



Direktoratet for
e-helse

Høringsutkast

Pasientens legemiddelliste - PLL i praksis

Oktober 2023



Publikasjonens tittel:

Pasientens legemiddelliste - PLL i praksis

Utgitt:

17.10.23

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Adresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo

Tlf.: 21 49 50 70

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Innholdsfortegnelse

1 Om informasjonssiden PLL i praksis	7
1.1. Om utarbeidelsen av informasjonssiden PLL i praksis.....	7
1.2. Omfang og avgrensninger	8
1.3. Status for innføring av pasientens legemiddelliste	9
2. OM PASIENTENS LEGEMIDDELLISTE (PLL)	10
2.1. Hva er PLL?	10
2.2. Hvem skal ha PLL?	10
2.3. Er det behov for å kunne sende en "tom" PLL?	11
2.4. Hvem oppretter første PLL?	12
2.5. Hva skal PLL inneholde?.....	13
2.6. Legemiddelreaksjoner (CAVE) i PLL	14
2.6.1. Sammenhengen mellom legemiddelreaksjoner i PLL og i kjernejournal	14
2.7. Hvilken historikk inneholder PLL, og hvor lenge lagres PLL?	15
2.8. Om oppdatering av PLL	15
2.8.1. Fastlegene.....	16
2.8.2. Sykehjemsleger.....	16
2.8.3. Sykehusleger.....	16
2.8.4. Legevaktleger og andre leger som yter tilfeldig helsehjelp.....	16
2.8.5. Andre rekvisiter i e-resept, dvs. tannlege, helsesykepleier og jordmor	16
2.8.6. Pasienten eller den som hjelper pasienten.....	17
2.9. Hvem kan lese PLL?	18
2.9.1. Helsepersonell med tjenstlig behov.....	18
2.9.2. Lege	18
2.9.3. Tannlege, helsesykepleier og jordmor.....	18
2.9.4. Apotek	18
2.9.5. Pasient	19
3. PRAKTISK BRUK AV PLL	20
3.1. Grunnlag for å opprette/ oppdatere PLL	20
3.1.1. Legemiddelsamstemming.....	21
3.1.2. Legemiddelgjennomgang	21
3.1.3. Oppdatering av PLL	21

3.1.4.	Informasjon i reseptformidleren/ kjernejournal som grunnlag for opprettelse/og oppdatering av PLL.	21
3.2.	Hvilke legemiddelbehandlinger skal registreres i PLL?	22
3.2.1.	Registreres i PLL:.....	22
3.2.2.	Registreres ikke i PLL:.....	23
3.3.	Hva skal registreres på den enkelte legemiddelbehandling?	24
3.3.1.	Virkestoffrekvirering/ordinering.....	25
3.3.2.	Dosering	26
3.3.3.	Brukskoder	27
3.3.4.	Datoer i PLL	28
3.3.5.	Kommentar til legemiddeloppføringer i PLL (under utredning)	29
3.4.	Hvordan registrere papir- og telefonresepter i PLL?	29
3.5.	Hva med utleveringsmeldinger i PLL?	30
3.6.	Hvordan oppdatere PLL ved endringer i legemiddelbehandlingen?	31
3.6.1.	Endre legemiddelbehandling i PLL.....	31
3.6.2.	Seponer/Tilbakekall	31
3.6.3.	Hvordan sette legemiddelbehandling i PLL på pause?	32
3.7.	Hvordan formidle legemiddelreaksjoner (CAVE) i PLL?	32
3.8.	Hvordan håndtere medisinske varsler i PLL? <i>(Funksjonalitet er ikke tilgjengelig i utprøvingen)</i> ..	33
3.8.1.	Håndtering av varsel om legemiddelreaksjoner (CAVE) i PLL	33
3.8.2.	Håndtering av varsel om interaksjoner i PLL.....	34
3.8.3.	Håndtering av varsel om dobbeltoppføringer i PLL	34
3.8.4.	Hvem må håndtere medisinske varsler i PLL?	35
3.8.5.	Import med allerede behandlede varsler i PLL	35
3.8.6.	Import av ikke-behandlede medisinske varsler i PLL, og ved opprettelse av ny lokal legemiddelbehandling	35
3.9.	Hvordan håndtere løse resepter? (Fra lege uten støtte for PLL, tannlege, helsesykepleier og jordmor).....	36
3.10.	Hvordan håndtere låste resepter?	37
3.11.	Hvordan håndtere forslag til endring i PLL fra sykepleiere og andre medhjelpere? ..	38
3.12.	Hvordan signere og sende PLL?	38
3.13.	Hvordan oppdage endringer i PLL gjort av andre? (fra reseptformidleren og kjernejournal) ..	38

3.14.	Hvordan fungerer PLL og elektronisk multidose?	39
3.14.1.	Oppføringer i PLL med spørsmål fra apotek.....	39
3.14.2.	PLL og papirmultidose.....	39
4.	SLIK GJØR DU DET - ARBEIDSFLYT NÅR DU OPPRETTER OG VEDLIKEHOLDER PLL 40	
4.1.	Fastlege	40
4.1.1.	Førstegangs opprettelse av PLL	40
4.1.2.	Når pasienten har PLL	40
4.1.3.	E-konsultasjoner, andre e-kontakter og telefonkontakter	40
4.2.	Legevaktlege/ Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD).....	41
4.2.1.	Legevaktlegens ansvar.....	41
4.3.	PLL i hjemmetjenesten.....	41
4.4.	Sykehjem	41
4.4.1.	Sykehjemslegen sitt ansvar.....	41
4.4.2.	Oppdatering av PLL under oppholdet på sykehjemmet - langtidsavdeling.....	42
4.4.3.	Pasienten skrives ut fra sykehjemmet	42
4.4.4.	Sykepleier og annet helsepersonell med legemiddelansvar på sykehjemmet.....	42
4.5.	Sykehus	44
4.5.1.	Når pasienten legges inn i sykehus.....	44
4.5.2.	Når pasienten er innlagt i sykehus	44
4.5.3.	Når pasienten flyttes mellom avdelinger i samme helseforetak.....	45
4.5.4.	Når pasienten skrives ut fra sykehus.....	45
4.5.5.	Når pasienten har permisjon fra sykehuset	45
4.5.6.	Behandling av pasienter i poliklinikk.....	45
4.5.7.	Behandling av pasienter i poliklinisk dagbehandling	46
4.5.8.	Behandling av pasienter i ordinær eller sykepleierdrevet poliklinikk for infusjoner og injeksjoner.....	46
4.5.9.	Behandling av pasienter i poliklinikk med e-konsultasjon	46
4.6.	Behandling hos tannleger, helsesykepleier og jordmor.....	47
5.	DEFINISJONER I E-RESEPT (ORDLISTE)	47

6. HVA SIER REGELVERKET OM PLL?	48
6.1. Gjeldende rett.....	48
6.2. Nærmere om bestemmelser som ikke er trådt i kraft, som Direktoratet for e-helse anbefaler at de som deltar i utprøvingen og den nasjonale innføringen følger	51
6.3. Lenker til relevant regelverk og nasjonale faglige veiledere.....	52
6.4. Nasjonale faglige veiledere	52
7. TEMA TIL KOMMENDE VERSJONER AV INFORMASJONSSIDEN	53
7.1. Multidoseapotek/ apotek	53
7.2. PLL og andre kilder til legemiddelinformasjon	53
7.3. PLL på helsenorge.no og i kjernejournal	53
7.4. Når pasient har blokkert helsepersonell.....	53
7.5. Logg over bruk	53

UTKAST

Denne informasjonssiden gir en overordnet innføring i hva PLL er og hjelper leger og annet helsepersonell med å ta i bruk PLL i arbeidshverdagen. Informasjonssiden er under utarbeidelse og vil oppdateres fortløpende i takt med arbeidet i den nasjonale arbeidsgruppen, og ikke minst ut fra erfaringene fra [utprøvingen av PLL i Bergen](#).

1. OM INFORMASJONSSIDEN PLL I PRAKSIS

Formålet med denne informasjonssiden er å gi en overordnet beskrivelse av pasientens legemiddelliste (PLL) med praktiske råd og anbefalinger om bruk av PLL. Informasjonssiden vil danne grunnlaget for de enkelte virksomheters lokale tilpasninger i arbeidsflyt, rutiner og opplæringstiltak for PLL. Det bør utarbeides egne beskrivelser tilpasset den enkelte virksomhet og virksomhetens pasientjournalssystem (EPJ).

Målgruppen for informasjonssiden er helsepersonell og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten som deltar i utprøving og nasjonal innføring av pasientens legemiddelliste.

1.1. Om utarbeidelsen av informasjonssiden PLL i praksis

PLL-prosjektet har siden oppstart hatt helsefaglig fokus. Dette har spesielt vært knyttet til arbeidsprosesser og helsepersonells behov ved legemiddelbehandling. En bredt sammensatt, nasjonal gruppe har drøftet medisinskfaglige og praktiske problemstillinger knyttet til innføring av PLL. Gruppen har bestått av representanter fra sentrale virksomhetstyper som deltar i behandlingsskjeden for legemidler.

Målet har vært:

- å vurdere og beskrive en hensiktsmessig og helhetlig arbeidsflyt mellom aktørene i kjeden
- å vurdere og beskrive tilhørende informasjonsflyt mellom sentrale nasjonale legemiddelkilder (reseptformidleren og kjernejournal) og pasientjournalssystemene i ulike virksomheter
- å vurdere og beskrive flyten mellom aktørene, de sentrale nasjonale legemiddelkildene og pasientjournalssystemene sett under ett

Både diskusjonen i arbeidsgruppen og denne informasjonssiden er basert på relevante regelverk, [Høringsnotat Pasientens legemiddelliste](#) og kartlegginger og samarbeidsmøter med helse- og omsorgssektoren om PLL. Erfaringer fra utprøving i Bergen har hatt en sentral plass i drøftingen. Arbeidet har skjedd i en omfattende felles møteserie, og resultatet av drøftingene er nedtegnet i denne informasjonssiden.

Det legges til grunn at helsepersonell utøver sine arbeidsprosesser (lesing, ordinerings og rekvirering) lokalt i pasientjournalen, og at pasientjournalen sørger for utveksling av oppdatert informasjon med de nasjonale legemiddelkildene (reseptformidleren og kjernejournal).

Arbeidet i den nasjonale, kliniske arbeidsgruppen for PLL har etablert og dokumentert en innledende klinisk konsensus og anbefaling om praktisk bruk av PLL. Denne er i første omgang ment å støtte videre utprøving og oppstart av stegvis innføring av PLL med flere pasienter, helsepersonell og virksomheter. Et utvidet erfaringsgrunnlag kan medføre

justering av klinisk konsensus og oppdatering av informasjonssiden. Informasjonen kan brukes som grunnlag for å vurdere behov for eventuelle endringer i nasjonale faglige råd og retningslinjer på et senere tidspunkt. Dette tenkes fulgt opp i løpende dialog med relevante myndighetsfunksjoner.

Arbeidsgruppen har vurdert sine anbefalinger i lys av overordnede hensyn i dagens regelverk, med særskilt fokus på pasientsikkerhet og forsvarlighetsprinsippet. Det er identifisert enkelte problemstillinger som vil vurderes og følges opp i parallell med høring og utprøving av PLL. Dette konkretiseres og bemerkes på de relevante stedene i denne informasjonssiden.

1.2. Omfang og avgrensninger

Informasjonssiden omhandler:

- Informasjon om hva pasientens legemiddelliste (PLL) er
- Funksjonalitet i PLL
- Arbeidsflyt for opprettelse og oppdatering av PLL
- Helsepersonell med kun leserrettigheter til PLL
- Pasientens tilgang til PLL

Avgrensninger

- Praktisk bruk av PLL for fastlege, på sykehus, på legevakt og for andre leger og i pleie- og omsorgssektoren er beskrevet. Råd og anbefalinger for andre rekvisiter (tannlege, helsesykepleier og jordmødre), samt for apotek/ multidoseapotek og pasientens tilgang til egen PLL på Helsenorge.no vil beskrives i senere oppdatering av informasjonssiden.
- Informasjonssiden beskriver ikke arbeidsflyt for resepter på næringsmidler, forbruksmateriell og vaksiner i detalj.
- IKT-støtte ved administrasjon av legemidler er ikke en del av arbeidet med PLL, og omtales ikke.
- Virksomhetene skal bruke PLL i ulike pasientjournalssystemer, og det presiseres at denne informasjonssiden ikke er en løsningsbeskrivelse.

Direktoratet for e-helse anbefaler

- Enkelte av de vedtatte bestemmelsene i regelverket som legger til rette for PLL har enda ikke trådt i kraft. Bakgrunnen for dette er at nødvendig systemstøtte ikke er tilgjengelig for alle aktørene i sektoren. Nødvendig systemstøtte er utviklet, eller er under utvikling, og er nå tilgjengelig i pasientjournalssystemene for de aktører som deltar i den nasjonale utprøvingen av PLL. Det er også nødvendig å få erfaringer med systemstøtten og samhandlingen mellom de nasjonale legemiddelkildene (reseptformidleren og kjernejournal), og de ulike pasientjournalssystemene ved bruk av PLL. Direktoratet for e-helse anbefaler derfor at virksomheter og helsepersonell som deltar i utprøvingen og innføringen av

PLL handler som om bestemmelser om meldeplikt til PLL og tilbakekallingsplikt av unødvendige resepter fra reseptformidleren har trådt i kraft.

Konkret innebærer dette at direktoratet anbefaler at:

- Når en lege gjør endringer i en pasients legemiddelbehandling, skal endringen også registreres i PLL, med mindre pasienten har motsatt seg at PLL gjøres tilgjengelig for legen. Ved opphold i helseinstitusjon, skal slik oppdatering senest utføres ved skifte av omsorgsnivå eller ved utskriving.
- Når det er nødvendig, skal leger, ved oppdatering av legemiddellisten, kalle tilbake resepter ved å sende melding om dette til reseptformidleren.

Direktoratets anbefalinger er i det videre formulert som «skal» siden målgruppen for informasjonssiden er de som deltar i utprøvingen og nasjonal innføring av pasientens legemiddelliste. For nærmere omtale av dette og beskrivelse av øvrig relevant regelverk for PLL, se «Hva sier regelverket om PLL?»

Presisering i fht legens ansvar:

Innføring av PLL endrer ikke ansvaret leger allerede har for pasientenes legemiddelbehandling. Det juridiske ansvaret er det ordinære ansvaret for forsvarlig behandling, jf. helsepersonelloven § 4.

1.3. Status for innføring av pasientens legemiddelliste

[Pasientens legemiddelliste er i 2023 under utprøving i Bergensområdet.](#) Et av formålene er å optimalisere innføring av PLL basert på erfaring fra utprøvingen.

En har allerede erfart at økt kvalitet i e-resept er en viktig forutsetning for god kvalitet i PLL. Kvalitet i e-resept handler blant annet om at alle rekvirenter gjør oppslag i reseptformidleren, tilbakekaller resepter på legemidler pasienten ikke lenger skal bruke, og hvis aktuelt oppdatere reseptinformasjonen ved endringer i pasientens legemiddelbehandling.

"Med god og riktig arbeidsflyt i e-reseptmodulen i pasientjournalen, så vil PLL komme nesten mer eller mindre av seg selv. Parallellen mellom riktig bruk av e-resept og PLL handler om roller og ansvar, at hver lege har ansvar for å opprette nye resepter når de starter ny behandling. Pasientjournalen skal gi støtte for at ny resept sendes og at den gamle resepten tilbakekalles. Dette er riktig bruk av e-resept, men vi vet jo at det har vært litt utfordrende. Hvis man innarbeider det nå, så vil det være den samme oppgaven du har når du skal oppdatere en PLL"

Sitat fra lege i utprøvningsprosjektet

2. OM PASIENTENS LEGEMIDDELLISTE (PLL)

2.1. Hva er PLL?

Pasientens legemiddelliste (PLL) er en samlet og oppdatert oversikt over relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling. PLL gir informasjon om legemiddelbehandling rekvidert og ordinert både av fastlege, sykehuslege, sykehjemslege og andre rekvidenter slik det er avtalt mellom lege og pasient. PLL skal bidra til tryggere legemiddelbehandling og mer effektive arbeidsprosesser, spesielt i ansvarsovergang mellom virksomheter i helse- og omsorgstjenesten.

De elektroniske samhandlingsløsningene rundt PLL skal bidra til god kvalitet og lav risiko ved legemiddelbehandling, ved å styrke tilgjengelighet til oppdatert informasjon om pasientens legemiddelbehandling for alle aktører som deltar i behandlingsskjeden.

Legen oppdaterer PLL i pasientjournalen og systemet sørger for utveksling av oppdatert informasjon i reseptformidleren. PLL blir også tilgjengelig i kjernejournal og kan med det for eksempel hentes direkte inn i hjemmetjenestens pasientjournalssystem. Pasienten vil selv få oversikt via [Helsenorge](#).

En viktig forutsetning for realisering av PLL er at virksomhetenes pasientjournalssystem er teknisk tilrettelagt for PLL.

2.2. Hvem skal ha PLL?

Alle som bruker legemidler ordinert av lege (heretter omtalt som pasient), eller kosttilskudd i samråd med lege, bør ha PLL.

Dette gjelder også dersom pasienten mottar legemiddelbehandling på basis av papirresept. Tilsvarende bør det, om det vurderes relevant for videre legemiddelbehandling, opprettes PLL dersom pasienten har kjent legemiddelreaksjon eller bruker kosttilskudd.

Leger som deltar i utprøvingen, og ved videre nasjonal innføring av PLL, bør som hovedregel opprette PLL i reseptformidleren for egne pasienter som mottar legemiddelbehandling. Se kap 2.4, " Hvem oppretter første PLL?"

Unntak:

- PLL skal ikke opprettes, dersom pasienten motsetter seg at PLL gjøres tilgjengelig for legen.
- PLL kan ikke opprettes, dersom pasientene ikke har norsk person-id (fødselsnummer eller d-nummer).

2.3. 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/sendte 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.

Aktuelle brukerscenarier drøftet i arbeidsgruppen kan være:

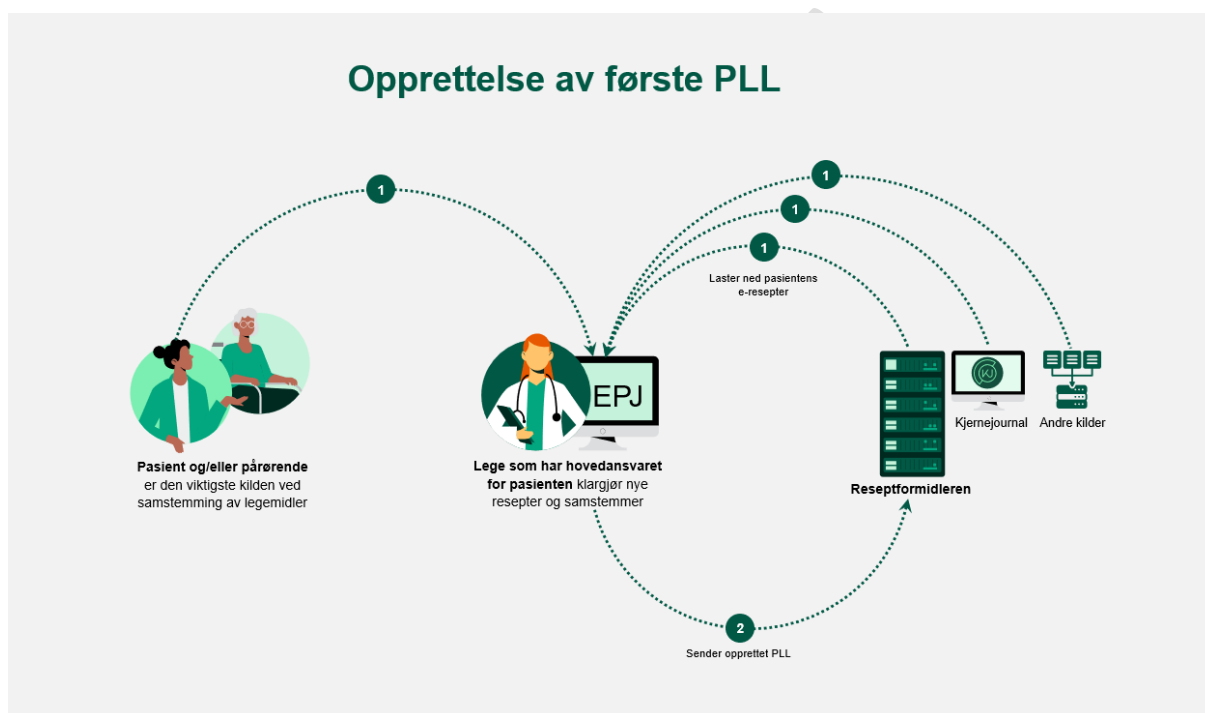
- Ved gitte diagnoser kan en forvente at pasienten har legemiddelbehandlinger, men hvor pasienten av ulike årsaker ikke bruker medisiner.
 - Eksempelvis diabetes mellitus, autoimmune sykdommer mm.
- Det kan være viktig å vite at pasientene ikke bruker legemidler, f.eks. antikoagulantia når en eldre pasient kommer til akuttmottaket med f.eks. hodetraume.
- Tilsvarende kan det også tenkes situasjoner i enkelttilfelle der det av andre grunner er viktig å markere overfor samhandlingskjeden at pasienten ikke har legemiddelbehandlinger.
- Dersom en seponerer alle legemidler på en pasient skal PLL oppdateres. Da må det sendes PLL uten legemiddelbehandlinger (seponerte behandlinger følger PLL i 3 mnd).
- PLL med kun opplysninger om legemiddelreaksjon (men uten legemiddelbehandlinger).
 - Det er viktig å kunne formidle legemiddelreaksjon også i PLL.

Direktoratet ber høringsinstansene om innspill til disse og andre relevante brukersituasjoner der det kan være aktuelt å sende en "tom" PLL.



2.4. Hvem oppretter første PLL?

Bare leger kan opprette (og oppdatere) pasientens legemiddelliste (PLL). Første PLL bør opprettes av lege som har hovedansvaret for pasientens legemiddelbehandling. Ofte vil fastlegen ha best utgangspunkt for en helhetlig vurdering av hva som er pasientens aktuelle legemiddelbehandling. Andre leger (sykehusleger, sykehjemsleger, private spesialister etc.) kan også opprette første PLL, dersom de har tilstrekkelig oversikt over pasientens legemiddelbehandling.



Figur 1 Opprette PLL

2.5. Hva skal PLL inneholde?

*[Innholdet i PLL er regulert i reseptformidlerforskriften § 1-7 \(lovdata.no\)](#)

Reseptformidlerforskriften angir at PLL skal inneholde legemidler pasienten bruker på basis av resept, og kan i tillegg når det er relevant for videre legemiddelbehandling inneholde opplysninger om 1) legemidler ordinert internt på sykehus, sykehjem mv. og legemidler uten resept, 2) kosttilskudd, og 3) legemiddelreaksjoner, interaksjonsvurderinger og legemiddelgjennomgang.*

Pasientens legemiddelliste (PLL) skal inneholde en samlet og oppdatert oversikt over hvilke legemidler pasienten til enhver tid bruker, samt relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling.

Ulike opplysningers *relevans* for videre legemiddelbehandling er en medisinskfaglig vurdering. Direktoratet for e-helse legger på basis av medisinskfaglige vurderinger og konsensus i nasjonale arbeidsgrupper for PLL til grunn at innholdet i PLL skal omfatte:

- Reseptpliktige legemidler
 - Utlevert eller administrert basert på resept
 - Utdelt eller administrert uten at det foreligger resepter, for eksempel etter forordning på sykehjem eller poliklinikk
 - Langtidsvirkende legemidler administrert av helsepersonell, for eksempel etter forordning ved sykehusinnleggelse eller poliklinisk kontakt
- Ikke reseptpliktige legemidler avtalt med lege, eller som pasienten oppgir å ta
- Kosttilskudd avtalt med lege
- Nylig avsluttet legemiddelbehandling (siste 3 måneder)
- Legemiddelreaksjoner (CAVE)
- Årsak til seponering

I tillegg har arbeidsgruppen vurdert at når det er relevant kan PLL inneholde:

- Årsak til medisinsk endring i pågående behandling
- Håndtering av varsel om interaksjon
- Håndtering av varsel om dobbeltoppføring
- Håndtering av varsel om legemiddelreaksjon
- Opplysning om gjennomført legemiddelgjennomgang.
- Kommentar til legemiddelbehandling. (*Under avklaring, omtalt i eget kapittel*)



PLL skal inneholde opplysninger om legemiddelets navn, form og styrke, varighet og dosering, årsak til at legemiddelet skal brukes (bruksområde), og navnet på legen som ordinerte legemiddelet.

PLL vil inneholde navnet på legen som sist endret PLL, og dato for når dette ble gjort.

PLL inneholder ikke informasjon om:

- Låste resepter
- Vaksiner
- Næringsmidler og forbruksmateriell
- Homeopatiske legemidler
- Legemidler administrert under innleggelse på sykehus, bortsett fra langtidsvirkende legemidler med virketid etter utskrivning.

Se kapittel 3.2 "Hvilke legemiddelbehandlinger skal registreres i PLL?" for nærmere detaljer.

2.6. Legemiddelreaksjoner (CAVE) i PLL

Informasjon om legemiddelreaksjoner (CAVE) er en forutsetning for trygg legemiddelbehandling og er derfor en del av PLL.

Når det er registrert legemiddelreaksjon(er) på en pasient i pasientjournalen vil informasjonen formidles i PLL fra pasientjournalen til reseptformidleren, og så presenteres i neste pasientjournal som henter PLL. Det vil fremgå hvilket legemiddel pasienten har reagert på, type reaksjon, og kilden til opplysningen. Dersom legemiddelreaksjonen avkreftes, vil også informasjon om dette deles i PLL.

Bivirkning av legemidler regnes vanligvis ikke som legemiddelreaksjon, og formidles ikke i PLL. Det kan imidlertid være situasjoner hvor bivirkning kan klassifiseres som legemiddelreaksjon. Det er opp til behandlende lege å vurdere og avgjøre dette.

2.6.1. Sammenhengen mellom legemiddelreaksjoner i PLL og i kjernejournal



All informasjon i PLL vises også i kjernejournal. Informasjonen hentes fra reseptformidleren til kjernejournal. Legemiddelreaksjonene i PLL overføres ikke automatisk til kjernejournal, men oppdateres i kjernejournal ved et par tastetrykk av en lege.



Det er utviklet et direkte grensesnitt mot legemiddelreaksjoner i kjernejournal slik at legemiddelreaksjoner som registreres i pasientjournalssystemet automatisk overføres til kjernejournal. Dette er i bruk i enkelte pasientjournalssystemer og vil implementeres i flere systemer etter hvert som leverandører utvikler støtte.

Mer informasjonen om [kritisk informasjon i kjernejournal, klinisk beskrivelse og kodeverk er tilgjengelig på ehelse.no.](#)

2.7. Hvilken historikk inneholder PLL, og hvor lenge lagres PLL?

Siste PLL i reseptformidleren inneholder tre måneders historikk over seponerte behandlinger.

Opplysninger som inngår i Pasientens legemiddelliste (PLL), vil lagres i inntil 16 måneder etter at lege har sendt ny PLL til reseptformidleren. Dette innebærer at dersom pasientens siste PLL ikke har vært oppdatert på 16 måneder, blir den slettet fra reseptformidleren. For de fleste pasienter med behov for kontinuerlig legemiddelbehandling, vil ikke lagringstiden i reseptformidleren medføre utfordringer. Ved endring av legemiddelbehandlingen, eller fornying av resepter, får oppdatert PLL ny lagringstid i 16 måneder. 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. Dersom en lege oppdaterer legemiddelbehandlingen etter at PLL er utløpt, må ny PLL opprettes. Pasientjournalen skal gi legen støtte for dette.

Opplysninger fra PLL registrert i reseptformidleren og vil automatisk overføres til kjernejournal. Kjernejournal inneholder inntil tre års historikk for legemiddelopplysninger, inkludert opplysninger fra PLL.

PLL-historikk som er sendt, eller mottatt i de enkelte virksomheters pasientjournaler lagres også lokalt som en del av journaldokumentasjon.

2.8. Om oppdatering av PLL

Det er bare leger som kan oppdatere PLL i reseptformidleren.

Når legen starter, avslutter, eller endrer en legemiddelbehandling, skal pasientjournalen ha funksjonalitet for at lege kan signere og sende oppdaterte PLL til reseptformidleren. Hver enkelt legemiddeloppføring i PLL viser dato og navnet på legen som opprettet, eller endret behandlingen - også hvilken lege og organisasjon som har utført siste oppdatering.

Alle leger har ansvar for å sørge for at endringene de gjør i pasientens legemiddelbehandling (og dermed også i PLL) ikke skaper konflikt med pågående legemiddelbehandling. Dette inkluderer også f.eks. legevaksleger, nettleger og andre leger som sporadisk behandler pasienten.

Følgende må vurderes:

- klinisk viktige interaksjoner
- utilsiktede dobbeltoppføringer
- legemiddelbehandling ved kjent legemiddelreaksjon

Dersom en resept tilknyttet legemiddelbehandling ikke lenger er gyldig, vil legemiddelbehandlingen i PLL bestå selv om pasienten ikke lenger har mulighet til å få utlevert legemiddelet på apoteket. Da kan legen:

- opprette ny resept, hvis pasienten skal fortsette behandlingen
- la behandlingen bli stående i PLL uten resept (f.eks. når pasienten allerede har fått utdelt tilstrekkelig mengde eller er innlagt på sykehjem).
- Seponere behandlingen i PLL dersom pasienten ikke skal fortsette behandlingen

Hvis legen kun leser PLL og ikke gjør endringer, vil ikke PLL oppdateres. Lege kan også bekrefte gjeldende PLL når det ikke er endringer. Dette kan være aktuelt når det er en stund siden PLL sist ble sendt inn (PLL lagres i reseptformidleren i 16 måneder).

2.8.1. Fastlegene

- Oppdaterer PLL fortløpende når de gjør endringer i legemiddelbehandlingen.

2.8.2. Sykehjemsleger

- Oppdaterer i utgangspunktet PLL fortløpende under oppholdet for pasienter på sykehjem/ kommunal institusjon når de gjør endringer i legemiddelbehandlingen. Dette sikrer oppdaterte opplysninger ved tilfeldige tilsyn av f.eks. legevakslege, eller ved bytte av omsorgsnivå. PLL skal senest oppdateres ved utskrivning fra sykehjem.

2.8.3. Sykehusleger

- Oppdaterer PLL senest ved utskrivning, eller ved poliklinisk behandling, når legemiddelbehandling endres. PLL vil vanligvis ikke oppdateres i løpet av sykehusopphold.
- I sykehus foretas en del konsultasjoner hos sykepleier, for eksempel på hjertesviktpoliklinikker. Legemiddelendringer gjøres i samarbeid med lege. Siden det kun er leger som kan oppdatere PLL, er det viktig at legen på denne type poliklinikk oppdaterer PLL.

2.8.4. Legevaktleger og andre leger som yter tilfølgende helsehjelp

- Skal alltid ta stilling til pasientens PLL før de endrer legemiddelbehandlingen. Disse legene oppdaterer PLL fortløpende når de gjør endringer i legemiddelbehandlingen.

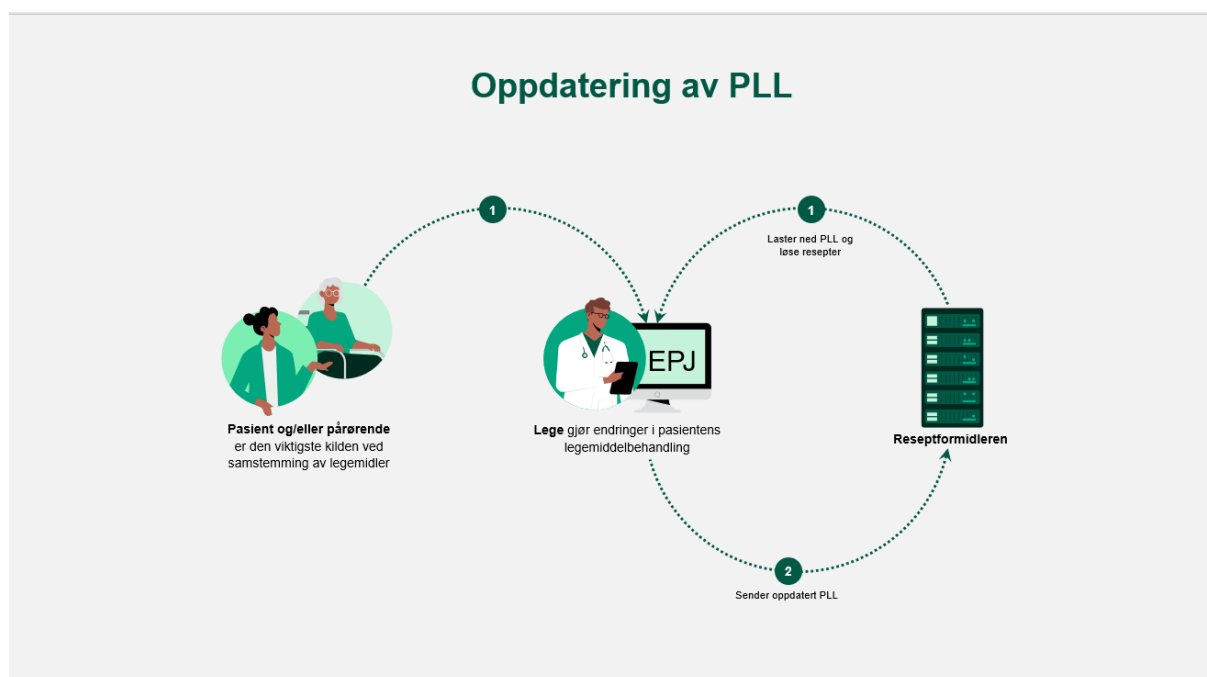
2.8.5. Andre rekvirenter i e-resept, dvs. tannlege, helsesykepleier og jordmor

- Kan ikke endre informasjon, eller oppdatere PLL, men kun gjøre endringer for enkeltresepter som angitt i reseptformidlerforskriften.
- Når tannlege, helsesykepleier eller jordmor sender en e-resept, blir dette en løs resept. Den neste legen som behandler pasienten, må hvis aktuelt sørge for å sende oppdatert PLL med legemiddelbehandlingen forskrevet på resepten.

Se også kap 4.6 "Behandling hos tannleger, helsesykepleier og jordmor"

2.8.6. Pasienten eller den som hjelper pasienten

- Ved bruk av legemidler bør pasient/ pårørende/ hjelper involveres i oppdatering/samstemming av PLL for å sikre at opplysningene som deles med annet helsepersonell er riktig.



Figur 2 Oppdatere PLL

2.9. Hvem kan lese PLL?

Når en lege oppretter, eller endrer PLL, sikrer pasientjournalssystemet at legen kan sende PLL til reseptformidleren. Da blir PLL også automatisk tilgjengelig i kjernejournal. Dette innebærer at informasjonen er tilgjengelig for aktører med tjenstlig behov* i behandlingsskjeden.

2.9.1. Helsepersonell med tjenstlig behov

- Virksomhetene vurderer hvilket helsepersonell som anses å ha tjenstlig behov for tilgang til siste oppdaterte PLL i kjernejournal. Dette skal skje på basis av gjeldende regelverk, og sikres med tilgangsstyring i pasientjournalssystemet. For eksempel kan sykepleier i hjemmetjenesten importere oppdatert PLL rett inn i det lokale pasientjournalssystemet uten manuell håndtering (gitt at det er utviklet støtte for det i pasientjournalssystemet).

2.9.2. Lege

- Lege med tjenstlig behov har både lese- og skrivetilgang i PLL. Dette innebærer at de kan se, legge til og endre informasjonen i PLL.
- Leger som deltar i utprøvingen og den nasjonale innføringen skal ved endringer i pasientens legemiddelbehandling, oppdatere PLL.
- Dersom en lege som ser på innholdet i en PLL oppdager feil i pasientens legemiddelbehandling, skal lege enten endre feilen(e), eller kontakte legen som er ansvarlig for behandlingen. Pasienten skal også informeres.

2.9.3. Tannlege, helsesykepleier og jordmor

- Tannlege, helsesykepleiere og jordmor med rekvireringsrett og tjenstlig behov har tilgang til å lese PLL i reseptformidleren og via kjernejournal.

2.9.4. Apotek

- Apotekansatte med tjenstlig behov kan lese resepter og reseptopplysninger i reseptformidleren i forbindelse med oppgaver knyttet til utlevering av legemidler, herunder håndtering av multidosepakking. Grunnlaget for utlevering av multidoser vil fremdeles være resepter.
- Apotekforeningen har bedt om en vurdering om tilgang til PLL for apotekansatte. Vurdering er under arbeid, og vil følges opp i senere versjoner av informasjonssiden.

* Pasientjournalloven og kjernejournalforskriften regulerer hvilket helsepersonell som kan lese PLL-opplysninger i kjernejournal. Hvilke helsepersonell som kan lese PLL-opplysninger i reseptformidleren er regulert i reseptformidlerforskriften.

2.9.5. Pasient

- Pasienter og foresatte for barn under 12 år skal kunne se egen og barnets PLL på Helsenorge.no. Der kan de også se logg over hvem som har sett egen, eller barnets PLL.
- Pasienter og foresatte kan blokkere utvalgt eller alt helsepersonell for tilgang til legemiddelinformasjon i PLL via Helsenorge.no.

UTKAST

3. PRAKTISK BRUK AV PLL

3.1. Grunnlag for å opprette/ oppdatere PLL

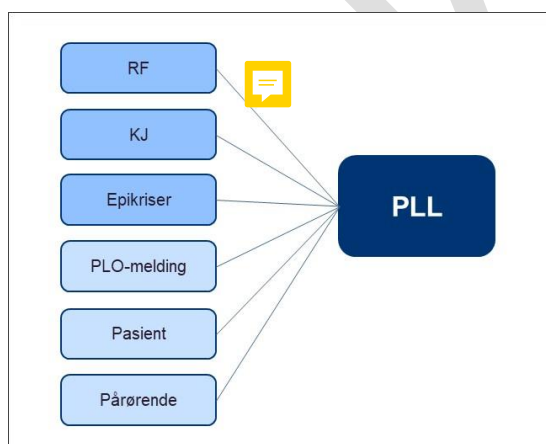
Leger oppretter og oppdaterer pasientens legemiddelliste (PLL). Vanligvis vil det være fastlegen som oppretter pasientens første PLL.

Opprettelsen av første PLL kan ta noe tid. Det benyttes ofte flere kilder for innhenting av riktig informasjon. En samtale med pasient eller pårørende vil være vesentlig for å fastslå hvilke legemidler pasienten faktisk bruker. Ved å ta utgangspunkt i den beste tilgjengelige kilden, kan den brukes som grunnlag for samtalen med pasienten.

For å sikre at PLL oppdateres med korrekt legemiddelinformasjon ligger det noen kvalitetsmessige forutsetninger til grunn. Disse forutsetningene må alle involverte i pasientens legemiddelbehandling følge opp og ta sin del av ansvaret for. Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang er metoder som bidrar til god kvalitet i pasientens legemiddelbehandling og i PLL.

[Helsedirektoratet gir faglige råd om gjennomføring av legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/legemiddelgjennomgang)

[Legemiddelverket har laget sjekklister for legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang \(legemiddelverket.no\).](https://legemiddelverket.no/)



Figur 3 viser flere mulige kilder, også kilder hvor en ikke får systemstøtte, til sammenstilling av informasjonen. Listen er ikke uttømmende.

3.1.1. Legemiddelsamstemming

Første gang det opprettes PLL for en pasient skal legemiddelsamstemming gjøres slik at neste ledd i behandlingsskjeden kan være trygg på at pasienten legemiddelliste er korrekt.

Legemiddelsamstemming går ut på at legen i samarbeid med pasienten lager en nøyaktig og fullstendig liste over legemidlene pasientene faktisk bruker. Ved legemiddelsamstemming skal pasientens faktiske legemiddelbruk gjenspeiles, men legen skal ikke klinisk vurdere om det er korrekt rent medisinsk at pasienten skal bruke legemidlene. Følg [Helsedirektoratets faglige råd for legemiddelsamstemming](#). Legemiddelsamstemming må jevnlig gjentas for å opprettholde kvaliteten i PLL.



3.1.2. Legemiddelgjennomgang

Legen vil noen ganger oppdage behov for å gjøre endringer i legemiddellisten før den første PLL sendes inn. For pasienter med mange legemidler anbefales det å gjennomføre en systematisk legemiddelgjennomgang ved opprettelsen av PLL, eller så snart som mulig etterpå. Informasjon om når siste legemiddelgjennomgang ble gjort, finnes i PLL, sammen med navnet på legen og tilhørende virksomhet. Følg [Helsedirektoratets faglige råd for legemiddelgjennomgang](#).

3.1.3. Oppdatering av PLL

For pasienter med for eksempel ustabile medisinske tilstander, kan det være nødvendig å gjøre stadige endringer av behandlingen og oppdatere den skriftlige legemiddelinformasjonen, uten å gjennomføre legemiddelsamstemming. Oppdatering er aktuelt ved løpende justering av behandling hos fastlege, på legevakt, hos praktiserende spesialist, ved sykehuspoliklinikk og senest ved utskrivning fra sykehus eller helseinstitusjon. Se kap 2.8 "Om oppdatering av PLL".



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

Når legemiddelmodulen i pasientjournalen åpnes, skal systemet automatisk gjøre oppslag i reseptformidleren og eventuelt kjernejournal, for å sikre at legene har tilgang til den mest oppdaterte legemiddelinformasjonen fra disse nasjonale legemiddelkildene i legemiddelmodulen i pasientjournalen. Dette gjelder både når den første PLL opprettes, og ved senere oppdateringer.



Legemidler som ikke lenger benyttes må seponeres, og eventuelle tilhørende resepter må tilbakekalles. Legemidler som pasienten bruker, men som ikke finnes i de nasjonale legemiddelkildene, må legges til i PLL.

3.2. Hvilke legemiddelbehandlinger skal registreres i PLL?

Arbeidsgruppen mener på basis av medisinskfaglige vurderinger at PLL bør inneholde opplysninger om følgende legemiddelbehandlinger

3.2.1. Registreres i PLL:

Type	Kommentar
Legemiddelbehandlinger/ ordinasjoner (fast/behov/kur)	<p>Aktiv legemiddelbehandling på basis av resept skal inngå i PLL. Når det er relevant for videre legemiddelbehandling av pasienten, kan PLL i tillegg inneholde opplysninger om legemidler ordinert internt på sykehus, sykehjem mv, og legemidler uten resept og kosttilskudd.</p> <p>Dette inkluderer også informasjon om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legemidler for pasienter med e-multidose • Legemidler på telefonresept (registreres etterskuddsvis eventuelt registreres utleveringsmelding). • Legemidler utlevert på papirresept (utleveringsmelding registreres)
Langtidsvirkende legemidler:	<p>All legemiddelbehandling med langtidsvirkende legemidler skal registreres i PLL. Dette gjelder både legemidler som administreres før utskrivning fra sykehus, og legemidler som administreres på poliklinikk. Noen eksempler på legemidler som skal registreres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legemidler med virketid flere dager etter administrering på poliklinikk/etter utskrivning. • Infusjoner/injeksjoner på poliklinikk (f.eks. biologiske legemidler, osteoporose legemidler, cytostatika og antipsykotiske legemidler)
Legemiddelendringer gjort på sykepleierdrevet poliklinikk (etter virksomhetens delegasjon)	<p>Ansvarlig lege må oppdatere PLL.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eksempler: Hjertesvikt- /diabetespoliklinikk.
Legemiddelavgivende innlegg/implantater	<ul style="list-style-type: none"> • Eksempler: IUD/p-stav, antiandrogene implantat.

Type	Kommentar
LAR-pasienter	<ul style="list-style-type: none"> Hvis pasient får utlevert legemiddel på grunnlag av resept fra lege, skal legemidlet være registrert som legemiddelbehandling i PLL. Hvis pasient får utdelt legemiddel på en sentral, vil det ikke foreligge resept som utleveringsgrunnlag. Da må ordinerende lege sørge for at legemidlet blir registrert i PLL som en legemiddeloppføring (uten tilknyttet resept).
Magistrelle legemidler (<i>skiller seg ikke fra øvrige legemiddelbehandlinger, men tas med for fullstendighetens skyld</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Enkel blanding Parenteral ernæringsblanding Parenteral smerteblanding Parenteral antibiotikablanding Parenteral cytostatikablanding Blanding med tilleggsinformasjon
Legemidler hvor en venter på søknadssvar fra Helfo/SLV	<ul style="list-style-type: none"> Registreres når pasienten starter å bruke legemidlet.
Kosttilskudd:	<p>Det er flere grunner til at kosttilskudd kan registreres i PLL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pakkes i multidose Kan ha interaksjoner Kosttilskudd bør registreres i PLL når det er relevant for videre legemiddelbehandling.

3.2.2. Registreres ikke i PLL:

Type	Kommentar
Legemidler som legen anbefaler pasienten å bruke, men som pasienten ikke ønsker å bruke	<ul style="list-style-type: none"> Legen bør gjøre et journalnotat om at pasienten ikke ønsker å bruke legemiddelet i strid med legens råd.
Lokalanestetika	<ul style="list-style-type: none"> Vanligvis svært kortvarig effekt. Liten nytteverdi i å legge inn i PLL.
Legemidler som pasienten sier er i bruk, men som legen fraråder pasienten å bruke	<ul style="list-style-type: none"> Her anbefaler arbeidsgruppen at det registreres etter legens skjønn.
Oksygenbehandling	<ul style="list-style-type: none"> Skal ikke registreres

3.3. Hva skal registreres på den enkelte legemiddelbehandling?

De aller fleste legemiddelbehandlinger vil bli opprettet med data fra [FEST](#). Det betyr at legen velger legemiddel ut fra navn, form og styrke. Tilleggsopplysninger knyttet til legemiddelbehandling må oppgis av legen. Det gjelder eksempelvis om legemiddelbehandling skal være fast, behov eller kur, bruksområde mm.

Nedenstående tabell angir det som skal/kan være tilknyttet legemiddelbehandling.

Felt	Kommentar
Brukskode	«Fast», «Behov» eller «Kur»
Navn, form styrke	For eksempel: Paracet Tab 500 mg
Virkestoffnavn	For eksempel: Paracetamol
Bruksområde	For eksempel: MOT SMERTER
Bruksveiledning/dosering	Strukturert dosering skal brukes for alle legemiddelbehandlinger når struktur kan benyttes. Pasientjournalssystemet sikrer at tekstlig dosering genereres på basis av den strukturert doseringen, og at strukturert og tekstlig dosering uttrykker det samme. Dersom strukturert dosering ikke kan angis, skal tekstlig dosering brukes.
Instituert av	Hvis tilgjengelig (opplysning om hvilken lege som startet behandlingen med legemiddelet)
Håndtering av varsler	Hvis aktuelt, <i>når støtte for å formidle det i PLL i pasientjournalssystemet.</i>
Kommentar til legemiddelbehandling	Hvis aktuelt, tiltenkt annet helsepersonell som er involvert i pasientbehandling. Se eget kap.
Datoer	Dato for oppstart av behandling, dato for endring og dato for seponering av legemiddel.
Informasjon på eventuelt tilknyttet resept	Mengde, reit, refusjon (hjemmel og kode). Merknad kan angis (leses kun av apotek).

3.3.1. Virkestoffrekvirering/ordinering

Legemiddelverket mener at virkestoffrekvirering/-ordinering vil bidra til sikrere kommunikasjon om legemidler mellom helsepersonell, og mellom helsepersonell og pasienter. Ønske om virkestoffrekvirering/-ordinering er først og fremst motivert ut fra pasientsikkerhetshensyn, jfr. [utredning om obligatorisk virkestoffskrivning \(PDF\)](#).

Flere pasientjournaler er tilrettelagt for virkestoffrekvirering/-ordinering, og det er også e-resept som elektronisk samhandlingskjede. Ved å fremme virkestoffrekvirering/-ordinering i innføringen av PLL, vil både ulike pasientjournaler og aktørene som er involvert i pasientbehandlingen kjenne igjen legemiddelinformasjonen. Det gir bedre datakvalitet og sparer tid for klinikerne. Når preparatnavn ikke kommuniseres, forenkles rekvisering/ordinering siden legemiddelvirkestoff kan være representert med ulike preparatnavn.

Ved endring av en eksisterende behandling i PLL hvor det tidligere har vært rekvisert legemiddelpakning, eller legemiddelmerkevare, skal pasientjournalen ha støtte for å oppfordre legene til å omgjøre denne til en rekvisering/ordinering basert på legemiddelvirkestoff. Det samme gjelder når rekvisent fornyer en resept på et legemiddel som ikke var rekvisert på virkestoff.

Rekvisering/ordinering på produktnavn er fortsatt mulig, men der virkestoffrekvisering/-ordinering kan brukes oppfordres leger til å gjøre dette.

3.3.2. Dosering

Når rekvirent skal angi dosering for et legemiddel, kan dette gjøres i strukturert eller tekstlig format. Statens legemiddelverk har forslag til strukturerte doseringer i sitt datagrunnlag for legemidler i tjenesten for forskrivings- og informasjonsstøtte ([FEST](#)), og rekvirent kan i tillegg opprette sine egne strukturerte doseringer i pasientjournalen.

Strukturert dosering muliggjør effektiv samhandling om pasientens legemiddelbehandling, og er svært viktig for deling og gjenbruk i e-resept. Det bør brukes av alle leger der det er mulig.

- Strukturert dosering gir automatiske mengdeberegninger av legemiddel.
- Strukturert dosering sørger for at dosering videreføres ved import til elektroniske kurve- og administrasjonssystemer ved sykehjem/sykehus. Dette fjerner merarbeid og forebygger mulig feil ved manuell inntasting.
- Strukturert dosering kan også angis i forbindelse med endring i et behandlingsforløp (opp- og nedtrapping), og ved periodisk behandling (for eksempel Methotrexate/Folsyre eller bisfosfonater).

Leger med støtte for PLL, kan også legge til en kort kommentar om doseringen. Kommentarer vil komme med på doseringsveiledningen til pasienten ved utlevering fra apotek.

Omeprazol enterotab 20 mg ▾ Mer informasjon ▾

Bruksområde *	Diagnoser fra EPJ	ATC: A02BC01	Reseptgruppe: C
MOT DUODENAL...		> Merkevarer	
Bruk *	Dosering *	Velg merkevarer	
Fast	1+0+0+1	Ordinert av *: Aud Silje Solstad ▾	
M * F E K		Instituert av: - ▾	
1		Behandling startet *: 07.03.2022 📅	
Doseringsenhet *	Døgndose *	DSSN - doseringsveiledning til pasient *	
tablett		1 tablett morgen 1 tablett kveld	
Første dose *	Siste dose tas (seponering)		
07.03.2022 📅	dd.mm.yyyy 📅		
	Frekvens *		
	Daglig		

Figur 4 Eksempel på strukturert dosering

Tekst-dosering bør unngås i alle tilfeller der det er mulig å bruke strukturert dosering. Tekst-dosering er ikke maskinlesbart, og gjenbruksverdien i andre pasientjournaler er derfor lav.

3.3.3. Brukskoder

FAST	Legemiddel brukes fast over tid og med en fastsatt dosering hvert døgn.	Eksempel: Behandling av blodtrykkssykdom, hjertesykdom
	Kan ha ulik dosering i behandlingstiden/dosering kan være 0	Eksempler: Behandling av osteoporose som tas en gang pr uke/to ganger pr år Prevensjonsmidler som tas 21 dager med og 7 dager uten (pause)
	Kan benyttes fast, men med lengre tidsintervaller mellom hver dose	
	Kan ha seponeringsdato frem i tid	Eksempel: Blodfortynnende behandling i 12 mnd.
VED BEHOV	Legemiddel benyttes ikke hvert døgn regelmessig, men kan benyttes hvert døgn i perioder	Eksempler: Postoperativ smertebehandling, migrenebehandling og behandling av hudlidelser Reumatisme, smertebehandling
	Dosering avhenger av sykdommens intensitet	
	Dosering styres ofte av pasienten selv etter avtale med lege	
	Kan ha seponeringsdato frem i tid	Eksempel: Postoperativ smertebehandling, behandling av tørre øyne etter operative inngrep
KUR	Legemiddel som tas i en tidsavgrenset/definert periode (inntil 3 mnd.)	Eksempler: Behandling mot infeksjon, som antibiotika, soppmidler eller antivirale midler. Behandling ved oppblussing av sykdom, som sykdom i tarm, luftveier eller hud.
	Skal ha seponeringsdato frem i tid	

3.3.4. Datoer i PLL

Oppstart av behandling

Dato for når behandlingen startet, eller når den ønskes startet. Oppstartsdato for legemiddeloppføringen skal enten være institueringsdato (dato det er bestemt at pasienten skal starte med legemiddelbehandlingen), eller dato for opprettelse av legemiddeloppføringen (når institueringsdato ikke er kjent).

Endring

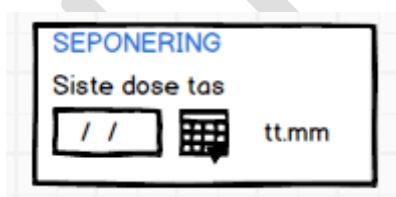
Dato som refererer til tidspunktet hvor det sist ble gjort endringer på legemiddeloppføringen. Datoen settes automatisk av systemet.

Seponering av en legemiddelbehandling

Ved seponering i nåtid, velger rekvirent "seponer", og pasientjournalssystemet sikrer at dato og klokkeslett for siste dose sendes i PLL. Systemet tilbakekaller automatisk eventuell tilhørende resept ved seponering når legene oppdaterer PLL.

Ved seponering frem i tid, setter rekvirent dato og klokkeslett for når siste dose skal tas, og dette formidles i PLL. Eventuell resept tilknyttet behandlingen bør ha samme utløpsdato som seponeringsdato, slik at pasienten ikke lenger kan hente ut legemiddelet.

Begrepet «Seponeringsdato/Dato for seponering» er ikke et entydig begrep i ulike pasientjournalssystemer. Det er innarbeidet i helsevesenet, men i brukergrensesnittet i pasientjournalene må det angis som siste dag med behandling. ("Siste dose tas")



Figur 5 Eksempel: "Siste dose tas"

3.3.5. Kommentar til legemiddeloppføringer i PLL (under utredning)

Kommentar pr legemiddeloppføring i PLL

Medisinskfaglig er det vurdert at det er behov for å kunne legge inn en kommentar til hvert enkelt legemiddel i PLL. Det kan være relevant hvis behandlende lege ønsker å formidle viktige opplysninger til neste ledd i samhandlingskjeden, for eksempel ved behandling uten godkjent indikasjon, eller dosering utenfor retningslinjene. Kommentarene vil vises så lenge legemiddelet inngår i PLL, sammen med navn på lege som skrev, eller endret kommentaren. Tidspunktet for når kommentaren ble lagt inn, eller endret, vil også vises.

Overordnet kommentar til PLL

Det er også avdekket et medisinskfaglig behov for et generelt kommentarfelt i PLL (tilsvarende som for multidose - i dagens multidosemelding). Erfaringer fra utprøvingen har aktualisert et behov for å kunne formidle en overordnet kommentar i PLL om eventuell legemiddelsamstemming (usikkerhet, mangler etc.) i tillegg andre brukstilfeller (f.eks. anbefalt LM-behandling utelatt pga pasientens egne vurderinger/motvilje).

Funksjonalitet for kommentar per legemiddel og overordnet kommentar til hele listen er ikke tilgjengelig i utprøvingen. Direktoratet ber spesielt om høringsinnspill på disse kommentarene i PLL. Behovet for kommentarene vil drøftes videre i parallell med høringen, og det vil være nødvendig med en juridisk vurdering for å vurdere det rettslige handlingsrommet for dette.



3.4. Hvordan registrere papir- og telefonresepter i PLL?

Leger som rekvirerer/ordinerer per telefon, for eksempel legevakslege som er i kontakt med sykepleiere i hjemmetjenesten, eller sykehjem, **må oppdatere PLL i eget journalsystem** slik at disse opplysningene også registreres i PLL i reseptformidleren og tilgjengeliggjøres i kjernejournal. Da får også hjemmetjenesten, eller sykehjemmet endringen inn i sitt pasientjournalsystem ved aktivering av pasienten. Papir- eller telefonresept skal registreres som legemiddelbehandling i PLL. Når legen legger til dette legemiddelet i PLL, må det vurderes om pasienten også bør få, eller skal ha, e-resept i tillegg.



- **Papirresepter** kan skrives ut fra pasientjournalen. I slike tilfeller skal pasientjournalen sørge for at PLL blir oppdatert med legemiddelbehandlingen. Dersom papirresept opprettes når legen ikke har pasientjournal tilgjengelig, må legen ved første anledning registrere legemiddelbehandlingen i PLL.
- **Telefonresepter** opprettes vanligvis når legen ikke har pasientjournalen tilgjengelig, og ringer inn en resept til et apotek. Da må behandlende lege ved første anledning registrere legemiddelbehandlingen i PLL fra eget journalsystem.

3.5. Hva med utleveringsmeldinger i PLL?

Ved utleveringsmeldinger som ikke er knyttet opp mot en eksisterende legemiddelbehandling i PLL, kan det bety at tannleger, helsesykepleiere, jordmødre, eller leger som ikke har funksjonalitet for e-resept har startet legemiddelbehandling. Fastleger mottar for eksempel slike utleveringsmeldinger når pasienter får utlevert legemidler basert på resept fra en annen rekvirent.

Behandlerne bør vurdere om legemiddelbehandling i en utleveringsmelding skal legges til PLL. Dette gjøres best sammen med pasient, og/eller pårørende.

UTKAST

3.6. Hvordan oppdatere PLL ved endringer i legemiddelbehandlingen?

3.6.1. Endre legemiddelbehandling i PLL

Ved endring av legemiddelbehandling i PLL, utfører lege endringene. Dersom det er e-resept tilknyttet legemiddelbehandlingen, vil den nye resepten sendes samtidig med oppdatert PLL og den opprinnelige resepten tilbakekalles. **Det skal alltid være samsvar mellom legemiddeloppføringen i PLL og eventuell tilhørende resept.**



Aktuelle endringer som oppgis i form av kodeverdier:

- Legemiddelform ([kan endres i henhold til Legemiddelverkets bytteliste](#))
- Styrke
- Dosering
- Bruksområde
- Behandlingsvarighet

Opplysninger om årsaken til endringer i pasientens legemidler er viktig for annet helsepersonell med behandlingsansvar. Legen bør skrive en kommentar om årsak til endringen i kommentarfeltet til den aktuelle legemiddeloppføringen i PLL. Både kodeverdi og begrunnelse vil følge med i PLL i tre måneder etter at endringen ble gjort.

3.6.2. Seponer/Tilbakekall



Når en legemiddelbehandling i PLL seponeres, følger informasjon om seponeringen med i PLL i tre måneder.

Informasjon om årsaker til seponering, eller endret dose, er viktig informasjon for neste behandler. Det er ikke alltid neste behandler har tilgang til informasjonen i f.eks. epikrise. Legen velger en kodeverdi (se eksempel) som indikerer hvorfor legemiddelet ble seponert. Legen kan også skrive en kommentar, som forklarer situasjon og årsaken til seponeringen for neste behandler.

Kodeverk 7494	
Årsak til seponering	
A	Avsluttet behandling
D	Dobbeltoppføring
I	Interaksjon med annet legemiddel
L	Legemiddelreaksjon
M	Manglende effekt
P	Pasienten har ikke brukt legemiddelet
S	Pasienten har selv sluttet med legemiddelet
X	Annen årsak

Figur 6, Eksempel fra [Volven.no](#) "Siste dose tas"

3.6.3. Hvordan sette legemiddelbehandling i PLL på pause?

Pasientens legemiddelliste (PLL) har per i dag ingen «pausefunksjon». Dersom pasienten i en periode ikke skal bruke et gitt legemiddel, men senere gjenoppta behandlingen, har arbeidsgruppen vurdert det mest hensiktsmessig å sette dosering i PLL til "0" i perioden.  

I noen få tilfeller er ikke lege involvert i behandlingspauser, for eksempel ved innkalling til et kirurgisk inngrep hvor blodfortynnende legemidler ikke skal brukes i en gitt periode før og etter inngrepet. I slike situasjoner vil ikke PLL gjenspeile bruken av det aktuelle legemiddel.

3.7. Hvordan formidle legemiddelreaksjoner (CAVE) i PLL?

Hvis pasienten har hatt legemiddelreaksjon(er) må reaksjonen(e) registreres i pasientjournalen for å bli inkludert i PLL ved oppdatering til reseptformidleren. Registreringen må skje strukturert i formatet pasientjournalen forlanger i henhold til kritisk informasjonsstandard. Da kan registreringen gjenbrukes av andre aktører som skal behandle pasienten senere.

Dersom PLL har opplysninger om legemiddelreaksjoner, vil disse bli lagt til i pasientjournalen, og videreformidles sammen med lokale registreringer.

Legemiddelreaksjonen kan avkreftes, dersom legen gjennom kommunikasjon med pasient, eller andre kilder, finner ut at reaksjonen ikke er reell.

3.8. Hvordan håndtere medisinske varsler i PLL? *(Funksjonalitet i dette kapitlet er ikke tilgjengelig i utprøvingen)*

PLL vil dele håndtering av medisinske varsler. Blant annet skal følgende deles:

- Hvorfor en lege opprettholder behandling med legemidler som interagerer med hverandre.
- Hvorfor dobbeltoppføring er akseptert.
- Hvorfor det er rekvirert/ordinert legemidler pasienten har registrert legemiddelreaksjon på



Når legen opprettholder rekvirering/ordinering i PLL på tross av medisinsk varsel, skal eller bør vedkommende informere om bakgrunn og begrunnelse for behandlingsvalg - avhengig av type varsel. Dette sikrer formidling av korrekt, oppdatert informasjon, og bidrar til pasientsikkerhet. Det er viktig at slik informasjon er lett tilgjengelig og begrunnet for helsepersonell med ansvar for pasientens videre legemiddelbehandling

3.8.1. Håndtering av varsel om legemiddelreaksjoner (CAVE) i PLL

Informasjon om tidligere legemiddelreaksjoner er en forutsetning for trygg legemiddelbehandling, og skal inngå i PLL når de er relevant for videre legemiddelbehandling. På samme måte som informasjon om slike reaksjoner er viktig, må leger kunne stole på at når det ikke foreligger opplysninger, så betyr det at ingen slike relevante reaksjoner er kjent.



I enkelte tilfeller kan det være registrert legemiddelreaksjon på et legemiddel hvor legen anser at nytteverdien ved å behandle pasienten med legemiddelet er vesentlig større, enn faren for en alvorlig legemiddelreaksjon. Da er det viktig at legen som rekvirerer/ordinerer deler informasjon om bakgrunnen, og begrunner for dette behandlingsvalget.

- Legen som rekvirerer/ordinerer en ny legemiddelbehandling det er registrert legemiddelreaksjon på, må bekrefte at legemiddelet skal inngå i pasientens legemiddelbehandling.
- Legen som endrer en legemiddelbehandling det er registrert legemiddelreaksjon på, må bekrefte at legemiddelet fortsatt skal inngå i pasientens legemiddelbehandling.
- Legen må skrive en kommentar til hvorfor legemiddelet skal inngå i pasientens legemiddelbehandling. Kommentarene registreres fra et eget kodeverk, i tillegg til et fritekstfelt som kan benyttes, og videreformidles i PLL.

Se kapittel 3.3.5, "Kommentar til legemiddelbehandling", og ønske om innspill i høringen.

3.8.2. Håndtering av varsel om interaksjoner i PLL

Dersom legen har vurdert og tatt stilling til legemiddelkombinasjoner med klinisk relevant interaksjonspotensial, men opprettholder behandlingen, er dette viktig informasjon for neste behandler. For eksempel kan legen ta hensyn til interaksjonen ved å endre dosen til et av legemidlene.

Med interaksjoner menes at ett legemiddel påvirker effekten av et annet legemiddel. Leger skal foreta interaksjonsvurderinger ved rekvirering/ordinering

- Legen som rekvirerer/ ordinerer et legemiddel med alvorlig interaksjon (rød) med andre legemidler i pasientens PLL, må bekrefte at legemiddelet skal inngå i pasientens legemiddelbehandling. For øvrige interaksjonsvarsler (gule og grønne), er det ikke krav om bekreftelse.
- Legen som endrer et legemiddel som har alvorlig interaksjon (rød) med andre legemidler i pasientens PLL, må bekrefte at legemiddelet skal inngå i pasientens legemiddelbehandling. For øvrige interaksjonsvarsler (gule og grønne), er det ikke krav om bekreftelse. En reseptfornyelse uten å endre på behandlingen oppfattes ikke som endring.

Legen bør begrunne hvorfor legemiddelet skal inngå i pasientens legemiddelbehandling, og informere om nødvendige tiltak som gjør det medisinsk forsvarlig. Kommentarene kan hentes fra et eget kodeverk eller skrives som fritekst for dette formålet i pasientjournalen.

Se kapittel 3.3.5, "Kommentar til legemiddelbehandling", og ønske om innspill i høringen.

3.8.3. Håndtering av varsel om dobbeltoppføringer i PLL

Det kan være medisinske grunner til at pasienter noen ganger skal ha to gyldige rekvireringer/ordineringer på likt, eller tilnærmet likt, virkestoff. Ofte dreier det seg om ulik styrke eller formulering. Det kan bl.a. være nødvendig for å oppnå riktig dosering ved behov for både hurtigvirkende og langsomt virkende formulering, og når legemiddelet skal brukes både fast og ved behov. I slike tilfeller er det viktig at legen som rekvirerer/ordinerer deler informasjon om bakgrunnen og begrunnelse for dette behandlingsvalget i PLL*.

- Legen som rekvirerer/ordinerer mer enn én legemiddelbehandling med likt eller tilnærmet likt virkestoff, bør bekrefte dette. (Dette gjelder for eksempel hvis to typer av samme legemiddelgruppe, for eksempel betablokkere). Legen kan oppgi en kommentar til hvorfor legemiddelbehandlingene skal inngå i form av en kodeverdi, og eventuelt en fritekstkommentar.
- Legen som endrer et legemiddel med en dobbeltoppføring i PLL bør bekrefte at legemiddelet skal inngå i pasientens legemiddelbehandling. Dette gjelder ikke hvis legen fornyer en resept uten å endre på behandlingen.

Se kapittel 3.3.5, "Kommentar til legemiddelbehandling", og ønske om innspill i høringen.

3.8.4. Hvem må håndtere medisinske varsler i PLL?

Slik det bare er leger som kan opprette og oppdatere PLL, er det bare leger som kan formidle at medisinske varsler er håndtert. Når en lege endrer en pågående legemiddelbehandling i PLL, eller oppretter en ny, må legen begrunne hvorfor eventuelle varsler om legemiddelreaksjoner, interaksjon eller dobbeltoppføring i PLL kan tillates. Legen bør, eller må, redegjøre for eventuelle nødvendige (kompenserende) tiltak avhengig av type varsel.

3.8.5. Import med allerede behandlede varsler i PLL

Informasjon om håndtering av de medisinske varslene skal deles i PLL. Annet helsepersonell vil på denne måten ha tilgang til opplysningene, og trenger ikke håndtere varselet på nytt. Ved import av PLL, er det viktig å være klar over at legemidler med håndterte medisinske varsler automatisk er tydelig markert i pasientjournalen slik at helsepersonell ser dette.

3.8.6. Import av ikke-behandlede medisinske varsler i PLL, og ved opprettelse av ny lokal legemiddelbehandling


Leger uten støtte i pasientjournalen for å formidle håndtering av medisinske varsler i PLL i reseptformidleren kan ikke dele informasjon om hvorfor de tillater:


- at pasienten har legemidler som det er registrert legemiddelreaksjon på
- at pasienten har legemidler som interagerer med andre legemidler pasienten bruker
- at pasienten har to eller flere resepter på samme legemiddel


Leger med støtte for PLL i pasientjournalene bør, men må ikke, håndtere medisinske varsler på legemidler som de legger til i PLL i en pasientjournal. Når de sender oppdatert PLL til reseptformidleren vil denne informasjonen følge med og komme neste ledd i behandlingsskjeden til nytte. Hvorvidt leger med støtte for PLL skal håndtere varsler i PLL'er som er opprettet i pasientjournaler uten støtte for varselhåndtering, må besluttes i den enkelte virksomhet.

Dersom leger med støtte for PLL endrer legemiddelbehandling som inngår i allerede håndterte medisinske varslene i PLL må de ta stilling til om varslene fremdeles er gjeldende.

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".

Leger uten støtte for PLL i pasientjournalsystemet kan ikke oppdatere PLL. Resepter fra disse legene håndteres som løse resepter. I oppstart av PLL-innføring vil det være få leger som oppdaterer PLL og det vil derfor potensielt være mange løse resepter som må håndteres på pasienter med PLL. 

Andre rekvirenter i e-resept enn legene (dvs. tannleger, helsesykepleiere og jordmødre) har lesetilgang, men kan ikke endre informasjonen eller oppdatere PLL for pasienter de behandler. 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. 

Neste behandlende lege må 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.

3.10. Hvordan håndtere låste resepter?

Låst resept er en personvernmekanisme i e-resept. Den skal ivareta pasientens interesser når pasienten ønsker at opplysninger om et rekvirert legemiddel bare skal være tilgjengelig for helsepersonell pasienten ønsker å gi tilgang. Pasienten har tilgang til sine låste resepter på helsenorge.no.

Låst resept er en resept beskyttet med et referansenummer som genereres av reseptformidleren. Nummeret fungerer i praksis som et passord.

Helsepersonell med tilgang til pasienten i virksomhetens pasientjournalssystem hvor den låste resepten er laget, får tilgang til opplysningene, eventuelt sammen med de pasienten selv velger å dele opplysningene med, for eksempel apotek hvis de skal levere ut legemiddelet.

Ved oppslag i reseptformidleren og kjernejournal, får helsepersonell fra annen virksomhet enn der resepten ble låst beskjed dersom det finnes låste resepter på pasienten. Helsepersonellet som skal ha tilgang til den låste resepten må oppgi referansenummer i reseptformidleren, eller innhente samtykke/registrere nødsituasjon i kjernejournal, for å få tilgang til informasjonen. Pasienten som ønsker utlevering av legemidler som er rekvirert på en låst resept, må oppgi referansenummeret til personellet i apoteket.

Låste resepter skal ikke være en del av PLL, og vil ved tilgang som beskrevet over fremstå som løse resepter. Et fåtall pasienter har låst resept. Legen må informere pasienter som ber om låst resept om at den kun er synlig for helsepersonell som innehar reseptens referansenummer, eller har fått samtykke av pasient eller registrert nødsituasjon, og at legemiddelbehandlingen ikke blir inkludert i PLL.

Hvis pasienten ber om at en eksisterende legemiddelbehandling i PLL skal ha en låst resept, må legen seponere denne behandlingen i PLL, og opprette den på nytt som en låst resept. Da vil pasientjournalssystemet tilbakekalle den opprinnelige resepten knyttet til legemiddelbehandlingen i PLL fra reseptformidleren.

Pasienten har tilgang til sine låste resepter på helsenorge.no.

3.11. Hvordan håndtere forslag til endring i PLL fra sykepleiere og andre medhjelpere?

I enkelte pasientjournalssystem kan en sykepleier eller medhjelper laste ned PLL og annen reseptinformasjon fra kjernejournal og lage forslag til endringer i pasientens legemiddelbehandling. Dette gjelder helsepersonell med tjenstlige behov som har rett til å se pasientenes legemiddelliste i kjernejournal. For at PLL skal oppdateres må legen godkjenner medhjelpers foreslåtte endringer i pasientjournalen, og sende inn oppdatert PLL.

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 (pasienten, PLO-meldinger, eller lignende). Legen må vurdere medhjelpers forslag til endring i PLL, godkjenne eller avvise forslaget, og sende oppdatert PLL til reseptformidleren.

3.12. Hvordan signere og sende PLL?

Når lege har opprettet eller oppdatert pasientens legemiddelopplysninger og klargjort eventuelle tilknyttede resepter i pasientjournalen, er det klart for signering og sending av PLL til reseptformidleren. Innholdet i PLL forhåndsvises i pasientjournalen før innsending.

3.13. Hvordan oppdage endringer i PLL gjort av andre? (fra reseptformidleren og kjernejournal)

Når helsepersonell med tjenstlige behov åpner legemiddelmodulen, gjør pasientjournalssystemet oppslag mot reseptformidleren for rekvirenter. For øvrige helsepersonell med tjenstlig behov gjøres oppslag mot kjernejournal.

Enkelte pasientjournaler tilbyr abonnement på endringer i PLL og reseptinformasjon fra kjernejournal. Dette gjelder når pasientene er innlagt i virksomheten som det gjøres oppslag fra. Slik kan for eksempel en sykepleier i hjemmetjenesten få varsler i pasientjournalen om at det er pasienter med endringer i PLL. Sykepleier gjør så oppslag i pasientens kjernejournal og importerer inn oppdatert PLL og eventuelle løse resepter.

Multidoseleger kan abonnere på endringer i pasientens legemiddelbehandling, og få varsel om endringer direkte i oppgavelisten. Endringer i legemiddelbehandlingen vises også når de gjør oppslag i reseptformidleren.

Fastleger får automatisk kopi av utleveringsmelding når pasienter har fått utlevert legemidler som er ekspedert på resepter fra andre leger.

3.14. Hvordan fungerer PLL og elektronisk multidose?

Både multidoseansvarlig lege og andre leger sender pasientens PLL og eventuelt tilhørende resepter til reseptformidleren. Informasjon om multidoseansvarlig lege er tilgjengelig i PLL. Dette er ofte pasientens fastlege. Dersom en annen lege enn multidoseansvarlig lege gjør endringer i legemiddelbehandlingen, skal PLL oppdateres.

Noen pasientjournalssystemer har en overvåkningsfunksjon for multidosepasientene. Funksjonen sjekker daglig om det er endringer i legemiddellisten for legens multidosepasienter. Ved endringer skal multidoseansvarlig lege vurdere oppdatering av PLL. Oppdatert PLL danner grunnlaget for multidoseapotekets utleveringer.

Pakking i multidose skjer vanligvis for to uker om gangen. Ikke alle legemidler pakkes. Det er ulike grunner til at noen legemidler ikke kan pakkes. Både legemidlets form, flyktighet og HMS-hensyn avgjør om et legemiddel kan pakkes, eller om det må utleveres og administreres til pasienten på tradisjonelt vis i tillegg til multidoserullen.

Multidosepakking stanses oftest under opphold i sykehjem (korttid) og sykehus. Ved utskrivning tar det av praktiske grunner ofte noe tid før pakkingen gjenopptas. I denne perioden må manuelle rutiner ivareta administrering av pasientens legemiddelbehandling. For mer detaljert beskrivelse henvises til [Helsedirektoratets nasjonale faglige råd om multidose](#).

3.14.1. Oppføringer i PLL med spørsmål fra apotek

Multidoseapotek kan sende spørsmål til multidoseansvarlig lege i egen spørremelding i e-resept. Denne meldingen kan leses av alle brukere som har systemstøtte for dette i pasientjournalssystemet. Spørsmålene kan leses av alle leger, men kan bare besvares av multidoseansvarlig lege. Svar sendes i PLL, men andre leger kan utføre handlinger som spørsmålet belyser. Multidoseansvarlig lege har funksjonalitet for å kvittere ut spørsmål som er indirekte besvart ved at andre leger har utført handlingene.

3.14.2. PLL og papirmultidose

Behovet for papirmultidose anses som minimalt når PLL er tatt i bruk, men inntil Pleie og omsorgssektoren og pakkeapotek er klare for elektronisk multidose, skal de som fortsatt må bruke papirmultidose gjøre slik: 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».



4. SLIK GJØR DU DET - ARBEIDSFLYT NÅR DU OPPRETTER OG VEDLIKEHOLDER PLL

4.1. Fastlege

Fastlegene får tilgang til pasientens oppdaterte legemiddelopplysninger ved oppslag i reseptformidleren og eventuelt kjernejournal når legemiddelmodulen i pasientjournalen åpnes.



Når pasienten har PLL, vises den i pasientjournalen hos fastlegen. Gyldige resepter fra tannleger, helsesykepleiere og jordmødre, og eventuelt resepter fra leger uten støtte for PLL, vises også. Reseptopplysninger om næringsmidler, forbruksmateriell og vaksiner vil også vises, selv om disse varene ikke inngår i PLL.

4.1.1. Førstegangs opprettelse av PLL

Når pasienten ikke har PLL, må legen lage en samlet oversikt over pasientens legemiddelbruk – [legemiddelsamstemming](#). Helsedirektoratet anbefaler å ta utgangspunkt i den beste tilgjengelige kilden og bruke den som grunnlag for samtale med pasienten. Pasienten er ofte viktigste kilde for eget legemiddelbruk, men andre kilder må også benyttes. Samtale med pasient eller pårørende er vesentlig for å fastslå hvilke legemidler pasienten faktisk bruker. Legen bør også ettergå kildene ved å undersøke i epikriser og andre innkomne dokumenter.

Førstegangs opprettelse av PLL kan være tids- og arbeidskrevende. Opprettelsen kan ikke alltid fullføres mens pasienten er til stede under konsultasjonen. Det er imidlertid avgjørende at legen oppretter PLL så raskt som mulig etter konsultasjonen av hensyn til andre helsepersonell som skal behandle pasienten.



Hvis pasienten har mange legemidler, anbefales det også å gjennomføre en systematisk legemiddelgjennomgang ved opprettelse av PLL, eller snarest mulig etterpå. Pasientjournalssystemet innlemmer automatisk allerede registrerte opplysninger om legemiddelreaksjoner i PLL. Når pasientens legemidler er samstemt, sender legen en oppdatert PLL.

4.1.2. Når pasienten har PLL

Når pasienten har PLL, avgjør behandlingssituasjonen om det bør gjøres full legemiddelsamstemming. Det er viktig å snakke med pasienten og/eller pårørende for å fastslå hvilke legemidler pasienten faktisk bruker, og legen må også ta standpunkt til løse resepter og eventuelle kladder fra medhjelpere. Når pasientens legemidler er samstemt/oppdatert, signerer legen og sender oppdatert PLL til reseptformidleren.

4.1.3. E-konsultasjoner, andre e-kontakter og telefonkontakter

PLL oppdateres dersom pasientens legemiddelbehandling endres.

4.2. Legevaktlege/ Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)

Legevaktsleger får tilgang til pasientens oppdaterte legemiddelopplysninger ved oppslag i reseptformidleren og eventuelt kjernejournal når legemiddelmodulen i pasientjournalen åpnes.

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.

Hvis pasienten har PLL sender legevaktlegen oppdatert PLL med eventuelle nødvendige tilhørende resepter.

Hvis pasienten ikke har PLL sender legevaktlegen nødvendige resepter etter oppdatering av pasientens legemiddelbehandling. Dette er spesielt viktig etter henvendelser fra for eksempel hjemmesykepleien, hvor legevaktlegen endrer pasientens legemiddelbehandling.

Se kap 3.1.3, "Oppdatering av PLL".

4.3. PLL i hjemmetjenesten

Dersom hjemmesykepleien har støtte for å se PLL og eventuelle løse resepter fra kjernejournal direkte i pasientjournalen vises disse i legemiddelmodulen. Det innebærer at sykepleieren får samme legemiddelinformasjon, og informasjon om legemiddelreaksjoner i PLL som legene og andre rekvirenter.

Hvis det oppdages feil, eller mangler i PLL, må fastlege eller annen behandlende lege kontaktes. Legen vurderer om det er behov for å sende oppdatert PLL.

4.4. Sykehjem

Sykehjemsleger får tilgang til pasientens oppdaterte legemiddelopplysninger ved oppslag i reseptformidleren og eventuelt kjernejournal når legemiddelmodulen i pasientjournalen åpnes.

4.4.1. Sykehjemslegen sitt ansvar

Når pasienter er inneliggende på **langtidsavdeling** i sykehjem deles legemidler ut fra lager. Sykehjemslegen skal tilbakekalle pasientens resepter ved innleggelse. Det sikrer at pasient, eller pårørende, ikke henter ut legemidler i apotek mens legemidlene utdeles fra lager på sykehjemmet.

Ved **korttidsopphold** må sykehjemslegen ta stilling til om reseptene skal tilbakekalles. Det vil avhenge av lengden på oppholdet og faktorer som for eksempel H-resept. Det er ofte ikke hensiktsmessig å tilbakekalle H-resepter, siden det kan være problematisk å få tak i en ny resept fra sykehus, eller relevant spesialist, ved utskrivelse fra korttidsoppholdet.

Hvis pasienten har PLL samstemmer sykehjemslegen pasientens legemidler og beslutter hvilke som skal brukes under oppholdet på sykehjemmet. Sykehjemslegen sender en oppdatert PLL til reseptformidleren.

Hvis pasienten ikke har PLL, kan sykehjemslegen velge å opprette denne. Dette er særlig aktuelt for langtidspasienter. Da blir legemidlene pasienten får administrert på sykehjem tilgjengelig for andre leger og helsepersonell som behandler pasienten, for eksempel på legevakt og i sykehus.

4.4.2. Oppdatering av PLL under oppholdet på sykehjemmet - langtidsavdeling

Når det gjøres endringer i legemiddelbehandlingen skal sykehjemslegen sende oppdatert PLL. Dette sørger for at oppdatert PLL er tilgjengelig for annet helsepersonell med tjenstlig behov, for eksempel ved en akutt innleggelse på sykehus.



Det kan oppstå situasjoner der sykehjemslege ikke er tilgjengelig, og sykehjemspasienten må behandles av f.eks en legevaktlege. Legevakslegen må oppdatere PLL fra sitt pasientjournalssystem. Dette gjelder både når legemiddel ordineres fra sykehjemmets eget legemiddellager, og ved rekvirering av legemiddel på e-resept. Sykepleieren på sykehjemmet kan så hente oppdatert PLL med den nye eller endrede legemiddeloppføringen direkte inn i pasientjournalen, og slipper å føre dette inn manuelt.

4.4.3. Pasienten skrives ut fra sykehjemmet

Når pasientens skrives ut fra sykehjemmet etter korttidsopphold, skal legen lage en samstemt liste over legemidlene pasienten skal bruke etter utskrivningen. Legen sender deretter oppdatert PLL med eventuelt tilhørende resepter til reseptformidleren.

PLL ved utreise er den legemiddellisten hjemmesykepleie, fastlege og andre behandlere forholder seg til i møte med pasienten etter utskrivning.

4.4.4. Sykepleier og annet helsepersonell med legemiddelansvar på sykehjemmet

Dersom lege ikke er til stede når pasienten ankommer sykehjemmet kan helsepersonell med legemiddelansvar, for eksempel sykepleier eller vernepleier, hente PLL og løse resepter fra kjernejournal direkte inn i legemiddelmodulen i pasientjournalen. De kan også og lage forslag til en samstemt PLL under oppholdet. Virksomheten må beslutte om det skal administreres legemidler basert på PLL som ikke signert av sykehjemslege.

For at helsepersonell utenfor sykehjemmet skal få tilgang til pasientens PLL under sykehjemsoppholdet, må sykehjemslege ta stilling til sykepleiernes forslag og sende oppdatert PLL.


Sykehjemslegen er heller ikke alltid til stede ved f.eks. overflytting av pasienter til akuttinnleggelse i sykehus. Sykehuset må varsles hvis det foreligger forslag fra sykepleiere om ny, eller endret legemiddelbehandling med status som kladd i lokal legemiddelliste, når disse ikke er godkjent av sykehjemslege og sendt med i siste oppdaterte PLL i reseptformidleren.


UTKAST

4.5. Sykehus

Sykehuspersonell får tilgang til pasientens oppdaterte legemiddelopplysninger ved oppslag i reseptformidleren og eller kjernejournal når legemiddelmodulen i pasientjournalen åpnes. For innlagte pasienter hentes opplysningene ved innleggelse og utskrivning.

Hvis pasienten har PLL samstemmer sykehuslegen pasientens legemidler og beslutter hvilke som skal brukes under oppholdet på sykehuset.

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.

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

PLL oppdateres først når pasienten forlater sykehuset.

4.5.1. Når pasienten legges inn i sykehus

Innleggelse kan være akutt eller planlagt. Ved planlagte innleggelser er pasienten oftest henvist en tid i forveien.

En legemiddelliste over pasientens antatte legemiddelbruk på henvisningstidspunktet følger de fleste henvisningsskriv. Når pasienten er på sykehuset må legemiddellisten samstemmes for å fange opp eventuelle endringer etter at henvisningen ble sendt. Hvis det er mulig, brukes pasient eller pårørende som hovedkilde. Legen må også slå opp i reseptformidleren, og/ eller kjernejournal, for å se oppdatert PLL og eventuelle løse resepter.

Det er viktig at legemidlene fra PLL som skal benyttes under oppholdet, videreføres til andre systemer i sykehuset, som elektronisk kurve, uten at legen må opprette legemidlene på nytt i hvert enkelt system. Sykehuslegen ivaretar fortsettelse, eller endringer i legemiddelbehandlingen ved å oppdatere PLL ved utreise. Da vil fastlege og hjemmesykepleie kjenne igjen behandlingene i pasientjournalen.

4.5.2. Når pasienten er innlagt i sykehus

Pasientens legemiddelopplysninger kan oppdateres i sykehusets pasientjournal eller kurvesystem, uten at PLL oppdateres i de nasjonale legemiddelkildene.

4.5.3. Når pasienten flyttes mellom avdelinger i samme helseforetak

Dersom pasienten flyttes mellom avdelinger i samme helseforetak, skal PLL i hovedsak ikke oppdateres ved overflyttingen dersom pasienten ikke utskrives. Eventuelle lokale tilpasninger rundt dette må beskrives i rutineene til det enkelte helseforetak.

4.5.4. Når pasienten skrives ut fra sykehus

Ved utskrivning må pasientens legemiddelbehandlinger samstemmes, og oppdateres i Reseptformidleren.

Hvis pasienten har PLL, sendes oppdatert PLL sammen med nye, og/eller tilbakekalte resepter.

Hvis pasienten ikke har PLL, kan sykehuslege vurdere å opprette PLL. Det gjelder spesielt når sykehuslege er hovedbehandler, for eksempel for pasienter med kreftsykdommer, nyresykdommer, eller lignende.

Når pasienten utskrives, skal PLL oppdateres, uavhengig av hvilket omsorgsnivå pasienten overføres til. Det er legens ansvar å sikre at PLL oppdateres. Oppdatert PLL er grunnlaget for legemiddelopplysningene, som vedlegges epikrisen og eventuelle henvisninger.

4.5.5. Når pasienten har permisjon fra sykehuset

Dersom pasienten reiser på permisjon, er pasienten fortsatt innlagt ved sykehuset. Det kan i hvert enkelt tilfelle vurderes om en skal sende oppdatert PLL. Hvis pasienten trenger helsehjelp som ikke utføres av ansvarlig sykehusavdeling, bør lege eller annen helsevirksomhet kontakte sykehusavdelingen hvor pasienten er innlagt.

4.5.6. Behandling av pasienter i poliklinikk

Det er ulike scenarier for poliklinisk behandling, og ikke alle inkluderer legemiddelbruk. Her omtales polikliniske behandlinger som innebærer behov for vurdering, eller endring av legemiddelbehandling.

I de fleste henvisningsskriv følger det med en legemiddelliste over pasientens antatte legemiddelbruk på henvisningstidspunktet. Under behandlingen på poliklinikk bør det vurderes behov for samstemming for å fange opp eventuelle endringer etter at henvisningen ble sendt. Hvis det er mulig, brukes pasienten og eller pårørende som hovedkilde. I tillegg må legen slå opp i reseptformidleren eller kjernejournal, for å se oppdatert PLL og eventuelle løse resepter.

Hvis pasienten har PLL sendes oppdatert PLL sammen med eventuelt tilknyttede resepter ved endringer i legemiddelbehandlingen.



Hvis pasienten ikke har PLL må samstemming også utføres. For pasienter som ikke har PLL kan behandlere leger vurdere å opprette PLL. Det gjelder spesielt i de tilfeller hvor sykehuslege er hovedbehandler – som for eksempel for pasienter med kreftsykdommer, nyresykdommer eller lignende.

4.5.7. Behandling av pasienter i poliklinisk dagbehandling

Poliklinisk dagbehandling – det vil si behandling hvor pasienten behandles i lenger tid enn ved ordinære polikliniske konsultasjoner, skal følge samme mønster som øvrige behandlinger. Da skal legemiddelsamstemming vurderes etter behov. Hvis det er legemiddelendringer skal PLL oppdateres når dagbehandlingen er over.

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

Noen sykehus har egne poliklinikker for hjertesvikt, diabetes og infusjoner, hvor det hovedsakelig er sykepleiere som utfører den praktiske legemiddelbehandlingen. Avhengig av type behandling, er det gjerne leger som ordinerer behandlingen – som for eksempel infusjoner.

Ved infusjonspoliklinikker kommer ofte pasientene til gjentatte infusjoner av samme type legemiddel, ofte legemidler med lang virketid. Dette er legemiddelbehandlinger hvor det vanligvis ikke foreligger resept. Disse legemiddelbehandlingene må dokumenteres i PLL av lege tilknyttet avdelingen. Ved gjentatte infusjoner av samme legemiddel, kan legemiddelbehandlingene legges inn i PLL som fast behandling uten resept, og eventuelt oppdateres med dato for siste administrering.

Noen pasienter får repeterte injeksjoner av langtidsvirkende legemidler, for eksempel depotpreparater av psykofarmaka. Disse legemiddelbehandlingene må dokumenteres i PLL.

Når det gjøres endringer i legemiddelbehandlingen for pasienter som behandles på sykepleierdrevne poliklinikker, må det gjøres i samråd med lege. Behov for legemiddelsamstemming vurderes, og endringer skal oppdateres av lege i PLL slik som ved øvrige polikliniske behandlinger.

4.5.9. Behandling av pasienter i poliklinikk med e-konsultasjon

Sykehuspoliklinikker foretar også e-konsultasjoner med pasienter. Legen må oppdatere PLL dersom pasientens legemiddelbehandling endres ved konsultasjonen. Dersom annet helsepersonell foretar konsultasjonen, må ansvarlig lege sørge for at PLL oppdateres ved legemiddelendringer.

4.6. Behandling hos tannleger, helsesykepleier og jordmor

Tannleger, helsesykepleiere og jordmødre har rett til å opprette e-resepter på legemidler innenfor tildelt rekvisisjonsrett. De har ansvar for å sørge for at endring i pasientens legemiddelbehandling ikke kommer i konflikt (f.eks. klinisk viktige interaksjoner) med pasientens øvrige pågående legemiddelbehandling.

Tannleger, helsesykepleiere og jordmødre må håndtere varsler om legemiddelreaksjoner, interaksjoner og dobbeltoppføringer hvis de legger til, eller endrer en pågående legemiddelbehandling i PLL.

Dette kapittelet blir oppdatert senere.

5. DEFINISJONER I E-RESEPT (ORDLISTE)

[Definisjoner i e-resept - E-resept - dokumentasjon - Confluence \(atlassian.net\)](#)

6. HVA SIER REGELVERKET OM PLL?

PLL er en samlet og oppdatert oversikt over relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling. Formålet med PLL i Reseptformidleren og Nasjonal kjernejournal er å fremme helse, og forebygge sykdom og skade, ved bedre legemiddelbehandling.

For å etablere en samlet og oppdatert oversikt over relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling (PLL) var det nødvendig å gjøre endringer i reseptformidlerforskriften, kjernejournalforskriften og pasientjournalforskriften. Helse- og omsorgsdepartementets forslag til forskriftsendringer ble sendt på høring i 2017 [Høring - pasientens legemiddelliste - regjeringen.no](#), og ble vedtatt samme år.¹

Innledningsvis presiseres det at enkelte av bestemmelsene, som ble vedtatt for å etablere pasientens legemiddelliste, ikke er trådt i kraft. Direktoratet for e-helse anbefaler at de som deltar i utprøving og nasjonal innføring av pasientens legemiddelliste handler som om noen av disse er trådt i kraft, se omtale under «*Nærmere om bestemmelser som ikke er tredd i kraft, som Direktoratet for e-helse anbefaler at de som deltar i utprøvingen og den nasjonale innføringen følger*»

6.1. Gjeldende rett

Innføring av PLL endrer ikke ansvaret leger allerede har for pasientens legemiddelbehandling. Behandlingen skal være i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet i helsepersonelloven § 4.

Pasientens legemiddelliste registreres i pasientjournalen, reseptformidleren og tilgjengeliggjøres i Nasjonal kjernejournal. Regelverket er ulikt for disse løsningene blant annet når det gjelder vilkår for tilgang til opplysningene, hvilke opplysninger som kan inngå, hvilke formål opplysningene kan brukes til og hvor lenge opplysningene kan oppbevares. Nedenfor følger en overordnet omtale av de mest sentrale bestemmelsene for disse tre ulike løsningene. Målgruppen for omtalen er helsepersonell og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten som deltar i utprøving og nasjonal innføring av pasientens legemiddelliste (PLL).

Reseptformidleren

Reseptformidleren er etablert med hjemmel i pasientjournalloven § 12 og forskrift om behandling av helseopplysninger i nasjonal database for elektroniske resepter (reseptformidlerforskriften). Reseptformidleren er en formidlingskanal som benyttes ved rekvirering av legemidler, og ble etablert i 2008. Reseptformidleren ble fra 1.1. 2019 utvidet til også å kunne inneholde pasientens legemiddelliste. Pasientens legemiddelliste er i reseptformidlerforskriften § 1-3 nr. 7 definert som «*en samlet og oppdatert oversikt over relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling.*»

Reseptformidlerforskriften gir regler for innsamling, utlevering og annen behandling av person- og helseopplysninger i reseptformidleren, jf. reseptformidlerforskriften § 1-1. Norsk

¹ [PRE-2017-12-08-1952, PRE-2017-12-08-1953, PRE-2017-12-08-1954... Forskrift om endring i reseptformidlerforskriften, forskrift om endring i kjernejournalforskriften, forskrift om endring i forskrift om pasientjournal og forskrift om endring i forskrift om - Lovdata Pro](#)

helsenett SF er dataansvarlig for behandling av personopplysninger i Reseptformidleren, jf. reseptformidlerforskriften § 1-5. Formålet med forskriften er å sørge for sikker og effektiv elektronisk formidling av resepter og reseptopplysninger mellom aktører i helse- og omsorgstjenesten og helseforvaltningen, samt bandasjister, som har et legitimt og tjenstlig behov for slik informasjon, for å bidra til at pasienten gis helsehjelp på en forsvarlig og effektiv måte. Det er også et formål å overføre informasjon til Nasjonal kjernejournal og til Legemiddelregisteret. Opplysningene i Reseptformidleren kan ikke anvendes til andre formål enn dette, jf. reseptformidlerforskriften § 1-4.

Hvilke opplysninger reseptformidleren kan inneholde følger av reseptformidlerforskriften § 1-7. Overordnet kan det skilles på opplysninger som det er plikt til å registrere (omtalt som meldeplikt) til reseptformidleren og opplysninger som kan registreres i reseptformidleren, men som det ikke er plikt til å registrere. Hvem som har plikt til å registrere de ulike opplysningene i reseptformidleren og hvem som utover det kan registre opplysninger i reseptformidleren, er regulert i reseptformidlerforskriften §§ 2-1, 2-2 og 2-3. Opplysninger som er omfattet av meldeplikten er opplysninger knyttet til resepten, opplysninger som kreves i forbindelse med søknad og søknadsbehandling om unntak fra kravet om markedsføringstillatelse til Statens, opplysninger om apotek og bandasjisters behandling av resepter, og administrative opplysninger som identitet til de som melder og får utlevert opplysninger fra reseptformidleren. Opplysninger utover dette i pasientens legemiddelliste er det ikke plikt til å registrere i Reseptformidleren. Hvilke opplysninger det utover dette rekvirenter har anledning til å registrere om pasientens legemiddelbehandling følger av reseptformidlerforskriften § 1-7 andre ledd.

Etter § 1-7 andre ledd kan reseptformidleren også inneholde pasientens legemiddelliste. Videre følger det at i tillegg til de opplysningene det er meldeplikt for til reseptformidleren, kan pasientens legemiddelliste «*når det er relevant for videre legemiddelbehandling*» inneholde opplysninger om «*1. Legemidler ordinert internt på sykehus, sykehjem mv. og legemidler uten resept, 2. Kosttilskudd, 3. Legemiddelreaksjoner, interaksjonsvurderinger og legemiddelgjennomgang.*» Hvilke opplysninger det er relevant å registrere, innenfor rammen av dette, er en medisinsk faglig vurdering.

Hvilke opplysninger som kan tilgjengeliggjøres fra reseptformidleren og for hvem er regulert i reseptformidlerforskriften kapittel 3 og må skje innenfor formålet med reseptformidlerforskriften jf. § 1-4. Legemiddellisten skal ikke gjøres tilgjengelig uten at helsepersonell er autentisert på et høyt sikkerhetsnivå. Pasientens legemiddelliste og reseptopplysninger skal tilgjengeliggjøres fra reseptformidleren til den nasjonale kjernejournalen. På den måten blir disse opplysningene også tilgjengelig for helsepersonell med tjenstlig behov, som ikke har tilgang til disse opplysningene i reseptformidleren, se omtale av Nasjonal kjernejournal nedenfor.

Registrering av opplysninger i reseptformidleren er ikke betinget av at pasienten samtykker. Pasienter kan motsette seg at opplysninger i reseptformidleren herunder pasientens legemiddelliste gjøres tilgjengelig for legen. Dersom pasienten motsetter seg at legen skal se pasientens legemiddelliste, kan ikke legen registrere endringer i pasientens legemiddelbehandling i pasientens legemiddelliste i reseptformidleren.

Pasientens legemiddelliste kan lagres i reseptformidleren i inntil 16 måneder etter at legen har meldt ny legemiddelliste til reseptformidleren, jf. reseptformidlerforskriften § 6-1 tredje ledd. Lagringstid før andre opplysninger i reseptformidleren følger av reseptformidlerforskriften § 6-1 første og andre ledd.

Nasjonal kjernejournal

Nasjonal kjernejournal er etablert med hjemmel i pasientjournalloven § 13 og forskrift om nasjonal kjernejournal (kjernejournalforskriften). Nasjonal kjernejournal er et sentralt virksomhetsovergrepene behandlingsrettet helseregister, jf. pasientjournalloven § 13 andre ledd. Med virksomhetsovergrepene behandlingsrettet helseregister menes at registeret inneholder opplysninger fra flere virksomheter.

Nasjonal kjernejournal skal kun inneholde et begrenset sett relevante helseopplysninger som er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp, jf. pasientjournalloven § 13 andre ledd. Bestemmelsen angir ikke hva som anses som relevante opplysninger. Hvilke opplysningskategorier som kan registreres i kjernejournalen følger av kjernejournalforskriften § 4. Formålet med kjernejournalen er å øke pasientsikkerheten ved å bidra til rask og sikker tilgang til strukturert informasjon om pasienten. Kjernejournalen erstatter ikke den ordinære journalføringen i pasientjournalen.

Kjernejournalforskriften gir i tillegg regler for drift av kjernejournalen, tilgangsstyring, lagring og annen behandling av opplysningene i kjernejournalen. Norsk helsenett SF er dataansvarlig for behandling av personopplysninger i kjernejournalen.

Helsepersonell som trenger tilgang til pasientens legemiddelliste for å yte forsvarlig helsehjelp kan gis tilgang til pasientens legemiddelliste i reseptformidleren via sin tilgang til den nasjonale kjernejournalen, jf. kjernejournalforskriften § 9. Hovedregelen er at pasienten må samtykke for at helsepersonell skal få tilgang til kjernejournalen. Med samtykke menes her en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig viljesytring fra pasienten der vedkommende ved en erklæring eller en tydelig bekreftelse gir sitt samtykke til at det gis slik tilgang, jf. personvernforordningen artikkel 4 nr. 11. Helsepersonell kan kun få tilgang til kjernejournalen dersom de har tjenstlig behov for dette når de yter helsehjelp til pasienten. Opplysninger i kjernejournalen skal ikke gjøres tilgjengelig uten at helsepersonell er autentisert på et høyt sikkerhetsnivå, jf. kjernejournalforskriften § 9.

Det er gjort unntak fra krav om samtykke for alt relevant helsepersonell i akutsituasjoner der det er alvorlig fare for pasientens liv, når det ikke er tid til å innhente samtykke fra pasienten eller dersom pasienten ikke er i stand til å samtykke, jf. kjernejournalforskriften § 7 første ledd. I tillegg er det unntak fra kravet om samtykke når det er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp til pasienten for helsepersonell som er angitt i kjernejournalforskriften § 7 andre ledd. Dette unntaket gjelder for pasientens fastlege, helsepersonell med legemiddelansvar i sykehjem og hjemmesykepleien, lege og sykepleier i spesialisthelsetjenesten, helsepersonell som har oppgaver knyttet til gjennomgang, vurdering eller samstemming av en pasients legemiddelbruk i spesialisthelsetjenesten, og for helsepersonell i den akuttmedisinske kjeden.

Registrering av opplysninger i kjernejournalen er ikke betinget av at pasienten samtykker. Pasienter kan motsette seg at registrering av helseopplysninger i kjernejournalen. Rett til å motsettes seg (reservasjonsrett) betyr at dersom pasienten ikke foretar seg noe, vil de aktuelle opplysningene om vedkommende bli registrert i kjernejournalen. Nasjonal kjernejournal vil ikke bli tatt i bruk for de som har reservert seg. Det vil imidlertid stå i kjernejournalen at de har reservert seg. Pasienter har etter kjernejournalforskriften § 6 rett til å sperre enkelte opplysninger og til å sperre hele eller deler av kjernejournalen mot at enkelte helsepersonell gis tilgang, i tråd med helsepersonelloven § 45, første ledd første punktum og pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3.

Pasientjournalen

Helsepersonell, som yter helsehjelp, har plikt til å dokumentere opplysninger i pasientjournalen, jf. helsepersonelloven § 39. Pasientjournalen skal inneholde «*relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysningene som er nødvendig for å oppfylle meldeplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov*», jf. helsepersonelloven § 40. I pasientjournalforskriften § 5 til § 8 er det gitt nærmere bestemmelser om hvilke opplysninger som det kan være relevante og nødvendig at pasientjournalen inneholder. Det er vedtatt bestemmelser om pasientens legemiddelliste i pasientjournalforskriften § 6 bokstav e tredje punktum og i § 9. Disse bestemmelsene er per juli 2023 ikke tredd i kraft.

Med mindre pasienten motsetter seg det, skal helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp til pasienten «*gis tilgang til nødvendige og relevante helseopplysninger i den grad dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp til pasienten på forsvarlig måte.*», jf. helsepersonelloven § 45. Begrensningen for tilgjengeliggjøring er at informasjonen må være nødvendig for ytelse av helsehjelpen, og at det ikke er holdepunkter for at pasienten motsetter seg at andre helsepersonell enn den som har dokumentert opplysningene får tilgang til opplysningene.

Registrering av opplysninger i pasientjournalen er ikke betinget av at pasienten samtykker. Pasienter kan heller ikke reservere seg mot at helsepersonell dokumenterer opplysninger i pasientjournalen. Dette siden helsepersonell har dokumentasjonsplikt etter helsepersonelloven §§ 39 og 40.

Pasientjournalen skal oppbevares til det av hensyn til helsehjelpens karakter ikke lenger antas å bli bukt for dem, jf. pasientjournalloven § 25 og pasientjournalforskriften § 17.

6.2. Nærmere om bestemmelser som ikke er trådt i kraft, som Direktoratet for e-helse anbefaler at de som deltar i utprøvingen og den nasjonale innføringen følger

Endringer i reseptformidlerforskriften, kjernejournalforskriften og pasientjournalforskriften som er nødvendig for å etablere pasientens legemiddelliste i reseptformidleren ble vedtatt 8. desember 2017². De fleste av disse endringene trådte i kraft 1.1.2019³. Enkelte av de vedtatte bestemmelsene i forskriftene som legger til rette for PLL, er per juli 2023 ikke tredd i kraft. Noen av disse anbefaler Direktoratet for e-helse at de som deltar i utprøvingen og den nasjonale innføringen av PLL handler som om er tredd i kraft. Dette gjelder bestemmelser om meldeplikt til reseptformidleren om PLL og tilbakekallingsplikt av unødvendige resepter fra reseptformidleren. Konkret innebærer dette at direktoratet anbefaler at:

- Når en lege gjør endringer i en pasients legemiddelbehandling, skal endringen også registreres i pasientens legemiddelliste, men mindre pasienten har motsatt seg at pasientens legemiddelliste gjøres tilgjengelig for legen jf. endringer i reseptformidlerforskriften § 2-1 sjette ledd og pasientjournalforskriften § 9 andre ledd første setning. Ved opphold i helseinstitusjon, skal slik oppdatering senest utføres

² [Endr. i kjernejournalforskriften - Lovdata Pro](#), [Endr. i reseptformidlerforskriften - Lovdata Pro](#), [Endr. i forskrift om pasientjournal - Lovdata Pro](#)

³ [Ikrafttr. av FOR 2017:1952, endr. i Reseptformidlerforskriften og FOR 2017:1953, endr. i kjernejournalforskriften - Lovdata Pro](#)

ved skifte av omsorgsnivå eller ved utskrivning jf. pasientjournalforskriften § 9 andre ledd andre setning.

- Når det er nødvendig, skal rekvirenter, ved oppdatering av legemiddellisten, kalle tilbake resepter ved å sende melding om dette til reseptformidleren, jf. endringer i reseptformidlerforskriften § 3-3 fjerde ledd første punktum.

6.3. Lenker til relevant regelverk og nasjonale faglige veiledere

Regelverk

- [Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp \(pasientjournalloven\) \(Lovdata.no\)](#)
- [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) \(Lovdata.no\)](#)
- [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) \(Lovdata.no\)](#)
- [Forskrift om behandling av helseopplysninger i nasjonal database for elektroniske resepter \(Reseptformidlerforskriften\) \(Lovdata.no\)](#)
- [Forskrift om nasjonal kjernejournal \(kjernejournalforskriften\) \(Lovdata.no\)](#)
- [Forskrift om pasientjournal \(pasientjournalforskriften\) \(Lovdata.no\)](#)
- [Forskrift om fastlegeordning i kommunene \(Lovdata.no\)](#)
- [Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m \(Lovdata.no\)](#)
- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(Lovdata.no\)](#)
- [Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp \(Lovdata.no\)](#)

6.4. Nasjonale faglige veiledere

- [Nasjonale faglige råd om legemiddelsamstemning og legemiddelgjennomgang \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [Nasjonale faglige råd om multidose \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [Rundskriv til legemiddelhåndteringsforskriften \(helsedirektoratet.no\)](#)

For mer informasjon og veiledning om dette se [helsedirektoratet.no](#).

7. TEMA TIL KOMMENDE VERSJONER AV INFORMASJONSSIDEN

7.1. Multidoseapotek/ apotek

Her kommer tekst i senere versjon.

7.2. PLL og andre kilder til legemiddelinformasjon

(PLO-meldinger, løpende journal, epikriser osv.)

Her kommer tekst i senere versjon.

7.3. PLL på helsenorge.no og i kjernejournal

Oppdatering av PLL når pasienten har bedt om reseptfornyelse på helsenorge.no

Her kommer tekst i senere versjon.

7.4. Når pasient har blokkert helsepersonell

Rekvirents ansvar hvis pasient har blokkert rekvirenten fra RF og eller KJ

Her kommer tekst i senere versjon

7.5. Logg over bruk

Her kommer tekst i senere versjon