

	Kortfattad beskrivning	Utredningens förslag	Konsekvenser och NEPI:s ställningstagande
<b>Steg 1</b>	10.4 En läkemedelsprocess som stöds av justeringar i befintlig lagstiftning utan att staten får något utökat ansvar.	Den som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvård ska få ha direktåtkomst till receptregistret.	Möjlighet för hälso- och sjukvårdspersonal att få direktåtkomst till giltiga digitalt sparade recept. <b>Tillstyrkes.</b>
<b>Steg 2a</b>	10.6 En läkemedelsprocess som stöds av att staten tar ett särskilt ansvar för att säkra tillgänglig information Lagstiftning om gemensam läkemedelslista omfattande öppen vård – expedierade recept samt rekvisitionsläkemedel administrerade på mottagningar.	10.7 E-hälsomyndigheten ska föra ett nationellt register över ordinationer av läkemedel och andra varor, som ska expedieras på öppenvårdsapotek samt över uppgifter om expediering av dessa ordinationer.	Nationell databas över patientens samlade utfärdade samt expedierade recept. Journalföringsplikt i denna. Information kring patientens läkemedelsbehandling behövs i hälso- och sjukvård för flera andra orsaker än ordination av läkemedel <i>För att ge utökad nytta utöver steg 1 krävs fördjupad nytta- och riskanalys, tydligare målbild samt beskrivning om och i sådana fall en sådan gemensam läkemedelslista kan användas direkt som underlag för:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ordination i hälso- och sjukvården</li> <li>• expedition av läkemedel vid öppenvårdsapotek</li> <li>• patientens egen administrering i hemmet av expedierade läkemedel</li> </ul> <i>Underlag för beslut om en viss åtgärd behöver dokumenteras i patientjournal. Detta gäller även läkemedelsbehandling som underlag för andra beslut. Att i lokal patientjournal (i motsats till krav idag) enbart dokumentera ordinationer gjorda i denna patientjournal utan att dokumentera kunskap om ordinationer till patienten kända från den gemensamma läkemedelslistan innebär problem vid utveckling av gränssnitt för effektiv dokumentation av beslutsunderlag i patientjournaler; utveckling och introduktion av beslutstöd i såväl öppen som slutenvård för val av åtgärd (och ej enbart läkemedel); lokal uppföljning och kvalitetssäkring; samt för beredskap med reservrutiner vid IT-problem eller krisläge i övrigt.</i> <i>Hantering av uppgifter markerade som privata i gemensam läkemedelslista tillsammans med spärrning av delar av patientjournalen skapar gränssnitt vars hantering ej finns beskriven.</i> <b>Fördjupad nytto- och riskanalys nödvändig innan beslut om genomförande.</b> <b>Uppenbar risk att steg 2a ej kan leva upp till den målbild som ytligt beskrivs i utredningen.</b>
<b>Steg 2b</b>		Den gemensamma läkemedelslistan får även innehålla uppgifter om ordinationer av läkemedel som ges direkt till patienten i hälso- och sjukvården och om ordinationer i Sverige som expedierats utomlands.	Nationell databas över patientens samlade läkemedel administrerade i öppen vård. Alltså även läkemedel rekvirerade till vårdinrättning för administrering i öppen vård. <i>Ger utökad nytta då samtliga läkemedel ordinerade i situation där patienten kan ha flera olika vårdgivare samtidigt kan sammanställas. Dataformat annorlunda än vid e-recept. Kräver metodutveckling och nya gränssnitt för dataöverföring. Vid sammanhållen journalföring begränsat värde. Alternativa metoder att tillgängliggöra denna information, t ex via nationell patientöversikt bör utredas då det kan innebära snabbare genomslag till avsevärt lägre kostnader.</i> <i>Om informationen avses kunna hanteras direkt som ordination i patientjournalssystem krävs ytterligare utveckling av gränssnitt och arbetssätt.</i> <b>Fördjupad nytto- och riskanalys nödvändig innan beslut om genomförande.</b>
<b>Steg 3</b>	Gemensam läkemedelslista även innefattande historik över läkemedel inom slutenvård.		Nationell databas över patientens samlade läkemedelsordinationer oavsett vårdform, alltså inkluderande även ordinationer inom slutenvård. <i>Ger begränsad nytta då patienten vid slutenvård endast har en enda vårdgivare och informationen för andra vårdgivare får form av läkemedelshistorik och inte aktuella ordinationer. Enstaka läkemedelsordinationer givna under slutenvårdsepisod kan vara värdefulla att ha kännedom senare i vårdförloppet men tilläggsnyttan är begränsad vid sammanhållen journalföring. Information kan i flertalet fall nås genom nationell patientöversikt.</i> <i>Ordinationer inom slutenvård är mer komplexa än i öppen vård samt ändras frekvent. Samtliga ordinationer journalförs inte digitalt då det inte är förenligt med arbetssätt i vissa situationer. Tolkning av beslut behöver i högre grad än ordinationer i öppen vård relateras till patientspecifik information för att kunna hanteras som underlag i vården.</i> <b>Fördjupad nytto- och riskanalys nödvändig innan beslut om genomförande.</b>