

Høring: Pasientens legemiddelliste – "PLL i praksis

Innspill fra Oslo kommune- til KS

- 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?**

Utkast til informasjonssiden er generelt beskrivende nok både når det gjelder innhold, bruk og tilgang til PLL. Vi ønsker likevel å gi noe mer presis informasjon om hva PLL er og ikke er, og har følgende innspill:

2.1 «Hva er PLL?»

Det kan i enda større grad fremkomme at PLL skal gi en oversikt over de legemidler som er aktuelle og i bruk *nå* (eller virksomme nå; langtidsvirkende legemidler), dvs (ideelt sett) samstemt på oppdateringstidspunktet. Det kan med fordel også presiseres hvorvidt PLL først og fremst skal vise det pasienten *faktisk*, eller det behandler synes at pasienten skal bruke.

Legemiddelbehandling «slik det er avtalt mellom lege og pasient» er ikke misvisende, men det er viktig at det faktisk er en enighet (concordance). (For begrepsbruk:

https://www.legemiddelhandboka.no/G25/Etterlevelse_av_legemiddelbruk).

Dette beskrives også i punkt 2.8.6 hvor det står at pasient (eller pårørende/hjelpere) skal bidra til at oppdatering/samstemming av legemiddelinformasjonen blir riktig. Informasjonen kan potensielt komme i konflikt med 3. punkt under «3.2.2: Registreres ikke i PLL».

At PLL skal/har mål av seg å inneholde faktisk bruk/samstemt legemiddelliste bør komme bedre fram allerede tidlig i informasjonssiden. Vi tenker det er klargjørende for videre lesning av dokumentet.

For å forsterke viktigheten av PLL bør det for leserne eksemplifiseres hva man mener med «høy kvalitet og lav risiko ved legemiddelbehandling». PLL vil forebygge feil i legemiddelbehandling ved for eksempel innleggelse på sykehus og/eller forebygge at vurderinger av effekt/bivirkninger av legemiddelbehandlingen baseres på feil grunnlag.

2.2 Hvem skal ha PLL?»

I teksten angis det ikke at noen *skal* ha PLL. Derfor noe misvisende overskrift. Kan det være bedre med «Hvem får PLL?»

2.5 «Hva skal PLL inneholde?»

Det gis en fin oversikt over hvilke legemidler/kosttilskudd og kommentarer PLL skal inneholde. Ved første gjennomlesning blir man nysgjerrig på hvordan og hvem som skal legge til informasjonen eller hva man egentlig mener. Informasjonen finnes senere ut i informasjonssiden, men det vil være nyttig om man lenker til denne informasjonen allerede første gang man leser det.

Eksempel: «Ikke reseptpliktige legemidler avtalt med lege eller som pasienten oppgir å ta» - henvis til pkt 3.2.1, eller «håndtering av varsel om interaksjon» -henvis til 3.7. Alternativt kan det generelt henvises til «kapittel 3 Praktisk bruk av PLL» for mer detaljer eller lignende.

«2.6 Legemiddelreaksjoner CAVE i PLL»

Det er svært ønskelig at CAVE registrert i EPJ automatisk bli lagt inn i PLL, slik det angis i utkastet. Realiteten i dag, spesielt i kommunene, er at EPJ- systemene i svært begrenset grad har slik funksjonalitet. Vi antar at API skal ivareta denne funksjonaliteten, og da må dette være en del av EPJ-tilpasningen til PLL.

Det foreslås også at eventuelle bivirkningsmeldinger meldt på www.melde.no vedrørende pasienten kan bli synlig i PLL. Meldeordningen kan benyttes av alt helsepersonell, og vil formodelig da bli synlig uten leges vurdering, slik det står i utkastet. Vi har ikke vurdert eventuelle uheldige konsekvenser av at slike meldinger eventuelt skulle bli synlig i PLL, men kan kanskje vurderes i arbeidsgruppen?

«2.7 Hvilken historikk inneholder PLL, og hvor lenge lagres PLL?»

Mange av oss har ikke sett PLL og det er vanskelig å se for seg hva man mener med innhold og lagringstid som beskrives, men dersom det er forskjell på innhold og hva som vises (visning) kan det gjerne fremkomme i teksten både her og øvrige steder i dokumentet.

«2.8 Om oppdatering av PLL», punkt «2.8.2 Sykehjemsleger».

Det bør være en mulighet for å inaktivere resepter under opphold på korttidsplass, og enkelt reaktivere resepter ved utreise. Med enkel funksjonalitet bør det være obligatorisk å oppdatere PLL etter at samstemming er gjort ved innkost (24-48 timer etter innkost) og ved hver endring under oppholdet. Å oppdatere PLL senest ved utskrivning er ikke tilfredsstillende hverken for korttidsopphold eller for langtidshjem. Korttidsavdelinger har ikke legebemanning hele døgnet og utskrivning til sykehus eller bruk av legevakt (med eventuelt eget journalsystem med PLL) skjer relativt ofte. Det vil derfor være risiko for feil opplysninger i PLL dersom PLL ikke er oppdatert. Ved langtidshjem er legebemanningen enda lavere, og også derfra blir beboerne innlagt på sykehus eller får tilkalt legevakt.

«2.9.1 Helsepersonell med tjenstlig behov»

I kommunene ansettes det nå stadig flere farmasøyter, og en del av dem har kliniske oppgaver som legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Virksomheter skal selv vurdere hvem som skal ha tilgang, men vi ser at det kan være hensiktsmessig å eksemplifisere med farmasøyter også. Erfaring fra innføring av kjernejournal i sykehus viser at det ble gjort svært ulike vurderinger i sin tid på tilgang, da farmasøyter gradvis har fått en mer pasientnær rolle. Under punkt 4.5 "Sykehus" beskrives kliniske farmasøyter og sykepleiere som eksempler på roller med tilgang. Det samme gjelder sykehjem. Vernepleiere har i tillegg ofte tilsvarende roller som sykepleiere i legemiddelhåndteringen, og bør også innlemmes som eksempler her og flere andre steder.

«3.3.4 Datoer i PLL».

Begrepet «institueringsdato» er fremmed. Er oppstartsdato bedre? Er dette forskjellig fra forskrivningsdato? Og oppstartsdato vil fortsatt stå etter ny forskrivning av legemidlet? Det vil vi støtte.

3.2.1: Magistrelle legemidler

I hvor stor grad/hvor lett er det å legge inn denne informasjon som ikke ligger i FEST og er strukturert. Menes det at det skal stå «parenteral ernæringsblanding» i PLL, eller at det skal stå hvilken eksakt blanding det er?

Under kosttilskudd står det at de bør registreres «når det er relevant for videre legemiddelbehandling». Bør det stå «når det er avtalt med lege *eller* når det av annen årsak er relevant». Reseptfrie legemidler er ikke nevnt- bør med.

«4.4 Sykehjem»

Det står at "sykehjemsleger får tilgang til pasientens oppdaterte legemiddelopplysninger ved oppslag i reseptformidleren og eventuelt kjernejournal". Oppdaterte legemiddelopplysninger oppfatter vi som PLL og resepter, og som beskrevet i punkt 4.4.4 har annet helsepersonell også tilgang til PLL via kjernejournal. Dette bør stå under et generelt avsnitt som 4.4.

Punkt “4.5.1 Når pasienten legges inn i sykehus” og “4.5.2 når pasient er innlagt på sykehus” beskriver noen forhold som er like viktig ved innleggelse til sykehjem og korttidsopphold (KAD, helsehus osv). I sykehuspunktene presiseres det at det “er viktig at legemidlene fra PLL som benyttes under oppholdet, videreføres til andre systemer i sykehuset, som elektronisk kurve....” osv.

Med tanke på skrøpelighet og polyfarmasi blant kommunehelsetjenestens pasienter/beboere er denne beskrivelsen minst like viktig ved innleggelse i kommunen. Det bør derfor også for kort- og langtidsopphold i kommunal helsetjeneste fremkomme viktigheten av dette på samme måte som ved en sykehusinnleggelse. Beskrivelse av innkomst til sykehjem bør i størst mulig grad gjøres mest mulig lik som den som er beskrevet for sykehus.

“4.4.1 Sykehjemslegens ansvar”. Det er litt upresist at legemidler “deles ut fra lager”, da det også er utstrakt bruk av multidose i sykehjem. Det bør stå: “Når innbyggere flytter til langtidshjem tilbakekaller sykehjemslegen innbyggerens resepter.” Det kan med fordel stå en forklaring, men den bør heller baseres på at det ikke er HELFO som dekker utgiftene via forskrivning på resept, men av sykehjemmet.

Også under korttidsopphold bør det være en sterk anbefaling/pålegg om å inaktivere resepter. Forutsetningen er at funksjonaliteten er slik at det er enkelt å reaktivere ved utreise. (H-resepter må være urørt, ja).

Vi opplever at sykehjems ønskede praksis er beskrevet i punkt 4.4.2, men vil presisere at det som står der ikke bare gjelder langtidshjem, men også korttidsavdelinger. PLL må oppdateres etter hver endring, som påpekt over.

“4.4.4 Sykepleier og annet helsepersonell med legemiddelansvar på sykehjemmet”. Beskrivelsen er OK. Det bør stå at virksomheten må ha skriftlige rutiner for samstemming/bruk av PLL for og andre kilder for dosering inntil lege har vurdert legemiddellisten.

Det er i tillegg mange ulike opphold i sykehjem, og avlastningsopphold og trygghetsavdelinger er ikke beskrevet i informasjonssiden. Antallet slike plasser er forventet økt fordi flere skal bo hjemme lenger og demensforekomst øker. Fordi ansvar- og legeoppfølging er en annen ved denne type plass, men behov for legemiddelliste/legemiddelinformasjon er den samme, bør informasjonssiden si noe om denne typen opphold. Når helsepersonell overtar ansvar for utdeling av legemidler bør de håndteres likt som øvrige korttidsopphold.

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

Tilsynelatende gir informasjonssiden et godt grunnlag for utarbeidelse av lokale rutiner. Siden vi ikke har sett PLL og de fleste hos oss har noe begrenset innsikt i SFM-løsningen, og ikke helt ser for oss den totale løsningen, er det litt vanskelig å vite sikkert.

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

Kapittelinnvidlingen er grei å lese, og en kan finne relevant informasjon under kapitteloverskriftene. Høringsdokumentet er ikke utformet helt slik det kommer til å foreligge på nettside (med klikkbare overskrifter på alle nivå?), men vi tenker utgangspunktet ser bra ut. Når det gjelder å finne relevant informasjon kan man vurdere å lenke til den mer utdypende informasjonen som kommer senere i dokumentet.

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

Ja, det er behov for noen flere eksempler og noe mer utdyping enkelte steder, men de har vi påpekt andre steder.

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

Vi støtter opprettelsen av tom PLL, da det er en viktig forskjell mellom å ikke ha PLL (betyr: ingen har tatt stilling til legemiddelbruken), kontra har «tom PLL», som vil bety at noen faktisk har tatt stilling/avklart at vedkommende faktisk ikke bruker legemidler. I tillegg til de eksempler som er trukket fram som brukerscenarier i arbeidsgruppen vil tom PLL også gi en støtte ved legemiddelsamstemming ved innkomst til sykehus eller til kort- og langtidsavdelinger i sykehjem. Kjernejournal vil i en slik situasjon kunne ha «gamle» resepter å vise som det kan være tvil om de er aktuelle. «Tom PLL» vil da kunne vise at de ikke lenger er aktuelle. Hvem som har opprettet den tomme listen vil dessuten være tilgjengelig informasjon, noe som kan være viktig ved behov for å komme i kontakt med aktuell behandler, som kanskje ikke i alle tilfeller er åpenbar.

Siden lagringstiden for PLL er 16 måneder vil det også være viktig å kreve at "tom PLL" må oppdateres på nytt. Alternativt må det på annen måte fremkomme at siste PLL var "tom".

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)**

Vi støtter muligheten for å kunne kommentere både per legemiddeloppføring og overordnet. I samhandlingsøyemed vil denne muligheten være viktig. Eksempler angitt i informasjonsutkastet er relevante og det samme gjelder informasjon som blir lagret sammen med kommentaren (hvem, når osv). På overordnet nivå er CYP-genotyping og lignende tester vesentlig. Når en slik test først er gjort bør den være tilgjengelig for andre forskrivere. Per i dag er det en utfordring at det ikke er kjent at en slik test er tatt. Det finnes mulighet for registrering av testen for dette i kjernejournal, men denne muligheten benyttes i begrenset grad per i dag. Siden denne testen er viktig for nettopp legemiddelbehandling kunne den med fordel vært med. Hvis jussen ikke tillater dette rutinemessig, kan pasienten eventuelt måtte reservere seg?

7) 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?

- Innholdet ser vi på som en veileder, men vi ønsker netttformatet som for nasjonale faglige råd (fremfor nye ukjente formater)

8) Annet?

Det lar seg merke at en del funksjonalitet, utover opphenting/oppdatering av PLL beskrives. For eksempel er uttrekk av CAVE-informasjon eller innhenting av informasjon fra papirreseptsskriving i EPJ som per i dag ikke mulig. Reseptformidler er heller ikke per idag en del av vårt EPJ-system. Det antas at dette er funksjonaliteter som også inngår i det som kalles «systemstøtten» på side 8 i høringsdokumentet under «Helsedirektoratet anbefaler:». Vi ser risiko for at PLL ikke blir oppdatert når lege (med PLL) skal godkjenne oppdateringer av andre forskrivere enn leger og leger uten PLL, samt manuell håndtering av for eksempel utleveringsmeldinger/LAR-behandling. Varsler bør også være rutinemessig implementert i alle EPJ-systemer. I informasjonsdokumentet gis det etter vår mening litt for stort inntrykk av at dette ikke er et krav/ikke nødvendig. Systemstøtten må også inneholde funksjonalitet for det. Implementeringsfasen antar vi vil være spesielt sårbare og det bør legges til rette for at denne blir så kort som mulig og at myndighetene bidrar til at alle virksomheter får gjort dette så raskt og hensiktsmessig som mulig. En real ryddedugnad i reseptformidleren bør iverksettes før utrulling.