A. J. (2008). «E-forvaltning: Perspektiver, systematiker og begreper. statlig og kommunal bruk av IKT». I: *Elektronisk forvaltning på norsk*. Red. av A. Jansen og D. W. Schartum. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schneider, W. (1993). «Att köra över människors inneboende autopilot». I: *Människor, datateknik, arbetsliv*. Red. av L. Lennerlöf. Publica, s. 99–114.
- Senter for statlig økonomistyring (2012). *Gevinstrealisering. En innføring i planlegging og oppfølging av gevinster*. Veileder. URL: http://www.sfso.no/upload/forvaltning_og_analyse/Publikasjoner%20og%20rapporter/Gevinstrealisering_veileder.pdf (Sist besøkt 12.12.2012).
- Sjöborg, B., Bäckström, T., Arvidsson, L.-B., Andersén-Karlsson, E., Blomberg, L. B., Eiermann, B., Eliasson, M., Henriksson, K., Jacobsson, L., Jacobsson, U., Julander, M., Kaiser, P.-O., Landberg, C., Larsson, J., Molin, B. og Gustafsson, L. L. (jul. 2007). «Design and implementation of a point-of-care computerized system for drug therapy in Stockholm metropolitan health region—Bridging the gap between knowledge and practice.» I: *International Journal Medical Informatics* 76.7, s. 497–506.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *S@mspill 2007 Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren. Gjennomføringsplan 2006*. URL: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/gjennomforingsplan-2007/Publikasjoner/gjennomforingsplan-2007.pdf> (Sist besøkt 12.12.2012).
- Surescripts – knowledge base* (2011). Besøkt 25.09.2012. URL: <http://www.surescripts.com/support/knowledge-base/general.aspx> (Sist besøkt 25.09.2012).
- Tjora, A. H. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 218.
- Tungen, H. (2012). *Snart får hele Norge e-resepter*. NRK. URL: <http://www.nrk.no/helse-forbruk-og-livsstil/1.8123147> (Sist besøkt 20.11.2012).
- Wagner, I. (1993). «A Web of Fuzzy Problems - Confronting the Ethical Issues». I: *Communications of the Acm* 36.6. Le641 Times Cited:9 Cited References Count:23, s. 94–101.
- Wang, C. J., Patel, M. H., Schueth, A. J., Bradley, M., Wu, S., Crosson, J. C., Glassman, P. A. og Bell, D. S. (2009). «Perceptions of standards-based electronic prescribing systems as implemented in outpatient primary care: a physician survey.» eng. I: *J Am Med Inform Assoc* 16.4, s. 493–502.

- Ward, J. og Daniel, E. (2006). *Benefits Mangement. Delivering Value from IS & IT Investments*. Wiley Series in Information Systems. Chichester: Wiley.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: design and methods*. Bd. 5. Applied Social Research Metods Series. Thousand Oaks: Sage.

Tillegg A

Definisjoner

Ordliste

A-preparater legemidler som inneholder narkotiske stoffer 6, 7

B-preparater legemidler som inneholder vanedannende stoffer eller av andre grunner trenger spesiell overvåkning 6, 7

blå resept resepter for legemidler som refunderes av folketrygden etter vedtatte regler 134

compliance i hvilken grad pasienter bruker legemidler slik de er foreskrevet 67, 74

DRUID en database med legemiddelinteraksjoner, redigert av Olav Spigset, og administrert av Emetra AS. DRUID bruker fra 1. april 2012 data fra FEST. Dataene fra DRUID var en av kildene til FEST. 98, 99, 106

e-resept navn på Helsedirektoratets prosjekt for å innføre elektroniske resepter i Norge 50–52, 54, 55, 133

elektronisk resept generelt begrep for resept rekvirert ved hjelp av et elektronisk system, for eksempel e-resept 13–17, 54

FEST forskrivning og ekspedisjonsstøtte - beslutningsstøttesystem utarbeidet av Legemiddelverket og integrert i e-resept 24, 29, 30, 39, 61, 64, 77, 78, 92, 96, 98, 99, 106, 114, 120, 133

godkjenningsfritak tillatelse til bruk av legemidler uten markedsføringstillatelse i Norge. Det er Legemiddelverket som behandler søknadene 6, 86, 87, 97

Helsedirektoratet Helsedirektoratet er et fagdirektorat og myndighetsorgan som ligger under og blir etatsstyrt av Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet har også oppgaver fra Kommunal- og regionaldepartementet. Helsedirektoratet har ansvar for innføringen av e-resept. i, 22, 24, 27, 84, 89, 101, 109, 114, 115, 119

individuell refusjon ordning hvor legen kan søke HELFO om refusjon for pasienter som bruker legemidler som ikke er dekket av blå resept 6, 96–98

interaksjon at et legemiddel påvirker andre legemidler som taes samtidig ved å forandre effekten av legemidlet eller gi andre resultat som er skadelig for pasienten 24

låst resept tidligere kalt lukket resept eller beskyttet resept. Resept beskyttet av referansenummer generert av reseptformidleren. 69

multidose maskinelt pakkede legemidler til den enkelte pasient. Hvert tidspunkt har sin pose med alle de legemidlene som skal taes til det tidspunktet 17, 31, 111

polyfarmasi bruk av flere legemidler samtidig 94

reiterasjon at legemidler, næringsmidler eller medisinsk utstyr kan ekspederes flere ganger på samme resept etter påtegnelse av rekvirent 7, 68

rekvirent en person som har rett til å forekrive legemidler 134

reseptformidleren sentralt helseregister som inneholder gyldige elektroniske resepter og resepter som er ferdig uthentet de siste 4 ukene. 61, 67, 134

SystemX et av flere EPJ-system brukt i Norge 52, 97–99

utleveringsmelding melding fra reseptformidleren til forskrivende lege eller fastlege om at pasienten har hentet ut legemiddel på resept 67, 69

vergeinnsynsreservasjon barn mellom 12 og 16 år har rett til å gå til lege og få medisiner uten at foreldrene får vite det, om barnet ønsker det. For å beskytte denne retten, brukes en vergeinnsynsreservasjon som gjør at apotek og legekantor ikke vil utlevere reseptinformasjonen 26

virkestofforskrivning i stedet for å skrive ut resept på et bestemt preparat av en bestemt produsent, skriver rekvirenten ut en dosering av virkestoffet i legemiddelet. Dersom melk hadde vært et legemiddel ville vanlig forskrivning vært: Tinemelk Lett, 1 liter (som kunne byttes til et annet melke-merke ved generisk bytte) og virkestofforskrivning være: Melk 1,5% fett, 1 liter. 30

WinMed et av flere EPJ-system brukt i Norge 28, 52, 81, 92, 95, 97, 104, 105, 112

Forkortelser

BMM Benefit Management Model 44

BNU Bandasjistenes næringspolitiske utvalg 22

BPR Business Prosess Reenginerings 34

DNLF Den norske legeforening 22, 77, 101, 109

EPJ elektronisk pasientjournalssystem 14, 22, 28, 29, 31, 52, 82, 84, 85, 95, 98, 105, 115, 134

GUI grafisk brukergrensesnitt 19, 84, 88, 95

HELFO Helseøkonomiforvaltningen 4, 6, 22–24, 29–31, 48, 75, 78, 80, 95–97, 110, 111, 119, 134

IKT informasjons- og kommunikasjonsteknologi 40–42, 46

IT informasjonsteknologi 13, 40, 105

KITH Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren 22, 48, 63

LAR legemiddelassistert rehabilitering 25

Legemiddelverket Statens legemiddelverk 6, 22, 24, 25, 28, 30, 31, 66, 77, 119, 133

NSD Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste 52, 53

NSEP Norsk senter for elektronisk pasientjournal 22, 48, 63

SSØ Senter for statlig økonomistyring 2, 40, 41, 44, 46, 48

TQM Total Quality Management — total kvalitetsledelse 40

Tillegg B

Rekutteringsbrev

B.1 Rekrutteringsbrev leger

- Undersøkelse av innføringen av e-resept hos allmennleger

Til

Elektronisk resept (e-resept) innføres i Sør-Trøndelag fra den 05.06.2012.

I forbindelse med min masteroppgave i informatikk ved institutt for datateknikk og informasjonsvitenskap vil jeg undersøke hvordan e-resept innføres og påvirker din arbeidshverdag som fastlege. Jeg ønsker å undersøke forventninger og bekymringer til systemet, hvordan du opplever innføringsprosessen og hvordan systemet påvirker arbeidsdagen din.

Innspillene fra undersøkelsen vil både påvirke hvordan e-resept-systemet forbedres og forvaltes, og vil gi god innsikt for innføring av andre informasjonssystemer i helsesektoren. Dette er en mulighet for la dine erfaringer og innspill bli hørt. Resultatene fra undersøkelsen vil bli brukt som innspill til helsedirektoratets evaluering av elektronisk resept.

Intervjuene er en del av en masteroppgave skrevet av en student ved NTNU og er politisk og økonomisk fullstendig uavhengig av helsedirektoratet/aktørene i eResept-prosjektet. Deltagelse i undersøkelsen er frivillig. Man kan trekke seg når som helst uten å måtte begrunne det. Datamateriale og lydopptak slettes når prosjektet er avsluttet, innen 31.01.2013. Ingen enkeltpersjoner vil kunne gjenkjennes i oppgaven. Prosjektet er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Undersøkelsen vil foregå ved intervju. Det er planlagt et intervju før sommeren og et intervju i august/september, etter innføringen. Hvert intervju vil ta mellom 25 og 30 minutter. Det er mulig å kun delta på et av intervjuene. Tilsammen ønsker jeg å utføre 8 intervju i hver runde.

Jeg er klar over at du som fastlege har en travel hverdag, og ønsker å gjere det så enkelt som mulig for deg å delta. Jeg ønsker å utføre del en av intervjuene i ukene 21-24 (mellom 21. mai og 15. juni), og del to i ukene 33-36 (mellom 14. august og 7. september). Jeg kan selvfølgelig komme til din arbeidsplass for å utføre intervjuet.

Opgaven utføres under veiledning av:

John Krogstie

Professor i informasjonssystemer, NTNU

Dersom du har spørsmål eller kommentarer er du velkommen til å ta kontakt per epost eller telefon:

Marit Ånestad marane@stud.ntnu.no, 97543015.

John Krogstie krogstie@idi.ntnu.no

Vennlig hilsen

Marit Ånestad
masterstudent
Institutt for datateknikk og informasjonsvitenskap

Svarslipp:

Deltagelse

- Jeg ønsker å delta i undersøkelsen
- Jeg ønsker ikke å delta i undersøkelsen
- Jeg ønsker bare å delta i intervjuet i ukene 21-24
- Jeg ønsker bare å delta i intervjuet i ukene 33-36

Kontaktinformasjon

Jeg foretrekker å bli kontaktet per

- Epost: _____
- Telefon: _____ i tidsrommet: _____
- Annet: _____

Preferanser for intervju:

For meg passer det best å utføre første intervju (dato/tid og sted): _____

For meg passer det best å utføre andre intervju (dato/tid og sted): _____
(la stå åpent om det er for tidlig å finne tidspunkt enda)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Underskrift:

Dato og sted

Navn

Returneres i vedlagt svarkonvolutt innen **torsdag 10. mai.**

Svaradresse:

Marit Ånestad

Lauritz Jenssens gate 9

7045 TRONDHEIM

B.2 Rekrutteringsbrev helsesekretærer

- Undersøkelse av innføringen av e-resept på legekantor

Til

I forbindelse med min masteroppgave i informatikk ved institutt for datateknikk og informasjonsvitenskap vil jeg undersøke hvordan e-resept innføres og påvirker din arbeidshverdag på legekantor. Jeg ønsker å observere reseptarbeidet i praksis – og høre hva du synes om systemet.

Innspillene fra undersøkelsen vil både påvirke hvordan eresept-systemet forbedres og forvaltes, og vil gi god innsikt for innføring av andre informasjonssystemer i helsesektoren. Dette er en mulighet for la dine erfaringer og innspill bli hørt. Resultatene fra undersøkelsen vil bli brukt som innspill til helsedirektoratets evaluering av elektronisk resept.

Observasjonen er en del av en masteroppgave skrevet av en student ved NTNU og er politisk og økonomisk fullstendig uavhengig av helsedirektoratet/aktørene i eResept-prosjektet. Deltagelse i undersøkelsen er frivillig. Man kan trekke seg når som helst uten å måtte begrunne det. Datamateriale og eventuelle lydopptak slettes når prosjektet er avsluttet, innen 31.01.2013. Ingen enkeltpersjoner vil kunne gjenkjennes i oppgaven. Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Undersøkelsen vil foregå ved observasjon og eventuelle intervju. Det er planlagt at observasjonen skal utføres 12. september. Observasjonsdata vil bli notert ned på papir. Om det legger seg til rette for det, og du ønsker, kan det være aktuelt med et kort ustrukturert intervju, som jeg vil be om å ta opp på lydopptaker.

Det jeg er interessert i er: reseptarbeid, hvilke deler av prosessen som fungerer godt, hvilke som fungerer dårlig, hvordan du opplever e-resept og hvilke reaksjoner dere får både fra leger og fra pasienter.

Jeg er heller ikke ute etter vurdering av hvordan du gjør arbeidet ditt eller informasjon om andre ting enn arbeidet med resepter.

Opgaven utføres under veiledning av: John Krogstie, Professor i informasjonssystemer, NTNU

Dersom du har spørsmål eller kommentarer er du velkommen til å ta kontakt per epost eller telefon:

Marit Ånestad marane@stud.ntnu.no, 97543015.

John Krogstie krogstie@idi.ntnu.no

Vennlig hilsen

Marit Ånestad
masterstudent, Institutt for datateknikk og informasjonsvitenskap

Praktisk om observasjonen

Tidspunkt:

Jeg planlegger å komme klokka 08.00 og observere fram til lunsjpausen. Dersom det er greit for dere, blir jeg gjerne over lunsj – og lytter gjerne om noen vil fortelle om sine opplevelser med e-resept.

Informasjon til pasienter:

Jeg har meldt prosjektet til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. De anbefalte at jeg hengte opp et skilt i lokalene som forklarte hvem jeg er og hvorfor jeg er der. Forslaget til oppslag ligger vedlagt.

Helseopplysninger og personvern:

Jeg er **ikke** ute etter pasientopplysninger. Jeg har ikke lov til å få tilgang til helseopplysninger om enkeltpersoner, uten pasientens samtykke. **Jeg ønsker derfor ikke vite hvilke medisiner eller hvilken diagnose en resept handler om.**

Ved observasjonen er det mulig at jeg kommer til å høre helseopplysninger jeg egentlig ikke skal ha tilgang til. Jeg er inneforstått med at jeg vil ha taushetsplikt for alle helseopplysningene jeg vil komme i kontakt med i løpet av observasjonen. Disse vil ikke bli gjenfortalt, skrevet ned eller brukt i masteroppgaven.

Observasjon:

Jeg har tenkt å utføre en åpen observasjon: dvs at jeg ikke på forhånd vet helt hva jeg skal se etter. Jeg ønsker å få et innblikk i arbeidet på et legekontor. Som legesekretærer er dere i en sentral posisjon mellom pasienter, legene og andre instanser. Dere skriver mange av reseptene, som så signeres av lege. Ved å se hvordan dere arbeider, tror jeg jeg vil få større forståelse for hvordan e-resept fungerer i praksis.

Jeg skal prøve å ikke være i veien. Jeg veit det er trangt på [...] legesenter. Jeg ønsker å sitte et stykke fra skranken, ute av veien for dere. Dersom det for for en stund er best at jeg ikke er tilstede, pga pasienter eller andre ting, går jeg gjerne ut av kontoret.

Tillegg C

Intervjuguider

C.1 Intervjuguide 1. intervju — allmennleger om innføringen av elektronisk resept

Semistrukturert intervju — det er ikke sikkert alle spørsmålene eller temaene blir stilt i hvert intervju.

Introduksjon

- Presentere meg
- Studiet mitt / oppgaven
- e-resept-prosjektet
- Hvorfor intervjuer allmennlege
- Er det greit jeg tar opp intervjuet

Informasjon om innføringen og kjennskap til e-resept

Hva slags info har du fått?

- Info fra Helsedirektoratet?
- Andre kilder
- Hvorfor det innføres
- Hva din rolle er som allmennlege
- Hva om noe ikke fungerer?

Hvor godt vil du si at du kjenner til elektronisk resept?

- Forskrivingsstøtte?
- Lukket og åpen resept?

- Mulighet for å se resepter andre leger har skrevet ut?
- Mulighet for å se om en resept er hentet ut?
- Tilbakekalling av resepter?
- Elektronisk søknad om godkjenningsfritak og individuell refusjon.

Forventninger til systemet

- Hva slags forventninger har du til e-resept?
- Positive?
- Negative innvirkninger?
- Nye muligheter?
- Hvor villig er du til å ta det i bruk fra 1-10?
- Hvorfor ikke?

Tillit til systemet

Hva vil du si om tilliten din til systemet i forhold til:

- hvorvidt det er oppe og går
- testet godt nok
- som forespeilet av helsedirektoratet
- fungerer sammen med EPJ-systemet

Pasienter

- Hvordan vil det påvirke konsultasjonene?
- Grupper som vil dra fordeler
- Grupper som vil oppleve ulemper?
- *Hva tenker du om forandringen fra at pasienten får en fysisk resept i handa til at resepten sendes elektronisk/usynlig til apoteket?*
- Compliance
- Personvern og trygghet?

Tidsbruk

- Tidsbruk i dag.
- Opplever du at noen deler av forskrivningsprosessen blir tidsfloker eller flaskehals?
- Tror du tidsbruken vil forandre seg med det nye systemet?

Hvor lang tid og hvor mye ressurser tror du det krever å innføre e-resept på ditt legekontor?

- Feil
- Opplæring
- Komme inn i rutiner

Tilleggsfunksjoner: mulig å se hvilke resepter du eller andre leger har skrevet ut til en pasient, se om medisin er hentet ut, endringer på resepten.

- verdt ekstra tid?

Vil arbeidsfordelinga mellom deg som lege og helsesekretærer påvirkes av innføringa?

Feil, rutiner og kommunikasjon

Det oppstår legemiddelfeil, og de avdekkes internt på legekontor, av pasienten eller på apoteket.

- Kan du si litt om hvordan slike feil avdekkes hos dere — og hvordan dette forandres ved det nye systemet?
- Apoteket retter mindre feil på resepter — eller tar kontakt med lege. Kan du si litt om muligheten eresept gir til å se hva som blir ekspedert i forhold til hva som er for, skrevet?

Byråkratisering og statlig kontroll

En av grunnene til at e-resept blir innført er bedre bilag til utgiftene i blåreseptordningen.

- Hvordan tror du systemet vil påvirke hvor mye og hva du skriver ut av legemidler på blå resept?
- Vil e-resept forandre på hvor mye du bruker ordningen for individuell refusjon og godkjenningsfritak?

Avrundning

- Noe annet tilføye?
- Hvordan synes du intervjuet var?

Avslutning

- spørre om vilje til å delta i runde to
- skru av opptaker
- takke for intervjuet

C.2 Oversikt for første intervju

,

E-resept

Informasjon og kjennskap

Forventninger

Tillit

Tidsbruk

Pasientbehandling

**Byråkratisering og
statlig kontroll**

**Feil, rutiner
og kontroll**

C.3 Intervjuguide for intervju etter innføringen

E-resept

Hvor lenge har du brukt e-resept?

Hva tenker du om e-resept i dag?

- Hvilke fordeler ser du?
- Ulemper?
- Hvilke funksjoner bruker du?
- Hvilke funksjoner bruker du ikke?
- Hvordan fungerer de ulike funksjonene?

Funksjonalitet

- Forskrivingsstøtte?
- Lukket og åpen resept?
- Mulighet for å se resepter andre leger har skrevet ut?
- Mulighet for å se om en resept er hentet ut?
- Tilbakekalling av resepter?
- Elektronisk søknad om godkjenningfritak og individuell refusjon.

Pasienter

- Har e-resept påvirket konsultasjonene?
- Hvordan reagerer pasientene?
- bekymringer?
- Fordeler?
- Hvordan fungerer e-resept for pasienter som går på mange medisiner?
- Når det gjelder generisk bytte – har det blitt mindre forvirring med e-resept enn tidligere?
- Hvilke erfaringer har du med å bruke lukket resept?

Datasystemet

- Hvor brukervennlig opplever du e-reseptprogrammet?
- Hvor raskt er det å bruke det?
- Hvor lett er det å velge riktig pasient, medisin, dose osv.?
- Dataprogrammet sjekker om resepten er riktig utfylt. Hvordan oppleves den kontrollen?

FEST — beslutningsstøtte

- Kjenner du til FEST - forskrivings- og ekspedisjonsstøtte?
- Får du opp forslag på legemidler avhengig av diagnose / eller advarsler på legemidler?
- Informasjon om legemidler i programmet – dersom du ønsker det?
- Pop-ups med varsler/informasjon fra Statens legemiddelverk?
- Bruker du det?
- Hvordan oppleves det å bruke det?
- nyttig
- irriterende
- tidskrevende
- må finne omveier rundt det?

Tidsbruk

- Kan du si litt om tida det tar å bruke e-resept for å skrive resepter?
- Hvor mye tid tar det å signere reseptene? Lite, passe, mye?
- Er det noen funksjoner det tar mye tid å bruke?
- Er det noen funksjoner som sparer tid i forhold til før?
- Har e-resept påvirket arbeidsfordelinga mellom deg og andre? Hvordan?
- Hvordan påvirker systemet tid og fokus på pasienten i konsultasjonen?

Kommunikasjon, kontroll og feil

- Hvilke feil har du opplevd med e-resept?
- Hvor ofte?
- Hvor alvorlig?
- Hva har skjedd da?
- Har du opplevd nye eller uventa feil?

Er det typer av feil det har blitt mindre av etter innføring av e-resept? Hva slags rolle spiller e-resept i kommunikasjonen med apotek?

Har arbeidsplassen forandret/laget rutiner for å avdekke feil etter at e-resept ble innført?