



Direktoratet for
e-helse

Pasientens legemiddelliste

Orientering om status og veien fremover

Innhold

1	Sammendrag	3
1.1	Stegvis realisering – stegvise gevinster. Foreløpig veikart pasientens legemiddelliste	4
2	Innledning	6
3	Orientering om status for Legemiddelprogrammet	7
3.1	Sentrale grep som tas i Legemiddelprogrammet	9
3.1.1	Organisering og styring	9
3.1.2	Teknologi og arkitektur	9
3.1.3	Finansiering	10
3.1.4	Juridiske vurderinger og virkemidler	10
3.1.5	Styrke programmets gjennomføringsstrategier	11
3.2	Status på programmets hovedleveranser	11
3.2.1	Teknisk konsept for realisering av PLL	11
3.2.2	Status etablering av sentral forskrivningsmodul (SFM)	12
3.2.3	Bistå Helseplattformen på e-resept med SFM	13
3.2.4	Status Utprøving av pasientens legemiddelliste og Multidose i Helse-Vest	13
3.2.5	Status innføring av Kjernejournal til sykehjem og hjemmetjeneste for innsyn i legemiddellisten	15
3.3	Koordinering av nasjonal innføring	15
3.4	Risiko og avhengigheter knyttet til gjennomføringen	16
3.4.1	Risiko og avhengigheter	16
4	Vedlegg:	19
4.1	Vedlegg 1: Plan for legemiddelprogrammet høsten 2020	19

1 Sammendrag

Direktoratet for e-helse har siden 2016 hatt som ambisjon å innføre pasientens legemiddelliste (PLL) for bedre og tryggere legemiddelbehandling. Dette innebærer at helsepersonell og pasienter skal ha en oppdatert oversikt over legemidler i bruk på tvers av virksomheter og behandlingsnivå. I arbeidet så langt har direktoratet erfart at dette er et ambisiøst mål, med høy kompleksitet, og legemiddelprogrammet som ble opprettet i 2019 har ikke vært tilstrekkelig organisert for å ivareta denne kompleksiteten.

Basert på disse erfaringene har Direktoratet tatt initiativ til en ekstern vurdering av legemiddelprogrammet. Den eksterne vurderingen trekker frem styrken i at alle aktører er enige om å styrke digital samhandling på legemiddelområdet. Likevel påpeker den at realiseringen av slik samhandling må skje gjennom utprøving av felles nasjonale komponenter og av nye arbeidsprosesser i helsetjenesten. Dette arbeidet må støttes opp av en samlet sektor, en sterk programorganisering og av tilstrekkelige finansielle og juridiske virkemidler.

Vurderingen gir også noen tilbakemeldinger til Direktoratet for e-helse. Kompleksiteten i dette arbeidet har økt og blitt klarere underveis. De endringene som direktoratet nå gjør i programmet kunne kommet tidligere. Realiseringen krever stor grad av samhandling og samtidighet i beslutninger i sektoren, både hos private og offentlige aktører. Dette har ikke vært tilstrekkelig og har dermed påvirket fremdriften. Det har også for lenge vært uavklarte spørsmål knyttet til løsningsutvikling, både med hensyn til finansieringsmodell, arkitektur og juridiske spørsmål.

Den eksterne vurderingen gir syv klare anbefalinger som er gjengitt i kapittel 3. Anbefalingene er i hovedsak i tråd med direktoratets vurderinger, og det er iverksatt tiltak på alle områder.

Behovet for stegvis gjennomføring er avgjørende for å lykkes. Direktoratet vil derfor sammen med Helse Vest og Bergen kommune prøve ut pasientens legemiddelliste. Arbeidet starter opp høsten 2020 og planlegger utprøving i løpet av 2021. Direktoratet ønsker å teste ut en stegvis tilnærming til hvordan pasientens legemiddelliste kan innføres i en nasjonal kontekst. Erfaringer fra utprøvingen vil gi verdifull innsikt i antatte effekter knyttet til kvalitet i legemiddelbehandlingen og forbedringer i helsepersonells arbeidsprosesser og hverdag. Dette blir viktig læring for å lykkes med nasjonal innføring.

Det er avgjørende at sektoren tar et betydelig ansvar i forberedelse og innføring av pasientens legemiddelliste. Direktoratets mål er at utprøvingen i Helse Vest skal sørge for at erfaringer derfra gir et godt grunnlag, som andre regioner og kommuner kan dra nytte av.

Begrensninger i tekniske løsninger har lenge vært, og er fortsatt, til hinder for realiseringen av pasientens legemiddelliste. Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenet utvikler derfor en sentral forskrivingsmodul (SFM) som skal bidra til å redusere disse tekniske begrensningene. Aktører som ikke selv ønsker å utvikle forskrivingsfunksjonalitet, kan ta i bruk hele eller deler av denne. Sentral forskrivingsmodul vil foruten å støtte pasientens legemiddelliste, bidra til økt kvalitet i e-reseptkjeden, støtte e-resept for kommunale helsetjenester og multidoser. Versjon 1.0 av sentral forskrivingsmodul som gjør det mulig for leverandørene å starte sin integrasjon mot løsningen er ferdigstilt. Videre utvikling av sentral forskrivingsmodul pågår og versjon 1.1 som kan tas i bruk av fastleger vil tilgjengeliggjøres i

løpet av 2021, og med rikere funksjonalitet i versjonene 1.2-1.4 i løpet av 2022-2023. For de elektroniske pasientjournalene (EPJ) som ikke tar i bruk hele sentral forskrivingsmodul med brukergrensesnitt, så kan et basis API benyttes. Sentral forskrivingsmodul med basis API er under utvikling og vil leveres slik at Helseplattformen kan koble seg til e-reseptkjeden og benytte løsningen. Dette vil bidra til at Helseplattformen er klargjort for å ta i bruk pasientens legemiddelliste. Helse-Vest skal også benytte sentral forskrivingsmodul basis API i sin utprøving.

Et viktig første steg på veien for bredere tilgang til legemiddelopplysninger, er innføring av kjernejournal til kommunene. Dette arbeidet er i gang, med mål om innføring til 50 foregangskommuner i løpet av 2021 og full utbredelse fra 2022. Bruk av KS e-Komp som innføringsapparat blir en viktig erfaring for påfølgende innføringsløp.

For gjennomføringen av tiltakene, har direktoratet gjennom 2020 i vesentlig grad styrket Legemiddelprogrammet. Dette er gjennomført på bakgrunn av interne og eksterne innspill. Et viktig grep er reetableringen av et kraftfullt programstyre med representanter fra sektoren og en nasjonal arbeidsgruppe for veilederarbeidet ledet av Helsedirektoratet. I tillegg må kommunikasjonen rundt ambisjonsnivå og gjennomføringsplaner styrkes. Dette er særlig viktig for forventningsstyring av aktørene i sektoren.

For å lykkes må tilstrekkelig og forutsigbar finansiering på plass. I tillegg må sektoren allokere tilstrekkelig ressurser og prioritet til forberedende aktiviteter. Legemiddelprogrammet vil i løpet av høsten 2020 oppdatere estimater og nyttevurderinger som et grunnlag for dette.

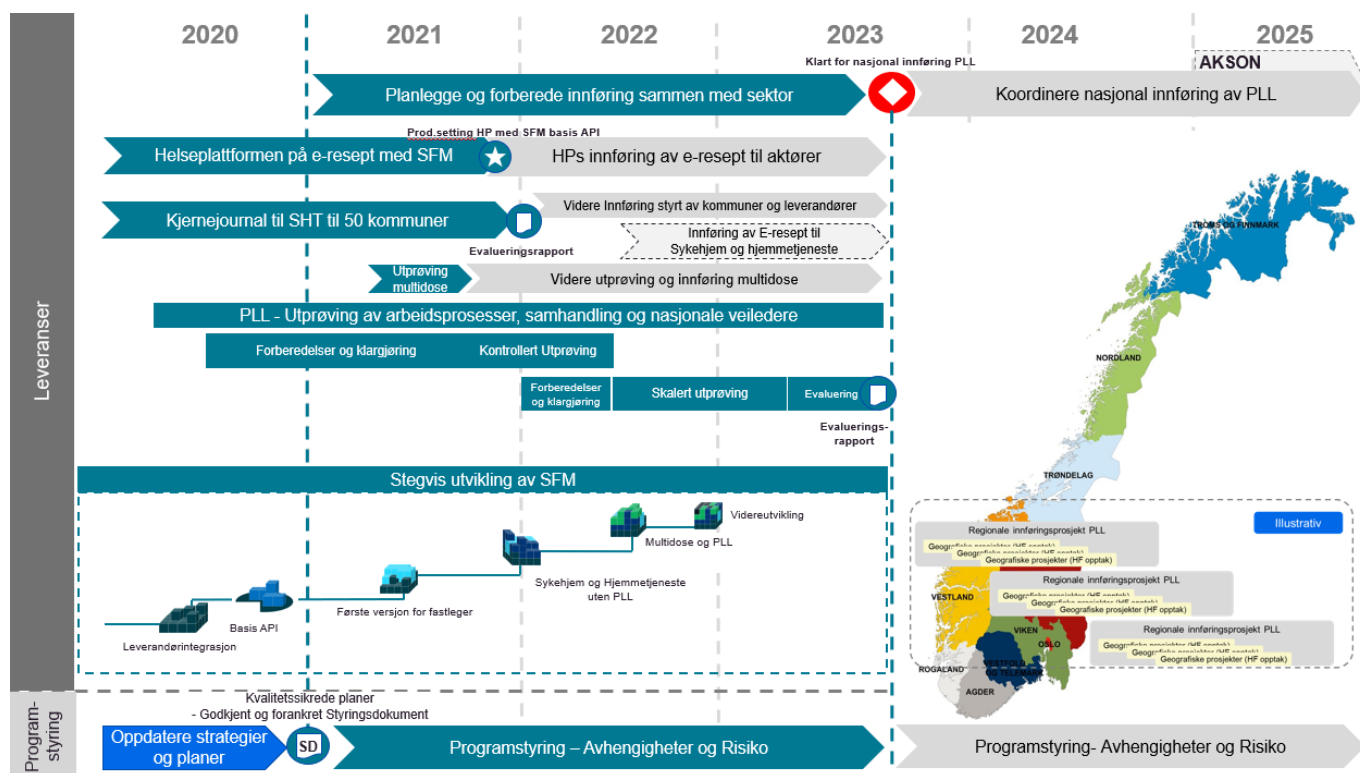
Gjennomføringen innebærer imidlertid høy risiko på grunn av kompleksiteten knyttet til antall involverte aktører som må gjennomføre endringer i både arbeidsprosesser og teknologi. Ambisjoner og prioriteringer hos samtlige aktører påvirker fremdriften og dette innebærer at planer for årene fremover må justeres fortløpende i forhold til dette. Direktoratet understreker behovet for en stegvis tilnærming med et begrenset og fokusert ambisjonsnivå slik at effektene av tiltaket kan synliggjøres og evalueres underveis.

1.1 Stegvis realisering – stegvise gevinster. Foreløpig veikart pasientens legemiddelliste

Gevinstene fra pasientens legemiddelliste realiseres først og fremst i takt med nasjonal innføring. De som samhandler om pasienten (geografisk) må ta pasientens legemiddelliste i bruk samtidig og nytten vil øke i takt med at større og større deler av landet har felles legemiddelinformasjon og arbeidsprosesser. Likevel er det flere gevinster som vil kunne realiseres tidligere innen geografiske områder og/eller funksjonsområder (blant annet sykehus, pleie- og omsorg, fastleger)

- Når Helseplattformen i Helse Midt-Norge er koblet på e-resept med sentral forskrivingsmodul vil de være tilrettelagt for deling av pasientens legemiddelliste. Helsepersonell i sykehus, kommune og fastlege vil kunne dele legemiddelinformasjon i takt med at de tar Helseplattformen i bruk.
- Med kjernejournal vil helsepersonell i sykehjem og hjemmetjeneste i kommunene hvor dette innføres få tilgang til å lese legemiddelinformasjonen som er registrert på pasienten noe som kan øke både kvalitet og effektivitet.
- Når innføring av multidose starter vil manuelle rutiner kunne erstattes av elektronisk løsning for bedre kvalitet og økt pasientsikkerhet.

- Når utprøvingen er gjennomført vil helsepersonell i Helse Vest og Bergen kommune kunne dele legemiddellisten for pasientene i Bergen kommune. I tillegg vil Helse Vest være klare for videre innføring med andre kommuner.
- Når sentral forskrivingsmodul (e-resept) er klar for kommunale helsetjenester utenfor Midt Norge – vil elektronisk rekvirering og administrering av legemidler være mulig der sentral forskrivingsmodul tas i bruk, samtidig som man blir teknisk klaggjort for deling av legemiddelinformasjon i pasientens legemiddelliste.
- Planlegge og forberede innføring vil gi fokus på rydding i eksisterende legemiddelinformasjon gjennom dagens løsninger. Dette vil gi økt kvalitet i legemiddelinformasjonen før all teknologi er utviklet og innført.
- Ved oppstart av nasjonal innføring kommer økt sikkerhet og kvalitet gjennom beslutningstøtte til rekvirentene og forskrivning med utgangspunkt i pasientens legemiddelliste. Dette er mulig når virksomhetene umiddelbart deler oppdatert legemiddelinformasjon med neste ledd i behandlingsskjeden og innbygger på helsenorge.no



Figur 1: Foreløpig veikart stegvis realisering av PLL

2 Innledning

Det er et viktig mål for helsetjenesten at helsepersonell og innbyggere skal ha tilgang til en oppdatert oversikt over pasientens legemidler. En slik oversikt bidrar til riktigere behandling, færre pasientskader og økt effektivitet.

Feil bruk av legemidler er blant de uønskede hendelsene i helse- og omsorgstjenesten som forekommer hyppigst. Kartlegging gjort som del av pasientsikkerhetskampanjen viser at om lag 12 % av pasientskadene skyldes feil legemiddelbruk. Hovedutfordringene knyttet til legemiddelbruk er beskrevet i Meld. St 10 (2012-2013) «God kvalitet - trygge tjenester - Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten».

Helse- og omsorgsdepartementet foreslo i Legemiddelmeldingen (Meld. St. 28, 2014–2015) «Riktig bruk – bedre helse» å utrede en felles legemiddelliste for å løse deler av disse utfordringene og bidra til forbedret kvalitet og økt pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

Når man får tilgang til en oppdatert oversikt over pasientens legemidler som har høy kvalitet, gir dette store nytteeffekter for samfunnet: Pasienter får økt livskvalitet og/eller flere leveår, flere i arbeid (økt produksjonsverdi) og kostnadene ved å behandle syke går ned. Reduksjon av tiden helsepersonell bruker på å samstemme legemiddellisten kan frigjøre tid til mer produktivt arbeid som for eksempel pasientbehandling.

Hva er pasientens legemiddelliste?

Situasjonen i dag er at det er krevende for helsepersonell å få oversikt over pasientens legemiddelbruk. Dette fordi opplysningene ligger i mange ulike pasientjournalssystemer, eksempelvis på sykehus og hos fastlegen. Legemiddellisten i det enkelte system deles ikke på tvers av helsetjenesten, og dette medfører at det ofte er usikkerhet om hva som faktisk er pasientens korrekte legemiddelliste. God kvalitet ved behandling med legemidler forutsetter at de som forskriver legemidler, annet behandlende helsepersonell og pasienten selv har korrekt og oppdatert informasjon om hvilke legemidler han/hun skal bruke.

Gjennom pasientens legemiddelliste skal leger og annet helsepersonell som behandler pasienten dele legemiddelopplysninger mellom blant annet fastleger, sykehus, legevakter, sykehjem, hjemmesykepleie. Pasienten har innsyn i legemiddellisten gjennom helsenorge.no. Her kan pasienten også se hvem som har sett på legemiddellisten. Pasientens legemiddelliste gjør det mulig å dele informasjon om en pasients legemiddelbehandling. Det vil redusere dagens utfordringer knyttet til at viktig informasjon ligger spredt i ulike pasientjournalssystem, uten at de deles på tvers av de behandlere pasienten er i kontakt med.

Når en lege gjør endringer i pasientens legemiddelbehandling, oppdateres legemiddellisten sentralt, slik at denne informasjonen også er tilgjengelig for annet helsepersonell som behandler pasienten.

Opplysningene i pasientens legemiddelliste vil være tilgjengelig på tvers av helsetjenesten, med integrasjon mellom nasjonale e-helseløsninger og de pasientjournalssystemene som brukes av helsepersonell. Gjennom denne skal helsepersonell få tilgang til en komplett, oppdatert og strukturert felles legemiddelliste for pasienten. Det skal være mulig å dele

informasjon om pasientens faktiske legemiddelbruk på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten i sann tid.

For å for å oppnå pasientens legemiddelliste med tilhørende arbeidsprosesser og kvalitet må det skje flere endringer:

- man må endre og innføre nye arbeidsprosesser i helse- og omsorgstjenesten
- alle aktører som berøres av pasientens legemiddelliste må tilpasse sine tekniske løsninger
- det må utvikles en sentral teknisk løsning (sentral forskrivningsmodul (SFM))
- den enkelte aktør må bidra for å heve kvaliteten i dagens legemiddeloversikter

For å lykkes med dette, er det viktig med en stegvis prosess og å ta læring underveis. Legemiddelprogrammet har som formål å bidra til prosessbeskrivelser, nasjonal veileder for pasientens legemiddelliste, målarkitektur for dette området i helsesektoren, utvikling av sentrale tekniske løsninger og koordinere innføring i helse- og omsorgssektoren. Den enkelte aktør må bidra med kvalitetsheving av informasjonen og tilpasning av egne løsninger. Kompleksiteten rundt disse endringene er svært høy, og aktørene må i fellesskap vurdere ambisjonsnivået underveis i den stegvise utviklingen. Særlig gjelder dette innføring av nye arbeidsprosesser hos mange tusen leger som forskriver legemidler.

Noen viktige steg er allerede tatt. En lovendring i januar 2019 fjernet kravet om at leger må innhente samtykke for å kunne se pasientens legemidler i reseptformidleren. De nasjonale løsningene e-resept og kjernejournal er blitt tilrettelagt for deling av legemiddelinformasjon og gjort tilgjengelig for sykehus, legevakter og fastleger. Gjennom kjernejournal har helsepersonell og innbyggere fått oversikt over legemidlene pasienten har fått utlevert på e-resept eller papirresept i norske apotek. I tillegg pågår nå utprøving og innføring av kjernejournal til helsepersonell i kommunale sykehjem og hjemmetjenesten. En nasjonal løsning (sentral forskrivningsmodul) er under utvikling og dialogen med sektoren om tilpasning i aktørenes løsninger pågår.

Legemiddelprogrammet vil pågå i mange år fremover. De tentative planene viser mulig stegvis realisering av ambisjonene knyttet til pasientens legemiddelliste frem mot 2025. Full realisering av de nasjonale ambisjonene vil deretter strekke seg over flere år. Veien dit har mange risikoer og avhengigheter. Direktoratet har en pågående innsats for å ivareta disse og det er viktig at hvert steg fremover avgir verdi.

3 Orientering om status for Legemiddelprogrammet

I januar 2019 opprettet Direktoratet for e-helse Legemiddelprogrammet. Hensikten med programmet er å øke gjennomføringsevnen ved å samle prosjekter, aktiviteter og prioriteringer på legemiddelområdet som samlet sett skal bidra realiseringen av pasientens legemiddelliste.

Direktoratet har erfart en stadig økende kompleksitet knyttet til realiseringen av pasientens legemiddelliste. Dette er en erkjennelse som er gjort sammen med aktørene i sektoren.

Antallet berørte aktører, finansieringsmodell, omfang og kompleksitet i tekniske og organisatoriske endringer innebærer en kompleksitet som legemiddelprogrammet ikke har vært tilstrekkelig organisert for å ivareta. Vi ser også at internasjonale erfaringer viser at dette området er svært komplekst. Direktoratet har våren 2020 gjennomført en intern vurdering og bestilt en ekstern vurdering av Legemiddelprogrammet. Den eksterne vurderingen er utført av Boston Consulting Group. Målet har vært å få tydelige tilbakemeldinger fra viktige aktører, en felles forankring av mål og effekter, samt anbefalinger for veien videre.

Den eksterne vurderingen av programmet og aktiviteter på legemiddelområdet i årene siden 2016 viser at innretningen av arbeidet har vært for svak på mange områder. Prosjektene som i sum skulle realisere pasientens legemiddelliste er per mai 2020 forsinket, og med lavere måloppnåelse sammenlignet med ambisjonene. Ambisjonsnivået har ikke vært i samsvar med rammebetingelsene for å lykkes. Det er usikkerhet blant interessenter, og forskjellige aktører har ulik oppfatning av dagens situasjon og hva som er beste vei fremover. Interessentene som har bidratt med tilbakemeldinger, fremhever at legemiddelområdet er krevende og komplisert.

Vurderingen viser at valgt konsept innebærer både rekkefølgeproblematikk, organisatorisk-, arkitektonisk-, gjennomførings- og innføringskompleksitet som ikke i tilstrekkelig grad er ivaretatt. Estimerer over kost og nytte har usikkerhet, og styringsstrukturen er ikke robust nok. Det foreligger ikke omforente planer for utvikling, utprøving og innføring. Det er også usikkerhet blant noen aktører knyttet til ambisjonsnivået og valgt konsept.

Hovedanbefalingene fra ekstern vurdering er:

1. Sikre nødvendige leveranser til Helseplattformen slik at den kan utgjøre en regional pilot av det nasjonale konseptet for pasientens legemiddelliste
2. Pilotere pasientens legemiddelliste-konseptet i Helse Vest og Bergen kommune for å sikre et bredere læringsgrunnlag utover Helse Midt-Norge og minimere leverandøravhengighet
3. Etablere og kommunisere en omforent målarkitektur for å understøtte regional samhandling og videre utrulling
4. Avklare rollen til SFM GUI – og direktoratets rolle i utvikling av denne
5. Sikre nødvendig virkemiddelapparat for å understøtte målsetningene på legemiddelområdet, inkl. finansielle og juridiske virkemidler
6. Uavhengig gjennomgang av løsningsvalg og –arkitektur for å realisere pasientens legemiddelliste
7. Programmet må ha en bruker- og nytteorientert tilnærming og stegvis realisering

Anbefalingene er i samsvar med direktoratets egne vurderinger og det er iverksatt tiltak på alle områder. Direktoratet vil understreke at det i liten grad er brukt penger utover det nødvendige, men at estimerer både for tid og kostnad har vært for lave. Videre anser direktoratet miljøene som har jobbet med legemiddelfeltet som faglig kompetente, men er underbemannet på viktige funksjoner for programgjennomføring som for eksempel estimering, dokumentasjon, kommunikasjon og styringsstrukturer. Det har derfor blitt usikkerhet knyttet til programmets aktiviteter og for lav forutsigbarhet.

Oppsummert er det enighet om at Helseplattformen skal kobles på e-resept med sentral forskrivingsmodul (SFM) og finansiering og innretning på utprøving av pasientens

legemiddelliste i Helse Vest er klart. Det er iverksatt arbeid med en målarkitektur og sentral forskrivingsmodul er besluttet utviklet, men omfanget vil kunne endre seg i lys av funksjonelle dimensjoner eller endrede juridiske forutsetninger. Programmet er reorganisert og styrket. Det er iverksatt en uavhengig gjennomgang av løsningsvalg som vil foreligge i løpet av september, og programmet har planer for stegvis realisering.

Nedenfor følger en beskrivelse av status på viktige områder.

3.1 Sentrale grep som tas i legemiddelprogrammet

Gjennomgangen av legemiddelprogrammet har vist at det er behov for endringer på flere områder dersom programmet skal lykkes. Dette er endringer knyttet til organisering og styrking av programmet, bedre beslutningsprosesser knyttet til arbeidsprosesser, teknologi og arkitektur, tilstrekkelig og forutsigbar finansiering, mulige juridiske endringer, samt en gjennomgang og styrking av programmets gjennomføringsstrategier. Direktoratet har løpende vurdert og gjort endringer basert på de anbefalinger og forslag som er løftet frem. I tillegg har vi sikret omforente beslutninger for å kunne starte detaljering av utprøvningsprosjekt med Helse Vest og Bergen kommune, utvikling av sentral forskrivingsmodul og tilknytning e-reseptkjeden for Helseplattformen med sentral forskrivingsmodul. Det er tilstrekkelig finansiering for aktivitetene i 2020.

3.1.1 Organisering og styring

Direktoratet har lagt en tydelig plan for høsten 2020. Programmet er forsterket med ressurser i viktige programfunksjoner og det foreligger en ny organisering av programmet. Vi har fått tilslutning til en ny styringsstruktur som blant annet innebærer et sterkere programstyre. Sistnevnte skal bidra til at sektoren i større grad kan ta felles beslutninger og ta et felles ansvar for helheten. Her er det særlig fokus på å sikre at viktige leveranser som Helseplattformen på e-resept og utprøvingen av pasientens legemiddelliste synliggjøres i programmets organisering. I tillegg er det en suksessfaktor for den videre gjennomføring å sikre tett involvering, forankring og ansvarsdeling med sektoren. Det er derfor pekt ut en referansegruppe (*områdeutvalget legemiddelområdet*). I august er det gjennomført dialogmøter med sentrale interessenter (KS, Norsk Sykepleierforbund, Legeforeningen, og regionale helseforetak).

3.1.2 Teknologi og arkitektur

Det har vært usikkerhet rundt videre retning for sentral forskrivingsmodul (SFM). Før sommeren ble det besluttet å videreføre utviklingen og det er tilslutning til at sentral forskrivingsmodul er en viktig komponent. I august 2020 ble det enighet mellom partene at både Helseplattformen og Helse Vest skal benytte sentral forskrivingsmodul i sine løsninger og etterhvert øvrige regioner og kommuner. Dette innebærer at vi får en nasjonal felleskomponent som alle kan benytte. Versjon 1.0, som gjør det mulig for leverandørene å starte utviklingen på sin side for å ta i bruk sentral forskrivingsmodul, er ferdigstilt. Basis API'et som skal benyttes av Helseplattformen og Helse vest er også under utvikling og i systemtest. Første versjon av API'et planlegges ferdig i oktober. I tillegg jobbes det aktivt med å planlegge en stegvis realiseringsplan for videre utvikling av sentral forskrivingsmodul basert på kost/nytte og risikoreduksjon.

I tråd med anbefalinger fra ekstern gjennomgang er det iverksatt en arkitekturgjennomgang av løsninger knyttet til legemiddelområdet. Denne skal være ferdig i løpet av september 2020.

3.1.3 Finansiering

Legemiddelprogrammet er samfinansiert av de regionale helseforetakene og Direktoratet for e-helse i 2020. Direktoratet har sammen med Norsk Helsenett gjennom våren 2020 økt rammen til programmet, og det er i løpet av våren sikret finansiering for utprøving pasientens legemiddelliste gjennom medfinansieringsordningen i regi av Digitaliseringsdirektoratet.

Det er viktig for programmet å sikre en forutsigbar finansiering for det videre arbeidet. En tydelig finansieringsmodell for utvikling, vedlikehold og drift er derfor en prioritert oppgave høsten 2020. Dette skal skje i dialog med aktører i sektoren og departementet.

Videre er programmet i gang med en gjennomgang av den samfunnsøkonomiske analysen i tråd med anbefalingene som er gitt. Nødvendige utviklings- og innføringsaktiviteter knyttet til pasientens legemiddelliste vil innebære betydelige investeringer både sentralt og lokalt. Programmet vil i løpet av høsten 2020 oppdatere disse beregningene, og beskrive tydelige krav til finansiering.

3.1.4 Juridiske vurderinger og virkemidler

I forbindelse med at det ble besluttet å utvikle en sentral forskrivningsmodul (SFM) som erstatning for dagens forskrivningsmodul (FM), ble det i 2018 gjennomført en juridisk vurdering.

Ved bruk av sentral forskrivningsmodul vil det behandles personopplysninger om den enkelte pasient. Opplysningene hentes fra ulike kilder og det vil være rekvirenten som er dataansvarlig for den behandling av personopplysninger som skjer i tilknytning til sentral forskrivningsmodul. Da det er den dataansvarlige som bestemmer hvilke midler som skal benyttes ved behandling av personopplysninger, er det den dataansvarlige virksomheten som avgjør om sentral forskrivningsmodul skal benyttes. Det ble vurdert at det ikke er hjemmelsgrunnlag for å pålegge bruk av sentral forskrivningsmodul.

Kluge Advokatfirma utredet på oppdrag fra direktoratet statsstøtterettslige spørsmål knyttet til etableringen av sentral forskrivningsmodul. Den overordnede problemstillingen var om det å etablere sentral forskrivningsmodul som en del av den sentrale e-reseptløsningen med nye API-grensesnitt og grafisk brukergrensesnitt-komponenter (GUI) vil kunne være i strid med regelverket om ulovlig statsstøtte. Kluge legger til grunn at forvaltningen av dagens e-reseptløsning er definert som en offentlig oppgave i reseptformidlerforskriften, og dermed ikke utgjør økonomisk aktivitet som kan medføre at den faller inn under statsstøtteregelverket. Løsningen kan sannsynligvis også utvides med forskrivningsfunksjonalitet, uten at de nye tjenestene vil utgjøre økonomisk aktivitet. Kluge la til grunn at det var størst usikkerhet ved vurderingen knyttet til GUI-komponentene, da det kan stilles spørsmål ved om det finnes et marked for salg av tilsvarende GUI-komponenter og hvilken vekt dette i så fall skal tillegges.

I vedtak 10. juli 2019 konkluderte ESA med at tilgjengeliggjøring av blant annet e-resept- og kjernejournalløsningene ikke anses som økonomisk aktivitet omfattet av statsstøtteregelverket. Abelia og WTW AS påklaget 26. november 2019 vedtaket til EFTA-domstolen, med påstand om annullering av vedtaket. Saken er så langt ikke avgjort, og medfører derfor usikkerhet knyttet til de rettslige rammene for programmet.

I sammenheng med arkitekturgjennomgangen med dokumentasjon av arkitekturmålbilder for programmet, vil det også bli gjennomført en ny juridisk vurdering. Regelverksendringer eller andre juridiske virkemidler kan også være hensiktsmessig for å oppnå målsettingene i programmet og redusere gjennomføringsrisiko. Det er også å behov for å sjekke av om det er forhold knyttet til løsningen som er endret og som har betydning for de tidligere juridiske vurderingene.

3.1.5 Styrke programmets gjennomføringsstrategier

Arbeidet med pasientens legemiddelliste har over de siste årene synliggjort viktigheten av sektorens bidrag, i tillegg til sentral koordinering. Følgende nøkkelspørsmål legges til grunn for utarbeidelse av gjennomføringsstrategiene:

- Hvordan få etablert tekniske forutsetninger for pasientens legemiddelliste og multidoser hos nødvendige aktører så raskt som mulig?
- Hvordan forberede og gjennomføre et innføringsløp hvor sektoren selv kan ta ansvaret?
- Hvordan legge til rette for stegvis realisering av gevinster?
- Hvordan gjennomføre aktivitetene over med akseptabel risiko?

Gjennom oppdateringen av programmets sentrale styringsdokument skal strategiene for disse spørsmålene oppdateres. Det skal foreligge et oppdatert styringsdokument som besluttet av programstyret innen utgangen av 2020.

Dersom det blir besluttet å gjennomføre Akson, vil dette påvirke legemiddelprogrammet og styrke gjennomføringsevnen. Dette gjelder både planene i Akson om samhandlingsløsninger og senere en felles journal for kommunene utenfor Midt-Norge. Direktoratet skal levere et veikart over helheten i løpet av 2020 og avhengighetene mellom ulike nasjonale tiltak, herunder legemiddelprogrammet vil bli adressert der.

En viktig forutsetning for gjennomføring er god kommunikasjon som blant annet kan bidra til forventningsstyring hos aktørene i sektoren.

3.2 Status på programmets hovedleveranser

Med beslutningen om å videreføre utviklingen av sentral forskrivingsmodul i august 2020, fastholder direktoratet retningen som tidligere er valgt når det gjelder teknisk konsept for realisering av pasientens legemiddelliste. Konseptet er kort beskrevet under:

3.2.1 Teknisk konsept for realisering av pasientens legemiddelliste

Pasientens legemiddelliste tar utgangspunkt i gjenbruk av komponenter fra eksisterende nasjonale løsninger. Det er enkelte tilpasninger som må gjøres:

- **Reseptformidleren (RF):** Reseptformidleren er hovedkilde for pasientens legemiddelliste som et allerede eksisterende nasjonalt register for legemiddelopplysninger. Juridiske endringer vedrørende samtykke og lagring er vedtatt.

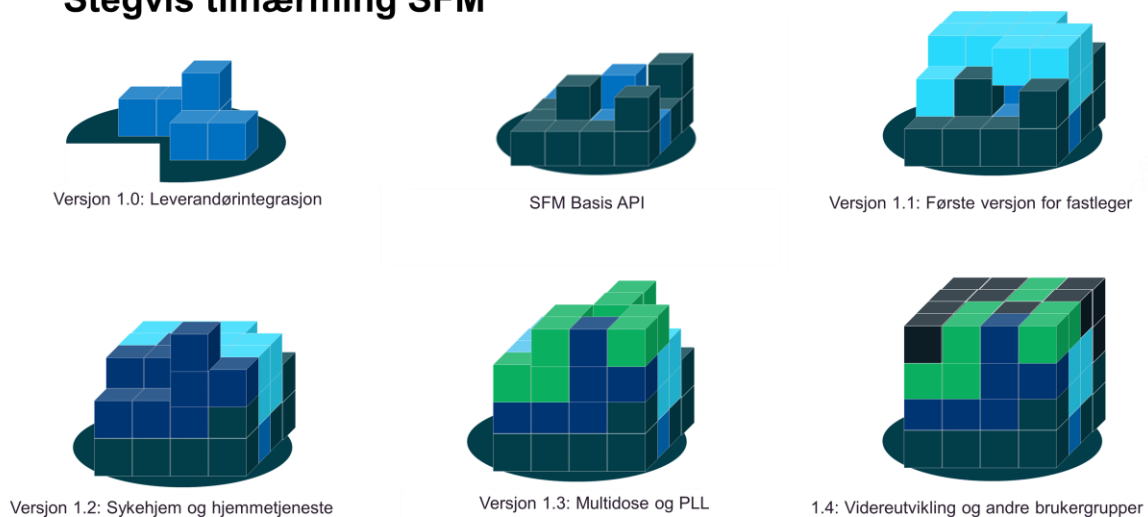
- **Kjernejournal:** Kjernejournal brukes for å sikre at alt helsepersonell med tjenstlig behov har tilgang til legemiddellisten, f.eks. sykepleiere i hjemmesykepleien eller AMK i akutsituasjoner. Forskriftsendringer er vedtatt.
- **Elektronisk pasientjournal (EPJ):** Pasientjournalens legemiddelmoduler må oppdateres til å alltid vise pasientens legemiddelliste. Alle endringer legen gjør i pasientens legemiddelliste skal oppdateres til Reseptformidleren.
- **HelseID:** For å muliggjøre en effektiv arbeidsflyt for helsepersonell, og for å sikre at informasjon kan flyte sømløst mellom nasjonale registre og lokale systemer, er det viktig med en single-sign-on løsning.
- **Helsenorge.no:** For å sikre pasientens innsyn i egne opplysninger vil legemiddelinformasjon tilgjengeliggjøres til pasienten gjennom helsenorge.no. Innsynsløsningen vil utbedres ytterligere, og pasientene vil få oversikt og tilgang på støtteinformasjon.
- **Sentral forskrivningsmodul:** I tillegg til gjenbruk av eksisterende tjenester, etablerer Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett en ny tjeneste for sentral forskrivning – sentral forskrivningsmodul (SFM). Denne er viktig for EPJ-leverandørenes integrasjon med reseptformidleren for legemiddellistehåndtering til sine brukere. Sentral forskrivningsmodul har kontrollmekanismer som ivaretar datakvalitet og -integritet i utveksling av informasjon mellom reseptformidleren og aktuelle løsninger. Det vil være mulighet til å velge integrasjon med et API eller brukergrensesnitt.

3.2.2 Status etablering av sentral forskrivningsmodul (SFM)

Versjon 1.0, som er en første testversjon av SFM er ferdigutviklet og systemtestet. Dette er en versjon som gjør at EPJ-leverandører kan starte utvikling av sin integrasjon mot SFM, og tre leverandører har pågående utvikling. Både kommunenes EPJ-leverandører og to EPJ-leverandører til fastleger med stort pasientgrunnlag har formidlet at de ønsker å ta SFM i bruk når den er tilgjengelig.

Det er planlagt en stegvis tilnærming til utviklingen og figur 2 viser planlagte hovedleveranser. Programmet vil i løpet av høsten detaljere og vurdere innhold og rekkefølge i de ulike versjonene basert på hva som gir høyest samfunnsøkonomisk gevinst, lavest risiko og ivaretar strategiske prioriteringer som elektronisk multidose, pasientens legemiddelliste og e-resept til sykehjem og hjemmetjeneste. Den stegvise utviklingen gir prosjektet og programmet mulighet til å lære av pasientens legemiddelliste-utprøvingen (arbeidsprosesser) som går i parallell og innarbeide endringer underveis. Dette er blant annet viktig for å få en løsning som understøtter arbeidsprosessene og pasientens legemiddelliste på en best mulig måte. Figuren nedenfor er en illustrasjon på en mulig tilnærming.

Stegvis tilnærming SFM



Figur 2: Foreløpig illustrasjon av SFM og stegvis tilnærming

3.2.3 Bistå Helseplattformen på e-resept med SFM

I dag brukes Forskrivningsmodulen (FM) som legemiddelmodul for sending av resepter i Helse Midt-Norge. Helseplattformen har valgt å ta i bruk EPIC sin legemiddelmodul til dette, gjennom bruk av SFM Basis API for integrasjon mot e-reseptkjeden. Grensesnittet støtter også HelseID.

SFM Basis API ivaretar støtte for elektronisk multidose og pasientens legemiddelliste. Helseplattformen vil dermed kunne være teknisk tilrettelagt for å kunne ta i bruk pasientens legemiddelliste når innføring av dette skal starte i regionen.

Grunnet stramme tidsfrister og uforutsette hendelser som Covid-19 situasjonen, så kan det forekomme forsinkelser for enkelte deler av Helseplattformen. Dette kan medføre at det utvikles alternative løsninger i Helseplattformen som kortsiktige tiltak for å sikre basisfunksjonalitet i en første versjon av Helseplattformen. Det kan bety at Helseplattformen ikke benytter SFM Basis API fra første produksjonssetting, men ser på å bruke Forskrivningsmodulen videre en periode inntil EPIC sin legemiddelmodul er fullt ut koblet på e-reseptkjeden med SFM.

Programmet samarbeider tett med Helseplattformen og deres leverandør for å sikre riktig bruk og forståelse av SFM. SFM Basis API ferdigstilles høsten 2020 og det skal legges plan for felles test med Helseplattformen. Dette er avhengig av Helseplattformen sine planer for utvikling og test.

3.2.4 Status Uprøving av pasientens legemiddelliste og multidose i Helse Vest

Uprøving av pasientens legemiddelliste i Bergen og Helse Vest handler i hovedsak om å teste ut konseptet pasientens legemiddelliste og verifisere nytteeffekter. Prosjektet skal teste ut om pasientens legemiddelliste fungerer i helsepersonellens hverdag, og om forventet nytte kan realiseres. I dette ligger det å teste ut hvilke arbeidsprosesser som må endres og hvilke

aktiviteter som må gjennomføres for at innføring av pasientens legemiddelliste skal gi forventet nytte.

Direktoratet for e-helse har fått finansiering fra Medfinansieringsordningen i Digitaliseringsdirektoratet til utprøving av pasientens legemiddelliste i Bergen. Prosjektet er nå formelt etablert og planlegging pågår. Styringsgruppen for prosjektet vil bestå av representanter fra Helse Vest, Bergen kommune, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Norsk Helsenett og leverandører. Prosjektet vil gjennomføre første styringsgruppemøte ultimo september med behandling av prosjektets styringsdokument.

Utprøvingen planlegges gjennomført med geografisk utgangspunkt i Bergen. Helse Vest planlegger utprøving ved Haraldsplass Diakonale Sykehus og Haukeland sykehus (Helse Bergen HF). Bergen kommune vil prøve ut pasientens legemiddelliste på sykehjem og i hjemmetjenesten, samt på legevakt dersom disse får støtte for pasientens legemiddelliste i sin EPJ i løpet av utprøvsperioden. På fastlegesiden vil utprøvingen skje i samarbeid med fastleger som utvikler støtte for pasientens legemiddelliste og multidose i sine EPJ-systemer.

Det er en klar ambisjon i prosjektet å kunne utvide utprøvsområdet ut over Bergen (til Rogaland og Vestland fylker) dersom det gjennom utprøvingen viser seg at løsningen gir økt pasientsikkerhet, samt mer effektive arbeidsprosesser for klinikerne.

Den største risikoen per nå er avhengighet til en enkeltleverandør sin deltakelse i utprøvingen i Helse Vest. Programmet er avhengig av at utprøvingen i Helse Vest kan gjennomføres med EPJ-leverandører som har utviklet støtte for pasientens legemiddelliste. Dette er en forutsetning for at utprøvingen av pasientens legemiddelliste kan starte, og gi nødvendig erfaringsgrunnlag for videre utvikling av pasientens legemiddelliste. Programmet er også avhengig av videreutvikling av integrasjon mellom helseforetakene sin kurveløsning og sentral forskrivingsmodul (SFM). Dette forutsetter ferdigstilling av SFM Basis API og ferdigstilling av integrasjon med SFM Basis API i Helse Vests systemer.

3.2.4.1 Utprøving multidose

Multidose er maskinell pakking av legemidler i poser til personer som trenger hjelp til å dosere og huske å ta legemidlene sine. Hver pose er merket med hvilke legemidler den inneholder, brukerens navn, dato og tidspunkt for inntak. Multidoseposene utleveres fra apotek og kommer som en remse eller rull med poser (Helsedirektoratet 2020)¹.

Utprøving på Multidose i e-resept har pågått siden 2014. Erfaringene fra utprøving er at det er en krevende overgang fra papiordinasjonskort til elektronisk multidose i e-resept, da dette må skje koordinert mellom det enkelte legekantor og multidoseapotek.

Prosjektet vil nå få oppnevnt en ny styringsgruppe med representanter fra apotek, fastleger og kommune. Prosjektets hovedfokus i 2020 og 2021 vil være innføring av multidose i e-resept i Bergen kommune slik at det ligger til rette for utprøving av PLL både for pasienter med og uten multidose. Prosjektet vil også prøve ut multidose i e-resept i samarbeid med nye EPJ-leverandører med støtte for elektronisk multidose som kommer inn i fastlegemarkedet.

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/multidose/om-multidose-og-de-faglige-radene>

3.2.5 Status innføring av Kjernejournal til sykehjem og hjemmetjeneste for innsyn i legemiddellisten

Kjernejournal til sykehjem og hjemmetjenester (KJ-SHT) er et samarbeidsprosjekt mellom KS, Norsk Helsenett, Direktoratet for e-helse, kommunene og journalleverandørene. 5. juni 2020 ble det etablert en egen styringsgruppe for KJ-SHT hvor samarbeidspartene møtes. Fra kommunene deltar Arendal (Agder-området), Bærum (Vestre Viken området) og Sandefjord (Vestfold og Telemark området)

KS sitt kompetansenettverk for e-helse (KS e-Komp) har i sitt oppdrag å bidra i utprøvingen og i utbredelse av kjernejournal i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. KS e-Komp har i sitt nettverk kommuner i regionene som har vært foregangskommuner, og som kan bistå med erfaring fra utbredelsen.

Per i dag er det seks kommuner² som benytter kjernejournal i sykehjem og hjemmetjenester. 8 nye kommuner³ gjennomfører konkrete oppstartsaktiviteter med mål om oppstart i løpet av august, og ytterligere kommuner forventes starte opp utover høsten. Målsetningen er at per 1. januar 2022 skal 50 prosent av Norges innbyggere bo i en kommune hvor kjernejournal er i bruk.

Det er en klar avhengighet til kommunenes EPJ-leverandører i prosjektet. En av tre leverandører er ferdig med utprøving og godkjent for innføring, mens resterende to har utprøving i sine planer for 2020. For bedre dialog og oppfølging av leverandørene er alle tre nå i prosjektets styringsgruppe. Målet er å øke forpliktelsen til planene som legges.

En sentral utfordring for innføringsarbeidet er at de fleste kommunene mangler tilstrekkelig infrastruktur for e-ID på sikkerhetsnivå høyt som kjernejournal krever. Det har vist seg å være utfordrende for den enkelte kommune å beslutte hvilken e-ID de ansatte skal bruke. Regjeringens digitaliseringsstrategi (2019-2025) peker på et behov for tydelige retningslinjer for dette. En nasjonal veileder om anskaffelse og bruk av e-ID i kommunal helse- og omsorgstjeneste kan være et nyttig første steg og et godt virkemiddel for å hjelpe kommunene i deres valg av løsning. Oppstart veilederarbeid er til vurdering i Helse- og omsorgsdepartementet utover høsten 2020.

3.3 Koordinering av nasjonal innføring

En viktig oppgave i legemiddelprogrammet som nå løftes inn i programorganiseringen, er programmets ansvar for å koordinere planer, forberedelser og innføring av nasjonal innføring. Sammen med aktørene i referansegruppe, medisinskfaglige arbeidsgrupper og styringsgruppe skal det defineres strategier for hvordan pasientens legemiddelliste kan og bør innføres nasjonalt og tydeliggjør hvilke forberedelser, forutsetninger og avhengigheter som må på plass for å lykkes.

-
- ¹ ² Kommunene Arendal, Gausdal, Halden, Lillehammer, Ringebu og Øyer er godt i gang med å innføre kjernejournal
 - ² ³ De nye kommunene som innfører kjernejournal i august er: Averøy, Aure, Bodø, Sarpsborg, Smøla, Surnadal, Sunndal, Tingvoll

Samhandling om legemiddelopplysninger krever endring i arbeidsprosesser og opplæring i nye måter å jobbe på. Legemidler i bruk-lister må oppdateres digitalt, og ikke på papir og/eller delvis på papir og digitalt. Dagens utfordring med kvalitet i e-reseptløsning innebærer videre at det må "ryddes i pasientens uaktuelle resepter" og etableres rutiner som reduserer nye doble forskrivninger, slik at overgangen til oppstart av pasientens legemiddelliste blir mindre krevende.

Dette er en stor jobb som må planlegges tidlig og startes opp i god tid før innføring. Direktoratet er derfor opptatt av at Helsedirektoratet og deres arbeid med nasjonale veiledere blir tett integrert i programmets arbeid slik at det blir tatt et helhetlig ansvar knyttet til kvalitetsforbedringen i arbeidsprosessene som skal understøtte pasientens legemiddelliste.

Det er store forskjeller i de tekniske, organisatoriske og finansielle forutsetningene på tvers av helsesektoren. Å mobilisere en hel helsetjeneste å oppnå en samtidighet i oppstart av pasientens legemiddelliste i ett geografisk område (altså at de fleste virksomheter og aktørgrupper er involvert) er svært krevende. Dersom dette skal lykkes, må vi få på plass et godt tverretattlig samarbeid, forpliktende og forankrede planer og et robust innføringsprosjekt som kan bistå sektoren i koordinering og planlegging av nasjonal innføringen.

3.4 Risiko og avhengigheter knyttet til gjennomføringen

Realiseringen av pasientens legemiddelliste er en kompleks og krevende oppgave. Hensikten med Legemiddelprogrammet er å øke gjennomføringsevnen ved å samle prosjekter, aktiviteter og prioriteringer på legemiddelområdet som samlet sett skal bidra realiseringen av pasientens legemiddelliste. Programmet har usikkerhet, risiko og muligheter som kan påvirke måloppnåelsen. Et av de viktigste suksesskriteriene blir evnen til å kartlegge og deretter håndtere usikkerheten på en målrettet og effektiv måte.

3.4.1 Risiko og avhengigheter

I dette kapitlet er det dokumentert en foreløpig risikoanalyse for programmet. Sentrale avhengigheter som medfører en risiko for realiseringen er skissert. Vurderingen tar utgangspunkt i den situasjonen programmet befinner seg i per august 2020. Direktoratet anser at det er svært viktig at alle aktører stiller seg samlet bak risiko, avhengigheter og nødvendige tiltak. I tiden fremover skal det gjennomføres en svært grundig vurdering av risiko og avhengigheter og nødvendige tiltak skal besluttes av relevante aktører, herunder Helse- og omsorgsdepartementet.

Hendelse	Beskrivelse	Tiltak
Risiko for utilstrekkelig programstyring og koordinering av prosjektaktiviteter	Etableringen av pasientens legemiddelliste er avhengig av sterk styring av avhengigheter på tvers av arbeidsstrømmer og aktører for å kunne realisere planlagte effektmål. Manglende kapasitet og struktur for å håndtere denne helhetlige tilnærmingen vil kunne være til hinder for ønsket fremdrift.	Direktoratet har gjennom våren 2020 gjennomført styrkende tiltak av Legemiddelprogrammet. Programmet har gjennomgått ekstern og intern evaluering for å identifisere tiltak, programorganisasjonen er tilført ressurser. Programmet har replanlagt med fokus på stegvis tilnærming med utprøving for å redusere gjennomføringsrisiko. Viktige styrings- og involveringsarenaer som involverer sektor etableres fortløpende for program og de enkelte underliggende prosjektene.
Risiko for manglende eierskap og prioritet hos sentrale interessenter	For at programmet skal lykkes er man avhengig av samtidighet og en rekke aktiviteter som den enkelte aktør må ta ansvar for. Manglende eierskap vil være et hinder for å ta ut effektene av programmet. Eksempelvis er forberedelse- og innføringsaktiviteter for PLL et omfattende arbeid. I tillegg til de tekniske tilpasningene som må gjøres, må arbeidsprosesser kartlegges og endres. Det utarbeides nasjonale veiledere og retningslinjer for området, det må ryddes i legemiddellister og det må gjennomføres opplæring i nye rutiner og arbeidsprosesser. Dette arbeid krever at det settes av tilstrekkelig tid og ressurser fra aktørene i sektoren.	Det utarbeides realistiske og tydelige planer for helheten som jevnlig oppdateres. Det etableres en sterkere styringsstruktur og aktørene i sektoren forplikter seg til planer og aktiviteter i tråd med det ambisjonsnivået vi i felleskap etablerer. Programmet forsterker sin koordinerende rolle i sektoren og programstyret får en ansvarlig rolle.
Stor avhengighet til enkeltleverandørers deltakelse i utprøvingen i Helse Vest.	Programmet er avhengig av at utprøvingen i Helse Vest kan gjennomføres med EPJ- leverandører med tilstrekkelig pasientgrunnlag og at EPJ- leverandører kan utvikle støtte for PLL. Dette er nødvendig slik at utprøving kan starte og gi verdifull læring til videre utvikling av pasientens legemiddelliste.	Det er pågående dialog med EPJ-leverandører og det fremstår som sannsynlig at det er mulig å iverksette en utprøving. Usikkerheten knyttet til dette vil være avklart i løpet av høsten 2020.
Risiko for at omfang og kompleksitet er undervurdert i Helseplattformens	Helseplattformens påkobling til e-resept via SFM viser seg å være mer ressurskrevende enn opprinnelig antatt. Det legger beslag på NHN sin kapasitet og nøkkelpersonell. Det kan igjen føre til forsinkelser i andre deler av programmet, og det kan gjennom arbeidet avdekkes behov som fører til	Det er gjennomført en grundig vurdering av konsekvensene og disse må fortløpende oppdateres ettersom man får erfaringer. Dersom det blir interessekonflikter mellom ressursbruk i ulike deler av

påkobling til e-resept via SFM	omfattende endringsbehov som vil kunne gå ut over fremdriften i utviklingen av SFM eller Helseplattformens planer.	programmet, må løsningen på disse besluttes av aktørene i programstyret.
Utvikling og betydelige investeringer i SFM i parallell med pilotering av arbeidsprosesser.	Noe av målet med SFM er å tilby en teknisk forenklet implementeringen av Multidose og PLL. Det gjøres investeringer i løsningen i parallell med at utprøvingen i Helse Vest og gjennomføring i Helseplattformen potensielt kan avdekke behov for endringer i konsept og løsninger.	Fortløpende vurdering og justering av konseptet og løsninger, herunder arbeidsprosesser.
Adgangen til offentlig finansiering av sentrale løsninger, i lys av statsstøtteregulverket.	Realiseringen av pasientens legemiddelliste vil være avhengig av både eksisterende og nye e-helseløsninger. I vedtak 10. juli 2019 konkluderte ESA med at tilgjengeliggjøring av blant annet e-resept- og kjernejournalløsningene ikke anses som økonomisk aktivitet omfattet av statsstøtteregulverket. Abelia og WTW AS påklaget 26. november 2019 vedtaket til EFTA-domstolen, med påstand om annullering av vedtaket. Saken er så langt ikke avgjort, og medfører derfor usikkerhet knyttet til de rettslige rammene for programmet.	I sammenheng med arkitekturgjennomgangen høsten 2020 vil juridiske forhold bli vurdert.
Risiko for at overgang til virkestoffordinering ikke er tilstrekkelig hensyntatt i PLL konseptet	Det er utydelig i eksisterende PLL konsept hvordan overgang fra legemiddelforskrivning til virkestoffordinering skal fungere. Det er også usikkert når virkestoffordinering innføres.	Tydelige og omforente planer for hvordan virkestoffordinering skal fungere og tidspunktet for innføring av dette.
Risiko for at bredding av HelseID/utviklingen av HelseID ikke er på plass for en skalerbar utrulling av Kjernejournal og SFM i kommunene	HelseIDs nåværende løsning er planlagt videreutviklet, og for programmet er det en forutsetning for innføringen at det kommer på plass en god og skalerbar løsning som dekker behovet i kommunene for tilgang til de nasjonale e-helse-løsningene	Prosjektet Kjenejournal til sykehjem og hjemmetjeneste har fått i oppdrag å følge opp leveransen mot HelseID produkt, og det er laget avtaler mellom programmet og HelseID om videreutviklingen
Risiko for doble arbeidsprosesser med både manuell og elektronisk støtte for multidose i parallell.	Elektronisk multidose forutsetter at det er en god flyt i dialogen mellom apotek, lege og hjemmetjeneste, og en forståelse for viktigheten av de ulike oppgaver som skal utføres. Apotek er helt avhengig av at det er en rask og effektiv kommunikasjon, hvis ikke stopper deres pakkeprosesser opp. Elektronisk multidose er derfor avhengig av at arbeidsprosessen fungerer godt i alle	Det viser seg hensiktsmessig at det er en stor samlet geografisk dekning av multidoseansvarlige leger, som apoteket samhandler med, har elektronisk støtte for Multidose for å få til en tilstrekkelig utprøving og kunne gå over til videre innføring. Utprøving/innføring bør derfor skje geografisk, og dette planlegges det med for

	ledd. Doble rutiner eller mer krevende arbeidsprosesser kan medføre at apotek ikke får skalert løsningen med sine eksisterende ressurser.	utprøvingen i Bergen i forbindelse med PLL utprøvingen i Helse Vest. Programmet etablerer ny styringsgruppe for prosjektet med en bredere sammensetning av involverte aktører.
--	---	---

4 Vedlegg:

4.1 Vedlegg 1: Plan for legemiddelprogrammet høsten 2020

