

DIREKTORATET FOR E-HELSE  
PB 6737, St. Olavs plass  
0107  
Oslo

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202300394

Dato: 15-12-2023

## Høringsuttalelse – Informasjonsside PLL i praksis

Vi takker for muligheten til å høres om utformingen av informasjonssiden PLL i praksis. Høringen er behandlet i Legeforeningens sentralstyre.

Det er gjort et godt arbeid med å designe arbeidsprosesser på tvers av helsetjenesten. Det er allikevel noen områder som er spesielt utfordrende. Innledningsvis vil vi gi noen overordnede tilbakemeldinger til løsningsdesignet som er valgt for pasientens legemiddelliste (PLL).

- Det er de kliniske prosessene i hverdagen som må være førende for utformingen av verktøyet. PLL i praksis må være førende for rekvirentkravene. Den nye arbeidsmåten som muliggjøres av PLL kan utløse behov for justeringer i e-reseptforskriften.
- Informasjonssiden må tydeliggjøre forholdet til øvrige normerende dokumenter (nasjonale veiledere, faglige råd etc.), og det kan ikke være motstrid eller diskrepans mellom lover og forskrifter som har betydning for hvordan legemiddelhåndteringen i PLL skal forstås. Enkelte steder er det ikke fullt samsvar mellom høringsnotatet og Faglige råd om legemiddelavstemming og -gjennomgang.
- Legeforeningen savner en tydelig beskrivelse og illustrasjon som klargjør hva som er forskjell og bruksområder for PLL sammenlignet med Kjernejournal og Reseptformidleren.
- Legeforeningen mener at PLL må være en liste over legemidler pasienten skal bruke, mens annen kontekstuell informasjon må ligge i ordinære journaldokumenter og kjernejournalens Kritisk info for å unngå forvirring, dårlig datakvalitet, dobbel- og trippeldokumentasjon og teknisk kompleksitet.
- Innføring av PLL er en stor kulturendring i helsetjenesten og behøver en betydelig opplæringsinnsats med superbrukere og tett oppfølging. Innføring må skje samlet for alle aktører i samme geografiske lokalisering. Det er helt avgjørende for PLL at brukergrensesnittet i de forskjellige EPJ er smidig og lettforståelig.

### Bakgrunn

Legeforeningen mener pasientens legemiddelliste er det viktigste IKT-tiltaket i helsetjenesten, og kan potensielt gi store tids- og kvalitetsbesparelser. Tilbakemeldinger fra utprøvingen er at PLL har stor nytteverdi. Samtidig er det også stor risiko for det motsatte hvis systemet ikke fungerer etter intensjonen.

PLL har en tid vært pilotert i helsetjenesten, men erfaring fra legevakter, sykehjem, avtalespesialister, sengeposter og poliklinikk er nær fraværende med i beste fall noen titalls oppdaterte PLLer. Erfaringen fra sykehusmottak er også meget begrenset med noen få hundre PLLer oppdatert. Fastlegene har noe mer erfaring med samlet ca. 25.000 PLLer opprettet uke 43, 2023 (tall fra Styringsgruppe PLL desember 2023). Legeforeningen mener erfaringsgrunnlaget så langt fra store deler av helsetjenesten dermed er så begrenset at det må påregnes ytterligere endringer i systemet og "PLL i praksis". Erfaringer hittil er at PLL og tilhørende verktøy fortsatt er for komplekse med for mange valgmuligheter, og må forenkles.

### **Begrepsbruk**

Det fremstår kompliserende at man opererer med både legemiddeloppføringer/ordinasjoner og med resepter. Ved oppstart av et nytt regime for legemiddelforskrivning som dette ville det vært hensiktsmessig å løsrive seg fra resept-begrepet og i stedet operere med løpende ordinasjoner, som både helsepersonell og apotek farmasøyter kan forholde seg til som en gjeldende standard, og som er harmonisert med begrepsbruken i elektroniske kurvesystem. Slike ordinasjoner kan for eksempel ha standard varighet på 12 måneder. Dermed vil legene ikke lenger måtte forholde seg til pakningsstørrelser og enkeltresepter, men vil kunne ordinere for en bestemt periode (f.eks. et år om gangen) og overlate mange detaljer rundt forskrivning til apotek og pasienten selv. En slik endring representerer et stort effektiviserings- og pasientsikkerhetspotensial for hele helsetjenesten.

### **Juridiske vurderinger**

Det er vanskelig å forstå hvilken normerende verdi "PLL i praksis" skal ha. Hva blir relasjonen til andre Nasjonale faglige råd og veiledere? Hvilke lover og forskrifter hjemler "PLL i praksis"? Legeforeningen mener at juridiske problemstillinger må utredes av myndighetene, og deretter sendes på høring slik at høringsinstansene kan ta nærmere stilling. Legeforeningen løfter noen problemstillinger i denne høringsuttalelsen, men tar samtidig et forbehold for at høringsnotatet ikke omhandler rettslige aspekter ved forslaget, og vi etterlyser altså en redegjørelse for disse.

### **Signere og sende PLL – risiko for misforståelser om hva ansvaret innebærer**

Det er uklart i teksten hvilket juridisk ansvar leger påtar seg når man "signerer" PLL. Det står beskrevet at man medisinsk bare tar ansvar for sin egen forskrivning, og ikke forskrivninger gjort av andre på PLLen. Man tar ansvar for at legemiddel man forskriver passer sammen med andre legemidler mtp. interaksjoner og rett dosering, samt kontroll med legemiddelreaksjoner. Allikevel forventes en signatur på hele listen, og det er uklart hva signaturen da skal signalisere. Det er risiko for at en slik signatur kan tolkes som en mer inngripende kvalitetskontroll, f.eks. en legemiddelgjennomgang, og det er viktig at dette er tydelig for alle i opplæringsammenheng. PLL vil fortsette å være en liste over legemidler pasienten tar, men ikke nødvendigvis gjennomgått.

### **Løse resepter**

Det er behov for å etablere en rutine for hvordan enkeltstående løse resepter fra personell uten tilgang til PLL kan integreres i PLL. Med løse resepter menes både e-resepter og papirresepter eller utleverte papirresepter. I høringsnotatet står følgende:



*"Neste behandlende lege MÅ (vår utheving) avgjøre om legemidlene på løse resepter skal inkluderes i PLL. Legen overtar ikke ansvaret for at indikasjonene er riktige, men alle leger har et selvstendig ansvar for å reagere hvis de oppdager feil, eller uhensiktsmessige forhold. I slike tilfeller må pasienten orienteres og nødvendige tiltak iverksettes, helst i samråd med den som startet behandlingen."*

Legeforeningens forståelse er at lege som henter opp en løs resept påtar seg et tilhørende ansvar for forskrivningen. Prosessen som beskrives ligger nærmest det regulatoriske begrepet "legemiddelsamstemming" selv om det beskrives som en oppdatering av PLL.

Det vil i noen situasjoner ikke være mulig å ta stilling til slike løse resepter – for eksempel for en lege som støter på et medikament utenfor eget kompetansefelt. Foreløpig blir heller ikke konteksten for forskrivningen, d.v.s. journaldokumenter, delt med alle aktører – man vil mangle viktig informasjon for å forstå og fortolke.

Spesielt tidskriske steder som legevakt, skadepoliklinikk og akuttmottak, som også i stor grad bemannes av leger i spesialisering, vil få store utfordringer med et slikt krav. Også organspesialitetene vil kunne få utfordringer med en del legemidler. Slik opphenting av løse resepter til PLL kan derfor ikke være et obligatorisk stopp for å få skrevet ut nye legemidler og sende ny PLL. En slik hard-stopp i dataprogrammet vil kunne tvinge en lege til å velge mellom å ikke starte nødvendig behandling eller å foreta en uforvarlig vurdering av medisinerings iverksatt av andre. Det er også stor risiko for at det vil bli økt antall papirresepter for å omgå systemet. Et datasystem kan ikke erstatte god faglig ledelse.

Legeforeningen forstår intensjonen med MÅ-kravet om å samstemme løse resepter inn i PLL slik at PLL blir en kvalitetssikret, samstemt liste. Men realitetene i helsetjenesten er at dette ikke vil være mulig på en forsvarlig måte. I praksis kan intensjonen om å øke kvaliteten medføre en falsk trygghet ved at PLL tillegges en kvalitetsmessig verdi som "samstemt" eller "gjennomgått" uten at det faktisk har skjedd. Dette kan medføre større risiko for feil i legemiddelbehandlingen.

Også etter en sykehusinnleggelse kan man forvente en samstemt PLL uten løse resepter, men Legeforeningen gjør oppmerksom på at det i Helsedirektoratets Nasjonale veileder for legemiddelgjennomgang og -samstemming er et BØR-krav for samstemming av legemiddellisten ved behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette er et sterkere krav enn KAN i samme veileder. Legeforeningen forventer derfor at det ikke blir et stort problem at løse resepter kan eksistere ved siden av PLL. Med PLL kommer en mulighet for at dette arbeidet blir mindre tidkrevende for fastlegene, også uten at andre deler av helsetjenesten behøver gå ut over sine kompetansegrenser og uten å øke tidsbruken. Viktige tiltak blir da krav om at løse resepter alltid skal vises sammen med PLL, at man kan sende PLL med løse resepter, og myk-stopp beslutningsstøtte i form av interaksjonsvarsel og varsel om dobbeltforskrivninger.

Legeforeningen anser at andre yrkesgrupper enn leger må kunne lese og oppdatere PLL så lenge en PLL-oppdatering ikke innebærer det kvalitetsmessige arbeidet som ligger i en samstemming. Slik tilgang vil også redusere antall løse resepter betraktelig, og redusere legenes arbeidsbelastning.

Øvrige løse resepter, som papirresepter, kan vises i PLL med status som løs resept, også etter oppdatering.

#### **Kommentarer til spørsmålene i høringsbrevet:**

- 1) 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?**

Se merknader ovenfor

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

PLL er en nasjonal løsning som vil benyttes på tvers av organisasjoner, regler og rutiner for bruk bør også være de likelydende i hele helsetjenesten. Det kan være behov for noe klarere presiseringer av ansvar og plikter til bruk og vedlikehold av PLL ved forskrivning jfr. avsnittet over om juridiske problemstillinger. I dette ligger også at PLL må baseres på et dokumentasjons-minimum, og være enkel å forstå for alle deler av helsetjenesten.

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

Kapittelinnvidlingen fremstår klar og relevant. Privatpraktiserende spesialister er uteglemt i rollebeskrivelsene, og bør omtales da de ikke passer i øvrige kategorier.

- 4) Tilbakemelding på om det er et passe detaljeringsnivå på informasjonssiden?**

Detaljeringsnivået er generelt godt. Det vil være nyttig å presisere forventningene til oppdatering, samstemming og legemiddelgjennomgang i de forskjellige rollene.

- 5) 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/sendre 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 bruksscenarioer, slik at dette kan vurderes mens høringsutkastet er på høring. Se kap. "Er det behov for å kunne sende en "tom" PLL?"*

Legeforeningen mener at PLL skal være en liste over legemidler pasienten skal bruke. Konteksten for listen skal ligge i ordinær journaldokumentasjon. Hvis det ikke finnes legemidler, skal det heller ikke sendes tomme PLLer.

Denne type "avkrefrende informasjon" kan føre til en betydelig dokumentasjonsbyrde. Hvor går grensen for hva slags avkrefrende informasjon som skal dokumenteres? Det finnes en risiko for at en

tom PLL gir en falsk trygghet dersom en pasient settes på en kur (f.eks. kortvarig blodfortynning etter et inngrep) uten at en PLL opprettes.

Eksemplene som er trukket frem for tom PLL egner seg først og fremst for varsling i kritisk informasjon i kjernejournal, i feltet "Endringer i behandlingsrutiner". Dette er modellen som må brukes for å dekke eksemplene. Eksempelet om "PLL med kun legemiddelreaksjon" er overraskende, da nasjonal kjernejournal har hatt støtte for dette og mer siden oppstarten i 2013. Den beste løsningen er å ikke bygge opp en parallell løsning, men lage integrasjon med Kritisk info. Se også merknad nedenfor. Det er overraskende at Direktoratet for e-helse ikke støtter opp under de løsninger de selv har utviklet og som helsetjenesten jobber for å utbre og synkronisere med EPJ.

#### **6) 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. legeforeningen 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.*

Legeforeningen anerkjenner et behov for å kommunisere noe kontekst om legemiddellisten til andre samhandlingsparter. Tradisjonelt har dette foregått gjennom epikriser, henvisninger og ordinær journaldokumentasjon. Apotekene har en forskriftsfestet plikt til "(...) foreta en faglig vurdering av rekvireringen (...)", men det fremkommer ikke av forskrift eller veiledningen til forskrift at dette innebærer en faglig kontroll som krever fullstendig journaldokumentasjon utover det som kan skrives i DSSN-feltet på resepten.

Legeforeningen mener prinsipielt at PLL skal være en liste over legemidler pasienten skal bruke. Konteksten for listen skal dokumenteres i ordinære journaldokumenter. Legeforeningen er meget bekymret for at man ved å fordele viktig informasjon ut i små tekstfelter rundt om i journal og samhandlingsløsninger (slik som i Helseplattformen) i praksis opplever at journalføringen blir komplisert og inkomplett, og opplysninger ikke når frem til neste behandler fordi de er ført i "feil" modul. Vi anbefaler at konteksten bak legemiddelbehandlingen dokumenteres i løpende journal og deles via kjernejournal.

Legeforeningen støtter derfor ikke merknadsfelt hverken til enkeltmedikamenter eller til listen som helhet. Jo mer informasjon som splittes opp og fordeles på diverse datafelter i diverse IT-løsninger, jo større er sjansen for at informasjon oversees, ikke dokumenteres rett sted og at den totale dokumentasjonsbyrden øker. Opplæring og innføring og senere modernisering/migrering blir også betydelig mer kompleks. Dobbeltføring av journal blir et problem.

Det er etter Legeforeningens kjennskap allerede flere tekstfelter knyttet til enkelforskrivninger som kan benyttes for helt spesielle tilfeller, kalt "informasjon på eventuelt tilknyttet resept" eller i "bruksveiledning/dosering". Samhandlingsløsninger som synkronisert kritisk informasjon og

dokumentdeling vil bidra til å gi kontekst til legemiddellisten. Eksempelene om uvanlige/risikofylte kombinasjoner må forutsettes vurdert når det finnes en PLL uten behov for ekstra dokumentasjon.

Avvikende medikamentmetabolisme (CYP-mutasjoner) og andre kritiske medisinske tilstander som får konsekvens for legemiddelvalg må dokumenteres i kritisk informasjon for varsling på tvers av alle journalsystemer. Et merknadsfelt til hele listen forutsetter en tydelig grenseoppgang mot løsningen for kritisk informasjon. Hvis informasjonen bør varsles i kritisk info bør det ikke dobbeltføres i PLL. Hvis informasjonen ikke kvalifiserer til varsling i kritisk info, så er kanskje behov for visning i PLL lavt.

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

Legeforeningen har ikke vurdert de juridiske forhold i detalj. Se avsnitt tidligere.

**8) 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))?*
- *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.)?*
- *Evt. annet?*

Legeforeningen mener informasjonssiden bør utvikles til en nasjonal faglig veiledning for bruk av pasientens legemiddelliste jfr. kommentarer ovenfor at det må være så lik praksis som mulig hos alle aktører i helsetjenesten. Informasjonen (hjelpinformasjon) bør dessuten innarbeides i helsepersonellens kliniske journalsystemer slik at den er tilgjengelig fra arbeidsflaten. Det bør utvikles kurs i samarbeid med fagsystemleverandørene, slik at personell kan lære riktig bruk i et egnet testmiljø. Slik opplæring bør fortrinnsvis utvikles av og evt. undervises av leger som kjenner systemet og arbeider i klinisk praksis. Kurset bør inneholde strukturert dosering. Arbeidsgruppen for PLL kan vurdere om elementer fra "Best practice på FMK" bør innarbeides i informasjonssiden og slike kurs.

Overgangen til PLL medfører store ekstraoppgaver i en overgangsperiode. Dette vil særlig gjelde fastlegene som koordinerer pasientenes legemiddelbruk. Erfaringer fra testperioden er at informasjonsmateriell er utilstrekkelig, det må suppleres med opplæring i klinikken en-til-en eller i små grupper og med en superbrukerstruktur. Det er kritisk viktig at PLL innføres samtidig i helseforetak og tilhørende kommuner. Ensidig innføring i kommuner vil påføre fastlegene et betydelig merarbeid med å håndtere løse resepter generert av andre. Det må innføres en ny, fullfinansiert takst for opprettelse av PLL, som må kunne kombineres med alle andre relevante takster. Kurs i PLL bør honoreres, slik som kurs i volds- og overgrepshåndtering.

Særlig i sykehusene, som foreløpig har lite erfaring med PLL og som har mange forskjellige roller og arbeidssituasjoner, vil overgang til PLL kreve betydelige opplæringstiltak. Mange steder vil endringen

være en betydelig kulturendring. Innføringsprogrammet må være vesentlig mer omfattende enn en informasjonsside og et nettkurs. Tett kliniker-til-kliniker opplæring har vært nyttig i piloten.

## **9) Annet?**

**I forklaringen** (bl.a. gjennom figur 1 på side 12) fremstår det som at legen først skriver/sender resept og etterpå sender inn PLL. Det bør fremgå klart at dette oppleves som en samlet et-steps prosess, man sender altså ikke to meldinger etter hverandre. Det samme gjelder avsnittet om seponering og tilbaketrekking av resept i avsnitt 3.1.4. Språket bør harmoniseres med det som brukes for inneliggende pasienter i elektroniske kurvesystemer.

**I avsnitt 2.8** står omtalt at ved oppdatering av PLL har man ansvar for å "vurdere legemiddelbehandlinger ved kjent legemiddelreaksjon". Begrepet "kjent" er upresist og selv om det er mye brukt i medisinen bør dette erstattes av begrepene fra kritisk informasjon i kjernejournal (observert, bekreftet etc.). Videre må det også beskrives at legemiddelbehandlingen må kontrolleres mot kritiske medisinske tilstander som kvalifiserer til varsling i kritisk informasjon.

**Avsnitt 3.4:** Ved telefon-/papirresept vil det ikke alltid være mulig å oppdatere PLL, her bør det i teksten stå at oppdatering skal skje "hvis mulig". Se også nedenfor om avsnitt 3.9.

### **Avsnitt 3.6.2 seponering/tilbakekall:**

Det er nyttig å se at medikamenter har vært tidligere brukt og seponert. Tre måneder fremstår som en kort periode å bevare visning av seponerte medisiner, visning av seponerte legemidler bør være vesentlig lengre. I noen sjeldne tilfeller vil varighet historikk på år være nyttig, men Legeforeningen forutsetter at slik informasjon også skal ligge i ordinær journaldokumentasjon for deling. Uansett bør lagringstid på 12 måneder vurderes.

### **Avsnitt 3.7 Legemiddelreaksjoner (CAVE):**

Det er lagt opp til at legemiddelreaksjoner skal beskrives i PLL. Slik informasjon inngår i dag i Kritisk info-modulen i kjernejournal. I statsbudsjettet for 2024 skal det i program digital samhandling etableres synkronisering av kritisk informasjon med alle journalsystemer. Kritisk informasjon inneholder også annen informasjon som kan ha avgjørende betydning for legemiddelbruken, slik som "Kritiske medisinske tilstander" (f.eks. stoffskiftesykdommer, enzymanomalier, organsvikt etc.), "Endring i behandlingsrutiner" og "Pågående behandlinger/implantater" (f.eks. kjemoterapi).

Legeforeningen mener derfor at man må bygge på "kritisk informasjon" og ikke etablere en konkurrerende funksjonalitet i PLL som vil føre til fragmentering, ineffektiv journalføring og dårlig datakvalitet. Begrepet CAVE må derfor skiftes ut med "kritisk informasjon", og løsningen må speiles slik at man registrerer denne informasjonen kun en gang i kritisk informasjon og får varslene derfra i forskrivningsøyeblikket. Legemiddelreaksjoner vil være knyttet til legemiddelgruppe. Det er viktig å merke seg at kritisk info også inneholder informasjon som kan ha stor betydning ved legemiddelforskrivning, men som ikke er å klassifisere som legemiddelreaksjon. Et eksempel kan være CYP-anomalier som nevnt ovenfor. Det bør derfor legges en fargekodet varslingsknapp i PLL som viser at det finnes kritisk informasjon om pasienten (i kjernejournal), slik det allerede er utviklet for mange pasientjournalsystemer. Det er verdt å merke at alle kommuner er i ferd med å innføre



kjernejournal og kritisk informasjon, slik at alle som håndterer legemidler kan varsles om kritisk informasjon. Dobbeltdokumentasjon er tidssløsing og må unngås.

#### **Avsnitt 3.8 Håndtering av varsler:**

Ved begrunnelse for å omgå varsel foreslås det at både bakgrunn og begrunnelse skal dokumenteres i PLL. Det fremkommer ikke i teksten hvilket felt denne dokumentasjonen vil komme frem i. Legeforeningen anbefaler kun "myk-stopp", altså advarsel uten at det kreves tilleggsdokumentasjon. Datakvaliteten på slike merknader er erfaringsmessig lav og brukes i liten grad. Journalføring skal primært foregå i ordinære journaldokumenter i EPJ og dobbeltføring er u hensiktsmessig.

Varsel ved dobbeltoppføringer kan gi u hensiktsmessig støy for enkelte medikamentgrupper der det er vanlig f.eks. med både tablett- og depotordinering av samme virkestoff (f.eks. smertebehandling). Slik varsling bør piloteres, med vurdering av om enkelte ATC-grupper bør varsle først ved trippeloppføring.

#### **4.4 Sykehjem:**

I sykehjemmene er IKT-systemene for legemiddelhandtering og -forskrivning mangelfulle. De fleste er ikke knyttet opp mot e-resept. Langtidspasientene skal ikke ha resepter, men det skal pasienter i andre tilbud som korttidsavdelinger og KAD. Sykehjemmene vil derfor kreve særlig oppmerksomhet, og PLL kan være utgangspunkt for en sårt tiltrengt forbedring i legemiddelbehandlingen av sykehjemspasienter. Pasienter på korttids plass og kommunal akutt døgnenhet har behov for samstemt eller gjennomgått PLL ved utskrivelse. Når det gjelder pasienter på langtidsplass så har legeforeningens forventning vært at sykehjemmene bruker elektronisk pasientjournal med kurve-funksjonalitet til legemiddeldokumentasjon i sykehjemmene. Samtidig vil mange langtidspasienter få behandling fra legevakt og spesialisthelsetjenesten, og da vil en oppdatert PLL være viktig. Automatisk synkronisering mellom sykehjems-EPJens legemiddelliste og PLL er derfor nødvendig.

#### **4.5 Sykehus:**

Det beskrives at mottakende lege skal samstemme PLL ved innleggelsen. Dette høres naturlig ut, men det må formuleres i tråd med Helsedirektoratets veileder som beskriver samstemmingen som et BØR-krav ved innleggelse. Dette gjelder også ved utskrivelse, der det beskrives at legemidlene MÅ samstemmes, men at PLL bare behøver oppdateres. Det er inkonsekvent.

Legeforeningen har en forventning om at det i mange tilfeller skjer en legemiddelgjennomgang ved en sykehusinnleggelse, mens andre ganger skjer det en samstemming. Noen ganger er det også forsvarlig å kun oppdatere. Dette er en faglig vurdering av ansvarlig lege.

Med hilsen  
Den norske legeforening

Siri Skumlien  
generalsekretær

Johan Georg Røstad Torgersen  
avdelingsdirektør  
Jon Ørstavik  
spesialrådgiver/lege





**DEN NORSKE  
LEGEFORENING**

Dokumentet er godkjent elektronisk