

# 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**

**Følgende er innspill fra «Klinisk ressursgruppe PLL i nord» til felles høringsinnspill fra Helse Nord. Se også vedlagt Høringsdokument PLL i praksis med alle kommentarer.**

**Følgende er innspill fra Digitale pasienttjenester (DIS) ved Tove Sørensen**

**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.)

Navn på den personen som har besvart på høringen

**Klinisk ressursgruppe PLL i nord, HN  
v/gruppeleder Marit Bergheim Christensen**

## 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?

**Generelt ja.**

Gruppen har følgende innspill;

- **Kap 3.4. Hvordan registrere papir- og telefonresepter i PLL**

Angående setningen; ....*må oppdatere PLL i eget journalsystem.*

I eget journalsystem; hva med fastleger som også har legevakt, her bør det presiseres at det må registreres i det systemet man jobber i ved rekvirering.

Hva med de som ikke har noe journalsystem å dokumentere i?

Hvordan håndtere disse i PLL når de ikke er elektronisk registrert noen plass? Viser disse

kun ved eventuelle utleveringsmeldinger. Det burde være en mulighet til å registrere disse i PLL selv om man ikke har et journalsystem. Ikke samsvar mellom rekv.retten og plikt til å dokumentere i et journalsystem.

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

- Det hadde vært fint med en kortfattet ordliste innledningsvis for begrepsavklaringer der eksempelvis definisjon av oppdatering, legemiddelsamtemming, tjenstlig behov - samt andre aktuelle begreper i dokumentet fremkommer. Dette som et grunnlag for videre lesing. Link til Ordliste «Definisjoner i E-resept» er omfattende å søke i. Se også aktuelle kommentarer i hoveddokument vedlagt.
- DIS: Det bør komme klart fram hvem som får tilgang til tjenesten og hva som skal til for å dokumentere tjenstlig behov. Er kriteriene for dette det samme som for Pasientens journaldokumenter, <https://www.ehelse.no/reguleringsplan/krav-og-anbefalinger/pasientens-journaldokumenter> ? «Tjenstlig behov» er nevnt 14 ganger i dokumentet uten at det egentlig er definert og om det er en enkelt virksomhet som styrer dette. Til sammenlikning er «personvern» nevnt to ganger som kan tyde på at nekting / sperring ikke har første prioritet – evt at dette kommer i seinere versjoner.

#### Kap 3.1.4 Informasjon i reseptformidleren/ kjernejournal som grunnlag for opprettelse/og oppdatering av PLL.

Første avsnitt; Her bør "eventuelt" fjernes; "...reseptformidleren ~~eventuelt~~ og kjernejournal" da KJ har best historikk på utekspederte (løse) resepter og på resepter der gyldighetstiden er passert, samt info om papirmultidosen. Dette vil være spesielt viktig i oppstarts - og overgangsfasen til PLL

#### Kap 3.2.1. Registreres i PLL

**Langtidsvirkende legemidler;** Hvem ivaretar hvor lenge de skal være inkl i PLL? Her ser vi et behov som støtter kommentarfelt til hver legemiddelbehandling for å kunne formidle forventet seponeringsdato, spesielt ved engangsadministrering (når det er forventet at legemidlet "er ute av kroppen" =beh avsluttet)

#### 3.6.1. Endre legemiddelbehandling i PLL

..*Det skal alltid være samsvar mellom legemiddeloppføringen i PLL og eventuell tilhørende resept.*

- Her tenker vi dette kan være uhensiktsmessig i bl.annet følgende situasjoner:  
A-B-prep og andre legemidler hvor det er opp og nedtrapping. Strukturert dosering blir vanskelig her og viktig info om dosering uteblir, da det må løses med "etter avtale". Det er koblingen til ut.lev rett som blir problematisk her, kan det løses på en annen måte?

### 3.6.3. Hvordan sette legemiddelbehandling i PLL på pause?

#### Kommentar:

Menes det her hele PLL eller kun enkelt(e) legemiddelbehandlinger. Ikke hensiktsmessig å sette alle doseringene i PLL til "0" ved pausing av PLL ifm f.eks teknisk feil etc.

Dersom man nuller en legemiddelbeh. i PLL vil vel resepten fremdeles være aktiv. Hvordan er det tenkt av PLL "0" skal samsvare med resepten i disse tilfellene?  
Oppdatere med ny resept og ustrukturert dosering?  
Eks. på situasjoner; nulling Hiprex under antibiotika-kur ved UVI eller interaksjonsproblematikk med eksempelvis rifampicin i 6 uker og nulling av statinbehandling og eventuelt andre legemidler.

Pausing er, som nevnt under pkt 8), et eksempel på nødvendighet av både overordnet kommentar og kommentar knyttet til hver legemiddelbehandling.

**Ref. PLL i praksis møtet 23.nov og diskusjon rundt spesielt Kreftpasienter og pausing av PLL. Det støttes at dette bør være en prioritert gruppe i den videre utprøvingen i Bergen.**

### **Kap 4 Slik gjør du det – arbeidsflyt når du oppretter og vedlikeholder PLL**

Følgende er gjennomgående ordlyd på infosiden; ...ved oppslag i reseptformidleren og eventuelt kjernejournal.

Generell kommentar: Så lenge historikken på de løse reseptene vil forbli lik den for e-resepter per idag (4 uker etter utekspedering/forsvinner på utgått dato) i reseptformidleren bør det fremkomme tydeligere at kjernejournalens historikk (3 år) vil ivaretas med ny funksjonalitet i de elektroniske pasientjournalssystemene og bruk av SFM. Vil det være noen som ikke bruker SFM?  
I så fall foreslås det at ordlyden gjennomgående endres til; «ved oppslag i reseptformidleren og kjernejournal»

### **Kap 4.5 Sykehus**

Tredje avsnitt: *Sykepleier og klinisk farmasøyt med tilgang til å hente PLL og andre reseptopplysninger/løse resepter (og eventuelle legemiddelreaksjoner) direkte inn i legemiddelmodulen kan i samarbeid med pasienten gjøre innledende samstemming av pasientens legemidler. Samstemmingen kan deretter godkjennes av legen.*

#### Kommentar:

Innledende samstemming? Kliniske farmasøytter gjør som regel en fullstendig legemiddelsamstemming.

Forslag til endring av tekst kap 4.5;

Sykepleier og klinisk farmasøyt med tilgang til å hente PLL og andre reseptopplysninger/løse resepter (og eventuelle legemiddelreaksjoner) direkte inn i legemiddelmodulen kan, **fortrinnsvis i samarbeid med pasienten, utføre en samstemming av pasientens legemidler. Listen over pasientens legemidler i bruk godkjennes deretter av legen.**

Fjerde avsnitt; *Hvis pasienten ikke har PLL*;  
Ref kommentar Kap 4 over  
Forslag til endret formulering;

*Hvis pasienten ikke har PLL* samstemmer sykehuslegen pasientens legemidler basert på reseptinformasjon fra reseptformidleren og kjernejournal eller andre kilder, og beslutter hvilke som skal brukes under oppholdet på sykehuset.

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

Kommentar: Det kan ikke forventes at lege i forbindelse med en poliklinisk konsultasjon vil ha mulighet til å utføre legemiddelsamstemming og ta stilling til løse resepter før innsending av PLL.

Det bør vurderes å stille tilsvarende krav til lege i poliklinikk som til legevaktsleger:

##### "4.2.1. Legevaktlegens ansvar

Legevaktlegens ansvar er å sikre at de endringer som gjøres av legevaktlegen i pasientens legemiddelbehandling ikke skaper konflikt (som for eksempel klinisk viktige interaksjoner) med pasientens allerede pågående legemiddelbehandling. "

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

- Det er ønskelig med mer linking som knytter kapitler til hverandre, slik at man vet når man leser at det finnes mer info i et annet kapittel. Eksempelvis. I kap «2.8 Om oppdatering av PLL»... bør det vises til mer info i kap 3.8.1-3.8.3 «Håndtering av varsel».

Det kan også med fordel settes inn flere kilder/ref i kapitlene; Eks kap 4.1.1. siste avsnitt; her kan det linkes til legemiddelgjennomgang på samme måte som legemiddelsamstemming i første avsnitt.

- **2.6.1. Sammenhengen mellom legemiddelreaksjoner i PLL og i kjernejournal**

Vanskelig å forstå hvordan dette vil fungere, men det er ikke ønskelig at leger må dobbeltregistrere legemiddelreaksjoner for å unngå diskrepans mellom opplysninger i PLL og KJ. Det vil være uheldig om legene må huske at oppdatering må gjøres manuelt mellom PLL og KJ når de blir vant med at det skjer automatisk mellom EPJ -PLL og EPJ-KJ.

Ang.formulering av kapitlet:

Litt misvisende at det står; **All informasjon** i PLL vises i KJ når det videre står at legemiddelreaksjonene ikke overføres automatisk.

Kan avsnittet omformuleres til f.eks;

"Informasjon om pasientens legemiddelbehandling i PLL vises også i kjernejournal via reseptformidleren. Men legemiddelreaksjonene i PLL overføres ikke automatisk til kjernejournal og må oppdateres manuelt av lege i de tilfeller pasientjournalssystemet ikke sørger for automatisk overføring til kjernejournal"

- **3.11. Hvordan håndtere forslag til endring i PLL fra sykepleiere kliniske farmasøyter og andre medhjelpere?**

Det er utstrakt bruk av kliniske farmasøyer i både primær- og spesialisthelsetjenesten og en av deres primære oppgaver er å bistå legene med legemiddelsamstemming. Foreslår derfor at det vurderes å bytte ut sykepleier med kliniske farmasøyer i denne sammenheng.

Kommentar til andre avsnitt; ....Medhjelper som ikke har tilgang til å se pasientens legemiddelliste i kjernejournal, kan lage forslag til endring i PLL i pasientjournalen basert på andre kilder...

- Skal medhjelper som ikke har tilgang til PLL bistå med LMS? Bør ikke PLL være primær elektronisk kilde og utgangspunkt og alltid tilgjengelig for den som skal gjøre legemiddelsamstemming? Bli stor usikkerhet å komme med forslag til endring i PLL når man ikke har tilgang på PLL(?)... mye om, dersom, hvis?

Omformuler eller bare fjern avsnittet? Hvilken medhjelper har ikke tilgang til PLL i KJ og skal bistå med legemiddelsamstemming?

- **-DIS:** Hvordan kommuniseres tjenesten til pasienter og brukere? Dersom pasienter og brukere vil få ansvar for oppdatering / oppfølging, må dette komme tydelig fram i informasjon til pasienter og helsepersonell. Fra andre digitale pasient- og samhandlingstjenester ser vi at helsepersonell ofte informerer og veileder pasienter om hvordan tjenesten fungerer. Dette gjelder særlig tilganger (nekting / sperring). Det er uheldig dersom de ulike samhandlingstjenestene (Pasientens legemiddelliste, Pasientens journaldokumenter og Pasientens prøvesvar) har ulike tilgangsmekanismer. Pasient kan velge å sperre tilgang «for sikkerhets skyld» dersom det er vanskelig å forstå hvordan tilgangsstyring virker, og effekten blir redusert.

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

- **Kap 2.5 Hva skal PLL inneholde**

Utydelig hva som menes med håndtering her; håndtert eller skal/bør håndteres - eller selve håndteringen? Linke til kap 3.8 her (se kommentar i vedlagt dokument)

- Kap 2.8.1 - forslag til endring i overskrift;

**Fastlegene og allmennpraktiserende leger**

- Kap 2.8.2. – forslag til tillegg i siste setning;

PLL skal senest oppdateres ved utskrivning fra sykehjem *eller ved behandling på annet omsorgsnivå*

- Kap 2.8.3 - forslag til endring i overskrift;

**Sykehusleger og praktiserende legespesialister.**

## 3.9. Hvordan håndtere løse resepter? (Fra lege uten støtte for PLL, tannlege, helsesykepleier og jordmor)

- *E-resepter utenfor legemiddelbehandling i PLL kalles "løse resepter".*
  - Hva med papir - og telefonresepter? Samsvarer ikke med definisjon i Ordlisten som er linket

- *Disse rekvirenter kan tilbakekalle/sende nye resepter tilknyttet en legemiddelbehandling i PLL hvis de har rettigheter til dette, men de kan ikke endre selve legemiddeloppføringen i PLL.*
  - Dette innebærer vel i praksis at de kun kan tilbakekalle resepter som de selv eller andre med samme rekvireringsrett har rekvirert i PLL. Dette kan bryte med kravet om at legemiddelbehandlingen i PLL må samsvare med tilknyttet resept. Eks resept fra tannlege kan være lagt til PLL av en lege, men så kan tannlege så trekke resepten sin tilbake uten at hen får fjernet legemiddelbehandlingen i PLL.
  - Risiko for feilbehandling dersom det eks.vis ved innleggelse i sykehus oversees at resepten er trukket tilbake, da legemiddelbehandlingen fremdeles ligger i PLL. Ref pågående debatt rundt manglede mulighet for seponering i PLL for rekvirenter uten støtte for å oppdatere PLL.

### 3.13 Hvordan oppdage endringer i PLL gjort av andre?

Første avsnitt: Når helsepersonell med tjenstlige behov åpner legemiddelmodulen, gjør pasientjournalssystemet oppslag mot reseptformidleren for rekvirenter

- *Kommentar; Med oppdatert samstemmingsfunksjonalitet i DIPS Arena medikasjonsmodul (automatisk synk av info fra RF og KJ) vil oppslaget også gjelde KJ for rekvirenter. Dette vil gjelde for alle rekvirenter i spesialisthelsetjenesten HN, HV, og HSØ(?) Forstår det slik at dette også vil gjelde for alle som tar i bruk SFM. (automatisk synking av info fra både RF og KJ.)*  
*For andre leger (om det vil være noe?) som ikke har denne funksjonaliteten i sitt journalssystem må det også gjøres oppslag i KJ for best oversikt over status på løse resepter pga historikkbegrensningen i RF.*  
Forslag legg til: ...gjør pasientjournalssystemet oppslag mot reseptformidleren og kjernejournal for rekvirenter.

#### 3.14.2. PLL og papirmultidose

*Lege skal sende PLL med alle legemiddeloppføringer som vanlig, men det skal IKKE sendes e-resepter for legemidler som skal pakkes. I stedet vil legemidlene pakkes på grunnlag av utskrift av PLL i stedet for «ordinasjonskort».*

*Kommentar; I en overgangsfase må dette vurderes nærmere, da det kan være behov for å sende resepter på endringer også i papirmultidose.*

#### 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/sende 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?"*

JA, vi er enige i skisserte scenarioer beskrevet i kapitlet. Det er viktig å kunne få bekreftet og dokumentert at det er utført legemiddelsamstemming og at pasienten ikke bruker legemidler, samt om det er en kjent legemiddelreaksjon selv om pasienten ikke bruker legemidler på aktuelt tidspunkt.

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

*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.*

- **Kommentar pr legemiddeloppføring (tiltenkt annet helsepersonell)**

**JA;** det er viktig for pasientsikkerheten og tidseffektivt at bl.a følgende kan knyttes til hver enkelt legemiddelbehandling

- håndtering av medisinske varsel som interaksjoner og dobbeltoppføringer etc.
- forventet seponeringsdato for langtidsvirkende legemidler
- Pausing av legemiddelbehandling i PLL ifm med f.eks sykehusinnleggelse, operasjon o.l.
- «off-label» dosering, indikasjon etc.
- Etterlevelse og faktisk bruk som avviker fra resept

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

**JA;** Det er viktig for neste behandlerledd å vite;

- status ift om PLL kun er oppdatert eller legemiddelsamstemt.
- at det dokumenteres at pasienten ikke bruker legemiddel (bekrefte tom PLL)
- at PLL er bekreftet (tilfeller der PLL må fornyes da lagringstiden kun er 16 mnd)
- Håndtering av medisinske varsler, kommentar ift etterlevelse, endret beh etc.
- PLL er på pauset ifm med skifte av omsorgsnivå.

**Tilleggskommentar;** Hadde vært nyttig med et avhkningsfelt for å få følgende strukturert registrert i PLL; Oppdatert, LMS, LMG, pauset. Og med mouseover som viser info om hvem og når det er utført og gjeldene fra.

#### 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 aktuelt for oss å svare på

## 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?

Ikke tatt stilling til

## 11) Annet?

### Lege uten PLL-støtte og manglende mulighet til å seponere legemiddelbehandling i PLL

Viser til pågående sak, sist tatt opp i PLL i praksis nov 2023;

Etter vårt syn er følgende svært uheldig og omfanget betydelig i en overgangsfase. Det er her stor risiko for feilmedisinering spesielt for pasienter i kommunehelsetjenesten, som får endringer utført av lege som ikke har støtte for PLL;

En lege som ikke har støtte for PLL vil i sitt EPJ-system ha støtte for å vise PLL-data, men vil ikke ha støtte for å oppdatere/sende legemiddelinformasjon i PLL. Når legen da vil seponere en behandling som inngår i PLL kan bare e-resepten trekkes tilbake (og lokal liste oppdateres), men legemidlet vil fortsatt inngå i PLL.

DIPS vil automatisk hente inn og vise data fra elektroniske kilder (automatisk synk m/RF og KJ) og når situasjonen er som beskrevet over, så blir det utfordringer neste gang PLL-data innhentes til DIPS dersom ingen i mellomtiden har oppdatert PLL og fjernet aktuelt legemiddel fra lista.

I slike tilfeller vil seponert legemiddel fortsatt inngå i PLL, mens legemidlet i DIPS Arena Medikasjon (lokal LIB) vil være seponert. Sistnevnte vil i dette tilfellet være den mest oppdaterte kilden, mens man egentlig har forutsatt at man finner de mest oppdaterte opplysningene i RF/KJ.

I DIPS ligger det teknisk til rette for å seponere resepter også i RF gjennom å sende en M25 melding uten at kliniker trenger å tenke på det. DIPS har bedt NHN om tillatelse til å sende oppdatering på seponering av enkelt-legemidler som inngår i PLL, men NHN har motforestillinger fordi det rokker ved det tenkte samtidighetskonseptet som PLL er tuftet på.

Her bør PLL prinsippet (som uansett ikke er mulig å gjennomføre i praksis) vektes mot den praktiske, kliniske hverdagen og pasientsikkerhet, i overgangsfasen.

### Historikk PLL, og lagringstid (Kap 2.7)

*Opplysninger som inngår i PLL vil lagres i inntil 16 måneder etter at lege har sendt ny PLL til reseptformidleren....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....*

- Utfordring for Spes.h.tj. dersom dette ikke blir gjennomført for pasienter i sykehjem eller opphold på andre langtidsinstitusjoner.
- Hva er begrunnelsen for denne relative korte gyldighetstiden? Kan den endre til 3 år tilsvarende KJ?



- Hva ligger i begrepet "bekrefter PLL ved konsultasjoner"? (se også kap 2.8) - og hvordan fremkommer dette i PLL? Se innspill til behov for overordnet kommentar

Se ellers kommentarer i vedlagt dokument.