

# Høring: Pasientens legemiddelliste – "PLL i praksis"

Målgruppen for informasjonssiden er helsepersonell og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten som deltar i eller vil berøres av utprøving og nasjonal innføring av pasientens legemiddelliste. Der høringsinstansen har innspill, er det ønskelig med kort begrunnelse og eventuelt forslag til endringer.

Skjemaet sendes til [postmottak@ehelse.no](mailto:postmottak@ehelse.no) og merkes med saksnummer 23/1026.

**Frist: 08.12.2023**

**Skriv inn din e-postadresse:** [lars.nedreid@bergen.kommune.no](mailto:lars.nedreid@bergen.kommune.no)

## 1) Høringen kommer fra

- Statlig etat, ombud eller fagråd
- Helseforetak/RHF
- Fastlegekontor
- Privat helseaktør
- Kommune
- Fag- og interesseforening
- Annen enn nevnt ovenfor (angis i neste spørsmål)

## 2) Kontaktinformasjon

Avsender på høringen (hvilken statlig etat, kommune, privatperson osv.) **Bergen kommune**  
Navn på den personen som har besvart på høringen: Lars Nedreid

## 3) Tilbakemelding på om informasjonssiden er beskrivende nok til å danne seg en forståelse av innledende klinisk konsensus og anbefaling om praktisk bruk av pasientens legemiddelliste?

Informasjonssidene gir en god forståelse og gode anbefalinger om praktisk bruk, men dekker ikke alle aktuelle områder. Det er heller ikke innhentet tilstrekkelig erfaring fra praktisk bruk for alle involverte faggrupper fra utprøvningsprosjektet for PLL i Bergen. En må skille klart mellom PLL-tema og annen informasjon.

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

Det er behov for ytterligere detaljering for å utarbeide lokale rutiner for håndtering av PLL. Veileder må oppdateres med erfaringer fra utprøvningsprosjektet for PLL i Bergen etter hvert som en får erfaring fra bruk i alle ledd av samhandlingskjeden.

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

Kapittelinnndelingen virker godt tilpasset bruken.

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

Ulike tema har varierende grad av detaljering. Et eksempel her er elektronisk multidose, der en med fordel kunne beskrevet hvilken tilleggsinformasjon som er nødvendig for at PLL skal fungere som e-Multidose. Bruk av PLL i ulike situasjoner bør også utdypes.

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

*Arbeidsgruppen har vurdert at det finnes tilfeller der pasienten ikke har aktiv legemiddelbehandling eller dokumentert legemiddelreaksjon, men hvor det allikevel kan være behov for å opprette/sendre en PLL. Dette har i drøftinger vært omtalt som "tom PLL". Etter dialog med juridisk avdeling i direktoratet er det identifisert behov for ytterligere presisering av begrepet «tom PLL» og konkretisering av relevante bruksscenarioer, slik at dette kan vurderes mens høringsutkastet er på høring. Se kap "Er det behov for å kunne sende en "tom" PLL?"*

En «tom» PLL må sendes ved seponering av tidligere behandling eller for å oppdatere PLL når ferdigekspederte resepter er slettet automatisk fra reseptformidleren Det er også en bekreftelse på at pasienten ikke benytter legemidler.

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

- Kommentar pr legemiddeloppføring (tiltenkt annet helsepersonell)
- Overordnet kommentar til hele PLL (tiltenkt annet helsepersonell)

*Medisinskfaglig er det vurdert at det er behov for å kunne legge inn en kommentar til hvert enkelt legemiddel i PLL (tiltenkt annet helsepersonell), og en overordnet kommentar til hele legemiddellisten. I etterkant av diskusjonene i arbeidsgruppen har det stilt spørsmål fra bl.a legeföreningen om disse kommentarene hører hjemme i PLL, eller kun i journalnotat/ epikrise. Det er også fra juridisk hold i Direktoratet for e-helse sett behov for å vurdere det rettslige handlingsrommet for kommentarer i PLL.*

PLL skal ikke være en meldingstjeneste eller erstatte epikrise/meldinger. En rangering av PLL ved bruk av kommentar eller annen merking bør unngås..

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

Det er ikke mulig å slette en PLL når denne først er opprettet. Dette burde vært mulig i situasjoner der PLL er opprettet ved en feiltagelse, pasientens fastlege ikke har støtte for PLL eller PLL gir et feilaktig bilde av pasientens faktisk legemiddelbruk. Sletting av PLL bør

kun gjøres unntaksvis.

**10) Tilbakemelding på om hva som vil være egnet format for å beskrive og bidra til en hensiktsmessig bruk av PLL hos alle aktørene i behandlingsskjeden for legemidler.**

- **Bør den innledende kliniske konsensus og anbefaling videreføres som en «beste praksis anbefaling» og utvikles på basis av erfaringer over tid (tilsvarende som i Danmark: [SDS rapport \(sundhedsdatastyrelsen.dk\)](#))?**
- **Bør innholdet videreutvikles til en nasjonal veileder knyttet til den konkrete løsningen – eller konseptet?**
- **Bør innholdet innarbeides i eksisterende normerende produkter (rundskriv, faglige råd, etc.)?**
- **Evnt annet?**

PLL bør videreføres som egen nasjonal veileder

**11) Annet?**

1.2 Omfang og avgrensninger. Under avgrensninger presiseres det at IKT-støtte ved administrasjon av legemidler ikke er en del av arbeidet med PLL. Det er allikevel viktig å påpeke at PLL og funksjonaliteten for denne er vesentlig for god administrasjon av legemidler, og at en må tilstrebe best mulig håndtering også på dette bruksområdet.

2.2 Hvem skal ha PLL. Under unntak er det nevnt at PLL ikke skal opprettes dersom pasienten motsetter seg at PLL gjøres tilgjengelig for legen. Det er uklart om dette gjelder oppretting eller oppdatering av eksisterende PLL, da det ikke kreves samtykke for å registrere PLL i reseptformidleren.

2.4 Hvem oppretter første PLL. Dersom andre enn pasientens fastlege skal opprette PLL må en, frem til alle har støtte for PLL, forsikre seg om at pasientens fastlege har støtte for PLL før dette gjøres.

2.8.2 Sykehjemsleger. Det er ikke innhentet nok erfaring fra utprøvingen av PLL til at en kan si om det vil være hensiktsmessig å oppdatere PLL fortløpende under sykehjemsopphold. Spesielt for pasienter med korttidsplass vil dette kunne medføre et stort antall automatisk tilbakekalte resepter ved endring av dosering som kan virke forvirrende på andre.

2.8.5 Andre rekvirenter. Alle med rekvireringsrett bør kunne oppdatere PLL i henhold til egen forskrivningsrett. Dette vil også redusere bruken av «løse resepter» som andre leger senere må ta stilling til.

Punkt 2.9 Hvem kan lese PLL. Det må presiseres at pasient kan motsette seg at PLL lagres i Kjernejournal.

Punkt 3.6.3 Hvordan sette legemiddelbehandling i PLL på pause. Konsekvensen av å sette dosering i PLL til «0» og hvordan dette vil bli oppfattet av apotek og andre må avklares nærmere. Ved å endre dosering vil en også automatisk tilbakekalle eksisterende resept fra reseptformidleren og sende ny resept med en dosering som kan misforstås. I påvente av en fungerende pause-funksjon må legemiddelbehandling enten seponeres eller settes til «ved behov».

Punkt 3.7 Hvordan formidle legemiddelreaksjoner (CAVE) i PLL. Legemiddelreaksjoner og CAVE bør på sikt tas ut av PLL og blir håndtert uavhengig av denne. Inntil dette er klart må det være mulig å lage og oppdatere PLL uten at dette tas stilling til, inklusiv PLL for e-multidose.

Punkt 2.9 Hvem kan lese PLL. Det må presiseres at pasient kan motsette seg at PLL lagres i Kjernejournal.

3.9 Hvordan håndtere løse resepter. Behovet for løse resepter må reduseres ved at alle med forskrivningsrett kan oppdatere PLL i henhold til egen forskrivningsrett. Helsepersonell med begrenset forskrivningsrett skal ikke måtte inkludere andres forskrivers løse resepter i PLL.

3.13 Hvordan oppdage endringer i PLL gjort av andre. Registrering av legemiddelinformasjon basert på utleveringsmelding er ingen sikker kilde. Papirresepter må eksempelvis ekspederes på norsk apotek, og pasienten kan motsette seg at slik melding sendes.

4.3 PLL i hjemmetjenesten. Frem til alle kan sende og motta PLL er det viktig at fastlege fortsatt sender PLO-melding til hjemmetjenesten når det gjøres endring i legemiddelbruk.

4.4.1 Sykehjemslegen sitt ansvar. For korttidspasienter er det viktig at det ikke opprettes PLL uten at en har forsikret seg om at pasientens faste lege har støtte for dette.

4.4.14 Sykepleier og annet helsepersonell med legemiddelansvar på sykehjemmet. Her bør tilføyes at dersom det ikke skal administreres legemidler basert på PLL som er signert av sykehjemslege må lege være tilgjengelig innen neste tidspunkt for administrering.

4.5.4 Når pasienten skrives ut fra sykehus. Før sykehuslege oppretter PLL må en ha forvissnet seg om at pasientens faste lege har støtte for dette.

4.5.6 Behandling av pasienter i poliklinikk. Før sykehuslege oppretter PLL må en ha forvissnet seg om at pasientens faste lege har støtte for dette.