

Kunnskapsoppsummering og anbefalinger - digitalisering av legemiddelområdet

Innhold

| | | |
|------|---|----|
| 1. | Innledning og sammendrag | 3 |
| | <i>Behov for en felles tilnærming for innføring av digitale løsninger på legemiddelområdet</i> | 3 |
| | <i>Avgrensninger</i> | 4 |
| 2. | Felles ambisjoner og anbefaling knyttet til nasjonale løsninger på legemiddelområdet | 4 |
| 3. | Konsekvenser av digitalisering av legemiddelområdet for helsetjenestene | 5 |
| 4. | Viktige faktorer for å lykkes med innføring og bruk av nasjonale e-helseløsninger på legemiddelområdet 5 | 5 |
| 5. | Oversikt over digitale løsninger på legemiddelområdet | 6 |
| | Tilgangskomponentene (HelseID og eID) | 6 |
| 5.1. | Kjernejournal (KJ) | 7 |
| 5.2. | Forskrivningsmodul (SFM) | 8 |
| 5.3. | E-multidose | 9 |
| 5.4. | Pasientens legemiddelliste (PLL) | 9 |
| 5.5. | Legemiddelhåndtering | 10 |
| 6. | Krav | 11 |
| 7. | Ansvar og roller ved innføring | 11 |
| 8. | Suksessfaktorer | 15 |
| 9. | Risiko | 16 |
| 10. | Administrative og økonomiske konsekvenser | 18 |
| 11. | Oppfølging | 18 |

1. Innledning og sammendrag

Digitalisering er en del av tjenesteutviklingen av offentlig sektor og skal gi en enklere hverdag for innbyggere, næringsliv og frivillig sektor gjennom bedre tjenester, mer effektiv ressursbruk i offentlige virksomheter og legge til rette for produktivitetsøkning i samfunnet¹.

Uheldig legemiddelbruk antas å være den tolvte hyppigste årsaken til dødsfall i den industrialiserte verden. Globalt anslås uheldig legemiddelbruk å koste samfunnet 42 milliarder dollar årlig. I Norge har flere dødsfall, følgeskader av feilmedisinering og et høyt antall re-innleggelser på sykehus sammenheng med legemiddelfeil².

Legemiddelområdet er høyt prioritert i [Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet](#) som ble vedtatt i Hovedstyret januar 2022. Ved hjelp av gode digitale løsninger vil vi kunne få færre legemiddelhendelser og dødsfall knyttet til bruk av legemidler, sikrere og mer tillitsbaserte tjenester til innbygger, redusere unødvendige innleggelser på sykehus/institusjoner, samt redusere tiden vårt helsepersonell bruker på både å innhente informasjon- og besvare henvendelser tilknyttet pasientens legemiddelbehandling/legemiddeladministrasjon.

Det er startet nasjonale initiativ for å redusere feil i legemiddelbehandlingen og vi anbefaler **alle kommuner å sette i gang aktivitet** for å ta i bruk *Kjernejournal (KJ)* i sykehjem- og hjemmetjenesten og gjøres seg kjent med løsningen *Sentral forskrivingsmodul (e-resept)*, som vil være klar for innføring i løpet av 2024. Parallelt med dette vil KS på vegne av kommunal sektor samordne og sammenstille rammer og anbefalinger til ny funksjonalitet for administrering og utleveringer av legemidler.

Behov for en felles tilnærming for innføring av digitale løsninger på legemiddelområdet

For å bistå kommunene med innføring av løsninger i kommunal helse- og omsorgstjeneste, har KS i samarbeid med kommunal sektor, utarbeidet denne kunnskapsoppsummeringen. Dokumentet skal være et praktisk orientert verktøy til kommunene og et dynamisk dokument som oppdateres ettersom nye løsninger er klare til bruk. Hovedmålgruppen er kommunaldirektører og helseledere i kommunen. Informasjonen er basert på siste oppdaterte status i de respektive prosjektene, og det tas forbehold om endringer for eksempel ved forsinkelser eller endringer i de nasjonale initiativene.

Mange av løsningene som er beskrevet omhandler tiltak som er igangsatt av Direktoratet for e-helse gjennom programmet [Pasientens legemiddelliste](#) (PLL) som har som hensikt å etablere én sikker digital kilde over pasientens aktuelle legemidler ved å utvikle og innføre Kjernejournal, sentral forskrivingsmodul, e-multidose og PLL.

Kommunene må selv ta ansvar for at digitale løsninger på legemiddelområdet faktisk blir integrert som en del av virksomhetens prosesser, men KS vil i dokumentet komme med anbefalinger (kap. 4) og felles (kap. 5) ambisjoner vi som sektor bør ha på legemiddelområdet de neste årene for å skape en samlet innsats og løft for kommunal sektor på dette området.

I kapittel 6 gjennomgås forutsetninger både nasjonalt og lokalt for at kommunal sektor skal lykkes med å innføre løsningene.

Den enkelte kommune behøver ikke å stå alene under pilotering og innføring. Kapittel 8 beskriver kommunale strukturer, nettverk og samarbeidsaktører som kan bistå kommunene til å ta i bruk digitale løsninger.

Identifisering av suksessfaktorer og risikoer øker sannsynligheten for en vellykket innføring. Dokumentet beskriver disse i kapittel 9 og 10 før kunnskapsoppsummeringen avsluttes med de samfunnsøkonomiske konsekvensene og hvordan dette dokumentet skal følges opp.

¹ En digital offentlig sektor

² Styringsdokument Pasientens legemiddelliste

Avgrensninger

Kunnskapsoppsummeringen er ment som et verktøy for kommunene til innføring av digitale løsninger på legemiddelområdet, men tar ikke ansvar for at løsningene blir innført. **Ansvaret** ligger hos den enkelte kommune.

Dokumentet er en felles veiledende retning og er **ikke tilpasset lokale forhold** i den enkelte kommune. Kommunene må selv tilpasse den til eget behov.

Kunnskapsoppsummeringen retter seg primært mot **ledelsen** i kommunene, da disse ansees å være nøkkelaktører for beslutning og sentrale i pilotering og innføringen og faktisk bruk av løsninger. Flere andre grupper av ansatte har stor nytte av dokumentet og er viktige aktører i forhold til å lykkes med innføringen av løsningene.

Det er flere oppstartede initiativ på legemiddelområdet som staten eller andre aktører eier. Disse er foreløpig ikke en del av denne løypemeldingen. Når disse tiltakene eventuelt får løsninger knyttet til seg anbefales det at disse utredes og vurderes, inkludert som stegvis videreutvikling på legemiddelområdet i kommunal sektor. Eksempler på initiativ som faller **utenfor omfanget** i denne versjonen er:

- Felles legemiddelgrunndata
- Konsolidert kritisk informasjon – Legemiddelreaksjoner
- Beredskap knyttet til legemiddellagring

Kunnskapsoppsummeringen omtaler heller ikke de ulike **integrasjonene** som må på plass i den elektroniske pasientjournalen (EPJ).

2. Felles ambisjoner og anbefaling knyttet til nasjonale løsninger på legemiddelområdet

Følgende anbefalinger legges til grunn for felles ambisjoner for kommunal sektor de neste årene:

- Kjernejournal (KJ) er innført i sykehjem- og hjemmetjenesten hos alle kommunene i løpet av 2023
- Kjernejournal innført i helsestasjonstjenesten i løpet av 2025
- Sentral forskrivningsmodul er innført i alle kommuner i løpet av 2025
- E-multidose er innført hos fastleger i løpet av 2024
- Pasientens legemiddel liste (PLL) er innført hos minst 80 prosent av kommunene i løpet av 2028
- E-resept er innført hos helsestasjonsleger og helsesykepleiere i løpet av 2025
- Fylkestannlegene får tilgang til Kjernejournal og PLL innen 2024
- Kommunal sektor får tilgang til både dokumenter, behandlingsplaner og pasientens prøvesvar via KJ i løpet av 2024
- Utarbeide felles rammer og anbefalinger til digital funksjonalitet som understøtter tilberedning/istandgjøring og utdeling av i 2023

Under i tabellen kommer det anbefalinger til kommunene ut fra dagens situasjon. Løsningene blir beskrevet ytterligere i kapittel 5.

| Nr. | Digital løsning som er klar | Anbefaling (prioritert rekkefølge) | Forutsetningen/sammenheng |
|-----|------------------------------------|---|--|
| 1 | Kjernejournal (KJ) | “Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet” anbefaler alle kommuner å ta i bruk Kjernejournal i løpet av 2023. | - eID - HelseID |
| Nr. | Digitale løsninger under utvikling | Anbefaling (prioritert rekkefølge) | |
| 2 | Sentral forskrivningsmodul | Løsningen er ikke ferdig testet, men kommunene blir litt kjent med løsningen i dokumentet. Det vil legges til rette for | - eID - HelseID - Bruksvilkår KJ |

| | | | |
|---|----------------------|--|-------------------------------------|
| | | piloteringen der kommuner vil kunne delta, og tilrettelegge for innføring når den blir klar for nasjonal utbredelse i 2024. | |
| 3 | E-multidose | Vi ønsker at kommunene skal være kjent med innføringen hos fastlegene og at det utredes en løsning for institusjon/sykehjem med utgangspunkt i SFM og PLL. | - Ingen |
| 4 | PLL | Kommunene vil bli informert om tiltaket i dokumentet, samt at KS vil legge opp til ytterligere informasjon når PLL er kommet lenger. | - eID - HelseID - SFM - KJ |
| 5 | Legemiddelhåndtering | Vi ønsker at kommunene er kjent med arbeidet om felles behov og rammer til digital funksjonalitet som støtter tilberedning, klargjøring og utdeling av legemidler (2023) | - Ingen |

3. Konsekvenser av digitalisering av legemiddelområdet for helsetjenestene

Innføring og bruk av Kjernejournal vil i første omgang gi kommunene tilgang til en oversikt over pasientens legemidler og kritisk informasjon. Å ta i bruk kjernejournal er et første viktig steg viktig og som danner grunnlaget for å tilgang til ny funksjonalitet over tid, herunder sykehusenes journaldokumenter, pasientprøvesvar og digitale behandlingsplaner, samt det vil øke nytten av løsningene e-resept (SFM) og felles legemiddel liste (PLL).

Digitale løsninger på legemiddelområdet innebære **nye og innovative arbeidsprosesser**. Ledere og de ansatte må være bevisste på at teknologi krever organisasjonsutviklingen og at det må legges inn betydelig arbeid og opplæring som gjør kommunen klar for å ta i bruk og få ut gevinstene ved denne type teknologi.

Kompetansen, kapasitet og evne til å innføre disse løsningene vil variere mellom kommuner.

Kunnskapsoppsummeringen ber kommunene støtte seg til **de nasjonale (KS e-komp) og regionale strukturene(digitaliseringsnettverk)** vi har i kommunal sektor for å få bistand til innføring og et felles koordineringsløp mot sykehusene når man skal innføre felles legemiddelliste (PLL). De anbefalte prinsippene for utbredelse og samstyring har eksistert i noen år og KS vil forske, evaluere og eventuelt videreutvikle prinsippene og forvaltningen av nasjonale nettverk og strukturer for å øke vår samlet gjennomføringskraft.

Realisering av og arbeid på legemiddelområdet forutsetter et godt og likeverdig samarbeid mellom kommunal sektor og staten. **Staten** må sørge for at løsningene blir ferdigstilt i henhold til plan og felles ambisjoner samt tilpasset kommunenes og fylkeskommunens helsetjenester. I tillegg, må staten bidra med finansieringsmidler, incentiver og virkemidler som legger til rette for kommunal deltakelse ved utprøvinger og effektiv innføring av nye løsninger i tjenestene.

De reelle **konsekvenser** ved innføring av alle løsningene er ikke utredet. Flere av løsningene er ikke ferdige til bruk og har ikke fått konkretisert og verifisert hva de vil gi av nytte og kostnader for kommunal sektor. KS vil, sammen med kommuner og staten, jobbe for å få bedre innsikt i hva konsekvensene er gjennom de nasjonale pilotene og følgeforskning.

4. Viktige faktorer for å lykkes med innføring og bruk av nasjonale e-helseløsninger på legemiddelområdet

For å sikre effektiv innføring av løsningene i bredden av kommunale helse- og omsorgstjenester, samt legge til rette for realisering av gevinster er vi avhengig av en rekke nasjonale, regionale og lokale forhold som må være tilstede:

Nasjonale

- Staten **finansierer** utvikling av nasjonale e-helseløsninger, samt støtter kommunal sektor med midler til kompetansenettverk. som bistår kommunene i innføringen av løsningene. Dette sikrer ferdigstilling av løsningene for bruk i vår sektor, samt bistand til kommuner i innføring gjennom etablerte nettverk.
- **Nasjonal piloter** som bidrar til økt trygghet om at løsningene kan innføres (skalerbar). Det er avgjørende med kunnskap om teknologien som utvikles for kommunal sektor og at enkelte kommuner går foran og gjør en felles innsats for å sikre at løsningene som utvikles er trygge, gode, smarte og effektive
- Staten må sørge for at **nytteverdi og kostnader** ved en ny løsning er dokumentert og kommuniseres før nasjonal innføring
- Kommuner og stat finner gode **kvalitets- og målindikatorer** som legger til rette for evalueringsprosesser underveis i innføringsprosessen og for å følge opp bruk i tjenestene
- Kommuner skal kunne gjenbruke den digitale læringsarenaer **KS læring** for deling av kurs, kompetanse og erfaringer.
- Enighet og forståelse rundt **roller og ansvar** for alle aktørene (staten, spesialisthelsetjenesten og kommunal sektor) som er involvert i innføring og bruk av Pasientens legemiddel liste (arbeidsmetodikken), og andre nasjonale e-helseløsninger
- Oppnå enighet mellom stat og kommune om hvilke **virkemidler og incentiver** som bør legges til rette for en samtidighet innføringen av pasientens legemiddelliste, i kommune, spesialist og primær
- Stat og kommune må samarbeid om **følgforskning** på legemiddelområdet, spesielt for å hente ut erfaringer og råd til videre innretning som legger til rette for effektiv realisering av gevinster. Dette vil være avgjørende for å møte fremtidens bærekraftsutfordringer.

Regional

- **Samarbeid og koordinering** gjennom regionale nettverk og strukturer, inklusive samarbeid med helsefelleskap og regionale helseforetak

Kommunale

- Innføringen av løsningene må være godt **forankret** i ledelsen (inkludert mellomledere) og organisasjonen, samt at det settes opp en innføringsplan drift og forvaltning.
- **Aktørbildet** må være identifiseres for hver av løsningene med en oversikt over aktuelle samarbeidsfora.
- **God opplæring og informasjon** til alle ansatte som skal bruke løsningen og få på plass rutiner for oppfølging av innføringen
- Kommunene må sørge for å ha testet og fått på plass **tilgangsstyringskomponentene** eID og HelseID (felles påloggingsløsning for helse- og omsorgssektoren) for å kunne bruke løsningene.

5. Oversikt over digitale løsninger på legemiddelområdet

I dette kapitlet beskrives de ulike løsningene/tiltakene på legemiddelområdet, inkludert status, gevinster og eventuelle avhengigheter til de andre løsningene.

Målet med programmet [Pasientens legemiddelliste](#), er en felles legemiddelliste som hele sektoren bruker samtidig. Samtidig knyttet til listen er avhengig av arbeidsmønster og samhandling som sørger for at helsepersonellet i både spesialist- og primærhelsetjenesten forholder seg til den samme sannhet. Denne sanntidsliten er ikke ferdig, men det finnes løsninger som gir gevinster nå og som må på plass for å dele denne listen i felleskap.

Tilgangskomponentene (HelseID og eID)

For at kommunene skal få tilgang på de nasjonale løsningene krever staten at man har gode digitale tilgangsløsninger.

HelseID er en felles påloggingsløsning for helse- og omsorgssektoren. Den er tilpasset og gjenbraker nasjonale ID-løsninger og skal legge til rette for enklere pålogging for helsepersonell, og styrket informasjonssikkerhet ved digital samhandling i sektoren. Dette skjer blant annet gjennom funksjonalitet for autentisering av brukere, systemer og virksomheter, samt beskyttelse av systemer.

For å logge deg på tjenester fra stat og kommune på internett må de ansatte ha en elektronisk ID (e-ID). En elektronisk ID er viktig for å bekrefte at den ansatte er den hun/han utgir seg for å være. I kommuner som skal benytte Bank-ID som påloggingsmetode bør det tidlig i innføringsprosessen vurderes om helsepersonell i samarbeid med fagforening trenger å bli forberedt på bruk av privat BankID i jobbsammenheng. Kommuner som har gjort dette på forhånd har opplevd mindre skepsis ved bruk av BankID. Nyttig informasjon om eID finnes på [ID-porten](#).

5.1. Kjernejournal (KJ)

Hva: Kjernejournal er en digital løsning som gir en oversikt over noen av pasientenes helseopplysninger, med størst fokus på legemidler, besøkshistorikk, cave og annen kritisk informasjon på tvers av virksomheter og nivåer i helsevesenet. I pasientens Kjernejournal kan helsepersonell se de samme opplysningene uavhengig av om de jobber som fastlege, på sykehus, i sykehjem eller hjemmetjeneste, eller på legevakt.

Status: I dag er løsningen tilgjengelig via en portalløsning og alle legevakter og de fleste legekantor har løsningen på plass via sine system. Leverandørene i pleie og omsorg har tilgjengeliggjort løsningen for sykehjem og hjemmetjenester, men den er ikke tilgjengeliggjort for bredden i helsetjenestene i kommunene ennå, eksempelvis helsestasjon. I starten av september 2023 hadde 242 kommuner fått på plass (tilgjengeliggjort) Kjernejournal i sine Elektroniske pasientjournal (EPJ).

I dag har alle innbyggere tilgang til Kjernejournal og kan selv sjekke om opplysningene stemmer og registrere endringer.

Kjernejournal er fortsatt under utvikling og vil i løpet av de neste året inneholde pasientens prøvesvar (<https://www.nhn.no/tjenester/pasientens-provesvar>) og journaldokumenter ([Dokumentdeling](#)). Det er også i gang forsøk med å formidle [behandlingsplan](#) og pasientens egenbehandlingsplan via kjernejournal. Disse opplysningene vil bidra til raskere diagnostisering og bedre kvalitet i helsetjenesten.

KS arbeider for at nasjonale løsninger, som Kjernejournal, er direkte integrert i journalløsningene og ikke gjennom separate portaler og enkeltstående brukerflater. Det er viktig å få tydelige tilbakemeldinger fra nasjonale myndigheter om når planene for Helsestasjon- og skolehelsetjenesten og tannhelsetjenesten (offentlige) er mer konkretisert, samt eventuelle planer for integrasjon med EPJ.

Gevinster: Kjernejournal bidrar til at helsepersonell får oversikt over resept og hva innbygger har hentet på apotek, noe som bidrar til færre medisineringsfeil og gir større trygghet for at riktige avgjørelser tas. Videre bidrar løsningen til oversikt over fastlege, nærmeste familie og kontakt med spesialisthelsetjenesten, noe som gir mulighet for rask og direkte kontakt. Ved å gi helsepersonell tilgang på kritisk informasjon om innbygger som lider av sykdom eller allergi vil faren for feilaktig medisinerings og alvorlige reaksjoner blir redusert. Ytterligere bidrar Kjernejournal til korrekt informasjon ved innbyggers ønske om livsforlengde behandling, noe som er viktig for helsepersonell å kjenne til.

KS har nettopp publisert en [effektstudie](#) knyttet til KJ på sykehjem, hjemmetjenesten og omsorgsinstitusjoner som gir ytterligere informasjon om nytten for bruken av kjernejournal. Den viser at kommuner som bruker løsninger får gevinster i form av:

- redusert tid brukt på å innhente nødvendig informasjon
- reduserer antall informasjonskilder
- reduserer for noen grupper antall henvendelser til andre aktører som fastleger og sykehus, samt tiden brukt på legemiddelsamstemming
- kan øke samhandling med øvrige helseaktører

- kan gi mer trygge på at informasjonen de har om pasient er oppdatert og bedre grunnlag for å gjøre faglige vurderinger
- kan økt kvalitet på pasientbehandlingen

Studien påpeker også forutsetninger som må være til stedet for at kommunene skal lykkes med innføringen hvor deler samsvarer med de generelle som er nevnt i kapittel 4.

Avhengigheter til de andre løsningene: Ingen

Brukerhistorier fra Arendal:

«Når vi får inn en pasient fra andre kommuner, kan det ofte være sparsommelige opplysninger på en håndskrevet lapp. Her om dagen når en pasient skulle skrives ut, kunne ikke han huske hva han hadde hentet ut på apoteket og det oppstod tvil om hva han hadde tilgjengelig hjemme. Da var det lett å slå opp i kjernejournal å se hva som var blitt hentet ut av medisiner på apotek».

«Når pasient er meldt fra legevakt eller andre instanser og vi har mangelfulle kontaktopplysninger er det fint å få både pårørende informasjon og informasjon om fastlege i kjernejournal».

5.2. Forskrivningsmodul (SFM)

Hva: Sentral forskrivningsmodul (SFM) er en legemiddelmodul som integreres i ulike journalsystemer. Modulen gir helsepersonell med rekvireringsrett tilgang til å rekvirere og ordinere legemidler. SFM har også funksjonalitet for andre helsepersonellgrupper uten rekvireringsrett, og skal sikre at brukeren har støtte for sine arbeidsprosesser knyttet til legemiddelhåndtering. Ved å bruke SFM får helsepersonell tilgang til pasientens legemiddelliste (PLL), e-multidose, legemiddelreaksjoner, resepter og historikk. Informasjon i SFM deles mellom alle i e-resept samhandlingskjede og skal bidra til samhandling mellom ulike helsepersonellgrupper på tvers av virksomheter.

SFM vil sørge for at andre kommunetjenester får skrive e-resepter. I dag er det kun fastlege og legevakt som har den muligheten.

Status: Løsningen er under utvikling og testes i dag i noen kommuner. Før løsningen kan innføres nasjonalt er det viktig at noen kommuner går foran og tester løsningen, samt bistår med å lage veiledning og annet opplæringsmaterieill. Direktoratet for e-helse har i sine planer at løsningen skal være klar til bruk i alle kommuner i løpet av første halvår av 2024 i sykehjemstjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten har en forskrivningsmodul som kan benyttes.

Gevinster:

- Økt pasientsikkerhet gjennom raskere utbredelse av e-resept
- Økt kvalitet i e-reseptkjeden
- Økt brukervennlighet for aktører i samhandlingskjeden
- Økt endringstakt for ny funksjonalitet
- Økt kvalitet på pasientens legemiddelopplysninger
- Øke sykepleiernes tilrettelegging for forskrivning av legemidler.

Pilotkommunene vil gi oss verdifull informasjon om hvilke gevinster denne løsningen faktisk gir, og KS vil oppdatere kunnskapsoppsummeringen så snart denne informasjonen foreligger.

Avhengigheter til de andre løsningene: Ingen, men kommunen må signere [bruksvilkårene](#) til Kjernejournal for å ta i

bruk løsningen.

5.3. E-multidose

Hva: Multidose er maskinell pakking av legemidler i poser til personer som trenger hjelp til dosering av legemidler. Med e-multidose vil ansvarlig lege viderefordre fullstendig liste over alle legemidler og kosttilskudd en multidosepasient bruker. Denne legemiddellisten formidles via reseptformidleren (nasjonal database for elektroniske resepter og PLL) til multidoseapotek (ansvarlig for pakking og leveranse av multidose).

Status: Det pågår utprøving og innføring av multidose i e-resept til fastlegene. Status pr 31.05.23 er at eMultidose er i bruk i 9 fylker, 63 kommuner, 176 legekontor, 771 leger, 5247 multidosepasienter. Noe lavere fremdrift enn forventet, bla pga utfordringer med stabilitet på SFM.

Styringsgruppen i prosjekt Multidose i e-resept ga høst -22 prosjektet i oppdrag å utrede om institusjon/sykehjem skulle være en del av prosjektomfanget, og utrede om multidosemelding/PLL kan være grunnlag for pakking på aktuell pasientgruppe. En plan for videre arbeid vil avklares oktober 2023.

Ved en eventuell endelig godkjenning av utredningen, må videre ansvar for gjennomføringen avklares. Dette inkluderer organisering, planlegging og finansiering

Gvinster:

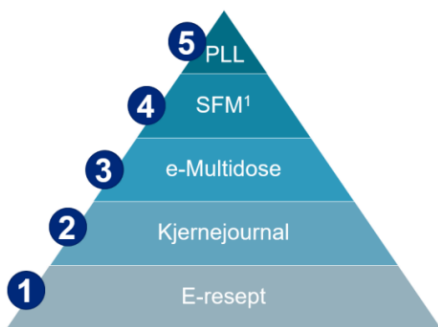
- Tryggere legemiddelbehandling: Det blir utarbeidet en komplett legemiddelliste for pasienter som mottar legemidler i multidose, og som kan kvalitetssikres av hjemmesykepleie, lege og apotek
- Bedre tilgjengelig legemiddeloversikt for helsepersonell: Alle behandlende leger (for eksempel leger på legevakt, sykehus, praktiserende spesialister og leger i kommunal pleie- og omsorgstjeneste) og andre rekvisiter (som helsesykepleiere, jordmødre og tannleger) kan laste ned gjeldende legemiddelliste (PLL) fra reseptformidleren. Alt helsepersonell med tjenstlig behov kan slå opp PLL i KJ
- Pasient og pårørende med fullmakter kan slå opp gjeldende legemiddelliste i KJ
- Færre pasientskader som følge av doble forskrivninger
- Medisindispensere som er innført i en kommune vil i sammenheng med e-multidose ha betydelige gevinstpotensialer i form av spart tid, og ikke minst i forhold til pasientsikkerhet og kvaliteten i medisinbehandlingene.
- Et betydelig antall pasienter vil kunne få multidosepakket medisiner fra fastlege når e-Multidose blir tilgjengelig elektronisk for fastlegene.

Fastlegene og kommunene som har begynt innføringen vil gi oss verdifull informasjon om hvilke gvinster denne løsningen faktisk gir og KS vil oppdatere strategien når dette foreligger.

Avhengigheter til de andre løsningene: Ingen, men om kommunen har innført SFM vil e-multidose være en generisk funksjonalitet.

5.4. Pasientens legemiddelliste (PLL)

Hva: Program PLL har som mål å tilgjengeliggjøre legemiddelopplysninger i én felles, nasjonal oversikt. PLL er arbeidsmetodikken og samhandlingen mellom aktørene som sørger for at listen oppdateres til enhver tid ved bruk stafettpinneprinsippet.



Bildet over illustrerer den gradvise realiseringen av Pasientens legemiddelliste (5) ved å bygge på flere løsninger. Figuren viser en sekvensiell rekkefølge (e-resept, kjernejournal, e-Multidose, SFM, og til sist PLL). Alle kommunale tjenester har ikke fått innført e-resept (1) ennå, men utover det har helsetjenesten i stor grad tatt i bruk e-resept. Videre innføring av e-resept i kommunal sektor via SFM (4) og et kontinuerlig fokus på å rydde i reseptene hos fastleger, legevakter og på sykehuset i dag vil forenkle innføringen av pasientens legemiddelliste (PLL).

Med kjernejournal (2) vil pleie- og omsorgstjenesten få innsyn i de viktigste opplysninger om innbyggerne våre, på lik linje med resten av helsetjenesten.

De første pasientene som vil få en oppdatert legemiddelliste (5) vil være multidosepasientene via e-multidose (3). Det er kun multidoseansvarlig lege (normalt fastlegen) som er ansvarlig for denne legemiddellisten. Teknologien som benyttes for elektronisk multidose er den samme som benyttes for pasientens legemiddelliste (5).

Pasientens legemiddelliste (5) innføres først når helsetjenesten i et område er klare til å begynne å samhandle om en felles legemiddelliste. Dette vil kreve grunnleggende endringer i hvordan helsepersonell jobber med legemiddellisten. I motsetning til e-multidose vil ansvaret for hele legemiddellisten i større grad følge pasienten gjennom behandlingsforløpet. Dette «stafettpinneprinsippet» medfører at kvaliteten på legemiddellisten blir bedre, sårbarheten reduseres og merarbeidet med å holde listen oppdatert fordeles på aktørene som gjør endringer.

Status: Bergen kommune er med å teste ut arbeidsmetodikken (5) sammen med fastleger og Helse Vest. Erfaringene man gjør seg i utprøvingen vil være avgjørende for videre pilotering og innføring av pasientens legemiddel liste.

Gevinster:

- økt pasientsikkerhet og kvalitet.
- økonomiske effekter, spesielt knyttet til tidsbesparelser og effektivisering av helsepersonells arbeidshverdag.
- Pasienter får bedre legemiddelbehandling som følge av at alle leger benytter og kvalitetssikrer den samme listen
- Den enkelte lege og helsepersonell har mulighet for å samhandle om legemiddelinformasjonen ved å ta utgangspunkt i pasientens sist oppdaterte legemiddelliste
- Den enkelte lege og helsepersonell får en felles kilde til legemiddelopplysninger og kan dermed spare tid på avklaringer knyttet til legemiddelsamstemming

Avhengigheter til de andre løsningene: For å kunne benytte seg av denne felles listen i kommunal sektor må man ha på plass sentral forskrivningsmodul (forskrivende leger) og Kjernejournal (innsyn for annet helsepersonell). For å lykkes med stafettpinneprinsippet, så er vi avhengig av at journalsystemet til spesialisthelsetjenesten har fått på plass forskrivningsmodul som kreves.

5.5. Legemiddelhåndtering

Om: Mange avvik skjer under legemiddelhåndtering, spesielt ved le og administrering. KS og kommunal sektor gjennomførte et forprosjekt som kartla kommunenes behov, utfordringer og forventninger knyttet til

legemiddelhåndteringen. Forprosjektet har utarbeidet en rapport og en prosjektbeskrivelser som anbefaler det videre arbeidet.

Status: Anbefalingen i forprosjekter ble vedtatt i KommIT 25.01.2023 og er som følger:

- På bakgrunn av det brede spekteret av utfordringer og behov kartlagt i forprosjektet skal KS og kommunal sektor etablere et prosjekt som samordner felles behov og rammer til digital funksjonalitet som understøtter tilbereding/istandgjøring og utdeling av legemidler i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Samtidig skal det vurderes ytterligere tiltak utover digital transformasjon slik at hele legemiddelkjeden utbedres som en helhet

Mer informasjon om rapporten finner dere her på KS sine [nettsider](#).

KS har nå etablert prosjektet og skal ferdigstille arbeidet i november 2023. Vil komme tilbake med mer konkret informasjon om løsningen når den foreligger.

Gevinster: Forventede gevinster er:

- færre legemiddelrelaterte problemer hos innbygger og pasienter
- færre avvik hos helsepersonell knytte til klargjøring og utdeling av legemidler
- tryggere hverdag for pasienter og helsepersonell
- økonomiske gevinster for kommunen i form av mindre ressursbehov på enkelte oppgaver (for eksempel ved bruk av elektronisk medisineringsstøtte).

Flere gevinster kan tilkomme eller skisserte gevinster kan justeres etter hvert som prosjektet utvikles.

Avhengigheter til de andre løsningene: Ingen

6. Krav

Juridiske krav i lov og forskrift knyttet til løsninger på legemiddelområdet.

- “Forskrift om pasientjournal (Pasientjournalforskriften)”
Gjennom forskriften som trådte i kraft 2022 er alle kommunene pliktet til å betale for Kjernejournal, uavhengig av om løsningen er innført i en tjeneste.
- “Pasientjournallovens” § 8 (jf. Prop. 3 L (2021-2022))
I kap. 3 i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger plikter kommunen til å ta i bruk nasjonale e-helseløsningene. Fastleger og kommunale institusjoner for varig opphold skal registrere i Kjernejournal.
- “Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp”
I § 5 står det at en oppdatert og samstemt liste over legemidler i bruk skal, i forståelse med pasienten, alltid følge pasienten ved skifte av omsorgsnivå.
- Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek
Her står det at rekvirent skal ha rutiner som sikrer forsvarlig rekvirering av legemidler, som bidrar til forsvarlig mottak og ekspedisjon av resept og rekvisisjon og som bidrar til forsvarlig utlevering av legemidlet fra apoteket.

7. Ansvar og roller ved innføring

Ansvar for å innføre løsningene ligger hos den enkelte kommune, men det er en rekke aktører med ulike roller og oppgaver man bør vite om og samarbeide med i et innføringsløp. Disse er presentert i nedenstående avsnitt, inkludert hvorfor de er hensiktsmessig å samarbeide med.

Prinsipper om utbredelse og samstyring

Med formål å øke gjennomføringskraften i utbredelse og innføring av legemiddelområdet er det behov for å se på hvordan vi kan hente best mulig synergi og rolleklarhet mellom nasjonale kompetansenettverk og kommunene i arbeidet.

KS har i samarbeid med medlemmene utarbeidet noen prinsipper for planlegging, utvikling, utbredelse og innføring av løsninger på e-helseområdet. Det vil bidra til løpende innspill om nasjonale e-helse- løsninger, felles prioritering og samordning opp mot nasjonal styringsmodellen for e-helse.

Prinsippene vil bidra til en enhetlig og gjenkjennbar samordnings- og samstyringsstruktur for kommunesektoren, som når helt ut til den enkelte kommune. Nasjonale ambisjoner og visjoner på e-helseområdet, fastsettes gjennom *Kommunal sektors ambisjoner på e-Helseområdet* som forankres via den etablerte samstyringsstrukturen.

Prinsippene er som følger:

- Hver region (i hovedsak fylkesvis inndelt) skal etablere og forvalte **egen regional portefølje** og plan på e-helseområdet, dette med utgangspunkt i den kommunale porteføljen supplert med egne regionvis tiltak.
- Den kommunale porteføljen behandles i den kommunale **samstyringsstrukturen for digitalisering**, og forutsettes å ta utgangspunkt i føringene gitt i Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet.
- Det er et mål at **digitaliseringsnettverkene** i hver kommuneregion (i samarbeid med nasjonalt kompetansenettverk e-helse, velferdsteknologinettverk og helseforetak), skal være den regionale aktøren som tar det helhetlige strategiske ansvaret for å koordinere og samordne de fellesregionale aktivitetene i fylket på e-helseområdet. Dette vil omfatte alle områdene, prosjektene og oppgavene som inngår i Kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet.

Regionale digitaliseringsnettverk

Kommuner har gått sammen i regionale digitaliseringsnettverk for å gi bedre digitale tjenestetilbud til innbygger og næringsliv. Diginettverkene er både strategiske og operative samarbeid om digitalisering og er eid av kommunene. Et samarbeid med [regionale digitaliseringsnettverk](#) i innføringsløpet vil bidra til å styrke den samlede kompetansen i kommunal sektor, samt muligheten for å dele på nøkkelkompetanse og ressurser. Ved at kommunal sektor tar del i nasjonalt arbeid og får frem behovene i sektoren, forsterkes og forbedres det nasjonale utviklingsarbeidet. Videre vil det medføre økt gjennomføringskraft i utbredelse- og gevinstrealisering av nasjonale løsninger og prosjekter.

Kompetansenettverk for innføring av nasjonale løsninger (KS e-komp)

[KS e-Komp](#) er et kompetansenettverk som skal hjelpe kommuner med å innføre ulike nasjonale e-helseløsninger. Medlemmene i nettverket er kommuneansatte fordelt i fylkene og har lang fartstid og erfaring med utviklings- og implementeringsarbeid på dette området.

Nettverket forvaltes av KS sentralt, men ressursene samarbeider med de regionale digitaliseringsnettverkene og bistå dem i å innføre løsninger i den regionale porteføljen.

Fastlegene

Fastlegene er en sentral del av primærhelsetjenesten. Kommunene er avtalepart for den enkelte fastlege, og kommunene betaler Norsk Helseneffekt for nasjonale tjenester fastlegene i kommunen kan benytte, som nasjonal kjernejournal. Styring av fastlegeverket skjer gjennom avtaleverket. Det er viktig at kommunen legger til rette for et godt samarbeid med fastlegene lokalt, og avtaler innføring av nye nasjonale løsninger via fastlegeutvalg og samarbeidsutvalg.

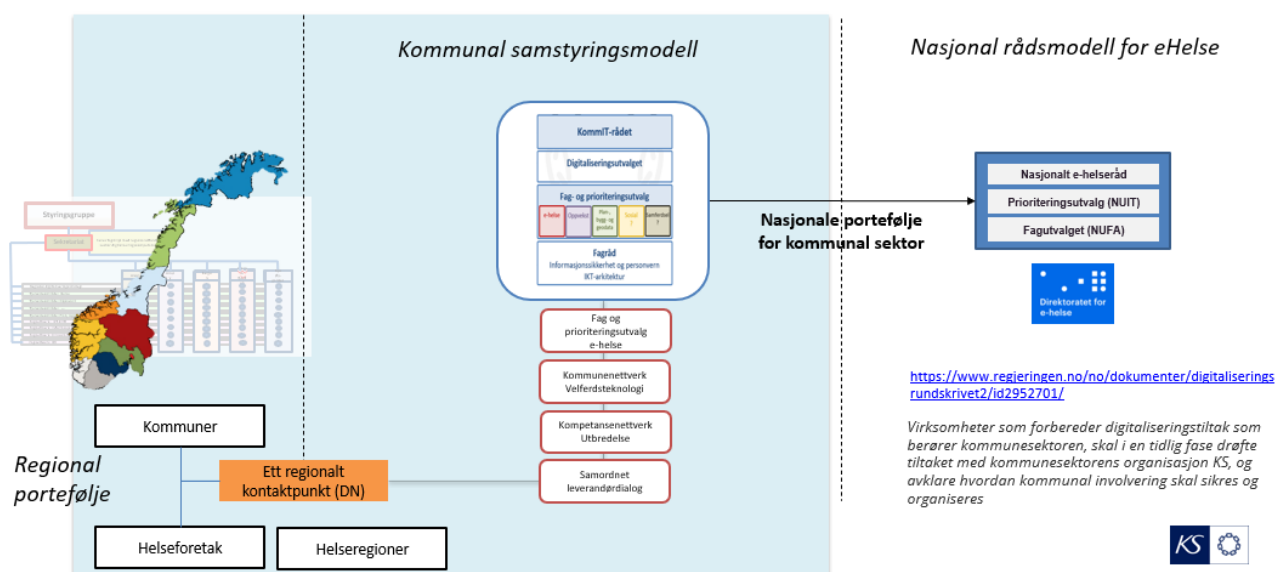
Spesialisthelsetjenesten

De regionale- (RHF) og lokale helseforetakene (HF) er viktige samarbeidspartnere for å ivareta gode tjenester til

innbyggerne og pasientene. Det vil være viktig at det etableres et samarbeid når kommunen skal innføre Pasientens legemiddelliste (metodikken). Avtalen må ivareta begge parter behov rundt en samtidig innføring. KS anbefaler kommunene å ta kontakt med det regionale digitaliseringsnettverket for å sammen vurdere hvordan kommunen kan komme i gang med innføringen av pasientens legemiddelliste.

Helsefelleskap

KS anser det som viktig at [Helsefelleskapene](#) bidrar til en effektiv og god digitalisering, og at partene i samråd kommer til de gode løsningene. Dette baseres på kommunenes oppdrag samt oppdragsdokumentet som gis spesialisthelsetjenesten årlig. Prioriteringene må samsvare med sektorenes behov og forankres i helsefelleskapene. Det anbefales at innføringen av metodikken knyttet til pasientens legemiddel liste (krever samtidighet mellom partene), blir drøftet og prioritert i felleskap. Da kan man vurdere å løfte dette inn i Helsefelleskapene som et fellestiltak.



Skissen over skal gjenspeile prinsipper om utbredelse og samstyring og sammenhengen mellom kommunal samstyringsstruktur og nettverk (midten), nasjonale myndigheter (høyre) og de regionale nettverkene (venstre) knyttet til utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger.

Norsk helsenett SF(NHN)

Norsk helsenett er Nasjonal tjenesteleverandør av e-helsetjenester og forvalter e-resept, kjernejournal, grunndata og helsenorge.no. NHN er viktige å samarbeide med knyttet til innføringsløpet ettersom de har kompetanse på løsningene og det tekniske oppsettet som kommunen har behov for. De deltar i alle nasjonale piloter og bidra til at opplæringsmaterieill blir utarbeidet til bruk for vår sektor.

Norsk Helsenett er også et kontaktpunkt når det gjelder eventuelle feil med løsningene.

EPJ-leverandører

Alle løsningene på legemiddelfeltet trenger tilpasninger i kommunenes elektroniske pasientjournaler (EPJ) og må testes både mot helsenettet og kommunen. Leverandørene kan også tilby veiledning og hjelp til å få på plass løsningene i kommunen. Det anbefales å kontakte leverandørene tidlig i planleggingen av et innføringsløp.

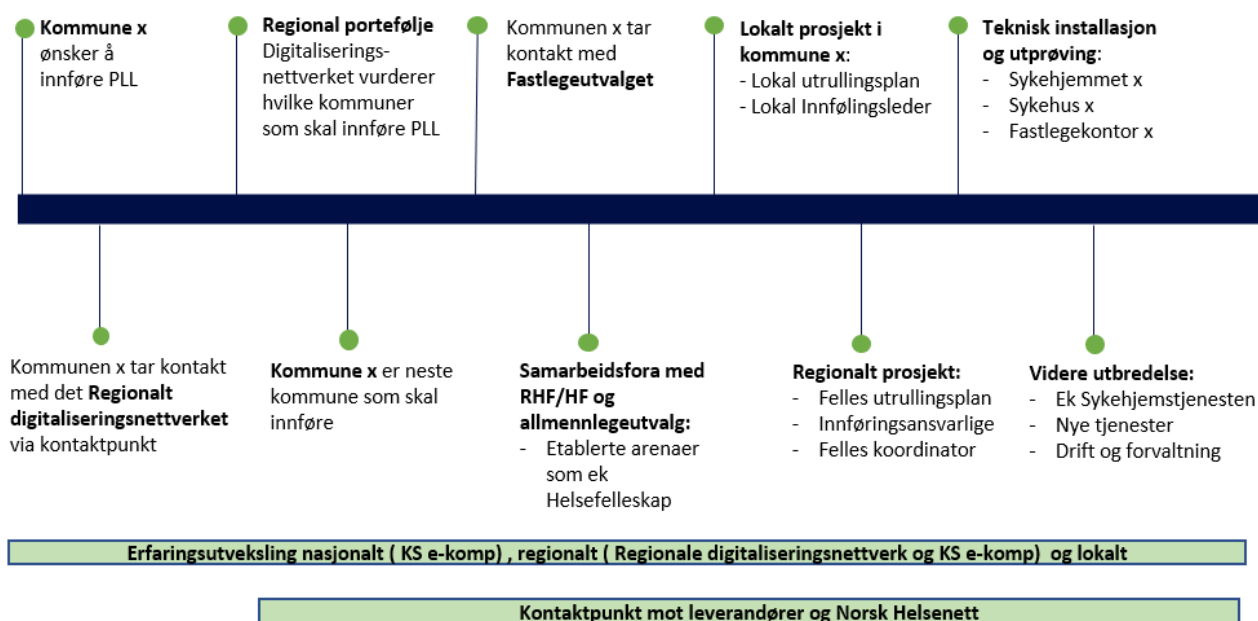
Kommunal sektor er avhengig av et godt samarbeid med leverandører for å lykkes med innføringen av e-helseløsninger. Hver kommune har et eget kundeforhold og må bestille funksjonalitet, men hver for oss oppnår vi kanskje ikke den samme gjennomføringskraft som vi trenger overfor leverandørmarkedet. KS jobber derfor med en leverandørstrategi for å ytterligere styrke kommunal sektors dialog og gjennomføringskraft. Kommunal sektors

ambisjoner på e-helseområdet er også viktig del av arbeidet med en samlet sektoren på dette området. I tillegg til at KS gjennomfører fellesmøter med leverandørene to ganger årlig.

Eksempler på et innføringsløp for Pasientens legemiddelliste (metodikken) med de ulike rollene involvert.

Skissen under beskriver overordnet de aktørene som bør være involvert, men ikke nødvendigvis i riktig rekkefølge.

- Kommune x ønsker å innføre *Pasientens legemiddelliste* (metodikken, kap. 3.4) i sykehjemstjenesten
- *Avhengigheter* til andre løsninger på legemiddelområdet:
 - Sentral forskrivningsmodulen (kap. 3.2)
 - Fastlegene og Helseforetaket har den nyeste versjonen av forskrivingsmodul
- *Anbefalinger*:
 - Kjernejournal (kap.3.1) er innført, slik at flere helsepersonell utover forskrivende lege får innsyn i legemiddellisten
 - Forpliktende avtaler mellom kommuner og sykehus som sørger for koordinering og samtidighet i innføringen (ek gjennom Helsefelleskapene)



KS i samarbeid med Norsk helsenett SF, skal etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet foreslå en felles modell for innføringsnettverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder beskrive hvordan et eventuelt slikt nettverk kan støtte opp under [helseteknologiordningen](#) som er utredet i regi av Direktoratet for e-helse.

KS har med bakgrunn i dette iverksatt en vurdering av status på nettverkene i dag opp mot utfordringsbildet fremover der vi ser på organisering, formål, roller og ansvar, målgruppe, kompetanse, synergier, behov og forventninger. Et overordnet spørsmål i arbeidet er: hvordan bruke nettverkene på en hensiktsmessig og koordinert måte for å understøtte utbredelse og innføring på e-helseområdet i kommunal sektor.

Arbeidet skal ferdigstilles høsten 2023 og iverksettes 2024. KS vil kommunisere ut mere informasjon til alle kommuner når vi tiltaket er ferdig.

8. Suksessfaktorer

Suksessfaktorer som bør ligge til rette for å øke sannsynligheten for en vellykket innføring

| |
|---|
| Organiseringsendringer hos medarbeidere og omgivelser |
| <ul style="list-style-type: none">• Digitalisering skaper behov for organisatoriske endringer (arbeidsprosesser og samhandling) og lederne må støtte opp under endringen(e) og forankre dette i organisasjonen. |
| Gjenbruke etablerte strukturer |
| <ul style="list-style-type: none">• Kommunene anbefales å bruke allerede etablerte strukturer når man skal organisere innføringen. F.eks gjennom samarbeid med helsefelleskap (Helseforetak), regionale helseforetak (RHF og deres IKT organisasjon), fastlegene og digitaliseringsnettverkene. |
| Nyttestyring gjennom hele prosjektet |
| <ul style="list-style-type: none">• Gevinstrealisering må vektlegges gjennom alle faser i innføringen og over i drift og forvaltning• For å øke kompetanse på nyttestyring kan Veikart for tjenesteinnovasjon være et sted å finne kvalitetssikret og relevante informasjon• Få på plass gode kvalitets- og målindikatorer (statistikk) som legger til rette for evalueringsprosesser underveis i innføringsprosessen |
| Risiko- og usikkerhetsstyring |
| <ul style="list-style-type: none">• Håndtering av risiko og usikkerheter må vektlegges |
| Nasjonal oppfølging |
| <ul style="list-style-type: none">• Kommunene følges opp av relevante statlige aktører (NHN) proaktivt under innføringen• Det etableres brukerstøtte for alle innføringsfaser (fra start og inn i drift) |
| Kommunikasjon |
| <ul style="list-style-type: none">• Legge plan for kommunikasjon (inkludert en interessentanalyse) som sikrer at alle ledd i helsetjenesten nås, at relevant og korrekt informasjon deles, i riktige kanaler, til rett tid og til rette interessenter |
| Lokale tilpasninger |
| <ul style="list-style-type: none">• Kommunen tilpasser dokumentet etter egne forutsetninger og behov. Kommunale budsjettprosesser hensyntas i planlegging av innføringen• Kommunene må vurdere egen portefølje med utgangspunkt i rådene i kunnskapsoppsummeringen, samt forholde seg til løsninger som de er pliktige til å betale for |
| Opplæring |
| <ul style="list-style-type: none">• Etterleve kompetansepakker (utarbeidet av NHN) med krav om gjennomføring for å sikre kompetanseheving |
| Ressurser og kompetanse |
| <ul style="list-style-type: none">• Tilstrekkelig ressurser med relevant kompetanse for innføring av løsningene• Involvering av det regionale digitaliseringsnettverket og KS e-komp |
| Kvalitet i e-resept |
| <ul style="list-style-type: none">• Fastlegene gjennomgår og oppdaterer reseptformidleren, slik at den bare inneholder reelle resepter med korrekt dosering |
| Forvaltning og drift |
| <ul style="list-style-type: none">• Løsningen(e) integreres i tjenesten(e) og ledelsen følger tett opp |

9. Risiko

Innføring av digitale løsninger innenfor legemiddelområdet kan medføre ulike risikoer. I tabellen under presenteres risikobeskrivelser og tilhørende tiltak som kan bidra til å håndtere og redusere usikkerhetslementer i et innføringsløp. Risikoene tar utgangspunkt i en løsning som er klart for bruk (nasjonal pilot) og kan innføres.

Teknologisk risiko

| Risikobeskrivelse | Tiltak |
|---|---|
| 1) Teknologisk nedetid eller feil i kommunene som kan redusere pasientsikkerheten | Supportsystem: Sørg for at kommunen har supportsystem på plass før innføring, som iverksettes ved feil eller nedetid. Systemet bør minimum: <ul style="list-style-type: none">- Verifiserer og registrerer feil- Aktivere interne ressurser som er klare ved hendelser- Identifiserte interessenter som kontaktes ved en hendelse Inneholde rutiner for hvordan man håndterer nedetid i systemet. Opplæring og sertifisering: Sørg for at IT-ressursene får tilstrekkelig opplæring og sertifiseres i nødvendige rammeverk, slik at de har de beste forutsetningene for å konfigurere og distribuere ny teknologi. |
| 2) Teknologisk feil eller nedetid hos leverandør (ved skyløsning) | Support: Kommunene må ved anskaffelse sørge for at leverandør har gode supportsystem 24/7 og minimalt med nedetid der leverandør leverer skyløsning. |

Kompetanse risiko

| Risikobeskrivelse | Tiltak |
|--|---|
| 3) Kommunen har ikke tilstrekkelig kompetanse til å innføre løsningene: <ul style="list-style-type: none">- teknisk kompetanse- innføringskompetanse- brukerkompetanse | Opplæringspakker: Få på plass opplæringspakker som dekker kompetansebehovene til de ulike ansatte som blir berørt av innføringen. Nasjonale verktøy: NHN lager opplæringspakker for de ulike løsningene, den for kjernejournaler finner du her KJ . IK samarbeid: Små kommuner kan/bør inngå forpliktende interkommunale samarbeid med større kommuner for å sikre kompetanse og robusthet |
| 4) Det er ikke satt av nok tid til opplæring av de ansatte | Krav: Sett krav til gjennomføring av opplæring/ sertifisering av de ansatte |

Økonomisk risiko

| Risikobeskrivelse | Tiltak |
|---|--|
| 5) Kommunen legger opp til for lavt investeringsnivå ved implementering av ny løsning | Finansieringsmodell: Få på plass en finansieringsmodell som gir en oversikt over nasjonale og lokale elementer og som følges opp i ledelsen i kommunen. Nasjonal pilot: Ta utgangspunkt i erfaringen fra kommunene i den nasjonale piloten og deres vurdering knyttet til budsjettering og planlegging av eget innføringsløp. |
| 6) Kommunen har ikke kapasitet til å innføre løsningene | Nettverk: Etabler en god rigg for innføringsstøtte gjennom nettverk (kap.7) for å øke egen kapasitet. |

Strategisk risiko

| Risikobeskrivelse | Tiltak |
|-------------------|--------|
|-------------------|--------|

| | |
|--|---|
| 7) Innføring av de digitale løsningene gir ikke gevinstene som var forventet når kost/nytte ble vurdert av kommunen før oppstart | Plan: Få på plass en egen gevinstplan med utgangspunkt i den nasjonale piloten som synliggjør hva man forventer å oppnå ved oppstart. Følg opp med ev justeringer underveis. |
| 8) Innføringen av PLL (5 i kap. 5) blir forsinket på grunn av andre aktører | Felles plan: Etabler en utrullingsplan sammen med aktørene som er relevante knyttet til løsningen. Ved innføring av arbeidsmetodikken PLL (kap 5) anbefales det å utarbeide den sammen med spesialisthelsetjenesten og kommunens allmennegeutvalg. Koordinering: Få på plass en <i>innføringsleder</i> i kommunen som koordinerer innføringen med de sentrale aktørene. Ved innføring av arbeidsmetodikken PLL anbefales det i tillegg å få på plass en <i>felleskoordinator</i> sammen med spesialisthelsetjenesten. |
| 9) Kommunen har undervurdert omfang og kompleksitet ved innføring | Planer: Sett realistiske planer med tilstrekkelig finansiering Leveranser: Definer de ulike leveransene og løpende omfangs- og kostnadsvurderinger Fleksibilitet: Avsett en ramme som gir rom for utvidelse av omfang. Koordinering: Utpek en innføring/koordinerings-leder som har ansvar for å sikre at innføringen lykkes og har myndighet til å sikre at alle gjør som de skal og har ansvaret for. |
| 10) Løsningen som er innført brukes ikke av de ansatte i kommunen | Drift og forvaltning: Ledelsen må sørge for at løsningen settes i drift og blir et tema med fokus på statistikk og ibrukttagelse på møtearenaer for ledelsen og de ansatte etter at pilotperioden er over. Endringsledelse / Endring av arbeidsprosesser: Skisser hvilke endringen løsningen vil gi og inkluder hvilke forhold som kan forårsake endringsmotstand, slik at kommunen kan møte disse utfordringene på en målrettet måte. Kompetanse: Få på plass opplæringspakker og kommunikasjonsplaner som dekker kompetansebehovene <ul style="list-style-type: none"> - Gevinster og nytte til ansatte - Bevisstgjøring knyttet til pasientsikkerhet ved at ansatte ikke tar løsningen i bruk - One-page og korte filmsnutter som gir en rask innføring av nytte |

Ekstern risiko

| Risikobeskrivelse | Tiltak |
|--|---|
| 11) Manglende kapasitet og/eller prioritering hos EPJ-leverandører medfører forsinkelser | Leverandørene: Jevnlige møter med EPJ leverandører for informasjon, dialog og tett oppfølging. |
| 12) Begrenset kapasitet hos Norsk helsenett kombinert med uforutsette behov i utvikling, drift og forvaltning medfører forsinkelse | Statusmøter: Jevnlige møter internt, men også med Norsk helsenett for informasjon, dialog og tett oppfølging. |
| 13) PLL-Metodikken innføres ikke hos tilstrekkelig antall aktører til at nytte kan realiseres | Samtidighet: Jobb for samtidig oppstart i et område via de regionale digitaliseringsnettverkene. Felles plan: Etabler en utrullingsplan i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og fastlegene Koordinering: Etabler en møtearena med de sentrale aktørene for å følge og koordinere innføringen tett Nettverk for innføring: Bruk de regionale digitaliseringsnettverkene og KS e-komp til å bistå i innføringen og koordineringen. |

| | |
|-------------------------------------|--|
| 14) Brukervennligheten oppleves lav | <p>Teknisk oppsett: Sørge for at EPJ leverandørene har de integrasjonene som er satt som krav til løsningen mot lokale systemer for å unngå dobbeltregistreringer.</p> <p>Erfaringsutveksling: Del erfaringer med andre kommuner, EPJ leverandørene, KS og NHN med mål om å forbedre ev brukervennligheten i løsningen</p> |
|-------------------------------------|--|

10. Administrative og økonomiske konsekvenser

Den foreløpige samfunnsøkonomiske analysen gjort av Direktoratet for e-helse knyttet til Pasientens legemiddelliste (inkludert KJ, SFM, e-multidose og PLL) viser at tiltakene er samfunnsøkonomisk lønnsomme – **nyttene av tiltakene overstiger kostnadene.**

Alle tiltakene fører med seg kostnader til utvikling og innføring, i tillegg til administrasjon, planlegging og oppfølgingsaktiviteter. Kostnader knyttet til innføringsaktivitetene utgjør den høyeste andelen av kostnadene. Erfaringer fra utprøvingen i Bergen (PLL), innføringen av felles medisinkort i Danmark, Helseplattformen og innføring av andre nasjonale e-helseløsninger som e-resept tilsier at innføring av pasientens legemiddelliste vil kreve betydelige ressurser nasjonalt og lokalt for å lykkes.

Analysen som er foreløpig gjort viser at løsningene knyttet til programmet pasientens legemiddelliste har en positiv netto nåverdi på 990 mill. kroner. I tillegg kommer flere positive ikke-prissatte virkninger.

I avgrensninger til kunnskapsoppsummeringen (kap 2.2) har vi satt inn konsekvenser. Selv om den foreløpige analysen til programmet viser en nåverdi på 990 millioner, så er det fortsatt usikkerhet rundt hva de konkrete konsekvensene (kost/nytte) for vår sektor er knyttet til løsninger som kommer fra programmet og legemiddelhåndteringstiltaket. Vi vil få mere innsikt gjennom nasjonale piloter og følgeforskning

Samtidig er det mulig å anta at suksessfull innføring av PLL vil være avhengig av å styrke følgende områder i kommunal sektor (ikke uttømmende):

1. oppfølging og koordineringen gjennom Helsefelleskapene
2. oppfølging og koordinering gjennom Digitaliseringsnettverkene
3. metode, veiledere, opplæring, rapportering og gevinstrealisering
4. nasjonale prosesser til forankring og eierskap til tiltakene, både administrativt og politisk
5. faglig koordinering gjennom nasjonalt nettverksarbeid
6. forvaltningsmodeller for håndtering av feil, mangler og behov for videreutvikling

De økonomiske og administrative konsekvensene må vurderes nærmere ifm det videre arbeidet med å planlegge innføring av PLL i kommunal sektor.

11. Oppfølging

Dokumentet vil justeres underveis ettersom vi får mer erfaring og kunnskap og kommuniserer via KS sin nettside, KS sitt nyhetsbrev og gjennom de ulike nettverkene (kap. 7)

Denne første versjonen av løypemelding er forankret i [samstyringsstruktur på digitalisering i kommunal sektor](#) og utarbeidet sammen med noen utvalgte kommuner i regionene. Ny versjon vil bli drøftet og forankret i Fag og prioriteringsutvalget e-helse, Digitaliseringsutvalget og KommIT rådet, før den når ut til alle kommuner.