

Sistemas de gestión para la renovación de recetas médicas: la visión del usuario y del profesional sanitario

Rosa Madridejos Mora^a, M. Ángeles Parada Aradilla^b y Rosa Tomás Sanz^a

Objetivo. Conocer el grado de satisfacción de los usuarios y médicos que utilizan el sistema de repetición de recetas médicas.

Diseño. Estudio multicéntrico, transversal.

Ámbito. Cuatro centros de atención primaria que atienden a 160.000 habitantes.

Participantes. Usuarios incluidos en el sistema de repetición de recetas médicas y médicos que lo utilizan.

Mediciones principales. Encuesta de satisfacción.

Resultados principales. Se han realizado 429 encuestas a usuarios (edad media 64,2 ± 13,98 años, con un 52,4% de mujeres). El promedio de medicamentos que tomaban era de 4,4 ± 3,04. El período establecido para la recogida de recetas era principalmente de 60 días (77,4%).

El 83,9% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 80,4-87,4) de los encuestados declaró no haber tenido problemas y la puntuación media de satisfacción fue de 8,4 ± 1,52. No se observaron diferencias estadísticamente significativas según el sexo ($p = 0,53$). Hay una correlación positiva muy débil aunque significativa entre la puntuación y la edad de los encuestados ($r^2 = 1\%$; $p = 0,03$). La puntuación media de satisfacción presentaba diferencias estadísticamente significativas según el centro de atención primaria. El 86,9% (IC del 95%, 83,8-90,1) de los usuarios recogió las recetas en el plazo fijado. Los factores que se asociaron con un mayor cumplimiento fueron la edad y el mayor número de medicamentos por persona.

Se realizaron 47 encuestas a los médicos. La puntuación media fue de 7,42 ± 1,09 y todos excepto uno (98%; IC del 95%, 89,1-99,9) opinaron que había sido una mejora para la gestión de la consulta.

Conclusión. Los usuarios están muy satisfechos aunque consideran que deben mejorarse aspectos relacionados con la organización para mejorar la accesibilidad.

Palabras clave: Encuesta de satisfacción. Medicación crónica. Renovación de recetas.

MANAGEMENT SYSTEMS FOR THE RENEWAL OF MEDICAL PRESCRIPTIONS: THE VISION OF USERS AND HEALTH PROFESSIONALS

Objective. To find the degree of satisfaction of users and doctors who use the repeat medical prescription system.

Design. Multi-centre, cross-sectional study.

Setting. Four primary care centres covering 160 000 inhabitants.

Participants. Users included in the repeat medical prescription system and doctors who use it.

Main measurements. Questionnaire on satisfaction.

Main results. Users (52.4% women) filled in 429 questionnaires (mean age, 64.2; SD, 13.98). Average medicines taken were 4.4 (SD, 3.04). The period established for picking up prescriptions was usually 60 days (77.4%). 83.9% (95% CI, 80.4-87.4) of those questioned stated they had no problems, with a mean degree of satisfaction at 8.4 (SD, 1.52). There were no significant differences for gender ($P=0.53$). There was a very weak but significant positive correlation between the score and the age of those questioned ($r^2=1\%$; $P=0.03$). Mean score of satisfaction had statistically significant differences, depending on the PCC. 86.9% (95% CI, 83.8-90.1) of users collected the prescriptions within the term set. The factors associated with greater adherence were age and a greater number of medicines per person. Doctors filled in 47 questionnaires. Mean score was 7.42 (SD, 1.09) and all except one (98%; 95% CI, 89.1-99.9) thought that the system meant an improvement in clinical management.

Conclusion. Users are very satisfied, although they believe certain organisational points should be improved in order to improve accessibility.

Key words. Questionnaire on satisfaction. Repeat prescribing. Renewal of medical prescriptions.

^aUnidad de Farmacia de Atención Primaria. Mútua de Terrassa. Terrasa. Barcelona. España.

^bServicio de Farmacia del Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa. Barcelona. España.

Correspondencia:
R. Madridejos Mora.
CAP Sant Cugat.
Mina, s/n. 08173 Sant Cugat del Vallès. Barcelona. España.
Correo electrónico:
rmadridejos@mutuaterrassa.es

Manuscrito recibido el 17-5-2006.
Manuscrito aceptado para su publicación el 18-10-2006.

Introducción

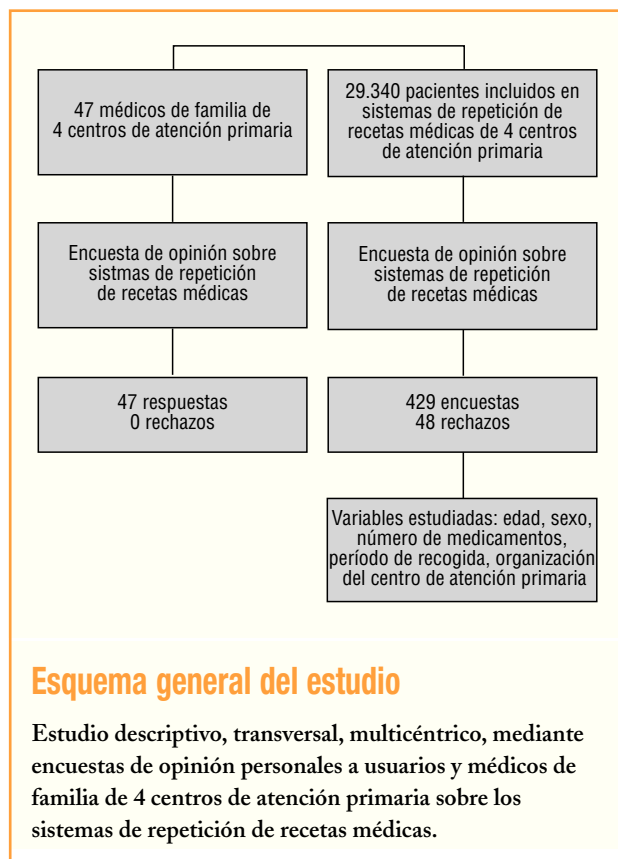
En el año 2004 en España se facturaron a través del Sistema Nacional de Salud (SNS) un total de 728.684.558 recetas con un coste asociado de 9.513.301.831 euros. Esto supuso un aumento del 5,75% del consumo de especialidades farmacéuticas y este aumento anual del consumo de medicamentos es una tendencia que aparece en los últimos años en España y a escala mundial. Los grupos farmacológicos que presentan un mayor consumo son los destinados al tratamiento de enfermedades crónicas¹.

Hasta hace pocos años, casi un 50% del tiempo de las consultas de atención primaria se dedicaba a tareas administrativas, entre ellas la edición de recetas repetidas². Este gran volumen de recetas emitidas sobrecarga las consultas de los médicos de familia y aumenta las dilatadas listas de espera. Todo ello ha originado nuevos sistemas de gestión para facilitar el acceso de los pacientes a la prescripción médica y aumentar así la satisfacción de los usuarios³. Los nuevos sistemas de gestión establecidos en nuestro país, como en otros países del entorno europeo (Reino Unido, Países Bajos, Noruega, etc.), consisten en la entrega de recetas de forma automatizada (previamente indicadas y prescritas por el facultativo responsable de un paciente) sin previa visita médica. En el Reino Unido, el 80% de las recetas se emite a partir de sistemas de repetición de recetas médicas (SRRM) y en Cataluña, el 60% de las recetas se emite a partir de sistemas informatizados^{4,5} que suelen incluir SRRM.

Los SRRM tienen como objetivo garantizar al usuario la accesibilidad a la prestación farmacéutica de forma rápida y disminuir las cargas de trabajo administrativo en las consultas de los médicos de atención primaria. Sin embargo, debido al gran volumen que representan, hay preocupación acerca de la calidad del proceso, ya que dichos sistemas deben garantizar que el medicamento indicado llegue al paciente en la dosis, la pauta y el tiempo adecuados.

Para ello, debe haber una corresponsabilización entre todos los integrantes del proceso, principalmente los siguientes:

- Médico prescriptor: responsable de la prescripción y revisión periódica de los tratamientos.
- Usuario: responsable de cumplir con los plazos de recogida establecidos por el médico prescriptor.
- Gestores: responsables de facilitar herramientas que permitan una gestión ágil y adecuada del proceso.
- Farmacias comunitarias: responsables de la dispensación de medicamentos y punto de control de la adecuada gestión de las recetas que hace el usuario y del seguimiento farmacoterapéutico.



El objetivo principal de este trabajo ha sido conocer el grado de satisfacción de los usuarios que utilizan el SRRM.

Los objetivos secundarios han sido los siguientes:

- Valorar si hay diferencias según la organización de los centros de atención primaria (CAP).
- Detectar y resolver errores o problemas relacionados con el SRRM.
- Valorar el grado de satisfacción de los médicos de familia que utilizan el SRRM.

Métodos

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo, transversal, multicéntrico, mediante encuestas personales a usuarios y médicos de cuatro CAP gestionados por la Mútua de Terrassa (entidad gestora privada que provee asistencia pública contratada por el Cat-Salut) durante los meses de diciembre de 2005 y enero de 2006. Estos 4 CAP atienden a una población aproximada de 160.000 usuarios y el porcentaje de pacientes incluidos en el SRRM es del 18,2% (tabla 1).

Para el estudio, se han considerado 2 tipos diferentes de organización de los CAP: en 2 centros el horario de entrega de recetas es ininterrumpido de 8 a 20 h y el punto de atención es polivalente (además de recoger recetas, se pueden programar visitas o realizar otros trámites administrativos), en los otros 2 centros el mostrador de recogida de recetas está exclusivamente destinado a

TABLA 1 Usuarios del sistema de repetición de recetas médicas según el centro de atención primaria

CAP	N.º total de usuarios	N.º total de usuarios SRRM	% SRRM/total (IC del 95%)	Encuestas (n.º de usuarios)	Rechazos (n.º de usuarios)
1	40.200	6.093	15,2 (14,8-15,5)	103	6
2	59.284	12.014	20,3 (19,9-20,6)	109	6
3	20.727	3.999	19,29 (18,8-19,8)	107	27
4	40.837	7.234	17,71 (17,3-18,1)	110	9
Total	161.048	29.340	18,22 (18,0-18,4)	429	48

CAP: centro de atención primaria; SRRM: sistema de repetición de recetas médicas.

esta actividad y el horario abierto al público es de 9 a 13 y de 15 a 19 h.

El tamaño de la muestra de los usuarios se calculó en función de la variable principal del estudio, que era la estimación de la satisfacción de los usuarios con el SRRM. Si se considera un riesgo alfa de 0,05 para una precisión de 0,4 unidades en un contraste bilateral para una desviación estándar estimada de 2, se precisa una muestra aleatoria poblacional de 96 sujetos por CAP (se ha estimado una tasa de reposición de 0,1). La muestra se seleccionó por muestreo consecutivo en los 4 CAP hasta alcanzar la cifra necesaria (aproximadamente 100 usuarios por CAP).

Los días seleccionados para la recogida de datos se entrevistó a todos los que acudieron a recoger recetas y otorgaron su conformidad para participar en el estudio. Se excluyó del estudio a los usuarios que recogían recetas por primera vez.

Las encuestas fueron realizadas por un farmacéutico de atención primaria del CAP, en el mostrador de recogida de las recetas pero manteniendo al máximo la confidencialidad de la encuesta. Se realizó una prueba piloto para ajustar la encuesta al tiempo requerido (< 5 min, que es el tiempo máximo de espera de los usuarios mientras se imprimen las recetas).

La variable principal ha sido el grado de satisfacción de los usuarios con el SRRM. El formato de respuesta era una escala cuantitativa con puntuación del 1 (nada satisfecho) al 10 (muy satisfecho).

Los errores o problemas detectados se han clasificado en 3 grandes grupos según su origen: usuarios, médico o sistema de gestión o informático.

Paralelamente, se pasó una encuesta de forma personalizada a todos los médicos de familia de los 4 CAP implicados en el estudio.

Los resultados se presentan según la media ± desviación estándar para variables continuas, o el porcentaje y el intervalo de confianza (IC) para las variables dicotómicas.

Se ha utilizado el test de la χ^2 para analizar la relación entre las variables categóricas y el test de la t de Student o el análisis de la varianza para comparar variables continuas; asimismo, en los casos necesarios se han utilizado las pruebas no paramétricas correspondientes.

Resultados

Se ha realizado un total de 429 encuestas en los 4 CAP. Un 11,2% de los encuestados rechazó participar en el estudio (tabla 1). La edad media era de $64,2 \pm 13,98$ años y el 52,4% de los encuestados era mujer.

El promedio de medicamentos que tomaban los usuarios era de $4,4 \pm 3,04$ y el de recetas entregadas fue de $9,8 \pm 8,48$. El período establecido para la recogida de recetas era principalmente de 60 días (77,4%), excepto en uno de los CAP, donde el período más frecuente era de 30 días. Las características demográficas de los encuestados y otros aspectos relacionados con las recetas entregadas a partir del SRRM según CAP se describen en la tabla 2.

Los resultados de las preguntas de las encuestas a los usuarios se muestran en la tabla 3.

El 83,9% (IC del 95%, 80,4-87,4) de los encuestados declaró no haber tenido problemas con el sistema de recogida de las recetas y la puntuación media que otorgaron al sistema fue de $8,4 \pm 1,52$. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación media según el sexo (varones, $8,39 \pm 1,55$; mujeres, $8,48 \pm 1,51$; $p = 0,53$).

Hay una correlación positiva muy débil aunque estadísticamente significativa entre la puntuación y la edad de los encuestados ($r^2 = 1\%$; $p = 0,03$).

Al realizar una comparación según la organización de los CAP, la puntuación fue mayor en los CAP con horario ininterrumpido, aunque la diferencia sólo presentaba una significación marginal ($8,58 \pm 1,46$ frente a $8,31 \pm 1,58$; $p = 0,06$). Sin embargo, la puntuación media de satisfacción presentaba diferencias estadísticamente significativas según el CAP (tabla 4).

TABLA 2 Características de los usuarios y del sistema de repetición de recetas médicas según centro de atención primaria

CAP	Edad media ± DE	% de mujeres	N.º de medicamentos (media ± DE)	N.º de recetas (media ± DE)	Período de recogida (% de usuarios)
1	66,03 ± 15,56	54%	5,3 ± 3,22	11,86 ± 7,75	30 días: 0,97% 60 días: 99% 90 días: 0%
2	65,92 ± 12,68	62,38%	4,87 ± 3,43	11,91 ± 10,58	30 días: 6,42% 60 días: 77,06% 90 días: 16,51%
3	63,93 ± 13,29	48,14%	3,83 ± 2,62	6,47 ± 6,39	30 días: 55,5% 60 días: 42,59% 90 días: 1,85%
4	61,12 ± 13,87	49,09%	3,72 ± 2,56	9,02 ± 7,49	30 días: 0% 60 días: 92,72% 90 días: 6,36%
Total	64,21 ± 13,9	54%	4,42 ± 3,04	9,79 ± 8,48	30 días: 18,81% 60 días: 77,67% 90 días: 6,27%
	$p = 0,04$	$p = 0,08$	$p = 0,03$	$p < 0,001$	$p < 0,001$

CAP: centro de atención primaria; DE: desviación estándar.

TABLA 3 Resultados principales de la encuesta a los usuarios

Preguntas	Resultados	IC del 95%
1. ¿Ha tenido algún problema relacionado con las recetas que recoge a partir del SRRM?	Sí 71 (16,6%)	13,0-20,1
2. ¿Le ha faltado alguna receta?	Sí 61 (14,2%)	10,9-17,5
3. ¿Le ha sobrado alguna receta?	Sí 100 (23,3%)	19,3-27,3
4. ¿Ha tenido que solicitar una visita con su médico porque le faltaba medicación?	Sí 51 (11,9%)	8,8-15,0
5. ¿Cuando viene a buscar las recetas todavía le queda medicación en casa? ^a	Sí 62 (14,5%)	11,1-17,8
6. ¿Está satisfecho con el SRRM? Puntuación del 1 (nada satisfecho) al 10 (muy satisfecho)	8,44 ± 1,52	
7. ¿Mejoraría alguna cosa del SRRM?	Sí 99 (23,1%)	19,1-27,1

SRRM: sistema de repetición de recetas médicas.

^aSe considera tener medicación cuando se dispone de un envase de medicamento como mínimo.

TABLA 4 Satisfacción de los usuarios con el sistema de repetición de recetas médicas según el centro de atención primaria

CAP	Horario	Mostrador	Satisfacción (media ± DE)
1	Ininterrumpido	Polivalente	8,27 ± 1,54
2	Partido	Sólo recetas	8,50 ± 1,24
3	Partido	Sólo recetas	8,10 ± 1,85
4	Ininterrumpido	Polivalente	8,86 ± 1,32
			ρ = 0,006

TABLA 5 Errores detectados en el sistema de repetición de recetas según el origen

Relacionados con el usuario, 34 (49,3%); IC del 95%, 37,0-61,6	
Mal cumplidor	33
Reacciones adversas	1
Relacionados con el médico, 31 (44,9%); IC del 95%, 32,9-57,4	
Introducción de fármacos inadecuados en SRRM	8
Pauta incorrecta	8
Falta de revisión	8
Duplicidad	4
Fallo de comunicación de cambio de tratamiento entre atención especializada y atención primaria	3
Relacionados con el sistema de gestión, 4 (5,8%); IC del 95%, 16,1-14,2	
Errores del programa informático	4
Total	69

SRRM: sistema de repetición de recetas médicas.

En el análisis multivariable de regresión logística con las variables estudiadas (edad, sexo, CAP, período de recogida y número de recetas por paciente), las únicas variables que mantienen una relación independiente con la puntuación media son la edad y el CAP, aunque sólo explican alrededor de un 5% ($r^2 = 0,054$).

Un 23% (IC del 95%, 19,1-27,1) de los usuarios respondió que mejorarían algún aspecto del SRRM y las propuestas de mejora más frecuentes fueron: reducir colas, realizar la validación sanitaria de forma inmediata y omitir la fecha en las recetas.

TABLA 6 Características de los usuarios según su adhesión al sistema de repetición de recetas médicas

Variables	Adherido	No adherido	
Sexo	Mujeres 195 (52%) Varones 180 (48%)	Mujeres 30 (55,55%) Varones 24 (44,44%)	p = 0,625
Edad (años)	64,82 ± 13,68	60,5 ± 15,50	p = 0,039
Período entrega recetas	30 días 60 (16%) 60 días 292 (77,87%) 90 días 23 (6,13%)	30 días 9 (16,67%) 60 días 41 (75,96%) 90 días 4 (7,4%)	p = 0,92
N.º de medicamentos	4,54 ± 3,04	3,67 ± 3	p = 0,009
N.º de recetas	10,1 ± 8,7	7,83 ± 6,55	p = 0,042
Total	375	54	

Se detectaron 69 problemas o errores, la mayoría de los cuales se relacionaban con el usuario (incumplimiento terapéutico) o con el médico (introducción de pautas incorrectas, medicamentos no adecuados, etc.) (tabla 5). Todos los problemas detectados relacionados con el médico o con el sistema de gestión se resolvieron en el acto con la consulta al médico responsable o a los informáticos.

En el caso de problemas relacionados con el cumplimiento, se informó al usuario de la importancia del cumplimiento con el programa y, en consecuencia, con el tratamiento prescrito por su médico.

A partir de los días de diferencia entre la fecha de entrega de recetas y la fecha de recogida del usuario, puede realizarse una aproximación al número de personas que cumplen con el tratamiento prescrito por el médico a través del SRRM. Debido a que las recetas caducan a los 10 días de la fecha establecida, se ha considerado que los usuarios que acuden 10 días después o 7 días antes de la fecha sin una causa justificada no cumplen con el SRRM y se les considera no cumplidores.

El 86,9% (IC del 95%, 83,8-90,1) de los usuarios recogió las recetas en el plazo fijado por el SRRM. Los factores estudiados que se asociaron con un mayor cumplimiento fueron la edad y el mayor número de medicamentos o recetas por persona. No se observaron diferencias estadísticamente significativas según el sexo o el período de recogida (tabla 6).

Se realizaron 47 encuestas a los médicos de familia de los centros correspondientes (ningún médico rechazó cumplimentar la encuesta). La puntuación media fue de 7,42 ± 1,09 y todos excepto uno (98%; IC del 95%, 89,1-99,9) opinaron que había sido una mejora para la gestión de la consulta.

Los médicos opinaron que el SRRM no es adecuado para pacientes con enfermedad mental, pacientes difíciles, malos cumplidores o de edad muy avanzada o para ciertos medicamentos como los psicofármacos, los antiinflamatorios no esteroideos o los de pauta variable. A la pregunta sobre qué mejorarían del SRRM, las propuestas más frecuentes se relacionaron con el circuito o la aplicación informática.

Discusión

El primer resultado que cabe destacar es la elevada satisfacción (8,6 sobre 10) que han demostrado los usuarios con el sistema de gestión de recetas repetidas. Las mujeres y los pacientes de más edad declaran estar más satisfechos, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas.

Un 23% de los pacientes sugirió mejoras y la mayoría de éstas se relacionaban con aspectos de accesibilidad (reducir colas, no tener que volver a buscar las recetas visadas, etc.). Este resultado ratifica que la accesibilidad es siempre uno de los factores que contribuyen más a la satisfacción de los usuarios con los servicios ofrecidos⁶.

Los 4 CAP donde se realizaron las encuestas tienen unas características ligeramente diferentes en cuanto al tipo de usuarios, horario de atención al público, dotación de personal y localización de los puestos administrativos dedicados a la entrega de recetas de renovación, lo que ha originado algunas diferencias en relación con las propuestas de mejora. Los usuarios que pertenecen a CAP donde los mostradores son polivalentes se han quejado más de las colas.

No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas según la organización de los CAP, pero sí entre los 4 CAP, lo que indica que las diferencias no parecen ligadas a la distinta organización del mostrador, sino a otros factores no estudiados.

La puntuación media otorgada por los médicos se sitúa un punto por debajo de la de los pacientes, aunque prácticamente todos reconocen que ha sido una mejora en su práctica habitual. No disponemos en la actualidad de datos de otros estudios para compararlos con el grado de satisfacción de los usuarios y médicos de nuestro centro.

En este estudio se han detectado 69 problemas con el sistema: la mayoría estaban relacionados con el paciente (mal cumplimiento) o con el médico (introducción de medicamentos inadecuados, pauta incorrecta, etc.). Los usuarios declaraban pérdidas, olvidos, etc., lo que denota una baja responsabilidad con las recetas. Un 12,9% de los encuestados fue considerado no cumplidor (se consideró no cumplidores a los usuarios que recogieron las recetas antes de la fecha prevista o bien a partir de los 10 días)⁷⁻⁹. Curiosamente, en nuestro estudio, los usuarios que cumplen con el programa de medicación crónica son mayores y recogen un mayor número de recetas que los que no cumplen con el programa. Sin embargo, el período de entrega de recetas (cada 30, 60 o 90 días) parece no influir en el cumplimiento. No se han podido comparar otros grupos de edad puesto que en la muestra el número de usuarios jóvenes ha sido muy pequeño.

En relación con los médicos, los principales problemas se originan en la prescripción de medicamentos a pacientes con pautas variables o con formas farmacéuticas de difícil dosificación que no deberían incluirse en los SRRM.

Lo conocido sobre el tema

- Los sistemas de gestión de repetición de recetas médicas tienen como objetivo garantizar al usuario el acceso a la prestación farmacéutica de forma rápida y disminuir las cargas de trabajo administrativo en las consultas de los médicos de atención primaria.
- Deben garantizar que el medicamento indicado llegue al paciente en la dosis, la pauta y el tiempo adecuados.

Qué aporta este estudio

- Los usuarios están muy satisfechos, aunque consideran que deben perfeccionarse aspectos relacionados con la organización para mejorar la accesibilidad.
- La mayoría de los problemas detectados están relacionados con el usuario (principalmente por incumplimiento terapéutico) o con el médico (introducción de pautas incorrectas, medicamentos no adecuados, etc.).

Otra fuente de problemas se origina cuando se producen cambios de tratamiento por médicos especialistas y no hay una buena coordinación con el médico de familia o cuando se realizan prescripciones paralelas al SRRM en la consulta del médico¹⁰.

A modo de conclusión, cabe señalar que el grado de satisfacción de los pacientes que utilizan el SRRM es alto, aunque deben mejorarse aspectos relacionados con la organización de los centros para permitir una mayor accesibilidad y un menor tiempo de espera. Por otra parte, los médicos están moderadamente satisfechos con el SRRM, aunque consideran que el sistema informático podría mejorarse.

La satisfacción de los pacientes es necesaria para la implantación adecuada de nuevos sistemas de gestión sanitaria¹¹, ya que la finalidad de éstos es aumentar la utilización eficiente de los recursos sin perder en el camino la satisfacción y la calidad de la asistencia sanitaria.

Bibliografía

1. Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante el 2004. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2005;29:49-53.

2. Oyarzábal JI. Nuevas soluciones tecnológicas al problema de las prescripciones repetidas. *Aten Primaria*. 2002;29:303-4.
3. Illiana F. La organización centrada en la satisfacción del paciente. *Rev Calidad Asistencial*. 2003;18:259-60.
4. eHealth Initiative's. Electronic prescribing: toward maximum value and rapid adoption. Recommendations for optimal design and implementation to improve care, increase efficiency and reduce costs in ambulatory care. Washington DC; 2004.
5. Aprobació i implantació dels criteris comuns mínims per a la renovació de receptes mèdiques oficials del CatSalut formalitzades en format ordinari o per mitjans automatitzats a pacients amb medicació crònica. *CatSalut*. Instrucció 01/2005.
6. Martín A. Sobre la calidad percibida de la atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36:358-66.
7. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *N Engl J Med*. 2005;353:487-97.
8. Steiner J, Prochazka A. The Assessment of refill compliance using pharmacy records: methods, validity and applications. *J Clin Epidemiol*. 1997;50:105-16.
9. Christensen D, Williams B, Goldberg H, Martin D, Engelberg R, Logerfo J. Assessing compliance to antihypertensive medications using computer-based pharmacy records. *Medical Care*. 1997;11:1164-7.
10. Martin C. Could repeat prescriptions identify patients needing extended medical review. *Aus Fam Phys*. 2000;29:492-7.
11. Porteous T, Bond C, Robertson R, Hannoford P, Reiter. Electronic transfer of prescription-related information: comparing views of patients, general practitioners, and pharmacists. *Br J Gen Pract*. 2003;53:204-9.