

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.) Haraldsplass Diakonale Sykehus (HDS)

Navn på den personen som har besvart på høringen Katinka Nordheim Alme, lege og lokal prosjektleder PLL HDS.

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?

Ja.

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

Ja.

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

Ja. Se pnkt 11 "Annet" for detaljer.

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

Ja. Se pnkt 11, "Annet" for detaljer.

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/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 bruksscenarier, slik at dette kan vurderes mens høringsutkastet er på høring. Se kap "Er det behov for å kunne sende en "tom" PLL?"

Fra et klinisk perspektiv er ikke pasienter uten legemiddelbruk det som er hovedutfordringen og i praksis ses lite behov for dette. Man kan selvsagt bli stående i en situasjon der tidligere legemiddelbruk seponeres og at PLL da i praksis blir tom. Hva som så skjer med PLLen fremstår usikkert, da det heller ikke er mulig å avslutte en PLL. Det må da enten gå an å avslutte en PLL eller sende en tom PLL, rent teknisk.

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 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.

Vi er noe usikre på dette punktet. Det er åpenbare fordeler med å kunne sende informasjonsbiter med PLL, men deler legeforeningens tanker om at dette egentlig er opplysninger som hører hjemme i pasientens journal. Det kan også blir vanskelig å definere hva som hører hjemme og ikke. Ikke minst er det vanskelig å vurdere betydningen av fravær av informasjon. Per i dag har vi informasjon om seponeringsårsak, det er langt på vei den informasjonen vi trenger.

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

Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

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.)?
- Evt annet?

Pnkt 1: Ja. Pnkt 2: Det er vanskelig å svare på hva som i praksis er forskjellen fordi konseptet og løsningen er så tett knyttet. En nasjonal veileder bør være nyttig for den som skal utføre oppgaven. Dersom den konkrete løsningen er lik nok på tvers av systemer, vil dette sannsynligvis ligge nærmere det praktiske arbeidet enn det konseptuelle. Det konseptuelle kan også ha stor avstand til den faktiske løsningen til en hver tid og den faktiske løsningen vil være i utvikling. Som feks håndtering av varsler har en konseptuell håndtering og en praktisk (at det per i dag ikke er mulig). Dette tilsier at veileder bør forholde seg til den konkrete løsningen til en hver tid, men at linjer kan dras opp mot målbildet slik som det er i dagens utgave. Pnkt 3: Ja.

Annet: Denne kliniske konsensusen er det et samlet medisinskfaglig utvalg har ment er uttrykk for faglig forsvarlighet og må også ligge til grunn som dersom faglig forsvarlig praksis skal vurderes, for eksempel ved tilsyn.

11) Annet?

Kommentar og forslag til tekstendring: Uthevet avsnitt er av størst betydning.

Generelt: tror det er mer korrekt språkmessig å skrive “utskrivelse” og ikke “utskrivning” når en pasient forlater en institusjon.

Pnkt 3.1.3: Forslag til ny tekst “I enkelte tilfeller kan det være nødvendig å oppdatere PLL uten å gjennomføre legemiddelsamstemming. Dette kan for eksempel gjelde ved løpende justering av behandling hos fastlege, ved akuttbehandling på legekontor, legevakt, eller ved konsultasjon hos spesialist på sykehus eller hos privat spesialist.”

Begrunnelse: i eksisterende tekst står det “ustabile medisinske tilstander”, dette er både uspesifikt og ikke dekkende. Slik som helsevesenet er lagt opp nå med målrettede polikliniske konsultasjoner for en spesifikk problemstilling, spesielt i spesialisthelsetjenesten er det verken mulig eller formålstjenlig at en samstemming er påkrevd i et hvert tilfelle. Det samme gjelder besøk på legevakt og ved oppfølging eller ØH-timer på legekontor. Det er viktig at retningslinjen gjenspeiler en virkelighet som bruker kan kjenne seg igjen i. “Faglig forsvarlighet” handler også om prioritering av hva man skal gjøre på en gitt konsultasjon. Dette er vurderinger leger gjør til enhver tid på mange ulike områder. For eksempel at man ikke utreder kroniske tilstander som ikke er relatert til det aktuelle når pasienten er innlagt eller kommer til legevakt for en akutt tilstand. Et slikt faglig skjønn for prioritering må også gjelde legemiddelsamstemming. Det harmonerer også med eksisterende innhold i øvrige deler av veilederen.

Pnkt 3.1.4 Overskriften bør være “opprettelse/samstemming” av PLL dersom det skal være konsekvent i forhold til de øvrige punktene som skille mellom ren oppdatering og samstemming.

Pnkt 3.2.1

Langtidsvirkende legemidler: de to kulepunktene er overlappende. Pnkt 2 er egentlig bare eksempler på det som står under pnkt 1.

Kosttilskudd: Endres til: "Kosttilskudd skal bare registreres i PLL dersom det er i samråd med/ordinert av lege. Kosttilskudd ordinert av lege/brukt i samråd med lege bør registreres i PLL dersom 1) det skal pakkes i multidose, 2) det kan interagere med andre legemidler, 3) er nyttig informasjon for andre behandlere (for eksempel: magnesium ved påvist amgnesiummangel, vitaminer med påvist mangel eller annen spesifikk medisinsk indikasjon som for eksempel osteoporose eller bruk av legemidler som Metotrexat).

Lokalanestestika: dette punktet trenger ikke være med. Det sier seg selv.

Pnkt 3.8

Eg er litt usikker på formuleringa "opprettholder". Det kan tolkes som at det gjelder eksisterende varlser på behandling som aktuell lege ikke har gjort endringer på. Det er i ordinasjonsøyeblikket at varselet må håndteres og aldri ellers. Man skal ikke måtte ta stilling til eksisterende interaksjoner eller dobbeltordinasjoner. Dette står klart i pnkt 3.8.5.

Pnkt 4.4.1 og 4.4.2

4.4.2 Pasienter som er innlagt korttidsavdeling får også legemidler fra lager. De er først neste setning som er spesifikk for langtidssavdeling. De to første setningene bør endres slik at "langtidsplass" fjernes fra 1. setning og settes inn i 2. setning.

Under 4.4.2 står det at PLL må holdes oppdatert for endringer under oppholdet slik at listen er oppdatert for eksempel ved besøk på legevakt eller innleggelse sykehus. I overskriften for avsnittet står det "langtidssavdeling". Oppdatering i sanntid gjelder også korttidsavdelinger, da brorparten av akuttinnleggelser fra sykehjem til sykehus kommer fra KTO. Jeg tror at punktene kan stå som de står, men at man fjerner "langtidssavdeling" fra overskriften på pnkt 4.4.2.

Pnkt 4,5

Første setning er ikke korrekt. Kjernejournal er ikke koplet til legemiddelmodulen. Akkurat hvordan dette fremstår (som integrert del av programmet eller som en plugin) kan variere fra installasjon til installasjon. Foreslår å stryke "når legemiddelmodulen i pasientjournalen åpnes". 4. avsnitt handler ikke om PLL og bør strykes.

4.5.1 er ganske kronglete skrevet. Spesielt de to siste setningene. De kan gjerne strykes. Kanskje hele avsnittet.

4.5.2 Denne formuleringen er også litt fremmed. Egentlig står det som står i siste avsnitt under 4.5. Dersom man vil beholde dette avsnittet kan det stå "PLL skal ikke oppdateres under sykehusoppholdet, men oppdateres for endringer ved utreise."

4.5.4 Sier mye det samme som 4.5.2 og 4.5. Men inneholder noe mer. Avsnitt nr 1 handler ikke om PLL og bør strykes. Avsnitt nr 2 er forvirrende for en kliniker men ikke direkte feil. Siste avsnitt er det samme som er sagt tidligere og kan strykes.