

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:

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.) Apotekforeningen
Navn på den personen som har besvart på høringen

Hilde Ariansen

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?

Beskrivelsen er dekkende. Det bør også lages en beskrivelse som er ment for pasienter og som er tilgjengelig på helsenorge.no. Overskriften 1.3 bør endres for å få bedre frem hvor viktig riktig kvalitet i e-resept er generelt og spesielt for innføring av PLL. Riktig bruk av e-resept er en trussel for pasientsikkerheten i dag og vi mener viktigheten av riktig bruk av e-resept må komme mye tydeligere frem. Det er ikke bare knyttet til innføring av PLL, men vil styrke pasientsikkerheten i seg selv.

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

Informasjonssiden gir et tilstrekkelig grunnlag mhp bruk av PLL. Apotekforeningen ønsker endring i omtalene i kapitlene om multidose. Se våre innspill til kap. 3.14.

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

Det er oversiktlig inndeling i tilsendt pdf og viktig at det legges vekt på at det blir like lett å finne frem når dette skal publiseres på nett. Det støttes at innholdet skal være web-basert, noe som vil gjøre det lettere å gjøre oppdateringer. Det bør lages et system for å vise oppdateringer av informasjonssiden og hva de består i og det bør tilrettelegges for en utskriftsvennlig versjon.

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

Ja. Det anses viktig at det er gode beskrivelser i en oppstartsfasen. Detaljeringsnivået kan trolig reduseres over tid når PLL blir mer innarbeidet. Et godt detaljeringsnivå vil gjøre undervisning lettere.

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/sendes 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?"

Eksemplene som er tatt frem er gode eksempler som viser at det kan være behov for å kunne ha en tom PLL. Samtidig er det viktig å understreke at man aldri helt kan stole på PLL og at det alltid må gjøres samstemming med pasienten. Dersom en rekvirert lager en helt tom PLL bør dette dokumenteres i PLL med dato med begrunnelse. Det er viktig å utrede konsekvensene av tomme PLL for alle i behandlingsskjeden, inkludert apotek.

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.

Eksemplene som er tatt frem viser behov for å kunne kommentere på enkeltoppføringer og hele PLL til annet helsepersonell. Slik informasjon vil være nyttig for ansatte i apotek og kan

redusere behov for kontakt med rekvirent når farmasøyten gjør sin farmasøytikkontroll. Det gjelder eksempelvis at rekvirent bevisst har opprettet tom PLL eller om det er usikkerhet om PLL er riktig. For at en generell kommentar til PLL skal fungere må det tydelig fremkomme hvem som har laget kommentaren, en dato og et system som sikrer at slike kommentarer fjernes når de ikke lenger er relevante. Det bør vurderes om slike generelle kommentarer bør være strukturert.

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 helt nødvendig å avklare apotekenes rolle angående deres bruk av PLL for å bidra til riktigere legemiddelbruk og økt pasientsikkerhet. Det må eventuelt gjøres forskriftsendringer for å sikre gode arbeidsprosesser på tvers av helsetjenesten, der apotekets rolle understøtter det overordnede målet med PLL.

Det vises til direktorat for e-helse sin juridiske vurdering av apotekenes tilgang til PLL som for tiden er til behandling i Helse- og omsorgsdepartementet. Apotekforeningen støtter vurderingen om at det bare er ansatte i apotek med tjenstlig behov og som er autorisert og autentisert som kan gjøre oppslag i PLL. Ansatte i apotek har tjenstlig behov for å gjøre oppslag i PLL også utenom reseptekspedisjon. Eksempler på dette er når pasient eller PLO tar kontakt med apotek vedrørende spørsmål om legemiddelbehandlingen eller når det gis helsehjelp, eksempelvis ved Medisinstart eller influensavaksinasjon. Dersom oppslag i PLL bare kan gjøres i forbindelse med reseptekspedisjon er det ikke formålstjenlig for apotek å utvikle integrasjon mot PLL. Det vil være vanskelig å arbeide forsvarlig når man avhengig av hvilken helsehjelp man gir, enten kan (ved reseptekspedisjon) eller ikke kan (ved eksempelvis Medisinstart) ha tilgang til pasientens samlede legemiddelopplysninger. Det vil også være vanskelig å forklare for legemiddelbruker at vi kan se opplysningene i PLL ved reseptekspedisjon, men ikke på forespørsel fra dem, utenom reseptekspedisjon.

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://www.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?

Det er viktig at innholdet i veilederen videreutvikles etter hvert som man får mer erfaring med PLL. Det er viktig at alle i behandlingsskjeden er med på diskusjonene og at konsekvenser av eventuelle endringer og beslutninger utredes for alle aktører før det

innføres. Det kan være formålstjenlig at veilederen i starten er en beste praksis-anbefaling, men at det på sikt når PLL er mer utbredt lages en nasjonal veileder. Det er viktig å innarbeide beste praksis og klinisk konsensus om PLL i undervisningen av studenter og videre/etterutdanningen av klinikere og øvrig helsepersonell.

11) Annet?

Til selve dokumentet har vi følgende kommentarer:

Kap 2.2 Hva med pasienter som har adressesperre?

Kap 2.5. Brukskode er ikke nevnt som innhold i PLL.

Kap 2.6 Informasjon om CAVE er viktige opplysninger ved ekspedisjon av resept. Apotekenes behov for disse opplysningene må ivaretas i det videre arbeidet med å sikre tilgang til alle med tjenstlige behov. Dersom det gjøres beslutninger som gjør at det kreves tilgang til kjernejournal for å få oppdaterte opplysninger om CAVE, må det hensyntas at apotek etter dagens regelverk kun vil ha tilgang til CAVE-opplysninger i PLL gjennom reseptformidleren.

Kap 2.7. Vil PLL til en kvinne som kun bruker p-piller og har resept med gyldighet på tre år få slettet sin PLL 16 måneder etter opprettelse av PLL, selv om hun har gyldig resept? PLL bør ikke slettes så lenge det finnes en gyldig resept på en legemiddelbehandling som har hatt oppføring i PLL.

Kap 2.9.4 Apotek.

Vi foreslår endringer i høringstekst som **angitt i rødt**

-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 multidose vil fremdeles være resepter **i kombinasjon med M25.1**

-Apotekforeningen har bedt om en vurdering om tilgang til PLL for apotekansatte **som utøver helsehjelp utover oppgaver knyttet til reseptekspedisjon.**

Kap 2.9.5 Pasient. Hva med barn 12-16, skal ikke foreldre kunne se deres PLL på helsenorge, dersom de ikke har vergeinnsynsreservasjon? Hva med fullmaktshavere, kan de se PLL på helsenorge?

Kap 3.1.1. Det er ikke alltid bare lege som initierer og gjennomfører legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Benytte samme tekst som veileder for legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang som viser til «lege og evt. samarbeidende helsepersonell».

Kap. 3.2

I tilfeller der det ikke skal foreligge resept tilknyttet en legemiddeloppføring i PLL er det viktig at det er forståelig for pasient og annet helsepersonell. Dersom pasient er inneliggende på sykehjem, bør

det fremgå av PLL. Dette er viktig informasjon for hele behandlingsskjeden. En tydelighet på dette vil redusere behov for kontakt med rekvirent for å etterlyse resepter og forhindre ekspedisjon av gyldige resepter som ikke skal ekspederes.

Kap 3.2.1 Registreres i PLL Hva med reseptfrie legemidler og naturlegemidler?

LAR: Vil det fremkomme hva slags LAR ordning pasienten har, om det er utlevering på apotek eller LAR-senter?

Kap. 3.3.2

Det er fint at det legges opp til strukturert dosering. Brukskode er knyttet til om et legemiddel skal brukes fast, ved behov eller som kur. Det er ikke alltid en-til-en samsvar mellom brukskode og doseringstekst. Det er derfor viktig at rekvirent har støtte for å angi at en ved-behov dosering skal kunne skrives strukturert. Det bør alltid vises tydelig for legen hvilken doseringstekst som formidles til apoteket før resept sendes. Det gjør det ikke om brukskode velges som del av doseringsteksten i dagens løsninger. En allergimedisin brukes eksempelvis daglig i lengre perioder ved behov. En sovemedisin brukes fra kveld til kveld ved behov. Dersom apotek i fremtiden automatisk skal benytte angitt brukskode, bør det utvikles en konsensus for hvordan man skiller at selve doseringen skal brukes ved behov og selve legemiddelbehandlingen (med fast dosering) skal brukes ved behov.

Det kan være uheldig å vise brukergrensesnitt fra enkeltssystem da det kan variere mellom EPJ-system. Det vises til at kort kommentar til dosering kommer med på doseringsveiledning ved utlevering fra apotek. Bildet illustrerer ikke et slikt felt.

3.3.3. Brukskoder. Formålet og hensikten med brukskode bør fremgå tydeligere, ref. kommentar til 3.3.2.

3.5. Utleveringsmeldinger må begrenses til å inneholde nødvendige opplysninger til rekvirent og fastlege. Kodeverket for intervensjonsmeldinger fra apotek må forenkles og antallet meldinger om intervensjon som sendes lege må reduseres slik at viktig informasjon fra apotekets ekspedisjon av resepten når frem og kan behandles av rekvirent.

3.8.4-3.8.6 Det vil være rekvirenter (ikke-leger og leger uten støtte for PLL) som ikke kan dokumentere at medisinske varsler er håndtert. Det vil derfor kunne oppstå situasjoner hvor farmasøyter og annet helsepersonell kontakter rekvirent dersom det er alvorlige medisinske varsler som ikke er vurdert og dokumentert i PLL. Etter slik kontakt burde det være systemer som sikrer at rekvirent oppdaterer at varsel er håndtert i PLL. Det bør på sikt vurderes om også farmasøyter bør ha mulighet til å dokumentere at medisinske varsler er håndtert, for eksempel etter kontakt med rekvirent. Eller om det skal være mulig for farmasøyt eller annet helsepersonell, gjennom støtte i PLL, kan be lege vurdere alvorlige medisinske varsler før eller etter reseptekspedisjon. I så fall bør

systemene legge til rette for at neste helsepersonell som går inn på pasientens PLL kan se at lege har håndtert forespørselen.

3.9. Tilgang til PLL i apotek vil være av begrenset nytte så lenge de fleste pasienter har mange løse resepter utenfor PLL. Det betyr at apotek trolig bør ta i bruk PLL mot siste fase av innføringen.

3.10 Pasienter med adressesperre bør også kommenteres her, om de ikke kan ha PLL.

3.14 – Apotekforeningen mener det bør gis en kort omtale av multidose i e-resept og det bør innledningsvis vises til Hdirs nasjonale faglige råd for multidose.

For eksempel:

«Ved multidose i e-resept er utgangspunktet for multidosen en elektronisk oversikt over legemidler i bruk (PLL/M25.1 i e-resept) med tilhørende e-resepter i RF (unntak for vitaminer etc som er reseptfritt). Det er multidoseansvarlig lege (ofte fastlege) som er ansvarlig for å oppdatere M25.1, sørge for at det ligger tilhørende e-resepter i RF og vurdere hvorvidt løse e-resepter skal føres opp på M25.1. Multidoseapotekene godkjenner multidose ved å ekspedere e-reseptene i RF.»

3.14.1 Multidoseapotekene opplever i dag utfordringer med håndtering av pakkbare H-resept varer i e-multidose. Det er utfordrende å få fornyet resept for H-reseptvare, da dette kun kan gjøres av spesialist og ikke multidoseansvarlig lege. I dag sendes melding om fornying av resept fra md-apotek til MD-ansvarlig lege og ikke spesialist som er den som faktisk kan rekvirere behandling på H-resept.

Dersom spørsmål fra md-apotek kan leses av alle leger og de kan utføre handling som spørsmålet belyser mener Apotekforeningen dette i større grad bør benyttes som mekanisme for å håndtere reseptfornyelse av H-resepter til pasienter med e-multidose. Spesialisthelsetjenestens ansvar i den forbindelse bør tydelig fremgå av veileder.

3.14.2 Foreslår at avsnittet omformuleres slik: *«Behovet for papirmultidose anses som minimalt når PLL er tatt i bruk, men inntil sektoren er klare for innføring skal de som fortsatt må bruke papirmultidose gjøre slik:...»* videre bør det fremgå hva lege skal gjøre med ordinasjonskortet, for eksempel sendes iht. rutiner til multidoseapotek.

Kap 4.2.1 Bør oppfordre til at legevakt også tilbakekaller uaktuelle resepter i RF, selv om de ikke har PLL.

4.6 Stemmer det at de må håndtere varsler, har de støtte for det? Veldig bra om de har.

Øvrige kommentarer

Mulighet for å sende løse resepter uten å sende oppdatert PLL

Apotekforeningen mener det er viktig å holde fast ved prinsippene ved PLL og at det ikke åpnes for å kunne sende løse resepter uten å oppdatere PLL. Det har av noen vært fremsagt ønske om det, i situasjoner der lege ikke kan eller ønsker å sette sin signatur på en komplisert PLL. I slike tilfeller må det heller åpnes for å kunne sette en generell kommentar til hele PLL.

Avslutte/pause PLL

Apotekforeningen har forståelse for at det, særlig i en overgangsperiode/utprøvningsperiode kan være ønskelig å pause eller skru av en PLL. Apotekforeningen ønsker likevel ikke at man går i en slik retning. Dersom det innføres slik mulighet til å avslutte/pause PLL, vil dette gi konsekvenser for multidoseapotekene med påfølgende utviklingskostnader. Vi mener videre en slik mulighet på sikt vil kunne undergrave hele intensjonen med PLL. Vi mener også at en slik tilnærming vil utgjøre en fare for pasientsikkerheten og det vil kunne oppstå situasjoner der pasienter ikke får legemidler som de forventer å få utlevert som multidose. Det må i så fall stilles krav til at lege må legges inn resepter i reseptformidleren som gjør at pasienten/pårørende/kommune kan hente ut de samme legemidlene som ordinære resepter på apotek.

Skrivetilgang for farmasøyter i apotek i senere versjon av PLL

Det bør vurderes om farmasøyter i apotek ved tjenstlig behov i fremtiden bør ha skrivetilgang til PLL. Det kan være aktuelt å hjelpe pasienter med å legge inn behandling med eksempelvis reseptfrie legemidler, kosttilskudd, naturlegemidler og legemidler i ordningen «Resepfritt med veiledning». I tillegg kan legemiddelbehandling ekspedert på papir og telefonresept legges inn i PLL og behandling av eventuelle medisinske varsler, der rekvirent er konsultert.