

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 og merkes med saksnummer 23/1026.

Frist: 08.12.2023

Skriv inn din e-postadresse: postmottak@helse-sorost.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.):

Helse Sør-Øst RHF

Navn på den personen som har besvart på høringen:

Ulf Sigurdsen, leder for e-helse

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?

Informasjonssiden virker til å inneholde beskrivelse av de sentrale områder i PLL og gir god oversikt.

Tilbakemelding om multidose og e-multidose: Dokumentet bør være tydeligere på hvilke endringer PLL medfører for arbeidsprosesser i sykehus som behandler pasienter som benytter multidose eller e-multidose. Dette bør også gjelde for en overgangsfase hvor det vil være pasienter som har e-multidose i områder hvor PLL ennå ikke er innført.

Se også punkt 4) og 11) for ytterligere kommentarer.

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

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

Direktoratet for e-helse bør vurdere å ha informasjon om og eksemplifisere hvilke legemiddelbruk og behandlingssituasjoner PLL ikke vil vise en eventuell pågående behandling, slik at alle brukere er oppmerksomme på dette. Eksempel på en slik situasjon er kanskje en pasient som fortsatt benytter P-piller med en 2 års resept mer enn 16 mnd etter at behandler laget resepten.

Tilbakemelding til 2.8. Om oppdatering av PLL: Innledningen på dette kapittelet er tydelig om når oppdatering skal gjøres. Denne aktiviteten oppfatter Helse Sør-Øst RHF at i utgangspunktet ligger til grunn ved alle endringer i den medikamentelle behandlingen av en pasient, men at det ikke alltid er forventet at en skal legge til en samstemming eller gjennomgang. Som kapittel 1 i nasjonale faglige råd om legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang fra Helsedirektoratet formulerer det: «Det er likevel ikke forventet at det skal gjøres legemiddelsamstemming i forbindelse med poliklinisk konsultasjon.»

Praksisen for PLL framstilles uklart i føringsens formulering: «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». Det er uklart hva som ligger i å ikke skape konflikt. Legemiddelbehandling er alltid beheftet med en viss risiko, eller konflikt, som kan økes og reduseres ved endringer i legemiddelbehandlingen. Og, ikke all risiko er kjent til enhver tid. Et hovedpoeng er at antatt hovedeffekt med legemiddelbehandlingen skal forsvare den risikoen man tar. Og, behandlere skal etterstrebe å ikke ta unngåelig risiko ved valg og kombinasjon av legemidler. Risikoen for bivirkninger kan også tas ned ved ikke-medikamentelle tiltak, som økt overvåking av pasientens helsetilstand i tiden etter en endring av pasientens legemiddelliste. Slike tiltak må naturligvis ikke listes opp i pasientens legemiddelliste, men må tydeliggjøres med andre samhandlingsløsninger, som eksempelvis elektronisk meldinger med epikriser. En bedre formulering kan være «Alle leger har ansvar for å sørge for at endringene de gjør i pasientens legemiddelbehandling (og dermed også i PLL) ikke øker risikoen for kjente bivirkninger og andre uønskede hendelser på en uforsvarlig måte og at det besluttes nødvendige behandlingstiltak for å håndtere en eventuell økt risiko.»

Tilbakemelding til 3.1 Grunnlag for å opprette/ oppdatere PLL: Kapittelet beskriver begrepene oppretting, oppdatering, samstemming og gjennomgang. Helse Sør-Øst RHF savner en eksplisitt, tydelig og konsistent definisjon på hva disse aktivitetene er, og når de skal gjennomføres på tvers av PLL i praksis og nasjonale faglige råd om legemiddelsamstemming og -gjennomgang. Eksempelvis kan en skrive: "Med oppdatering

av legemiddellisten mener en...”. Tydelige definisjoner og beskrivelser av hvem som skal gjøre hvilke oppgaver knyttet til pasientens legemiddelliste er nødvendig for å få god samhandling på tvers av organisasjonene og behandlere rundt pasienten.

Tilbakemelding til 3.1.3.Oppdatering av PLL: Avsnittet begynner med at det fremsettes eksempler på ulike situasjoner hvor dette er aktuelt. Det første eksemplet er knyttet mot pasienter med ustabile medisinske tilstander, deretter vises det til løpende justering av behandlinger. Dersom det er adgang til å oppdatere legemiddellisten uten å samstemme eller gjennomføre systematisk gjennomgang, bør det være det første budskapet. Om en bare eksemplifiserer aktiviteten og ikke beskriver den blir det usikkerhet på hvilket mulighetsrom praksisen for PLL har. Det bør presenteres en uttømmende liste over situasjoner der kun en oppdatering av PLL er tilstrekkelig. Hvis ikke, er det uklart om:

- oppdatering bare kan gjøres ved justering av pågående legemiddel eller om det også gjelder for nyopprettinger av legemiddelbehandlinger?
- oppdatering kan gjøres når pasienten har stabile medisinske tilstander og hva som skiller en stabil fra en ustabil medisinsk tilstand?

Det tekstlige eksemplene i 3.1.3. bør gjenspeile den generelle adgangen til kun oppdatering som **2.8. Om oppdatering av PLL** gir, og ikke formuleres slik at det skapes usikkerhet om faktisk mulighetsrom for godkjent eller anbefalt praksis.

Helse Sør-Øst RHF oppfatter følgende om aktiviteten oppdatere legemiddelliste:

En oppdatering av legemiddellisten skjer når følgende vurderinger og registreringer er gjort:

- a) Leger som gjør endringer i en pasients legemiddelbehandling, skal samtidig oppdatere legemiddellisten (registrere eller legge til nyeste opplysninger)
- b) Leger har ansvar for å sørge for at de endringer de gjør i pasientens legemiddelbehandling ikke skaper konflikt med foregående legemiddelliste (les: uforvarlig økt risiko, se tilbakemelding til 2.8 ovenfor) i form av at følgende er vurdert og håndtert ved hjelp av PLL, eller nødvendige registreringer i andre samhandlingsløsninger:
 - klinisk viktige interaksjoner
 - utilsiktede dobbeltoppføringer der disse slettes i PLL
 - legemiddelbehandlinger med kjent legemiddelreaksjon
- c) Oppdatering tolkes ikke til å medføre ansvar for hele legemiddellisten hver gang man gjør en endring i legemiddelbehandlingen. Det gjøres en faglig og forsvarlig vurdering i behandlingssituasjonen.

Helse Sør-Øst RHF mener det foreligger tre nivåer av vurderinger som kan gjøres ved oppdatering av legemiddellisten som i økende grad krever helhetlig kompetanse og ressurser (tid) i en behandlingssituasjon:

1. Oppdatering basert på endring av legemiddelbehandling og vurdering av interaksjoner, dobbeltforordninger og legemiddelreaksjon ift den legemiddelendringen du som behandler gjør («det minste man må gjøre»)

2. Oppdatering (som 1) og basert på gjennomført legemiddelsamstemming (LMS)
3. Oppdatering (som 2) og basert på gjennomgått legemiddelgjennomgang (LMG)

Helse Sør-Øst RHF oppfatter at PLL i praksis er et supplement til, men ikke erstatter eksisterende, nasjonale faglige råd fra Helsedirektoratet om legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang ([Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang - Helsedirektoratet](#)).

I tråd med oppdatering av legemiddellisten basert på vurderingene over, vil bruker, når det er nødvendig, **trekke tilbake resepter dersom behandlingssituasjonen tilsier det.**

Tilbakemelding til 4.5.6 Behandling av pasienter i poliklinikk: Her beskrives "Hvis pasienten ikke har PLL, må samstemming også utføres. For pasienter som ikke har PLL kan behandlende lege vurdere å opprette PLL. Det gjelder spesielt i de tilfeller hvor sykehuslege er hovedbehandler – som for eksempel for pasienter med kreftsykdommer, nyresykdommer eller lignende".

Det vil være behandlingssituasjoner i poliklinikk som naturlig vil innebære en legemiddelsamstemming og også eventuelt en legemiddelgjennomgang, eksempelvis en gjennomgang av polyfarmasi ved geriatrisk poliklinikk. På en annen side vil det være polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten som er mer organ- eller funksjonsspesialiserte. Der må legemiddelvurdering og -behandling kunne gjøres uten å gjennomføre en full samstemming eller gjennomgang, slik nasjonale faglige råd om legemiddelgjennomgang og -samstemming beskriver. Et slik generelt «må»-krav virker slik sett vanskelig å etterleve med dagens organisering i deler av spesialisthelsetjenesten. Det kan være at organisasjonene i spesialisthelsetjenesten bør videreutvikles, men det kan ikke drives frem av et absolutt krav til sluttbrukere av en IKT-løsning. Slik videreutvikling må være en del av den medisinskfaglige utviklingen og store organisatoriske endringer bør konsekvensutredes før myndighetene kan stille krav om slik endring.

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

Kapittelinnholdet fungerer greit og det oppleves at bruker oversiktlig kan finne innhold.

Slik det står beskrevet på høringssiden Innhold og struktur på informasjonssiden "PLL i praksis", så kan det oppleves at det er noe gjentakelser i de ulike kapitler. Spesielt gjelder dette **2. Om pasientens legemiddelliste** og **3. Praktisk bruk av PLL**. Dette er fint i den forstand at bruker kan navigere til de deler de ønsker å lese mer om og få god nok informasjon, men det er viktig at det er konsistent informasjon og at ordbruk er lik.

Eksempler på hvor det er forskjeller og hvor dette kan virke forvirrende er:

- I kap 2.1 innledningsvis står det: «Pasientens legemiddelliste (PLL) er en samlet og oppdatert oversikt over relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling (...) slik det er avtalt mellom lege og pasient.»

- I kap 2.5 står det: «Pasientens legemiddelliste (PLL) skal inneholde en samlet og oppdatert oversikt over hvilke legemidler pasienten til enhver tid bruker, samt relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling.»

Her er det viktig at det er en konsistent definisjon på hva PLL er. Ordlyden som er benyttet i kap 2.5, om at det er legemidler som *til enhver tid bruk* er annerledes enn i kap 2.1 og kan misoppfattes til å være noe annet enn det som er *avtalt mellom lege og pasient*. Dette bør rettes opp i, slik at dokumentet inneholder konsistent informasjon.

På hørings siden til Direktoratet for e-helse er det innledningsvis beskrevet slik: «Pasientens legemiddelliste (PLL) er en felles oversikt over legemidlene pasienten bruker, slik det er avtalt mellom lege og pasient».

Helse Sør-Øst RHF legger til grunn definisjonen av PLL slik den fremstår på hørings siden. Det vil si "en felles oversikt over legemidler pasienten bruker, slik det er avtalt mellom lege og pasient."

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

Detaljeringsnivået synes fornuftig. Erfaringene fra piloten i vest, vil tydeliggjøre om det trengs mer detaljering for de ulike temaer som er beskrevet på informasjonssiden, slik at man sikrer en god implementering av PLL og god kvalitet i innhold.

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

Helse Sør-Øst RHF støtter at det skal være mulig å sende en «tom PLL». Pasientjournaler skal føres etter yrkesmessig skikk. Det er et hovedelement i pasientjournalen at en omtaler eksplisitt viktige elementer av friskhet og normalitet, som eksempelvis at «pasienten benytter i dag ingen faste legemidler». At praksis innebærer mulighet for å sende en «tom PLL» understøtter denne yrkesmessige skikken.

Brukersituasjonene som presentert i veilederdokumentet virker beskrivende for behovet med tanke på å skulle gå videre med en vurdering om å sende en «tom PLL». Begrepet «tom PLL» er et litt vanskelig begrep, da resultat av en slik aktiv handling vil være «pasienten bruker ingen legemidler» og det er (også) viktig informasjon, som også er en

etablert praksis å dokumentere f.eks. i en inntakstjournal når pasienten ikke benytter legemidler etter gjennomført anamnese. Det bemerkes at dette bør støttes av en enkel funksjonalitet i de ulike EPJ.

Det bør skilles på de to ulike situasjonene:

- Det bekreftes at pasienten ikke bruker noen medikamenter som i uttrykket ovenfor, «pasienten benytter per i dag ingen faste legemidler»
- PLL er tom fordi det ikke er undersøkt/spurt/latt seg gjøre å avklare om pasienten bruker noen medikamenter, «det er ikke registrert noen faste legemidler som pasienten bruker»

Når det gjelder brukerscenariet nevnt i kulepunkt fem «PLL med kun opplysninger om legemiddelreaksjon (men uten legemiddelbehandlinger)», så anser vi dette ikke som relevant, da Helse Sør-Øst RHF mener det er bedre å kommunisere kritisk informasjon kun via Kjernejournal kritisk informasjon API, jf. punkt 11) Om legemiddelreaksjoner.»

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.

Helse Sør-Øst RHF vil anbefale at bruk av fritextfelter i tilknytning til legemiddellisten reduseres. Dette kan føre til mer usikkerhet i forhold til hvor og hva bruker skal notere i slike felter, i forhold til andre informasjonskilder som journal. Medisinskfaglige valg og vurderinger med endringer i legemiddelbehandling forutsettes dokumentert i journaldokumentasjon med relevant kontekst.

- Det kan medføre informasjonsstøy med kommentarer til legemiddelbehandling og en kommentar til legemiddellisten som helhet
- Det kan være vanskelig å vite i hvilken behandlingssammenheng denne informasjonen gjelder for
- Det kan skape usikkerhet om hvor informasjonen hører hjemme og skal dokumenteres i forhold til annen journaldokumentasjon, som eksempelvis i epikrise standard etter I trygge hender 24/7 anbefalinger
- Det vil kunne medføre dobbeltregistrering av informasjon både i legemiddellisten og i journaldokumentasjon ellers
- Skaper kompleksitet i samhandling mellom applikasjoner som kurve og EPJ

Helse Sør-Øst RHF ser at dette kan være nyttig informasjon for neste behandler gitt at dette ikke fremkommer i eksempelvis epikrise i journal eller ikke er tilgjengelig informasjon på tidspunkt bruker benytter PLL, men det bør kunne løses ved forbedring i samhandling på annen måte, som deling av pasientens journaldokumenter gjennom Kjernejournal.

Legemiddellisten bør i størst mulig grad inneholde legemiddelinformasjon og i mindre grad tilleggsinformasjon, for slik å redusere kompleksitet i bruken av PLL. Etter hvert når innføring har kommet på plass, kan man i større grad vurdere tilleggsinformasjon etter hvilke behov som fremkommer i samhandlingen og evaluere dette opp mot informasjon i andre samhandlingsløsninger.

Det er lettere å tilføre funksjonalitet, enn å fjerne noe som brukerne har vent seg til å bruke. Pilot og utprøving uten kommentar vil fremprovosere hvilke behov for tilleggsinformasjon som eksiterer. Disse eventuelle behovene kan tenkes løst bedre på en strukturert måte, enn et generelt kommentarfelt.

Det er tidligere gjennom PLL i praksis formidlet at overordnet kommentar til hele PLL, slik feltet fungerer, ikke fyller juridisk krav til journalføring jevnfør pasientjournalforskriften §10, 2. ledd. Dette mener Helse Sør-Øst RHF fortsatt.

Kommentar pr legemiddeloppføring (tiltenkt annet helsepersonell)

Viser til generell kommentar over.

I høringsutkastet står det at funksjonalitet for kommentar per legemiddel ikke er tilgjengelig i utprøvingen. Slik sett gir ikke piloten foreløpig noe erfaringsgrunnlag til å si hvilke behov som bør dekkes.

Helse Sør-Øst RHF mener derfor at erfaringer må innhentes gjennom mer samhandling om legemiddellisten, som eksempelvis i piloten, før man utvider innholdet i listen.

Dersom det kommer frem i erfaring fra piloten og utprøvingen spesifikke behov, så kan det være hensiktsmessig å gjennomføre en begrenset videre utprøving av dette, men da med tydelige regler for hvordan feltet skal benyttes og etter en risikovurdering av å innføre slik fritekst med muligheter for feil bruk av felt, fare for dobbeltregistrering utover journalføring, og mulighetene for riktig tilgangsstyring av innholdet for alle brukerrollene rundt PLL.

Overordnet kommentar til hele PLL (tiltenkt annet helsepersonell)

Helse Sør-Øst RHF viser til generell kommentar over.

I høringsutkastet står det at funksjonalitet for kommentar til hele listen ikke er tilgjengelig i utprøvingen. Helse Sør-Øst RHF mener det bør erfares mer samhandling med legemiddellisten før man utvider innholdet i listen. Og det bør tydeligere fremkomme hvilke behov som ønskes løst i samhandlingen med det utvidede innholdet.

Et av eksemplene som har blitt aktualisert i utprøvingen, kommentar om eventuelt utført legemiddelsamstemming og usikkerheter eller mangler ved denne, mener Helse Sør-Øst RHF like gjerne kan vurderes løst med strukturert data.

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

-

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

- *Bør den innledende kliniske konsensus og anbefaling videreføres som en «beste praksis anbefaling» og utvikles på basis av erfaringer over tid (tilsvarende som i Danmark: [SDS rapport \(sundhedsdatastyrelsen.dk\)](https://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?*

Helse Sør-Øst RHF mener at norske sykehus kan lære av erfaringene fra sykehus i de andre nordiske landene som har holdt på med ulike varianter av PLL i nokså mange år. Helse Sør-Øst RHF mener at Direktoratet for e-helse bør legge til rette for at norsk helsetjeneste kan få kunnskap om hva ved tekniske løsninger for PLL og PLL-praksisen som bør etterlignes og hva som bør unngås, gjerne ved en erfaringsutveksling med våre naboland, siden PLL som samhandlingsfenomen ikke er nytt i Norden. Selv om vi i Norge er opptatt av utprøving og innføringsplan, er den viktigste perioden for våre pasienter tiden etter innføring – da tiltaket skal ha planlagt positiv effekt for blant annet pasientsikkerheten.

Helse Sør-Øst RHF støtter at den innledende kliniske konsensus og anbefaling videreføres som en «beste praksis anbefaling», og videreutvikles på basis av erfaringer over tid. Det bør vurderes om innholdet skal innarbeides i eksisterende normerende produkter etter tilbakemeldinger om hvordan anbefalingene fungerer i innføringen av PLL.

Det bemerkes igjen at det er viktig at innholdet i «PLL i praksis» er konsistent med de nasjonale faglige råd som foreligger for legemiddelsamstemming og

legemiddelgjennomgang, slik at det ikke er tvil om hva som ligger til grunn for oppdatering av legemiddellisten når det gjøres endringer i legemiddelbehandlingen.

Rekvirentkravene må gjennomgås og oppdateres slik at det er samsvar mellom PLL i praksis og siste versjon av rekvirentkravene.

11) Annet?

Tilbakemelding om legemiddelreaksjoner: Helse Sør-Øst RHF viser til hørings svar for Plan for digitalisering på legemiddelområdet, 21. desember 2022, avsnitt om Kritisk legemiddelinformasjon.

I forbindelse med at legemiddelreaksjoner er tenkt å være en del av PLL, så «kobles» arbeidsprosesser med kritisk informasjon og legemiddellisten sammen, som nødvendigvis ikke passer sammen i alle behandlingssituasjoner.

En bruker kan håndtere legemidler uten nødvendigvis å håndtere legemiddelreaksjoner, som ikke er relevante i en behandlingssituasjon. Og en bruker kan forholde seg til legemiddelreaksjoner (både lese og registrere) uten å nødvendigvis håndtere legemidler. Legemidler er ikke aktuelt i behandlingssammenheng, men legemiddelreaksjon som for eksempel en del av informasjonsinnhenting og registrering av kritisk informasjon. Kritisk informasjon som kan få konsekvens for legemiddelbehandling, handler ikke kun om legemiddelreaksjon, men også om flere medisinske tilstander som kan medføre dosejustering i behandling eller at det er kontraindikasjoner, og dette understøttes av kritisk informasjon i Kjernejournal. Kritisk informasjon må synkroniseres med EPJ via Kjernejournal, og vises i legemiddellisten i medikasjonsmodul i EPJ.

Det utvikles nå grensesnitt og integrasjoner mellom Kjernejournal og EPJ for utveksling av kritisk informasjon, inkludert legemiddelreaksjoner. Helse Sør-Øst RHF mener at arbeidsprosesser for legemiddelreaksjoner bør være knyttet til denne løsningen, og ikke som del av PLL.

Tilbakemelding om løse resepter: 3.9 Hvordan håndtere løse resepter? (Fra lege uten støtte for PLL, tannlege, helsesykepleier og jordmor). Dette har vært tema til diskusjon om rekvirentkrav og i hvilken grad de er tilpasset spesialisthelsetjenesten.

Helse Sør-Øst RHF forstår det slik at enten så må en løs resept legges til PLL, eller så må denne resepten seponeres og tilbakekalles fra RF før man kan sende en resept/sende oppdatert PLL.

Det kan være flere behandlingssituasjoner hvor en behandler ikke nødvendigvis får tatt stilling til om den løse resepten er i bruk eller ikke, og hvor endring av legemiddelbehandling for den aktuelle situasjonen medisinskfaglig regnes som forsvarlig, uten at den løse resepten legges til i PLL eller ikke (seponeres og trekkes tilbake fra RF) Utleveringsmeldinger beskrevet i kap 3.5., som ikke er knyttet opp mot en eksisterende legemiddelbehandling i PLL kan være medisinskfaglig like relevante som eksisterende legemiddelbehandlinger i PLL. (I enkelte behandlingssituasjoner trenger de ikke være relevante, slik som beskrevet for løse resepter over.) Håndteringen av utleveringsmeldinger er beskrevet som en «bør» oppgave.

Håndtering av en løs resept anbefales å sees i sammenheng med behandlingssituasjon hvor man gjøre en legemiddelsamstemming og i andre situasjoner hvor man oppdaterer legemiddellisten uten en full samstemming, og slik sett kan sees på som en «bør» oppgave. Vi forutsetter at lokalt EPJ vil presenterer de løse resepter i medikasjonsmodulen og også støtte varsling av legemiddelreaksjoner, interaksjoner og dobbeltforordninger for løse resepter.

Det anbefales at det inntil det har kommet mer erfaring på dette området, ikke settes et krav til at løse resepter må håndteres, da håndteringen av dette vil avhenge av erfaring fra ulike behandlingssituasjonen, som eksempelvis i poliklinikk og e-konsultasjoner.

Tilbakemelding om samtidighetsproblematikk:

Vi kommer stadig innom diskusjoner om samtidighetsproblematikk. Det har tidligere i PLL i praksis vært spilt inn at informasjon om at en pasient er inneliggende på sykehus kan være viktig i forhold til når en aktør skal lese og eventuelt endre legemiddellisten.

I dag er det ingen slik informasjon tilgjengelig, i Kjernejournal eller andre steder. Det kan bety at en PLL kan bli oppdatert av andre aktører uten at dette nødvendigvis fremkommer for behandler i et behandlingsforløp for inneliggende pasient i sykehus, før eventuelt ved avsluttende behandling, når PLL «hentes» fra sentralt før denne på ny oppdateres og sendes til RF.

Ved å dele informasjon om at en pasient er innlagt i forbindelse med f.eks. lesing/oppdatering av PLL (evt. ved oppslag i Kjernejournal), så kan man kontakte sykehus eller institusjon hvor vedkommende er innlagt, for å dele informasjon som kan påvirke behandlingsforløpet.

Helse Sør-Øst RHF vil anbefale at det gjøres en vurdering på om informasjon om en pasients kontakt (f.eks omsorgsnivå heldøgn) bør inn som informasjon tilknyttet PLL.

Tilbakemelding om håndtering av PLL ved overføringer av pasienter mellom ulike HF og RHF:

Det anbefales å ha med et avsnitt under kapittel 4.5 i veilederen som beskriver hva som bør være praksis for samhandling av legemiddelinformasjon når pasienter overføres mellom

ulike helseforetak og regioner, hvor det ofte kan være en pågående kurve med aktive legemidler.

Tilbakemelding om hvordan studiemedisin skal håndteres i PLL:

Pasienter kan delta i ulike studier hvor legemidler prøves ut. Hvordan er det tiltenkt håndtert i PLL informasjon om dette? Det bør vurderes å ha med en beskrivelse i veilederen om dette.

Tilbakemelding om helsepersonell med rekvireringsrett, annet enn lege, også må kunne oppdatere PLL:

Det har kommet innspill om at det bør vurderes om annet helsepersonell med rekvireringsrett også skal kunne oppdatere en PLL. Helse Sør-Øst RHF mener dette temaet bør drøftes nasjonalt.

Tilbakemelding om avansert legemiddelbehandling:

Mer avansert legemiddelbehandling slik som eksempelvis ulike kreftkurer, ønskes delt i PLL. Det kan være utfordrende både teknisk og praktisk å få denne informasjonen med i PLL. Dette kan være avhengig av kompleksiteten i sammensetningen av legemidler, doseringsintervaller, o.a. Det har, slik Helse Sør-Øst RHF forstår, ikke vært en del av scopet å teste ut dette i pilot i Helse Vest. Det anbefales at samhandlingen av slike legemidler undersøkes nærmere og at det beskrives hvordan man ønsker løsningen for dette. Dette bør inkludere en vurdering om det er andre samhandlingsløsninger som skal benyttes for å dele denne informasjonen.

Tilbakemelding om at PLL konseptet må ivareta behov for å kunne håndtere resepter under en innleggelse

Uavhengig av PLL vil det i spesialisthelsetjenesten være situasjoner hvor kliniker har behov for håndtere resepter under behandlingen av en pasient.

Kliniker ønsker å gjøre dette uten å måtte håndtere formkrav tilknyttet sending av PLL. Når en pasient er innlagt på sykehus, er det ikke noe krav til sykehuset om å oppdatere PLL før utskriving. Det er heller ikke noe forbud mot å oppdatere PLL under behandlingen.

Når pasienten mottas på sykehus, vil det være en del av mottagelsen eller planleggingen av behandlingen å hente PLL og eventuelle løse resepter fra nasjonale kilder. Dette legger grunnlaget for samstemming og medikasjon som gis på sykehuset.

Hvordan håndtering av resepter under innleggelse teknisk skal skje i EPJ-et, vil være avhengig av hvordan PLL er implementert nasjonalt. Resepter kan håndteres ved at EPJ-et henter en kopi av medikasjonsdata (inkl. PLL) som oppdateres med de endringer kliniker ønsker for så å skrives tilbake via SFM basis API. Dette forutsetter at denne prosessen ikke utløser aktiviteter knyttet til formkrav i PLL som ikke hører hjemme i klinikers arbeidsflyt under behandlingen. Dvs. det kan ikke være obligatorisk håndtering av løse resepter, interaksjoner, legemiddelreaksjoner o.l. i denne arbeidsprosessen. Dette vil være håndtert under behandlingen på sykehus. Når pasienten skal skrives ut, bestemmes medikasjonen pasienten skal ha etter utskriving av den medikasjon pasienten hadde ved innkomst og de

endringer som er foretatt i EPJ og kurvesystem under oppholdet. Oppdaterte resepter og PLL gjøres klar sammen med epikrise ved utskrivning.

Oppsummert og avslutningsvis

Helse Sør-Øst RHF takker for muligheten til å svare på høringen. Pasientens legemiddelliste er et av de viktigste digitaliseringstiltak og praksisbeskrivelsen er dermed også viktig. Våre viktigste tilbakemeldinger utover dette er:

- Helse Sør-Øst RHF anser det som viktig at løsningen for PLL gir en så enkel og trygg praksis som mulig for å sikre god innføring i de kliniske miljøer og framfor alt bidrar til økt pasientsikkerhet.
- Praksisbeskrivelse må derfor legges opp slik at praksisen blir tilpasset dagens organisering i stor grad, slik Helsedirektoratets faglige råd om legemiddelsamstemming og -gjennomgang gjør
- Legemiddellisten bør primært inneholde informasjon om selve legemidlene.
- Helhetlige vurderinger bør prege denne innsatsen på legemiddelområdet og Direktoratet for e-helse må se på tvers av eksisterende og planlagte samhandlingsløsninger etter de gode samhandlingsløsningene for norsk helsetjeneste slik som eksempelvis å bruke Kjernejournal med kritisk informasjon og elektronisk løsning for dokumentdeling. Helse Sør-Øst RHF ønsker at arbeidsprosesser relatert til legemiddelreaksjoner skal være knyttet til bruken av Kjernejournal kritisk informasjon API og ikke PLL.
- Legemiddelområdet inkluderer også mindre underområder som det også må gis eksplisitte føringer for, slik som deling av informasjon om avansert, medikamentell kreftbehandling