

Vedlegg til Høringssvar Pasientens legemiddelliste "PLL i praksis"

Fra: Norsk helsenett SF

Dato: 08.12.2023

Norsk helsenett har ifb.m at "Informasjonssiden PLL i praksis" er lagt ut på høring gått gjennom denne og ønsker å gi noen spesifikke innspill til formuleringer og innhold i de ulike kapitlene, samt noen overordnede kommentarer. Vi håper at disse innspillene kan være nyttige for det videre arbeidet.

Kapittel 1	OM INFORMASJONSSIDEN PLL I PRAKSIS, referanser/sitater som innspillene knyttes til	Innspill
Kap 1.1	Målet har vært: pkt 2 - å vurdere og beskrive tilhørende informasjonsflyt mellom sentrale nasjonale legemiddelkilder (RF/KJ) og pasientjournalssystemene	Pasientjournalssystemene er ikke invitert til å delta på høringen. Disse burde også ha blitt invitert tydeligere til å delta da deres innspill og involvering vil være viktig for videre innføring.
	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).	Dette passer i liten grad for en rekke helsepersonell. Lesing er ikke en arbeidsprosess. Hva er de medisinske oppgavene knyttet til legemiddellisten for de forskjellige helsepersonellkategoriene og roller? Forslag å kutte teksten i parentes.
Kap 1.2	Informasjonssiden omhandler: pkt 2 - Funksjonalitet i PLL IKT-støtte ved administrasjon av legemidler er ikke en del av arbeidet med PLL, og omtales ikke.	Dette er en avgrensning som neppe står seg over tid. Det er sentralt at PLL tar opp i seg bruk av listen for administrering.
Kapittel 2	OM PASIENTENS LEGEMIDDELLISTE (PLL)	

<p>(også relatert, fra: Kap 1.2)</p> <p>Kap 2.1 Kap 2.2 Kap 2.5 Kap 3.2</p>	<p>I kap 1.2 står det under «omfang og avgrensning»: «Informasjonssiden beskriver ikke arbeidsflyt for resepter på næringsmidler, forbruksmateriell og vaksiner i detalj.»</p> <p>I kap 2.1 står det under «Hva er PLL?»: «Pasientens legemiddelliste (PLL) er en samlet og oppdatert oversikt over relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling.»</p> <p>I kap 2.2. står det: «Alle som bruker legemidler ordinert av lege (heretter omtalt som pasient), eller kosttilskudd i samråd med lege, bør ha PLL.»</p> <p>I kap 2.5 og 3.2 står det mer info om hva PLL inneholder.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formuleringen i kapitlene skaper uklarhet rundt hva som egentlig inngår i PLL, hva er ekskludert og hva menes med «legemiddelbehandling»? <ul style="list-style-type: none"> ○ Betyr det som står i kap 1.2 at resepter på nib, fib og vak er en del av PLL i og med de er nevnt? Mangler info om disse i kap 2.1 for å forstå. Burde det i tillegg stått hvorfor? at disse ikke er en del av PLL. ○ Behov for en presisering i kap 2.1 med hva som menes med «legemiddelbehandling» og hva som inngår i PLL. Mulig det er helt opplagt for alle, men fremstår uklart. Vaksine være en legemiddelbehandling. ○ I kap 2.2. står kosttilskudd nevnt, men ikke i kap 2.1. ○ Kapittel 2.1 og 2.5 kunne gjerne kommet rett etter hverandre så får man raskere en utdyping og har mulighet til å forstå. ○ I kap 2.5: Her står det at vak, nib og fib ikke inngår i PLL. Det står ingenting om resepter på disse. Inngår de i PLL ref. punkt 1.2? ○ Kap 2.5: E-multidose bør også nevnes i denne sammenheng? ○ Kunne egentlig ønske meg at kap 3.2. ble flyttet hit i forlengelsen av kap 2.5 eller slått sammen. (Kap 3.3. trenger ikke være i sammenheng med ovennevnte)
<p>Kap 2.1</p>	<p>PLL gir informasjon om legemiddelbehandling rekvirert og ordinert både av fastlege, sykehuslege, sykehjemslege</p>	<p>Uheldig å ramse opp noen roller, samt bruke både ordinert og rekvirert. Det skaper usikkerhet. PLL gir informasjon om</p>

	og andre rekvirenter slik det er avtalt mellom lege og pasient.	<p>legemiddelbehandlinger slik det er avtalt mellom lege og pasient.</p> <p>Kunne vært nyttig å ha en tydeligere rolleavklaring ift ulike aktører og brukergrupper, samt begrepsavklaringer ift sentrale begreper som ordinerer og rekvirering innledningsvis.</p>
	Pasienten vil selv få oversikt via Helsenorge.no	Uheldig å vise til at pasient har tilgang til PLL via helsenorge når den foreløpig ikke er tilgjengelig der.
Kap 2.2	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.	Refererer til "egne pasienter" - lite egnet uttrykk - alle pasienter er egen når de får behandling.
	<p>Alle som bruker legemidler ordinert av lege (heretter omtalt som pasient), eller kosttilskudd i samråd med lege, bør ha PLL.</p> <p>Dette gjelder også dersom pasienten mottar legemiddelbehandling på basis av papirsept.....</p>	<p>Skal alle innbyggere som bruker legemidler ha PLL? Her bør budskapet forenkles slik at det er tydeligere hvordan pasienter inkluderes i PLL.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>§ 2-1.Rekvirentens meldeplikt til Reseptformidleren</i> <p><i>Rekvirent skal ved rekvirering av legemidler, medisinsk forbruksmateriell eller næringsmidler melde resepten til Reseptformidleren, jf. § 1-7 nr. 1 og 4.</i></p> <p><i>Rekvirent skal ved notifikasjon eller søknad om unntak fra kravet om markedsføringstillatelse, melde opplysninger som nevnt i § 1-7 nr. 2 og 4 til Reseptformidleren.</i></p> <p><i>Melding etter denne bestemmelsen skjer uten hinder av taushetsplikt.</i></p>

		<p><i>Meldeplikten gjelder ikke dersom rekvirenten, ved rekvirering, ikke har tilgang til et datasystem som gir rekvirenten mulighet til å sende elektroniske resepter</i></p> <p><i>Meldeplikten gjelder heller ikke dersom pasienten ønsker å få utlevert legemidler i utlandet.</i></p> <p><i>[Når en lege gjør endring i en pasients legemiddelbehandling, skal endringen også registreres i pasientens legemiddelliste, med mindre pasienten har motsatt seg at pasientens legemiddelliste gjøres tilgjengelig for legen. Fjerde og femte ledd gjelder tilsvarende.]</i></p>
	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	PLL opprettes vel i pasientjournalssystemet og sendes til reseptformidleren. Slik dette står så kan det virke som legen jobber i reseptformidleren og oppretter PLL
Kap 2.4	Andre leger (sykehusleger, sykehjemsleger, private spesialister etc.) kan også opprette første PLL, dersom de har tilstrekkelig oversikt over pasientens legemiddelbehandling.	Det bør stå at andre leger også bør opprette PLL. Viktig at sykehjemsleger oppretter PLL når pasient skrives ut. De har god kontroll på legemiddelbruk ved utskriving (etter korttids plass).
Kap 2.5	Referanse til forskriftens §1.7: 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....	Framstilling av innhold i forskrift er feilaktig og bør endres. Bør heller referere forskriftsteksten direkte i stedet for å lage en egen fortolkning av teksten.
	"...I tillegg har arbeidsgruppen vurdert at når det er relevant kan PLL inneholde:..."	Utydelig. Dersom dette er registrert så må det jo sendes med.
	Utdelt eller administrert uten at det foreligger resepter, for eksempel etter forordning på sykehjem eller poliklinikk + Utdelt eller administrert uten at det foreligger resepter,	Konsistent begrepsbruk => <i>ordinering</i> og ikke <i>forordning</i>

	for eksempel etter <i>forordning</i> på sykehjem eller poliklinikk	
	Innhold i reseptformidlerforskriften §1-7: skal inneholde opplysninger om 3) legemiddelreaksjoner, interaksjonsvurderinger og legemiddelgjennomgang	<p>Forskriften sier ikke noe om å formidle håndtering av alle medisinske varsler, men dette tas inn i kapittelet videre. Dette er heller ikke utdypet i kap 6.1 om gjeldende rett hvor forskriften omtales. Hva er grunnlaget for at dette kan inkluderes i vedleggsløsningen for PLL? Krever dette en forskriftsendring?</p> <p>Forskriften er også utydelig på at ikke alt som listes i første ledd kan inkluderes i PLL slik det er beskrevet i andre ledd. Gjelder f.eks resepter på næringsmidler og forbruksmateriell.</p>
Kap 2.6.1	All informasjon i PLL vises også i kjernejournal	<p>Med unntak av info i vedleggene til PLL, da KJ ikke har støtte for dette. Men det har jo stort sett ikke systemer som skal understøtte PLL enda heller.... Bør presiseres at dette ikke er støtte for det enda.</p> <p>Uheldig at det er en manuell prosess å oppdatere Cave i KJ basert på info fra PLL. Bør beskrives med hensyn på at framtiden har cave synk med KJ.</p>
Kap 2.7	Historikk i PLL - 16 mnd i RF, 3 år i KJ	En PLL kan "leve" og formidles rundt i samhandlingskjeden i tre år via KJ, og ikke 16 mnd som man anslår er PLLs levetid i samhandlingskjeden
	Opplysninger som inngår i Pasientens legemiddelliste (PLL), vil lagres i inntil 16 måneder etter at lege har sendt ny PLL til reseptformidleren	<p>burde det ikke heller stått, "PLL lagres i inntil 16 måneder dersom ingen ny PLL er levert..."</p> <p>Hvorfor er det landet på 16 måneder? Kunne det stått noe om hvorfor denne beslutningen? Det burde stå noe om slike forutsetninger innledningsvis i dokumentet.</p>

Kap 2.8	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	Formuleringen gir inntrykk av at både rekvirent som først opprettet behandlingen og den som sist endret den sendes med i PLL. Det bør presiseres at det er ansvarlig rekvirent per legemiddelbehandling og rekvirent som har sendt PLL som formidles.
	Følgende må vurderes: 3 kulepunkt (interaksjoner, dobbeltoppføringer og kjent legemiddelreaksjon)....	Fremkomme tydeligere at det er krav til å håndtere røde interaksjoner og cave, mens andre medisinske varsler kan håndteres
	Det er bare leger som kan oppdatere PLL i reseptformidleren	Samme som i 2.2, det virke som legen jobber i reseptformidleren (ta bort reseptformidleren?)
	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).	Hva ligger i dette? Finnes det noe som heter "bekreft PLL"? Eller ligger bekreft i at legen signerer og sender uten at han har gjort noe med listen?
	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 akseptabelt med konflikter mellom legemiddelbehandling, men de må begrunnes.
	Dette inkluderer også f.eks. legevaktsleger, nettleger og andre leger som sporadisk behandler pasienten.	Man bør heller referere leger som behandler pasienten sporadisk → slette legevaktsleger, nettleger og andre leger.... Uklart hva nettleger er.
Kap 2.8.1 + flere underkapitler	Oppdaterer PLL fortløpende når de gjør endringer i legemiddelbehandlingen	Det brukes generelt begrepet "oppdaterer PLL". Er det oppdatering lokalt, eller ligger det implisitt signer og send i det også, og skulle det vært lagt til? Det bør komme frem at PLL skal oppdateres=signeres og sendes når alle oppdateringer er klargjort

Kap 2.8.5	Kan ikke endre informasjon, eller oppdatere PLL, men kun gjøre endringer for enkeltresepter som angitt i reseptformidlerforskriften.	<p>Bør begrunnes hvorfor er det kun leger som kan oppdatere hvis annet helsepersonell med begrenset rekvireringsrett får info fra pasient om at han/hun har sluttet med et legemiddel f.eks. Bør kanskje stå i dokumentet at det er ihht. regelverk? Det at ikke alle rekvirenter kan oppdatere strider jo imot å oppnå en korrekt liste og det man ønsker med 2.8.6.</p> <p>Bør belyses innledningsvis ulike helsepersonellkategoriers rettigheter til å medvirke i PLL og hvorfor noen er utelatt.</p>
Kap 2.8.6	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.	Hovedgrunnen til å samstemme er å ha kunnskap om pasientens legemiddelbruk ved behandling av pasient og beslutningstaking knytte til pasient. Det er ikke å sende videre riktig liste - det er en bieffekt.
Kap 2.9.2	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.	Det henvises til å oppdage "Feil" - hva er feil - det er vel uhensiktsmessig behandling - i liten grad "Feil".
Kapittel 3	PRAKTISK BRUK AV PLL	
3.1.1	Legemiddelsamstemming må jevnlig gjentas for å opprettholde kvaliteten i PLL.	<p>Legemiddelsamstemming må ikke gjentas ofte, det må gjøres når pasient behandles. Hvis en pasient er hos legen 1 gang i året så er det 1 gang i året, hvis den er hos 7 forskjellige leger i løpet av 10 dager så bør de alle samstemme.</p> <p>Teksten om oppdatering av PLL i kap 3.1 bør oppdateres i sin helhet for å bedre gjenspeile dette.</p>
3.1.3	For pasienter med for eksempel ustabile medisinske tilstander, kan det være nødvendig å gjøre stadige endringer av behandlingen og oppdatere den skriftlige	Formuleringen bør skrives om. Det har ikke noe med hyppighet å gjøre, men om det er endringer i pasientens

	legemiddelinformasjonen, uten å gjennomføre legemiddelsamstemming	legemiddelbehandlinger som medfører at listen bør samstemmes.
3.2.1	Legemiddelbehandlinger/ordinasjoner (fast/behov/kur)	Dette punktet bør ligge over tabellen som den overordnede regelen, og så bør det komme frem at tabellen gir med spesifikke eksempler innenfor ulike områder
	Dette inkluderer også informasjon om: • Legemidler for pasienter med e-multidose	Det er vanlige e-resepter, trenger ikke nevne multidose spesifikt
	Kosttilskudd	Komme tydeligere fram at det er ordinasjoner uten resept, ikke regnet som legemiddel
	Magistrelle behandlinger	Tekstoppdatering ihht oppdaterte krav: <ul style="list-style-type: none"> • tatt bort: Enkel blanding • Parenteral ernæringsblanding • Parenteral smerteblanding • Parenteral antibiotikablanding • Parenteral cytostatikablanding • tatt bort: Blanding med tilleggsinformasjon • NY: Annen magistrell blanding
	Legemidler hvor en venter på søknadssvar fra Helfo/SLV - Registreres når pasienten starter å bruke legemidlet.	Er ikke disse allerede en del av PLL når de er lagt inn i LIB selv om søknadssvar ikke er kommet?
3.2.2	Legemidler som pasienten sier er i bruk, men som legen fraråder pasienten å bruke	Dersom pasienten bruker et legemiddel, hvorfor skal ikke det være en del av PLL for å kunne fange opp evt interaksjoner med andre legemidler? Kunne være nyttig å dokumentere en vurdering ift oppføringen (kommentar til legemiddelbehandling) som videreføres i PLL i slike tilfeller hvis det blir registrert. I punkt 3.1.4 står følgende: . Legemidler som pasienten bruker, men som ikke finnes i de nasjonale legemiddelkildene, må legges til i PLL.

3.3.	Hva skal registreres på den enkelte legemiddelbehandling?	<p>Tabellen ser ut til å være tatt ut av forskriften og er ikke helt samsvarende med informasjon som støttes i M25.1, f.eks Virkestoffnavn støttes ikke av e-resept. Mangler "forholdsregel ved inntak" + "tilleggstekst om dosering"? Tabellen bør være utfyllende ift hvilken informasjon som inngår i M25.1.</p> <p>Bør presiseres hvilke felter som er påkrevde å fylle ut og ikke pr. felt. Dette med tanke på at alle systemer bør innarbeide samme «regler» slik at vi unngår at legene mottar «huller/mangler» som f.eks manglende seponeringsdato på kur. Mao. må også feltet som nå heter «datoer» deles opp i flere separate kolonner og presiseres – i tillegg til de andre feltene.</p>
3.3.2	<p>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.</p> <p>Figur 4: 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.</p>	<p>...forskrivings- og informasjonsstøtte (FEST) heter det ikke forskrivnings og ekspedisjonsstøtte?</p> <p>Skjerm bilde burde inkludert forholdsregel/info til pasient og med visning av dette på "Tekst til etikett"</p>
3.3.3	Brukskoder	Rekvirenter har behov for mer veiledning om hvordan brukskoder skal benyttes. Spesielt for kur hvor det er usikkerhet om seponeringsdato.
3.3.4	Datoer i PLL- Seponering av en legemiddelbehandling	Dette er for teknisk og trenger ikke inngå i dokumentet. Bør kommuniseres at det er mulig å seponere her og nå og frem i tid og at dette formidles i PLL.

		<p>Men hvis det beholdes må det skrives riktig:</p> <p>"Ved seponering i nåtid, velger rekvirent "seponer", og pasientjournalssystemet sikrer at dato og klokkeslett for siste dose sendes i PLL"</p> <p>=> endres til: "Ved seponering i nåtid, velger rekvirent "seponer", og pasientjournalssystemet sikrer at dato og klokkeslett for seponeringstidspunktet sendes i PLL"?</p> <p>"Ved seponering frem i tid, setter rekvirent dato og klokkeslett for når siste dose skal tas, og dette formidles i PLL."</p> <p>=> Klokketslett formidles ikke, må slettes fra setningen.</p> <p>Ref. rekvirentkrav (2.6.1.42c): <i>Når en legemiddelbehandling har seponering frem i tid og seponeringsdato forstås som dato "siste dose tas" i EPJ systemet så skal seponeringstidspunkt settes som seponeringsdato +1 med 00:00 som tidspunkt.</i></p>
	<p>Begrepet «Seponeringsdato/Dato for seponering» er ikke et entydig begrep i ulike pasientjournalssystemer.</p>	<p>Oppfatter det som er beskrevet som begrunnelse som feil. Det er ulik forståelse av dette blant ulike helsepersonell.</p>
<p>3.3.5</p>	<p>Kommentar til legemiddeloppføring og overordnet kommentar til PLL</p>	<p>SFM støtter at det er klinisk behov for begge disse kommentarene, men det bør avklares tydeligere hvordan kommentarfeltene bør benyttes og oppdateres, samt være tydelig at kommentarfeltet ikke er påkrevet. Kommentarene bør kunne overføres til løpende journal.</p> <p>Tekstforslag:</p>

		<p>"Kommentarene vil vises så lenge legemiddelet inngår i PLL, sammen med navn på lege som skrev, eller endret kommentaren."</p> <p>=> forslag til presisering "Kommentarene vil vises så lenge legemiddelet inngår i PLL, og <i>kommentaren ikke fjernes</i>, sammen med navn på lege som skrev eller endret kommentaren..."</p>
3.4	Hvordan registrere papir- og telefonresepter i PLL?	Setning bør strykes: Når legen legger til dette legemiddelet i PLL, må det vurderes om pasienten også bør få, eller skal ha, e resept i tillegg
3.6	Oppdatere endringer i PLL	Det bør presiseres at man så langt det er mulig skal endre og forny på eksisterende behandlinger i stedet for å opprette nye, også når man skal legge til resept til en ordinasjon eller fjerne resept og beholde kun ordinasjon (sykehjem langtid/korttid)
3.6.1	Legen bør skrive en kommentar om årsak til endringen i kommentarfeltet.... Både kodeverdi og begrunnelse vil følge PLL i tre mnd etter at endringen ble gjort.	<p>Begrunnelse for endring er foreløpig ikke implementert som vedleggsløsning i PLL. Bør komme frem at dette ikke er støttet enda.</p> <p>Det kan misforstås om dette kommentarfeltet er det samme som nevnt i 3.3.5</p>
	Det refereres til byttelisten	SFM mener at byttelisten er for snever da den er basert på refusjonsbytter og at legene har behov for tilgang til flere byttealternativer. SFM baserer derfor bytte på Virkestoff ved endring av legemiddelbehandling. Det hadde vært ønskelig med en mer omfattende bytteliste som er gyldig utover refusjonsbytter.
3.6.2	Seponer/Tilbakekall	Feil i tekst Figur 6: Endre tekst til: Kodeverk 7494 Volven.no "Årsak til seponering"

3.6.3	Hvordan sette legemiddelbehandling i PLL på pause?	<p>Kan det utdypes noe om hvorfor det er vurdert til det mest hensiktsmessige å sette dosering i PLL til "0" i perioden?</p> <p>Det bør fremkomme at hensikten er at pasienten skal fortsette med legemiddelbehandlingen senere, slik at den ikke skal seponeres.</p>
3.8	Hvordan håndtere medisinske varsler i PLL?	<p>Det kommer ikke tydelig frem forskjellen på krav til håndtering av medisinske varsler ved importerte ordinasjoner/resepter og ved egengenererte varsler som oppstår ved rekvirering lokalt i eget system</p> <p>Det bør presiseres at formålet er at PLL på sikt vil gjøre det mulig å formidle rekvirentens vurdering av hvorfor behandlinger opprettholdes som det knytter seg medisinske varsler til.</p>
3.8.1	Håndtering av varsel om legemiddelreaksjoner (CAVE) i PLL	<p>Uppreis tekst: "Informasjon om tidligere legemiddelreaksjoner er en forutsetning for trygg legemiddelbehandling, og skal inngå i PLL når de er relevant for videre legemiddelbehandling".</p> <p>Cave skal inngå uavhengig av om det er relevant for videre legemiddelbehandling. Registrert informasjon inngår i PLL.</p>
3.8.2	Håndtering av interaksjoner - Legen <u>bør</u> begrunne hvorfor legemiddelet skal inngå i pasientens legemiddelbehandling,	<p>Komme tydeligere frem skille på må håndtere og begrunne for interaksjoner "bør unngås" og cave og bør håndteres for andre varsler</p> <p>Er det klart for alle hva som menes med avhengig av type varsler, eller bør det stå en forklaring av ulike varseltyper og gradering av interaksjonsvarsler (Bør unngås/rød, Forholdsregler bør tas/gul, Ingen tiltak nødvendig/grønn) ref kap 8.1.2 i FEST implementasjonsveileder</p>

3.8.4	Hvem skal håndtere medisinske varsler i PLL?	<p>"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." => ref kommentar over på 3.8.2, det bør skilles på varsler som må håndteres og bør håndteres.</p> <p>PLL i praksis bør videre avklare hvem som står som ansvarlig for håndtering av et medisinsk varsel som sendes i PLL når flere helsepersonell har vært involvert i dette i arbeidsprosessen, f.eks sykepleier har gjort dokumentert håndteringen i første omgang.</p>
3.8.6	Import av ikke-behandlede medisinske varsler i PLL, og ved opprettelse av ny lokal legemiddelbehandling, "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" osv resten av avsnitt	Det er utydelig i dette avsnittet hva som er dagens situasjon hvor det mangler rekvirentkrav på å håndtere og formidle håndtering av medisinske varsler i PLL, og en fremtidig situasjon hvor rekvirentkrav på dette foreligger og hvor EPJene må utvikle støtte for vedleggsløsningen som understøtter en formidling av denne informasjonen i samhandlingskjeden
3.9	Hvordan håndtere løse resepter? (Fra lege uten støtte for PLL, tannlege, helsesykepleier og jordmor)	Savner begrunnelse for at rekvirenter med begrenset rekvireringsrett ikke kan sende PLL. Kan man henviser til forskrift og evt høringssvar til forskriften på dette punktet?
3.10	Hvordan håndtere låste resepter? 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.	<p>Problemet med dette er at den gamle behandlingen da videreføres som seponert i PLL i 3 mnd, så den blir jo ikke akkurat skjult for andre aktører....</p> <p>Dette kunne vært løst ved at behandling endres og legger til låst resept, som medfører at hverken ordinasjon eller resept sendes med i PLL og at opprinnelig resept tilbakekalles.</p>
3.11	Hvordan håndtere forslag til endring i PLL fra sykepleiere og andre medhjelpere?	Det er også en utfordring at pleiepersonell som administrerer legemidler for pasienten ikke kan formidle informasjon knyttet

		til endringer og compliance som er stekt knyttet til samstemming av legemiddellisten.
3.13	Hvordan oppdage endringer i PLL gjort av andre?	<p>Bør mulig være en presisering at legemiddelmodulen som her nevnes må ha støtte for PLL.</p> <p>"Når helsepersonell med tjenstlige behov åpner legemiddelmodulen med støtte for PLL, gjør pasientjournalssystemet oppslag mot reseptformidleren og KJ for rekvirenter. For øvrige helsepersonell med tjenstlig behov gjøres oppslag mot kjernejournal" => bør vel ha med KJ for rekvirent også?</p> <p>I andre avsnitt blandes det sykehjem og hjemmesykepleie.</p> <p>Multidoseleger kan abonnere på endringer i pasientens legemiddelbehandling → Multidoselege vil alltid få varsler om endringer via M9.21 hvis systemet har støtte for dette (ref rekvirentkrav).</p>
3.14	Hvordan fungerer PLL og elektronisk multidose?	"Noen pasientjournalssystemer har en overvåkningsfunksjon for multidosepasientene" => dette er integrasjonskrav og rekvirentkrav, og støttes av EPJ-er som har e-multidose.
3.14.2	<p>PLL og papirmultidose</p> <p>"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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Endre: Behov for papirmultidose → Bruk av papirmultidose bør ikke forekomme når PLL er tatt i bruk, men inntil apotek er klare skal de som fortsatt bruker papirmultidose gjøre det slik:... ▪ PLO er jo klare - bør fjernes fra punktet

	<p>legemidlene pakkes på grunnlag av utskrift av PLL i stedet for «ordinasjonskort»."</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Det bør komme tydeligere frem at dagens praksis videreføres med at lege skriver ut og fakser/sender PLL til apotek
<p>Kapittel 4</p>	<p>SLIK GJØR DU DET - ARBEIDSFLYT NÅR DU OPPRETTER OG VEDLIKEHOLDER PLL</p>	<p>Struktur kan med fordel være mer uniformt innefor hovedkapittelet hvor samme underkapitler går igjen og hvor krav dermed blir mer forståelig i forhold til hverandre.</p> <p>Behandler opplysninger på forskjellige nivåer - kan med fordel slå sammen noen kategorier og bruke noe av kapittelinnholdet som eksempler.</p> <p>Det bør gjennomgående ligge til grunn at prinsipper for alle behandlere må være å samstemme med pasient. Det er en selvfølge å vite hva pasienten bruker og allergier før ny rekvirering.</p> <p>Når det diskuteres ansvar så må også virksomhetenes ansvar der hvor helsepersonell er ansatt (ikke dataansvarlig) tas med - det organisatoriske ansvaret - HF eller legevakt har ansvar for at deres ansatte ivaretar god pasientbehandling.....</p> <p>Hjemmetjenesten er alt for lite beskrevet. Dokumentet bærer preg av at det i hovedsak har involvert leger og ikke andre brukere av PLL. Dette må beskrives tydelig hvordan dette skal håndteres i framtiden.</p> <p>Kapittelet mangler beskrivelse av andre aktører som private leger etc.</p>

4.1	«Fastlegene får tilgang til pasientens oppdaterte legemiddelopplysninger ved oppslag i reseptformidleren og eventuelt kjernejournal når legemiddelmodulen i pasientjournalen åpnes.	Det bør fremkomme at det er en forutsetning at EPJ har støtte for PLL Gjelder også formuleringer i 4.2, 4.3, 4.4 og 4.5
	Når pasienten har PLL, vises den i pasientjournalen hos fastlegen.»	Dette bør komme tydelig frem innledningsvis og det er mulig det er unødvendig å gjenta det senere nedover i kapitlene hvis det er helt klart for leseren at dette er en forutsetning.
4.2	Legevaktlege/ Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)	Hvorfor likestilles legevakt og ØHD? Burde ikke ØHD sammenlignes mer med institusjonsplasser for inneliggende pasienter.
4.4.4	Sykepleier og annet helsepersonell med legemiddelansvar på sykehjemmet	<p>Bruk av term "forslag" om kladd/utkast til behandling er lite ønskelig. Sykepleier jobber på vegne av en person og kommer normalt ikke med forslag - i hvert fall ikke i denne sammenheng</p> <p>Dette går igjen mange steder i kapitlet</p> <p>Tekstrettelse: "De kan også også lage forslag til en samstemt PLL under oppholdet" og "virksomheten må beslutte om det skal administreres legemidler basert på PLL som ikke er signert av sykehjemslege"</p>
4.5	Sykehus	<p>"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."</p> <p>=> legemiddelreaksjoner er en del av PLL, unødvendig å plutselig nevne det spesielt når dette ikke er nevnt spesifikt andre steder?</p>

4.5.4	Når pasienten skrives ut fra sykehus	<p>«Ved utskrivning må pasientens legemiddelbehandlinger samstemmes, og oppdateres i Reseptformidleren.»</p> <p>-> endres til: ..., slik at oppdaterte opplysninger kan sendes med i PLL hvis pasienten har dette.</p>
4.6	Behandling hos tannleger, helsesykepleier og jordmor	<p>"Tannleger, helsesykepleiere og jordmødre må håndtere varsler om legemiddelreaksjoner, interaksjoner og dobbeltoppføringer hvis de legger til, eller endrer en pågående legemiddelbehandling i PLL."</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ I dette tilfellet vil en ny eller endret behandling ikke inngå i PLL, men bli en løs resept eller lokal ordinasjon. Punktet bør omformuleres. ▪ andre rekvirenter MÅ håndtere varsler ved import (dette kravstilles ikke for leger, ref kapittel 4.1) ▪ andre rekvirenter MÅ håndtere varsler ved dobbeltoppføringer (dette kravstilles ikke for leger) ▪ tidligere i dokumentet er det presisert at det er leger som MÅ håndtere røde varsler (og ikke andre rekvirenter) <p>Generelt: Er det riktig å kravstille hvordan informasjon i PLL skal håndteres for brukergrupper som kun kan motta PLL som en informasjonskilde, men som ikke har rettighet til å oppdatere PLL?</p>
Kapittel 5	DEFINISJONER I E-RESEPT (ORDLISTE)	
Kapittel 6	HVA SIER REGELVERKET OM PLL?	
6.1	Reseptformidleren, nest siste avsnitt s 49. Dersom pasienten motsetter seg at legen skal se pasientens legemiddelliste, kan ikke legen registrere endringer i	

	<p>pasientens legemiddelbehandlinger i pasientens legemiddelliste i reseptformidleren.</p> <p>Formålet med PLL i Reseptformidleren og Nasjonal kjernejournal er å fremme helse, og forebygge sykdom og skade, ved bedre legemiddelbehandling</p>	<p>Her brukes begrepet "Nasjonal kjernejournal" - det er vedtatt at det skal benyttes begrepet "Kjernejournal"</p>
6.1	Pasientjournalen	<p>Det mangler å omtale pasientens rett til sletting i journal og hvilke konsekvenser det har for sletting i PLL (og RF/KJ)</p>
Kapittel 7	TEMA TIL KOMMENDE VERSJONER AV INFORMASJONSSIDEN	
	<p>Generelle tilbakemeldinger på hele dokumentet, innspill på tekst:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Begrepet "PLL" og "pasientens legemiddelliste". Bør bruke forkortelsen konsekvent (etter at den først er presisert). Forkortelsen og hele navnet brukes tilfeldig. ▪ bør være presis, enten reseptformidleren med liten eller stor forbokstav gjennom hele dokumentet. Riktig med blanding mellom Nasjonal kjernejournal og kjernejournal? ▪ Det bør ikke hete informasjonsside, men "veileder til PLL i praksis"