

# 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](mailto: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.)

**Helse Vest IKT AS**

**Inndalsveien 12, 5052 Bergen**

[postmottak@helse-vest-ikt.no](mailto:postmottak@helse-vest-ikt.no)

Navn på den personen som har besvart på høringen **Lars Ivar Mehlum**

## 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?

SVAR: Informasjonssiden/dokumentet oppleves som omfattende, men lett leselig. Det gir generelt en god forståelse av hva PLL er og hvilken konsensus og anbefalinger som gjelder for praktisk bruk og arbeidsfordeling mellom aktører. Vi oppfatter at den er under arbeid, og dermed framstår som noe uferdig enkelte steder. Informasjonssiden kunne kanskje i enda større grad reflektere at vi er i en startfase hvor mange aktører fortsatt ikke er koblet på, og utfordringene knyttet til det. Vi har ellers kommentert spesifikt under andre punkter der vi mener det er rom for forbedring.

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

SVAR: For sykehus mener vi informasjonssiden gir et godt og trolig tilstrekkelig grunnlag som utgangspunkt for lokale rutiner. For kommunesektoren opplever vi den som mindre utfyllende. Særlig gjelder det informasjonsflyt i overgangsperioder hvor flere aktører mangler, og mht. håndtering av multidose. Håndteringen av multidose/-e-multidose kombinert med PLL både i sykehus og i primærhelsetjenesten kan med fordel beskrives mer utdypende.

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

SVAR: Som en informasjonsside (websiteside) vil kapittelinnvidlingen fungere godt for å kunne finne og gå rett til ønsket informasjon. Som et dokument, som vil leses fra begynnelse til slutt, oppleves det som mye redundans og gjentakelser. En del forklaringer og definisjoner av begreper er inkonsistent gjennom dokumentet, og er ikke alltid like presise. Særlig viktig er det at begrepet samstemming er konsistent og korrekt definert. Gitt at man hopper rett inn i en del av siden, kan det hende at noe variasjon er akseptabelt, gitt konteksten begrepet presenteres i. Navnene på kapittel 3 og 4 bør revurderes. Det er ikke åpenbart hva som er forskjellen på «Praktisk bruk av PLL» og «Slik gjør du det».

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

SVAR: Som nevnt under punkt 4., mener vi detaljeringsnivået er passende for sykehusene. For kommunale tjenester, og særlig samhandlingen mellom dem, kunne det vært mer detaljer om rutiner og ansvarsfordeling i overgangsfasen hvor mange ikke er på PLL, for å sikre informasjonsflyten i et ikke-harmonisert systemlandskap.

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

SVAR: Direktoratet har selv gitt gode eksempler på bruksmønster og behov for en PLL uten legemiddeloppføringer. Vi mener at det er ønskelig at det er mulig å sende en «tom» PLL. Særlig gjelder det tilfeller hvor pasienten har en tilstand som det ville vært naturlig å

behandle med legemidler, men hvor det bevisst ikke er iverksatt. Vi mener at en «tom» PLL i mange tilfeller bør inneholde en generell kommentar om hvorfor den er tom. For friske pasienter som ikke benytter legemidler, bør anbefalingen være å ikke opprette PLL. For brukstilfellet formidling av legemiddelreaksjoner, mener Helse Vest IKT at dette heller bør formidles via Kjernejournal enn en «tom» PLL, da KJ er tilgjengelig for flere.

**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.*

SVAR: Helse Vest IKT mener at det kan være ønskelig å kunne kommentere generelt på hele legemiddellisten eller på enkeltoppføringer. Vi mener likevel at dette må utredes nøye før det ev. tas i bruk. Det må bl.a. ses på signering, versjonering og gyldighetstid av kommentarer, hvem som har rett til å slette eller markere en kommentar som ugyldig/utdatert, og hva en kommentar kan inneholde. Vi er bekymret for at kommentarer, som gjennom PLL kan være synlig for mange som kanskje ikke har tjenstlig behov for å se dem, kan utfordre pasientens personvern. Særlig gjelder det fritekstkommentarer. Helse Vest IKT mener at det bør ses på om et sett koder og ev. kombinasjoner av disse kan dekke de fleste bruksbehov, og at man dermed kan unngå fritekst.

Helse Vest IKT peker på utfordringer knyttet til registrering av kjemoterapi (se punkt 11 om kap. 3.2). Hos pasienter med komplekse kurer kan det være mer hensiktsmessig å registrere det som en kommentar.

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

Ikke vurdert

**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?

SVAR: Helse Vest IKT mener informasjonssiden med fordel kan videreføres som en beste praksis anbefaling. Det vil øke mulighetene for en dynamisk og rask oppdatering etter hvert som erfaringsgrunnlaget øker og de tekniske løsningene endres. Etter hvert vil det være naturlig å se på om kjerneelementer knyttet til bruk av PLL også skal formaliseres ytterligere gjennom veiledere eller normerende produkter.

## 11) Annet?

SVAR: Vi har sortert kommentarer under per kapittel.

### Kapittel 2.2

«PLL skal ikke opprettes dersom pasienten motsetter seg at PLL gjøres tilgjengelig for legen»  
Setningen bør omformuleres, det gjelder vel flere enn en enkelt lege?

### Kapittel 3.2. Hvilke legemiddelbehandlinger skal registreres i PLL

Kapitlet sier at legemiddelbehandling med langtidsvirkende legemidler skal registreres i PLL. Dette gjelder både legemidler som administreres før utskrivning fra sykehus, og legemidler som administreres på poliklinikk. Cytostatika og annen behandling som består av blandinger og kompliserte doseringsregimer kan bli utfordrende å registrere i PLL på hensiktsmessig vis. E-resept har riktignok støtte for magistrelle legemidler/blandinger, men erfaringene så langt er at dette er forbundet med både struktur og grensesnitt som oppleves utfordrende for brukerne. Kurveløsninger i spesialisthelsetjenesten har heller ikke tilstrekkelig god støtte for å ta imot eller sende fra seg informasjon om spesielt flerkomponentsblandinger. Det må derfor regnes med at slike magistrelle forskrivninger også i fortsettelsen i stor grad må håndteres manuelt i overgangene mellom omsorgsnivå. I slike tilfeller kan det være mer hensiktsmessig å henvise til at pasienten mottar f.eks. cytostatikabehandling, fremfor å stole på at informasjonen som følger med PLL blir god nok. På bakgrunn av at dette anbefales det at teksten i veilederen mykes noe opp i forhold til håndtering av spesielt flerkomponentsblandinger, da dette er et område der man trenger å gjøre seg erfaringer.

#### 3.3.1 Virkestoffrekvirering/ordinering

I påvente av bedre grunndata er det foreløpig ikke alle regioner som har innført virkestofforskrivning i sykehus. Virkestofforskrivning i sykehus er knyttet til andre nasjonale leveranser som SAFEST, og bør settes i nærmere sammenheng med nasjonale initiativ knyttet til grunndata fremfor innføring av PLL. Det anbefales derfor at kapittel 3.3.1 om virkestoffrekvirering/ordinering tas ut av dokumentet på nåværende tidspunkt, eller skrives om for bedre å reflektere dagens situasjon i sykehusene.

#### 3.3.2 Dosering

Utsagnet «strukturert dosering gir automatisk mengdeberegning av legemiddel i FM» er ikke helt riktig, da dette er begrenset til legemidler forskrevet med preparatnavn.

**Generelt: Beskrivelser knyttet til fremgangsmetode i det enkelte system/applikasjon/modul bør unngås.**

#### 3.3.4. Datoer i PLL

Vi anbefaler å bytte ut "institueringsdato" med et mer forståelig og allment brukt begrep.

#### 2.6.1 og 3.7. om legemiddelreaksjoner (CAVE) i PLL og KJ

Disse kapitlene er vanskelig å forstå og har et utydelig budskap. Det virker ikke tilpasset sykehusprosesser. Det bør tydeliggjøres at avsnittet omhandler legemiddelreaksjoner som inngår som en del av PLL-meldingen, og at disse håndteres via den enkelte virksomhets e-reseptmoduler.

Det finnes foreløpig mange EPJ - løsninger som ikke utveksler legemiddelreaksjoner direkte med PLL eller KJ. I avsnitt 2.6.1 står det både at legemiddelreaksjoner overføres automatisk til KJ, og at de ikke gjør det. Hva er riktig? Felles nasjonal informasjonsmodell for legemiddelreaksjoner i PLL og KJ bør være på plass før man setter videre krav til dette området.

#### Kap 3.9 Hvordan håndtere løse resepter

«Neste behandlende lege må avgjøre om legemidlene på løse resepter skal inkluderes i PLL.»

På dette tidspunktet i utprøving og innføring av PLL er Helse Vest IKT skeptiske til absolutte krav til håndtering av løse resepter. I perioden fram til de aller fleste aktører er i gang med PLL anbefaler vi at det er mulighet for, gjerne med myke sperrer i form av bekreftelser, å sende PLL uten at alle løse resepter er blitt tatt hånd om. Etter hvert som vi får mer erfaring, kan innskjerper vurderes.

#### Kap 4.5.1 Når pasienten legges inn i sykehus

Direkte oppslag i KJ/RF, fremfor utstrakt bruk av copy-paste av legemiddelliste i henvisninger og journaldokumenter bør vurderes etter hvert som flere virksomheter tar dette i bruk. Masteren blir PLL så lenge pasienten ikke er innlagt.

Formuleringen "Hvis det er mulig, brukes pasient eller pårørende som hovedkilde". Alltid viktig ved opptak av anamnese/samstemming, men bør inngå som en del av generell omtale av legemiddelsamstemming.

#### Kap 4.5.4. Når pasienten skrives ut fra sykehus

Foreløpig har vi valgt å stenge for muligheten for å opprette PLL i sykehus.

#### Kap 4.5.6. Behandling av pasienter i poliklinikk

Se kommentar over om opprettelse av PLL.

#### Kap 4.5.8. Behandling av pasienter i ordinær eller sykepleierdrevet poliklinikk for infusjoner og injeksjoner

Utydelig formulering "er det gjerne leger som ordinerer behandlingen" - legemiddelbehandling skal alltid være ordinert av lege, også ved sykepleierdrevet poliklinikk.

Injeksjoner og infusjoner, spesielt flerkomponenter (magistrelle) kan være plundrete å registrere i PLL jmf. 3.3.2.