



Direktoratet for
e-helse

Notat

Til	Helse- og Omsorgsdepartementet
Kopi	Programstyret Pasientens Legemiddelliste
Dato	25.05.2022
Saksnr	[Saksnummer]
Fra	Program Pasientens Legemiddelliste
Saksbehandler	Rune Røren
Ansvarlig	Ivar Thor Jonsson

Svar på tillegg til tildelingsbrev nr. 3 - Pasientens legemiddelliste - Utredning av tiltak for å avlaste fastlegene i utprøvings- og innføringsfasen

1.1 BAKGRUNN

Direktoratet for e-helse fikk 8. april 2022 tillegg til tildelingsbrev nr. 3 i oppdrag å foreslå mulige tiltak for å redusere fastlegenes merarbeid i utprøvings- og innføringsfasen av pasientens legemiddelliste. Som del av arbeidet skal det også gjøres rede for økonomiske og administrative konsekvenser for aktører som blir berørt av de ulike tiltakene som foreslås. Videre skal det gjøres rede for hvordan eventuelle tiltak påvirker kostnader og gevinster slik dette er beskrevet i den samfunnsøkonomiske analysen for programmet.

I innføring av pasientens legemiddelliste vil fastleger ha en sentral rolle i arbeidet med å opprette første pasientens legemiddelliste for innbygger. Dette vil ofte innebære et nokså betydelig merarbeid for fastlegene i form av opprydding i reseptformidler, samstemming fra flere ulike kilder, og legemiddelgjennomgang for å kvalitetssikre behandlingen. Dette er spesielt viktig og krevende for pasienter med mange legemidler. I oppdragsbrevet står det at departementet arbeider med tiltak for å avlaste fastlegene for oppgaver og at høy arbeidsbelastning er en av hovedgrunnene til at mange kommuner har utfordringer med å rekruttere og beholde fastleger.

Oppdraget skal svares ut i samarbeid med Helsedirektoratet og tiltakene som foreslås skal forankres med aktørene i sektoren.

Fristen er satt til 1. juli 2022.

Dette notatet er et tidlig utkast til svarbrev for at helsetjenesten i størst mulig grad skal få være med å forme svaret.

Problembeskrivelse

I fastlegeforskriften stilles det krav om at legemiddellisten skal oppdateres når fastlegen endrer eller får informasjon om at legemiddelbehandlingen er endret. Det er likevel ikke slik at alle legemiddellister i dag til enhver tid er oppdaterte og samstemte. Arbeidet med å samstemme legemiddellister ved endret behandling lar seg ikke alltid prioritere i en hektisk og presset arbeidshverdag, særlig for pasienter med mange legemidler og som ofte er i kontakt med flere ulike behandlere i helse- og omsorgstjenesten. Samstemmingsarbeidet vanskeliggjøres av dårlig samhandling mellom ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten, dårlig etterlevelse av korrekt bruk/forskrivning i e-resept hos andre aktører og at fastlegene opplever at de ikke får tilstrekkelig betalt for dette arbeidet. I tillegg deles hele legemiddellisten i dag elektronisk kun for pasienter med elektronisk multidose og i PLO-meldinger. Dette kan være en medvirkende årsak til at samstemmingsarbeidet i dag potensielt ikke alltid gjøres fullt ut.

Basert på dagens situasjon må man kunne forvente at fastleger, som en del av eller som forberedelse til arbeidet med PLL-opprettelse, i stor grad må gjøre en jobb med å samstemme pasientenes legemiddellister, ofte supplert av legemiddelgjennomgang for å sikre kvalitet i behandlingen. I tillegg kommer arbeidet som er spesifikt knyttet til selve PLL-opprettelsen; vurdere, strukturere og kommentere legemiddelreaksjoner, endre til strukturert dosering der det er hensiktsmessig, kommentere eventuelle interaksjoner og dobbeltforskrivninger, samt se over og aktivere PLL.

Prosess for arbeidet

Oppdraget er drøftet med sektor i følgende fora:

- Nasjonal arbeidsgruppe for «PLL i praksis» 28. april
- Faggruppe helsefag og arbeidsprosesser i program PLL 5. mai
- Dedikerte arbeidsmøter med helsetjenesten 6. og 13. mai
- Programstyret Pasientens Legemiddelliste 25. mai
- Nasjonalt e-helsestyre 8. juni

Følgende aktører har dermed løpende kunne gi sine innspill i prosessen: NHN, Helsedirektoratet, Statens legemiddelverk, de regionale helseforetakene, Legeforeningen, Apotekforeningen, Norsk sykepleieforbund, KS, Nasjonalforeningen for folkehelse, Norges farmaceutiske forening og aktører fra utprøvingen i Bergen.

1.2 Oppsummering

PLL skal bidra til tryggere legemiddelbehandling med færre alvorlige legemiddelhendelser og dødsfall, og redusere tidsbruk for å skaffe seg oversikt over hva pasienten faktisk bruker. Erfaringene fra utprøvingen i Bergen viser at fastlegene bruker mye tid før de kan opprette den første PLL'en. Det må ryddes i reseptformidler, samstemmes fra flere kilder inklusive pasient og pårørende, og det er ofte behov for legemiddelgjennomgang. Også i utprøvnings- og innføringsfasen vil det bli merarbeid for fastlegen om ikke alle ledd i legemiddelkjeden rydder i reseptformidler og oppdaterer PLL som del av det daglige pasientarbeidet.

Det er bred klinisk støtte for at den legen som kjenner pasientens legemiddelbehandling best bør opprette pasientens første PLL. Dette vil i hovedsak være fastlegen, men dagens planer åpner for at både sykehjemslege og sykehuslege kan opprette PLL'er når de kjenner pasienten godt.

Selv om pasientens legemiddelliste vil medføre merarbeid for fastlegene ved opprettelse av første PLL er det bred støtte for å gjennomføre tiltaket. Dagens merarbeid med legemiddellistene er én av årsakene til fastlegenes høye arbeidsbelastning. På sikt vil pasientens legemiddelliste frigjøre tid brukt på samstemming av legemidler. Pasientens legemiddelliste anses også som et så viktig pasientsikkerhetstiltak at det ikke kan utsettes.

De foreslåtte tiltak er delt inn i følgendefølgende kategorier:

- Bedre kvalitet i e-resept vil avlaste fastlegene
- Tiltak i programmets gjennomføringsstrategi som vil avlaste fastlegene

- Tiltak som generelt gir bedre kvalitet i legemiddelbehandlingen vil avlaste fastlegene
- Andre legemiddelrelaterte tiltak som kan avlaste fastlegene
- Frigjøre andre oppgaver fra fastlegen som ikke er direkte relatert til legemiddelbehandlingen

1.3 Evalueringskriterier

I arbeidet med å sortere og rangere tiltakene som er anbefalt er følgende kriterier benyttet:

- I hvor stor grad avlaster tiltaket fastlegens merarbeid ved innføring av PLL
- Hvilket merarbeid påfører det andre
- I hvilken grad bidrar tiltaket til økt pasientsikkerhet
- Hvilken støtte har tiltaket i sektor
- Hva er risikoprofilen til tiltaket (sannsynlighet for at gjennomføring av tiltaket mislykkes)
- Andre uønskede konsekvenser av tiltaket
- Om tiltaket bør gjennomføres, utredes eller ikke gjennomføres

1.4 Bedre kvalitet i e-resept vil avlaste fastlegene

Alle må slå opp, tilbakekalle uaktuelle resepter og oppdatere i Reseptformidler

Fastlegene opplever ofte avvik på det som står i Reseptformidler og det pasienten faktisk bruker. Det gjør opprettelsen av PLL mer krevende enn det trenger å være. Hvis alle leger som gjør endring i legemiddelbehandlingen først kontrollerer hva som står i Reseptformidler, tilbakekaller uaktuelle resepter og oppdaterer resepter iht. egne endringer vil vi være på god vei mot pasientens legemiddelliste. Siden informasjonen i Reseptformidleren er sentralt lagret og ofte strukturert kan informasjon enkelt importeres ved opprettelse av den første PLL'en.

Generelt kan helsepersonell få bedre opplæring i hvordan e-resept allerede fungerer som en samhandlingsplattform rundt legemiddelbruk.

Det er kanskje særlig ved sykehus det er et potensiale for å forbedre systemer og rutiner rundt bedre kvalitet i e-resept ved utskrivning av pasienter. Det stilles f.eks. spørsmål ved om alt helsepersonell er klar over at samtykkekravet for oppslag i Reseptformidler nå har bortfalt. Oppslag i RF må være obligatorisk ved behandling av pasienter i poliklinikk og ved utskrivning fra sykehus.

Tiltaket anses å gi svært stor avlastning til fastlegene i tillegg til å styrke pasientsikkerheten. Det har bred støtte i helsetjenesten og ansees å ha moderat risiko for gjennomføring siden sykehusene er teknisk tilrettelagt og HOD har direkte styringslinje. Størst risiko er trolig å frigjøre tid for sykehusleger til slikt kvalitetsarbeid. Kostnaden for tiltaket er vurdert til å bli høy.

Raskere utbredelse av e-resept til kommunene

Kommunene mangler i stor grad tilgang til e-resept fra sykehjem, ØHD/KAD og øvrige institusjoner. Det er særlig ved kortidsplassene det skrives ut papir-resepter og gjøres endringer i behandlingen som ikke oppdateres i Reseptformidler.

Fastleger og legevakt har e-resept og forventer overgang til sentral forskrivningsmodul (SFM) i løpet av 2023 i henhold til leverandørenes planer. Ved raskere utbredelse av SFM med PLL-funksjonalitet i øvrige deler av kommunene vil også oppdatering og kvalitet i PLL bli betydelig styrket. Leger i sykehjem og øvrige kommunale institusjoner vil da oppdatere og i noen tilfeller opprette PLL, samt gi bedre støtte til pleie- og omsorgstjenesten når alle bruker SFM. Bruk av PLL vil også gi merverdi ved tilsyn fra legevakt i sykehjem og ved overføring mellom sykehjem og sykehus.

I Helse Midt innføres e-resept i kommunehelsetjenesten vha. Helseplattformen, men i de fleste kommuner vil e-resept innføres sammen med SFM. Tidlig utprøving og innføring av SFM i kommunehelsetjenesten blir derfor sentralt for å innføre e-resept. Dette arbeidet trenger ikke vente på pasientens legemiddelliste.

Sykehjem og kommunale institusjoner med PLL vil samlet sett avlaste fastlegene betydelig.

Tiltaket anses å gi stor avlastning til fastlegene i tillegg til å styrke pasientsikkerheten. Det har bred støtte i helsetjenesten. Gjennomføringsrisikoen er høy da de kommunale leverandørene planlegger med å tilby e-resept med SFM og HOD ikke har styringslinjer mot kommune. Kostnaden for tiltaket er vurdert til å bli høy.

Bedre systemstøtte for e-resept

Fastlegene vil i stor grad benytte SFM for å opprette PLL fremover, men dagens løsninger kan gi bedre støtte for e-resept før SFM er tatt i bruk. Systemer som f.eks. ødelegger allerede strukturert dosering, kan tilpasses slik at de ikke gjør det og de kan sikre større samsvar mellom det som f.eks. skrives i epikrise og det som ligger i Reseptformidler.

Tiltaket anses å gi stor avlastning til fastlegene i tillegg til å styrke pasientsikkerheten. Det har bred støtte i helsetjenesten. Gjennomføringsrisikoen er moderat siden selv mindre endringer hos leverandører er krevende. Kostnaden for tiltaket er vurdert til å bli moderat.

1.5 Tiltak i programmets gjennomføringsstrategi som vil avlaste fastlegene

Gjennomføringsstrategien for program pasientens legemiddelliste bygger på en rekke prinsipper og tiltak som allerede underbygger viktigheten av at fastlegens merarbeid ved innføring av tiltaket minimeres. Kostnad og gjennomføringsrisiko evalueres ikke da dette er planlagte tiltak.

Andre leger enn fastlegen oppretter PLL

Det er ikke nødvendig at fastlegen oppretter PLL for de pasienter som andre leger kjenner like godt, og kanskje bedre. Spesielt leger på sykehus og i sykehjem skal kunne opprette

den første PLL for de pasienter som de kjenner godt. Sykehjemsleger kan avlaste fastlegene i opprettelse av PLL på følgende måter:

- 1) Opprette PLL på pasienter som har fast sykehjemsplass
- 2) Opprette PLL på rulleringspasienter som de etter hvert kjenner veldig godt
- 3) Ved utskrivelse av pasienter fra kortids- og rehabiliteringsavdelinger hvor det opprettes legemiddelhåndtering via hjemmesykepleie

Alle leger kan opprette PLL på pasienter som de kjenner godt og som bruker færre enn 3 legemidler.

Tiltaket anses å gi moderat avlastning for fastlegene og har bred støtte i helsetjenesten.

Alle leger må vedlikeholde PLL

For at ikke fastlegen alene skal måtte vedlikeholde PLL er det avgjørende at alle leger som vurderer pasientens legemidler og forskriver resepter oppdaterer PLL med det siste som er gjort. Klinikere som må vedlikeholde PLL er sykehusleger, avtalespesialister, leger ved avtaleinstitusjoner (tilbyr ofte også private helsetjenester), lege ved ØHD/KAD, sykehjemsleger og legevaktsleger. Styringslinjer forplikter arbeidet med vedlikehold av PLL. Det må iverksettes rutiner som krever at PLL vedlikeholdes ved hver endring i pasientens legemidler. For å få til dette er det behov for styrket opplæring for alle grupper.

Tiltaket anses å gi svært stor avlastning for fastlegene etter opprettelse av første PLL og har bred støtte i helsetjenesten.

Elektronisk multidose

Elektronisk multidose vil forenkle samhandlingen fastlegene har i dag med multidoseapotek om multidosepasientene.

Tiltaket anses å gi moderat avlastning for fastlegene og har bred støtte i helsetjenesten.

Samtidig oppstart i et innføringsområde

Samtidig oppstart av PLL hos alle aktører i et innføringsområde er viktig for å avlaste fastlegen. Dette sett i sammenheng med at andre leger kan opprette PLL og at alle klinikere må vedlikeholde PLL vil sikre at fastlegen ikke både må opprette den første PLL på alle pasienter samt vedlikeholde listen alene. Alle i verdikjeden må bidra.

Tiltaket anses å gi stor avlastning for fastlegene og har bred støtte i helsetjenesten.

God systemstøtte for fastleger (SFM)

For fastleger og avtalespesialister sikres god systemstøtte ved innføring av SFM som gir anerkjent systemstøtte allerede nå i versjonen som er under utprøving ved to legesentre. Systemstøtten består av prosess- og beslutningsstøtte under ordinerings og forskrivning, og vil videreutvikles i senere versjoner. Automatisk oppslag i RF med støtte til å fjerne uaktuelle resepter inngår i dette. Styrke test og godkjenning som sikrer god funksjonalitet for vellykket utprøving og innføring (ende-til-ende test)

Tiltaket anses å gi stor avlastning for fastlegene og har bred støtte i helsetjenesten.

Løpende opprettelse av PLL

Det planlegges med at fastlegene oppretter PLL'er etter hvert som pasientene kommer inn til time hos fastlegen. Kun i utprøvingen vil fastlegene i større grad måtte registrere pasienter med mange legemidler i 'bulk' for å øke sannsynligheten for samhandling med sykehusene. Ved å ta dette over tid vil merarbeidet være enklere å håndtere i arbeidshverdagen.

For pasienter der PLO har overtatt ansvaret for legemidlene bør kanskje opprettelse av PLL prioriteres høyest. Disse er oftest eldre multisyke hvor risikolegemidler ofte inngår. Etter at dette er gjort bør PLL opprettes løpende etter hvert som pasientene kommer til behandling hos fastlegene. SFM understøtter denne arbeidsprosessen godt i sin første versjon med PLL funksjon.

Tiltaket anses å gi stor avlastning for fastlegene og har bred støtte i helsetjenesten.

God og tilpasset opplæring for alle i legemiddelkjeden

Fastlegen vil avlastes ved at alle ledd i kjeden blir bedre i stand til å gjøre sin oppgave. For leger som ordinerer og forskriver finnes allerede flere aktuelle kurs fra SKIL så som Kvalitet i e-resept og legemiddelgjennomgang som kan gjennomføres nå for alle. Det bør vurderes eget kurs for opprettelse og oppdatering av PLL som kan times til tiden før PLL funksjon slås på i SFM. Likeledes kan eget kurs for håndtering av risikolegemidler vurderes i samarbeid med SKIL.

Rask utbredelse av SFM krever god forberedelse og opplæring til riktig tid, spesielt for PLO i kommunene som ikke kjenner løsningen. Det kan vurderes å lage en grunnleggende opplæringspakke som e-læring, som bør vurderes å være obligatorisk. Opplæring anbefales planlagt og gjennomført i et samarbeid mellom E-helse, Helsedirektoratet, NHN og virksomhetene.

Tiltaket anses å gi moderat avlastning for fastlegene og har bred støtte i helsetjenesten.

Godt planlagt og gjennomført utprøving som grunnlag for vellykket innføring

Gjennomføringsstrategien legger vekt på at godt gjennomført utprøving er avgjørende for en vellykket innføring. Det er blant annet viktig for å finne feil som grundig testing ikke har avslørt. Testing er basert på testdata, og nye tekniske og funksjonelle feil blir derfor jevnlig funnet i utprøvingfasen. Denne fasen bør derfor være lang og omfattende slik at alle systemer som skal brukes i det aktuelle innføringsområdet er uten kritiske feil før innføring. Det tar tid å finne og fjerne feil, og feilrettinger kan medføre nye utilsiktede feil. Nøye utprøving har derfor vist seg som et viktig kriterium for suksess. Under innføringen kan det dermed fokuseres på god planlegging, mobilisering og opplæring. Styrking av utprøvingfasen med SFM og godkjente løsninger basert på SFM Basis-API er derfor et viktig tiltak for å avlaste fastlegene.

Tiltaket anses å gi moderat avlastning for fastlegene og har bred støtte i helsetjenesten.

Meldeplikt

Når innføringen av PLL er godt i gang og det vurderes at det er hensiktsmessig vil meldeplikten aktiveres for å få med etternølerne. I Danmark var det kritisk for gjennomføringen.

Tiltaket anses å gi moderat avlastning for fastlegene og har moderat støtte i helsetjenesten.

Økonomisk kompensasjon

Økonomisk kompensasjon til fastlegene for opprettelse av første PLL skal sørge for at arbeidet som blir lagt ned ikke forbli ulønnet. Tiltaket i seg selv vil ikke avlaste merarbeidet ved innføring av PLL, men er et viktig tiltak for å sikre at opprettelse av den første PLL på de aktuelle pasientene blir gjort.

Tiltaket anses å gi liten avlastning for fastlegene og har bred støtte i helsetjenesten.

1.6 Tiltak som generelt gir bedre kvalitet i legemiddelbehandlingen vil avlaste fastlegene

Kvalitet i e-resept og PLL forutsetter kvalitet i legemiddelbehandlingen. God støtte for slik kvalitet vil styrke programmets mål om færre feil i legemiddelbehandlingen. Det anbefales derfor å vurdere følgende tiltak som vil bedre kvaliteten på legemiddelbehandlingen.

Hyppigere legemiddelgjennomgang

Hyppigere legemiddelgjennomgang for pasienter hos alle aktører vil avlaste fastlegens merarbeid ved innføring av PLL. Legemiddelgjennomgang kan vurderes styrket ytterligere ved å utvide dagens takstordning for legemiddelgjennomgang til mer enn tre ganger årlig og med et økt refusjonsbeløp.

Tiltaket er foreløpig ikke vurdert.

Opplæring

Opplæring som understøtter kvalitet i legemiddelbehandlingen bør vurderes innført som obligatorisk tiltak. Det er allerede utviklet kurs for kvalitet i e-resept, legemiddelgjennomgang og «kloke valg» m.fl. som er spesielt egnet og klart til bruk. En del av dette arbeidet er å fjerne legemidler med for høy risiko ift. virkning.

Tiltaket er foreløpig ikke vurdert.

Bedre systemstøtte for risikolegemedler og risikopasienter

Eldre pasienter, pasienter med risikolegemedler og pasienter med flere enn tre legemidler er spesielt utsatt for feil. Innføring av bedre systemstøtte i EPJ vil kunne forebygge dette. I Sverige er det eksempelvis innført en rapportgenerator i alle landets primärvårdcentraler (tilsvarer fastlegene) som kan bidra til å forebygge slike feil og gi indikatorer for videre oppfølging av kvalitet. Dette gir beslutningstøtte for korrekt legemiddelbehandling med spesiell oppmerksomhet på eldre med flere legemidler, pasienter med dårlig nyrefunksjon og kroniske lidelser som involverer risikolegemedler. SKIL bygger sitt kvalitetsarbeid på en slik rapportgenerator, og E-helse har fått utviklet Norsk Indikatorplattform (NIP) basert på samme løsning. Om vi gjør slik som i Sverige, og innfører en slik løsning i alle EPJ systemer hos fastleger, vil vi sikre lik og god støtte til god legemiddelbehandling og kvalitet i PLL.

Tiltaket er foreløpig ikke vurdert.

1.7 Andre legemiddelrelaterte tiltak som kan avlaste fastlegene

Andre aktuelle tiltak som kan avlaste fastlegenes merarbeid er foreslått her:

Involvering av pasient og pårørende

Det pekes ikke her på definerte tiltak knyttet til involvering av pasient og pårørende som vil kunne avlaste fastlegenes merarbeid ved innføring av PLL, men det bør utredes nærmere hvordan pasient og pårørende kan involveres mer for å redusere arbeidsbelastning hos fastlegen. Involvering av pasient og pårørende i alle ledd er allerede et viktig tiltak for kvalitet i legemiddelbehandlingen.

Tiltaket anses å gi liten avlastning for fastlegene og har moderat støtte i helsetjenesten.

Overgang fra resept til forordning/ordinasjon med tilknyttede resepter ble en del av forklaringen på at FMK i Danmark gikk fra fiasko til suksess. Listen over legemidler i bruk (LIB) er i realiteten en oversikt over ordinasjoner. Noen ganger mangler det resepter, og da utstedes det nye. Når ordinasjoner seponeres skal også tilhørende resepter seponeres. Ryddearbeidet forenkles når en kan sjekke resepter opp mot ordinasjoner, og det blir enklere å opprettholde kvalitet i legemiddelbehandlingen. SFM er allerede tilrettelagt for ordinasjoner med tilknyttede resepter. Når SFM og SFM Basis-API er utbredt kan en gå over til ordinasjoner med tilknyttede resepter dersom programmet vil anbefale dette basert på erfaringer underveis.

Tiltaket er foreløpig ikke vurdert.

Skjerpet forpliktelse i forskrift er et tiltak som bør vurderes. I Danmark ble det innført krav om bruk av FMK hos alle, også i sykehus. Ingen får skrive e-resept uten via FMK. Dersom vi i Norge krever det samme for SFM og EPJ med SFM-API løsning, vi vi sikre kvalitet i alle ledd, noe som vil avlaste fastlegens merarbeid betydelig. Det må også sikres at forskriftene ikke er til hinder for eventuell senere overgang til ordinasjon med tilknyttede resepter. Eventuelle nødvendige tilpasninger i forskriftene bør være på plass innen utgangen av 2024.

Tiltaket er foreløpig ikke vurdert.

Redusere antallet pasienter som får PLL

I dagens strategi for pasientens legemiddelliste så skal alle innbyggere få opprettet en PLL. Det er særlig pasienter som står på flere legemidler som vil ha nytte av PLL og som det er krevende å opprette en PLL for. Selv om arbeidsbelastningen er liten for å opprette en «enkel/tom» PLL så vil det utgjøre et betydelig volum med pasienter. Tiltaket foreslår å begrense utvalget pasienter som får en PLL basert på gitte kriterier.

Tiltaket er foreløpig ikke vurdert.

1.8 Frigjøre andre oppgaver fra fastlegen som ikke er direkte relatert til legemiddelbehandlingen

Gjennom dialogen med helsetjenesten er det foreslått en rekke tiltak som fastlegene ikke anser som en kjerneoppgave slik legemiddelbehandlingen er.

Det er ikke innenfor dette oppdraget å vurdere om slike oppgaver kunne vært løst på en annen måte for fastlegene, men det bør vurderes hvis man ser på helheten av fastlegenes arbeidsbelastning. Det kan ha avgjørende betydning for en vellykket innføring av PLL.

1.9 Økonomiske og administrative konsekvenser for berørte aktører

Dette er foreløpig ikke utredet i tilstrekkelig grad.

1.10 Tiltakenes påvirkning av kostnader og gevinster beskrevet i den økonomiske analysen

Dette er foreløpig ikke utredet i tilstrekkelig grad.

1.11 Anbefaling

Det anbefales å gjennomføre nye tiltak for å sikre bedre kvalitet i e-resept, samt at programmet gjennomfører tiltakene som allerede er planlagt. Kvalitet i e-resept kan i større grad bli et nasjonalt initiativ i forkant av Pasientens legemiddelliste – kanskje som et eget prosjekt i programmet.

Det anbefales å utrede generelle tiltak som gir bedre kvalitet i legemiddelbehandlingen, andre legemiddelrelaterte tiltak og tiltak som kan frigjøre tid som ikke er relatert til legemiddelbehandlingen.