

# 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:**

## 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.) **Stavanger kommune**

Navn på den personen som har besvart på høringen **Ane Horvei Andersen**

## 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 anses å gi tilstrekkelig informasjon om arbeidsflyt, roller og ansvar som et utgangspunkt. Ved økende utrulling av PLL og flere aktører kobles på vil det potensielt være nødvendig å legge til andre arbeidsflyter og andre rollers ansvar og oppgaver som ikke eksplisitt er nevnt i dokumentet slik det foreligger.

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

Innholdet anses som et godt utgangspunkt for dette. Dokumentet er dog langt og brukervennligheten i digital versjon er derfor avgjørende for god utnyttelse av dokumentet. Det kan vurderes om det skal legges til mer utdypende informasjon om nødvendige forberedelser som kreves før oppstart med PLL for ulike aktører.

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

I en digital versjon vil dette bli mer oversiktlig, og man kan lenke til ulike kapitler/avsnitt for ytterligere informasjon. For eksempel nevnes begrepet «låste resepter» i avsnitt 2.5, mens forklaringen på dette beskrives i avsnitt 3.10. I en digital versjon vil det være fornuftig med en direkte lenke til beskrivelsen når begrepet benyttes innledningsvis. Dette vil gi økt brukervennlighet. Det er også ønskelig med mulighet for filtrering på f.eks. rolle, slik at en fastlege kan velge å kun filtrere ut avsnittene som omtaler fastlegers ansvar og oppgaver, og en sykepleier kan filtrere ut relevant informasjon for en sykepleier («annet helsepersonell»). Videre er en velfungerende søkefunksjon i dokumentet viktig.

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

Detaljnivået oppleves som tilstrekkelig.

**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?*

Ja, vi anser at det kan være situasjoner hvor det er behov for å opprette/sendte en «tom PLL» og støtter dette forslaget. Ifølge avsnitt 2.7. slettes PLL dersom det ikke har vært aktivitet i 16 måneder (endringer eller bekreftelse). Ved «tom PLL» vil det være viktig at denne bekreftes innen 16 måneder (eller f.eks. årlig) for å unngå automatisk sletting. Dette bør beskrives avsnitt 2.7.

**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.*

For å kunne ivareta nødvendig samhandling om og oppfølging av pasientens legemiddelbehandling ved overføring mellom ulike omsorgsnivå, mener vi at det er et medisinsk faglig behov for å kunne legge til kommentarer per legemiddeloppføring i tillegg til en overordnet kommentar til hele PLL. Eksempler på relevant informasjon til å dele på

tvers av tjenester/helsepersonell, som er involvert i en pasientbehandling, er bruk av doser utenfor anbefalte retningslinjer (for høy/lav basert på klinisk vurdering og individuelle behov) eller bruk av uhensiktsmessige legemidler hvor det er forsøkt avmedisinering uten å lykkes. I noen tilfeller vil det være riktig å dokumentere dette knyttet til det enkelte legemiddel. I andre situasjoner vil kommentaren være relevant for totalbildet, f.eks. svar på farmakogenetiske tester.

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

Ikke aktuelt.

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

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

Som et utgangspunkt er vår oppfatning at formatet bør være som «beste praksis anbefalinger» eller nasjonal veileder i implementeringsfasen hvor alle aktører vil trenge noe tid til å etablere arbeidsflyt og oppgaver, i tillegg til at flere aktører ikke har nødvendig digital funksjonalitet på plass for å oppfylle alle krav. Se eksempel under punkt 11 i dette hørings skjemaet. På sikt kan man vurdere å benytte normerende produkter dersom det anses hensiktsmessig.

**11) Annet?**

I avsnitt 3.13 angis det at enkelte EPJ-systemer tilbyr abonnement på varsling ved endringer i PLL. Det beskrives så et eksempel hvor sykepleier i hjemmetjenesten får dette varslet og kan laste ned oppdatert PLL. For hjemmetjenester med 3-400 pasienter med aktiv legemiddelbehandling, vil en slik type varsling være helt essensielt for å kunne fange opp endringer. Det er sterkt ønskelig at det stilles nasjonale krav til EPJ-leverandørene om at dette er en minimumsfunksjon som alle må inneha for å kunne ta i bruk PLL. Alternativet vil være at lege i tillegg til å oppdatere PLL vil måtte sende PLO til hjemmetjenesten omkring endringer i legemiddelbehandlingen. Dette kan medføre unødvendig merarbeid. I avsnitt 3.14 beskrives sammenhengen mellom PLL og eDose. I siste avsnitt beskrives det at multidose pauser ved korttidshold i sykehjem og at det kan ta tid å starte opp igjen multidosen ved utskrivelse. Vår erfaring er at dette vanligvis tar 1-2 dager når sykehjemslege hastebestiller dette fra multidoseapoteket. Dette mener vi er den mest pasientsikre måten å håndtere slike overganger på, og sykehjemslege må derfor ha mulighet for å sende oppdatert PLL (/multidosemelding) til multidoseapoteket ved utskrivelse jf. avsnitt 4.4.3.