

Høring: Pasientens legemiddelliste – "PLL i praksis"

Målgruppen for informasjonssiden er helsepersonell og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten som deltar i eller vil berøres av utprøving og nasjonal innføring av pasientens legemiddelliste. Der høringsinstansen har innspill, er det ønskelig med kort begrunnelse og eventuelt forslag til endringer.

Skjemaet sendes til postmottak@ehelse.no og merkes med saksnummer 23/1026.

Frist: 08.12.2023

Skriv inn din e-postadresse:

1) Høringen kommer fra

- Statlig etat, ombud eller fagråd
- Helseforetak/RHF
- Fastlegekontor
- Privat helseaktør
- Kommune
- Fag- og interesseforening
- Annen enn nevnt ovenfor (angis i neste spørsmål)

2) Kontaktinformasjon

Avsender på høringen (hvilken statlig etat, kommune, privatperson osv.)

Sykehusapotekene HF

Navn på den personen som har besvart på høringen

Kontaktperson: fagdirektør Hans-Petter H. Johannessen

3) Tilbakemelding på om informasjonssiden er beskrivende nok til å danne seg en forståelse av innledende klinisk konsensus og anbefaling om praktisk bruk av pasientens legemiddelliste?

Dokumentet oppleves generelt som noe «prematurt» og vi er ikke sikre på at det er beskrivende nok til at leseren forstår praktisk bruk av pasientens legemiddelliste. Informasjonssiden åpner for tolkning og det er behov for tydeliggjøring på flere punkter. Gjennomgående savnes konsistent informasjon og ordbruk. Detaljerte kommentarer og eksempler på tekst som bør revideres er lagt inn under pkt. 11, «Annet».

Innledningsvis savnes det overordnet informasjon om hvordan PLL, KJ (kjernejournal) og reseptformidler henger sammen. Figur(er) som illustrerer dette kan med fordel inkluderes. Slik informasjonssiden fremstår nå oppleves det som uklart hvilken informasjon som oppdateres/integreres automatisk, og hvilken informasjon som må dobbeltføres. Dette er viktig informasjon som må fremkomme.

Det er tankevekkende hvordan pasienten behandles i omtalen av pasientens legemiddelliste: Ord som «motvilje» og «motsetter seg» (synonymt med å nekte), er ikke pasientsentrert språk og her bør ordlyden endres. F.eks. kapittel 3.3.5, se forslag til ny tekst under pkt. 11, «Annet».

4) Tilbakemelding på om informasjonssiden danner et tilstrekkelig grunnlag for utarbeidelse av lokale rutiner rundt opprettelse, oppdatering og nyttiggjøring av informasjonen i PLL?

Se kommentarer under pkt. 3. Informasjonssiden danner ikke et tilstrekkelig grunnlag slik den ser ut nå, da det er behov for tydeliggjøring på enkelte områder.

5) Tilbakemelding på om kapittelinnvidlingen slik at den er lett å lese, og en finner relevant informasjon?

Kapitlene inneholder noen steder repeterende informasjon. Det bør sikres at ordlyden/definisjoner er konsistent(e). Definisjoner bør samles et sted slik at man ikke må lete i teksten for et kapittel, for å forstå et annet kapittel. Kanskje det er behov for en egen liste over definisjoner i dokumentet, og ikke lenke til definisjoner i e-resept?

Det bør lages et system for å vise oppdateringer av informasjonssiden og hva de består i.

6) Tilbakemelding på om det er et passe detaljningsnivå på informasjonssiden?

Det anses viktig at det er gode beskrivelser i en oppstartsfasen.

7) Er det behov for å kunne sende en "Tom PLL"?

Arbeidsgruppen har vurdert at det finnes tilfeller der pasienten ikke har aktiv legemiddelbehandling eller dokumentert legemiddelreaksjon, men hvor det allikevel kan være behov for å opprette/sendte en PLL. Dette har i drøftinger vært omtalt som "tom PLL". Etter dialog med juridisk avdeling i direktoratet er det identifisert behov for ytterligere presisering av begrepet «tom PLL» og konkretisering av relevante bruksscenarier, slik at dette kan vurderes mens høringsutkastet er på høring. Se kap "Er det behov for å kunne sende en "tom" PLL?"

Kommentar: Støtter at kan være behov for dette og eksemplene det vises til er relevante.

- *Ved gitte diagnoser kan en forvente at pasienten har legemiddelbehandlinger, men hvor pasienten av ulike årsaker ikke bruker medisiner. o Eksempelvis diabetes mellitus, autoimmune sykdommer mm.*

Forslag til ny tekst: Ved enkelte diagnoser (...). o Eksempelvis

Kommentar: Når det gjelder de ulike årsakene til at pasienter ikke bruker medisiner, hadde det vært fint om det var en mulighet for å også kunne registrere dette i PLL. Helsepersonell bruker i dag mye tid på å lete seg frem til slik informasjon, og det er risiko for at behandling startes opp igjen på tross av kontraindikasjon. F.eks. legemidler som tidligere har blitt vurdert som kontraindisert pga blødningsrisiko. Det kan også forekomme at legemiddelbehandling som skulle vært igangsatt, ikke blir det, og dette kompliseres av at det er vanskelig for helsepersonell å finne evt. årsaker eller avdekke tilfeller hvor det ikke finnes noen årsak til at legemiddelbehandling ikke er igangsatt.

Eksempel fra virkeligheten: Antikoagulantia forskrevet på sykehus, beskjed til fastlege i epikrise om å ta stilling til videre dose. Fastlege seponerer antikoagulantia og pasienten går i lang tid uten at dette fanges opp og legges til slutt inn med hjerneslag. I dette eksemplet ba lege på sykehus farmasøyt om å ringe til fastlege for å spørre om begrunnelse/ om det var noe i veien for at det ble startet opp igjen. I dette tilfellet lette fastlege i sin journal uten å finne noen begrunnelse for seponering/kontraindikasjon.

Figur 6, kapittel 3.6.2. viser til et kodeverk som bør utvides med flere valg, f.eks. eksempel ønske fra pasienten, ikke lenger indikasjon, bivirkning. Dersom dette er «tikke-bokser» ved seponering vil det ikke være så tidkrevende for lege som seponerer og det vil potensielt ha stor nytte for annet helsepersonell.

- *Dersom en seponerer alle legemidler på en pasient skal PLL oppdateres. Da må det sendes PLL uten legemiddelbehandlinger (seponerte behandlinger følger PLL i 3 mnd).*

Kommentar: Tom PLL er særlig relevant hos eldre/multisyke der man har avsluttet forebyggende behandling for eksempel grunnet kort forventet levetid.

- *Seponerte behandlinger følger PLL i 3 mnd.*

Kommentar: 3 måneder er kort tid, og det er tungvint for helsepersonell som må gå inn i kjernejournal i tillegg, f.eks. for å se om det er lagt inn begrunnelse for at legemiddelbehandling det er indikasjon for er seponert. Overføres årsaker til seponering, inkl. kodeverk årsak til seponering i PLL til KJ?

- «Tom PLL»

Kommentar: Det er viktig å definere hva «tom PLL» innebærer, og det må tydelig fremkomme om det er

- En bekreftelse på at pasienten ikke bruker noen legemidler: Pasientinvolvering er essensielt for å kunne bekrefte dette.
- Tom PLL fordi det ikke er undersøkt/ikke latt seg gjøre å avklare om pasienten bruker noen legemidler.

Ved registrering bør det fremkomme dato og navn på lege som har registrert tom PLL.

I tillegg bør det for den som registrerer komme en «pop-up» eller liknende med f.eks. en standardsetning om at pasienten alltid må forespørres om dette stemmer, hvis mulig.

8) Er det behov for å kunne legge til kommentarer i PLL?

- **Kommentar pr legemiddeloppføring (tiltenkt annet helsepersonell)**
- **Overordnet kommentar til hele PLL (tiltenkt annet helsepersonell)**

Medisinskfaglig er det vurdert at det er behov for å kunne legge inn en kommentar til hvert enkelt legemiddel i PLL (tiltenkt annet helsepersonell), og en overordnet kommentar til hele legemiddellisten. I etterkant av diskusjonene i arbeidsgruppen har det stilt spørsmål fra bl.a. legeföreningen om disse kommentarene hører hjemme i PLL, eller kun i journalnotat/epikrise. Det er også fra juridisk hold i Direktoratet for e-helse sett behov for å vurdere det rettslige handlingsrommet for kommentarer i PLL.

Det fremstår som veldig fornuftig, og viktig at det blir en mulighet til å legge inn slike kommentarer i PLL. Særlig ved behov for å formidle viktig informasjon til instanser som ikke har tilgang til journal/epikrise. Eksempler på viktig informasjon som kan legges som overordnede kommentarer (relevante eksempler må fremkomme i brukerveiledninger for PLL):

- pasienten har sprøyteskrekk
- tidligere forsøkt ACE-hemmer, seponert grunnet tørrhoste (viktig fordi denne informasjonen vil forsvinne etter 3 mnd slik det er lagt opp til per nå)
- pasientens overordnede mål for behandlingen er ...
- etterlevelse av legemiddelbehandlingen oppleves å være dårlig
- pasientens ektefelle håndterer pasientens legemidler
- gjennomført legemiddelgjennomgang, dato. (Fullstendig/delvis legemiddelgjennomgang, dvs. hva er vurdert og hva er ikke vurdert)
- håndtering av relevante legemiddelinteraksjoner som ikke ble fanget opp av «varsel»? F.eks. Paxlovid – klozapin (leponex) – står i SPC men ikke i SLV sin iinterkasjonsdatabase. Resultat at Klozapin måtte nulles i en periode.
- Relevante bivirkninger da dette ikke fanges opp av «legemiddelreaksjon»?

Eksempler på viktig informasjon som kan legges som kommentar per legemiddeloppføring (relevante eksempler må fremkomme i brukerveiledninger for PLL):

- resultat av serumkonsentrasjon (inkludert dato) for bla. antipsykotika, digoxin, antiepileptika, immunosuppresiva
- lab-verdier for legemidler som følges med blodprøver, for eksempel levotyroxin (TSH/FT4).
- evt hvordan skal behandlingen kontrolleres (hvem, når, hvordan)

- opp/nedtrapping – status og videre plan. Ev symptomer på seponeringsreaksjoner å være obs på, hva skal gjøres om dette oppstår

Utfordring: Det at informasjon som legges inn blir opp til den enkelte bruker. Hvordan holde det «ryddig»? Det bør vurderes om eventuell generell kommentar bør være strukturert. Systematikk/regler for hva som skal legges inn kan kanskje være nyttig men samtidig begrensende. For at en generell kommentar til PLL/legemiddeloppføring skal fungere må det tydelig fremkomme hvem som har laget kommentaren, en dato og et system som sikrer at slike kommentarer fjernes når de ikke lenger er relevante.

9) Ved tilbakemelding fra relevante juridiske miljø; er arbeidsgruppens anbefalinger i tråd med dagens regelverk (inkludert vedtatte forskriftsendringer som ikke har trådt i kraft).

-

10) Tilbakemelding på om hva som vil være egnet format for å beskrive og bidra til en hensiktsmessig bruk av PLL hos alle aktørene i behandlingsskjeden for legemidler.

- *Bør den innledende kliniske konsensus og anbefaling videreføres som en «beste praksis anbefaling» og utvikles på basis av erfaringer over tid (tilsvarende som i Danmark: [SDS rapport \(sundhedsdatastyrelsen.dk\)](https://sundhedsdatastyrelsen.dk))?*
- *Bør innholdet videreutvikles til en nasjonal veileder knyttet til den konkrete løsningen – eller konseptet?*
- *Bør innholdet innarbeides i eksisterende normerende produkter (rundskriv, faglige råd, etc.)?*
- *Evnt annet?*

Kommentar: Viktig at det er et format som fortløpende kan oppdateres.

Det virker fornuftig at den innledende kliniske konsensus og anbefaling videreføres som en «beste praksis anbefaling» og utvikles på basis av erfaringer over tid. Videre at «PLL i praksis» er konsistent med de faglige råd som foreligger for LMS og LMG.

11) Annet?

Til selve dokumentet har vi følgende kommentarer/forslag til tekst som bør revideres:

- Kapittel 1.2: *Når det er nødvendig, skal leger, ved oppdatering av legemiddellisten, kalle tilbake resepter ved å sende melding om dette til reseptformidleren.*

Forslag til ny tekst: Ved oppdatering av legemiddellisten, skal lege trekke tilbake ikke-aktuelle resepter fra (eller eventuelt i) reseptformidleren.

Kommentar: Målet må være at det er 100 % samsvar mellom gyldige resepter og PLL. Enhver resept på legemidler som er seponert eller legemidler med feil dosering, må derfor trekkes tilbake. Beskrivelsen ved å sende melding om dette til reseptformidleren – passer den til en funksjonalitet alle vil møte? Per i dag må leger ved våre sykehus gå inn i reseptformidleren og trekke tilbake resepter der, hvis de skal ha full oversikt over alle pasientens resepter (også resepter utstedt fra fastleger osv). Det er i nåværende løsning ikke mulig å sende noen melding til reseptformidler (bortsett fra at tilbaketrekking av sykehusresepter fra Dips Medikamentmodul vil medføre at resept også trekkes tilbake i reseptformider)

- Kapittel 2.1. *PLL er det som er avtalt mellom lege og pasient.*

Kommentar: OBS ulike definisjoner av PLL skaper forvirring og bør unngås. Under pkt. 2.5 er PLL definert som *legemidler pasienten bruker* (som indikerer at det er en samstemt legemiddelliste).

- Kapittel 2.2: *Alle som bruker legemidler ordinert av lege (heretter omtalt som pasient), eller kosttilskudd i samråd med lege, bør ha PLL.*

Forslag til ny tekst: Alle som bruker legemidler ordinert av lege eller kosttilskudd i samråd med lege (heretter omtalt som pasient), bør ha PLL.

- Kapittel 2.5: *PLL skal inneholde opplysninger om legemiddelets navn, form og styrke, varighet og dosering, årsak til at legemiddelet skal brukes (bruksområde), og navnet på legen som ordinerte legemiddelet.*

Kommentar: Bruksområde – bruke begrepet indikasjon? Hvilken lege vil stå oppført? Lege som la inn legemiddelet i PLL første gang? Siste lege som gjorde endring i behandling eller siste lege som oppdaterte PLL? I følge senere informasjon i kapittel 2.8 vil alle de nevnte være knyttet til legemiddelet.

- Kapittel 2.5: *Årsak til medisinsk endring i pågående behandling.*

Forslag til ny tekst: årsak til endring i medisinsk behandling eller årsak til endring i medisiner/legemidler.

Kommentar: Medisinsk endring er et forvirrende begrep. Menes det f.eks. *endring i symptombilde* som årsak til endring i medisinsk behandling (dvs. ikke kun snakk om legemidler) eller endring i medisiner/legemidler, f.eks. grunnet bivirkninger?

- Kapittel 2.5. *Medisinske varsler*

Kommentarer: Bør defineres, hva omfattes av slike varsel? Ref. punktet over, er dette varslar kun relatert til legemiddelbehandlingen? Dersom det er tilfellet, hadde det vært mer hensiktsmessig å bruke ordet «legemiddelvarslar» eller liknende.

- *Kapittel 2.6. Legemiddelreaksjoner (CAVE) i PLL. Bivirkning av legemidler regnes vanligvis ikke som legemiddelreaksjon, og formidles ikke i PLL. Det kan imidlertid være situasjoner hvor bivirkning kan klassifiseres som legemiddelreaksjon. Det er opp til behandlende lege å vurdere og avgjøre dette.*

Kommentar: CAVE dreier seg om legemiddelbehandling en pasient tidligere har hatt alvorlig reaksjon på og derfor skal unngå. PLL bør allikevel inneholde relevant informasjon om bivirkninger selv om det ikke nødvendigvis er slik at pasient absolutt ikke skal ha behandlingen senere. Slik det fremkommer i dette kapitlet skal bivirkninger i hovedsak ikke være med i PLL, men kan være det og da skal de stå under CAVE? Hva med informasjon om bivirkninger som overordnet kommentar til hele PLL? Bør tydeliggjøres i dokumentet.

- *Kapittel 2.6. Legemiddelreaksjoner (CAVE) i PLL og 3.7 Hvordan formidle legemiddelreaksjoner (CAVE) i PLL?*

Kommentar: Det tolkes slik at PLL legger opp til at kritisk informasjon dobbeltføres, og dette er ikke hensiktsmessig. Vi ønsker å fraråde dobbeltføring av informasjon, og anbefaler at PLL innhenter kritisk informasjon fra KJ. Kjernejournal støtter registrering av flere typer kritisk informasjon som er relevant for legemiddelbehandlingen, enn det åpnes for i PLL, f.eks. resultater fra CYP-genotyping. Det er også ønskelig at opplysninger om CYP-genotyping inngår i PLL for å unngå unødvendig, multipel rekvirering.

- *Kapittel 2.6.1: Sammenhengen mellom legemiddelreaksjoner i PLL og i kjernejournal. All informasjon i PLL vises også i kjernejournal. Informasjonen hentes fra reseptformidleren til kjernejournal. Legemiddelreaksjonene i PLL overføres ikke automatisk til kjernejournal, men oppdateres i kjernejournal ved et par tastetrykk av en lege. Det er utviklet et direkte grensesnitt mot legemiddelreaksjoner i kjernejournal slik at legemiddelreaksjoner som registreres i pasientjournalssystemet automatisk overføres til kjernejournal. Dette er i bruk i enkelte pasientjournalssystemer og vil implementeres i flere systemer etter hvert som leverandører utvikler støtte.*

Forslag til ny tekst (dersom vi har forstått budskapet korrekt): *Det er utviklet et direkte grensesnitt mot legemiddelreaksjoner i kjernejournal slik at legemiddelreaksjoner som registreres i pasientjournalssystemet automatisk overføres til kjernejournal. Dette er i bruk i enkelte pasientjournalssystemer og vil implementeres i flere systemer etter hvert som leverandører utvikler støtte. Legemiddelreaksjonene i PLL overføres ikke automatisk til kjernejournal, men må oppdateres manuelt til/i (?) kjernejournal ved (hvor/hvordan), dersom pasientjournalssystemet ikke har dette integrert.*

Kommentar: Selvmotsigende tekst. All informasjon i PLL vises også i kjernejournal, men ikke legemiddelreaksjonene (kun ved et par tastetrykk). Etter å ha lest informasjonen på nettsiden det henvises, er det fortsatt uklart hvordan disse utfordringene løses. F.eks. *Informasjonstjenesten baserer seg på kritisk informasjon i kjernejournal. Med kritisk informasjon menes informasjon som man i en behandlingssituasjon ønsker at det varsles særskilt om til helsepersonell som har pasienten til behandling. Eksempler på kritisk informasjon er allergier, spesielle lidelser eller tidligere komplikasjoner ved anestesi.* Er det slik at all kritisk informasjon i kjernejournal vises i PLL? Informasjon om hvorvidt kritisk informasjon i kjernejournal vises i PLL (eller eventuelt ikke) bør legges til i teksten.

- *Kapittel 2.7: Opplysninger som inngår i Pasientens legemiddelliste (PLL), vil lagres i inntil 16 måneder etter at lege har sendt ny PLL til reseptformidleren. Dette innebærer at dersom pasientens siste PLL ikke har vært oppdatert på 16 måneder, blir den slettet fra*

reseptformidleren. For de fleste pasienter med behov for kontinuerlig legemiddelbehandling, vil ikke lagringstiden i reseptformidleren medføre utfordringer. Ved endring av legemiddelbehandlingen, eller fornying av resepter, får oppdatert PLL ny lagringstid i 16 måneder. Hvis pasienten har behov for legemiddelbehandling utover 16 måneder er det viktig at lege bekrefter PLL ved konsultasjoner, selv om det ikke er endringer i legemiddelbehandlingen. Dersom en lege oppdaterer legemiddelbehandlingen etter at PLL er utløpt, må ny PLL opprettes. Pasientjournalen skal gi legen støtte for dette.

Forslag til ny tekst: Ved endring av legemiddelbehandlingen, eller fornying av resept på minst ett legemiddel oppført i PLL, får oppdatert PLL ny lagringstid i 16 måneder.

Spørsmål/kommentar: Slik det står beskrevet vil det være nok at en resept fornyes for at PLL skal få ny 16 måneders gyldighet. Det bør komme tydeligere frem om hele PLL også oppdateres/får 16 måneders gyldighet om det er en annen dosering enn tidligere, og hva som skjer dersom det ikke er et av de faste legemidlene, men en kur som forskrives på nytt. Vil det evt. genereres varsel om at PLL må oppdateres, eller oppdateres PLL automatisk? I følge beskrivelsen i avsnitt 2.7 vil PLL slettes 16 måneder etter opprettelse, selv om P-pillerresepter har gyldighet i tre år? Dette er også relevant for hormonimplantater (Nexplanon). PLL bør ikke slettes så lenge det finnes en gyldig resept på en legemiddelbehandling som har hatt oppføring i PLL.

- *Kapittel 2.7: Opplysninger fra PLL registrert i reseptformidleren og vil automatisk overføres til kjernejournal.*

Kommentar: Logisk brist i setning, mangler et verb eller har en og for mye. Forslag til tekst: *Opplysninger fra PLL er registrert i reseptformidleren og vil automatisk overføres til kjernejournal* ELLER *Opplysninger fra PLL registrert i reseptformidleren vil automatisk overføres til kjernejournal.*

- *Kapittel 3.1.1. Legemiddelsamstemming går ut på at (...).*

Kommentar: Det er ikke utelukkende leger som initierer og gjennomfører legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Samme tekst som veileder for legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang bør benyttes, dvs. «lege og evt. samarbeidende helsepersonell».

- *Kapittel 3.2.2 Legemidler som legen anbefaler pasienten å bruke, men som pasienten ikke ønsker å bruke. Legen bør gjøre et journalnotat om at pasienten ikke ønsker å bruke legemiddelet i strid med legens råd.*

Kommentar: Journalnotater er ikke tilgjengelig på tvers av overgangene, og dette er et eksempel på et tilfelle hvor informasjonen bør legges til som en fritekstkommentar/generell kommentar i PLL. Dette bør også fremkomme i tabellen.

- *Kapittel 3.2.2 Legemidler som pasienten sier er i bruk, men som legen fraråder pasienten å bruke. Her anbefaler arbeidsgruppen at det registreres etter legens skjønn.*

Kommentar: Det fremkommer ikke i teksten hvordan dette skal registreres, og dersom det registreres i journalnotat vil det ikke være tilgjengelig på tvers av overgangene. Det bør fremkomme i tabellen at dette kan registreres som fritekstkommentar/generell kommentar i PLL.

- *Kapittel 3.3.4: Ved seponering i nåtid, velger rekvirent "seponer", og pasientjournalssystemet sikrer at dato og klokkeslett for siste dose sendes i PLL. Systemet tilbakekaller automatisk*

eventuell tilhørende resept ved seponering når legene oppdaterer PLL. Ved seponering frem i tid, setter rekvirent dato og klokkeslett for når siste dose skal tas, og dette formidles i PLL. Eventuell resept tilknyttet behandlingen bør ha samme utløpsdato som seponeringsdato, slik at pasienten ikke lenger kan hente ut legemiddelet.

Kommentar/spørsmål: Logisk brist ref. kapittel 1.2 hvor det fremgår at man manuelt må trekke tilbake ikke aktuelle resepter, samt at det ser ut som om resept ikke trekkes tilbake hvis det er seponering frem i tid? Eller forutsetter det at man legger inn en ny resept etterpå og setter utløpsdato lik seponeringsdato etter at man har seponert legemidlet i PLL? På hvilket nivå vil resepter trekkes tilbake, hvis man velger seponering? Alle resepter i reseptformidler på samme ATC kode eller kun samme legemiddelform eller kun samme legemiddelform og styrke? Kun resepter utstedt fra samme sykehus/fastlegekontor eller alle som er tilgjengelig i reseptformidleren? Erfaringen er at en del leger velger «Seponering», selv om det er snakk om en endring i legemiddelbehandlingen i arbeidet med å trekke tilbake resepter fra reseptformidler utenom PLL.

- Kapittel 3.3.4: *Figur 5*

Kommentar: Uklart hva figuren illustrerer og figuren gjør ikke teksten mer forståelig. Det ser ut som figuren er klippet ut fra et annet dokument og det bør da henvises til dette dokumentet. Figurteksten bør revideres slik at den er selvforklarende. Slik det er nå kan ikke figuren brukes uavhengig av teksten. Det bør også henvises til figur og det bør forklares hva den illustrerer i hovedteksten.

- Kapittel 3.3.5: *Anbefalt LM-behandling utelatt pga pasientens egne vurderinger/motvilje.*

Forslag til ny tekst: Avstår fra anbefalt LM-behandling (ref. terapiretningslinje X), med hensyn til pasientens ønsker.

Kommentar: Ord som «motvilje» og «motsetter seg» (synonymt med å nekte), er ikke pasientsentrert språk, og passer ikke inn i et dokument som PLL.

- Kapittel 3.6.1: *Ved endring av legemiddelbehandling i PLL, utfører lege endringene. Dersom det er e-resept tilknyttet legemiddelbehandlingen, vil den nye resepten sendes samtidig med oppdatert PLL og den opprinnelige resepten tilbakekalles. Det skal alltid være samsvar mellom legemiddeloppføringen i PLL og eventuell tilhørende resept.*

Kommentar/spørsmål: Se også kommentar til kapittel 3.3.4. Her ser det ut som om endring i PLL både vil generere ny resept og trekke tilbake gammel resept, fra hvor? Alle resepter? Avhenger dette av journalsystem? Det bør fremgå om det er en automatisk eller manuell prosess.

- Kapittel 3.6.3: *Pasientens legemiddelliste (PLL) har per i dag ingen «pausefunksjon». Dersom pasienten i en periode ikke skal bruke et gitt legemiddel, men senere gjenoppta behandlingen, har arbeidsgruppen vurdert det mest hensiktsmessig å sette dosering i PLL til "0" i perioden.*

Kommentar: Dette kan være en løsning, så lenge det ikke finnes andre muligheter.

- Kapittel 3.8: *Hvordan håndtere medisinske varsler i PLL? (Funksjonalitet i dette kapittelet er ikke tilgjengelig i utprøvingen)*

Kommentar: Det tolkes slik at interaksjonsvarsel og håndtering av hvordan disse fungerer ikke har blitt testet ut enda. Vi ønsker å gi innspill når det har blitt testet.

- Kapittel 3.8.1 *Håndtering av varsel om interaksjoner i PLL.*
Kommentar: I dette kapitlet bør også gen-legemiddelinteraksjoner omtales. Kritiske avvik i CYP-metabolismen registreres i KJ og skal også vurderes ved rekvirering/ordinering, slik at det hører naturlig med PLL.
- Kapittel 3.8.2. *Håndtering av varsel om interaksjoner i PLL (...) For øvrige interaksjonsvarsler (gule og grønne), er det ikke krav om bekreftelse*
Kommentar: Tolker det slik at det er mulighet for bekreftelse, og det er fint. Erfaringsmessig kan det også være nødvendig å gjøre en intervensjon f.eks. justere dosen også for andre interaksjoner enn de som er klassifisert som «bør unngås» hos statens legemiddelverk. Det bør defineres hva rød, gul og grønn interaksjon betyr. Er det tilsvarende bør unngås, ta forholdsregler og akademisk interesse (ref. interaksjonsdatabasen til statens legemiddelverk)?
- Kapittel 3.8.4. *Hvem må håndtere medisinske varsler i PLL? Det er bare leger som kan opprette og oppdatere PLL, er det bare leger som kan formidle at medisinske varsler er håndtert. Når en lege endrer en pågående legemiddelbehandling i PLL, eller oppretter en ny, må legen begrunne hvorfor eventuelle varsler om legemiddelreaksjoner, interaksjon eller dobbeltoppføring i PLL kan tillates. Legen bør, eller må, redegjøre for eventuelle nødvendige (kompenserende) tiltak avhengig av type varsel*
Kommentar: Med tanke på fremtidig mangel på helsepersonell og behov for oppgaveglidning, bør det åpnes for at samarbeidende helsepersonell (f.eks. kliniske farmasøyter) kan avlaste leger på dette, ref. lege bør, eller må. Det kan fort bli at informasjon uteblir da det står «bør». Oppgaveglidning som beskrevet kan øke pasientsikkerheten.
- Kapittel 3.8.6. (...) *Hvorvidt leger med støtte for PLL skal håndtere varsler i PLL'er som er opprettet i pasientjournaler uten støtte for varselhåndtering, må besluttes i den enkelte virksomhet.*
Kommentar: Det tolkes slik at noen leger kan ha journaler uten varsler, og dermed kan risikere f.eks. uhensiktsmessig legemiddelbehandling uten å få varsel. Videre vil varsel komme opp senere, hos leger som har støtte for varsel. selv om denne ikke endrer noe på forskrivningen av LM det kommer opp varsel på. Da bør det også fremkomme at dette er et «nytt» varsel, og det bør være gode grunner for å ikke ta tak i slike varsler rutinemessig (*må besluttes i den enkelte virksomhet – dette bør strykes*).
- Kapittel 5: *Definisjoner i e-resept (ordliste)*
Kommentar: En liste over definisjoner som er relevant for informasjonssiden hadde vært nyttig. Det er uklart hvorfor det lenkes til *Definisjoner i e-resept (ordliste)* under pkt 5, og det oppleves lite brukervennlig.