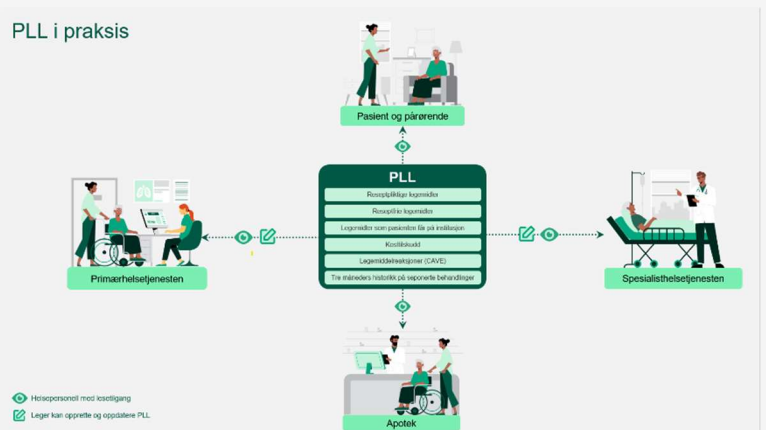


Sammendrag av høringsinnspill

PLL i praksis

PLL i praksis



Innhold

Forord	4
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?	5
4. Tilbakemelding på om informasjonssiden danner et tilstrekkelig grunnlag for utarbeidelse av lokale rutiner rundt opprettelse, oppdatering og nyttiggjøring av informasjonen i PLL?	5
5. Tilbakemelding på om kapitteinndelingen slik at den er lett å lese, og en finner relevant informasjon?	6
7: Er det behov for å kunne sende en "Tom PLL"?	8
8: Er det behov for å kunne legge til kommentarer i PLL?	9
8. a) Overordnet kommentar i PLL	9
8. b) Kommentar per legemiddelbehandling	11
9: Ved tilbakemelding fra relevante juridiske miljø; er arbeidsgruppens anbefalinger i tråd med dagens regelverk (inkludert vedtatte forskriftsendringer som ikke har trådt i kraft).	13
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.	15
11. Annet?	16
11.1 Administrasjon av legemidler	16
11.2 Apotek og PLL	16
11.3 Automatisk oppslag i RF/ KJ	17
11.4 Brukskoder (Fast, Ved behov, Kur)	17
11.5 Bruksområde (årsak til at et legemiddel skal brukes)	18
11.6 Bærekraft – fremtidsrettet PLL	18
11.7 Dato - Institueringsdato	18
11.8 FEST – kortdoser/ strukturerte doseringsforslag	18
11.9 Historikk	19
11.10 H-resepter	20
11.11 Hva skal PLL inneholde, magistrelle blandinger og langtidsvirkende legemidler	20
11.12 Hvem oppdatere PLL	21
11.13 Informasjon i PLL om at en pasient er innlagt på sykehus/ institusjon	22
11.14 Informasjonsmodell	22
11.15 Innføring	23
11.16 Kritiske legemiddelreaksjoner i PLL	25
11.17 Kvalitet i e-resept	27
11.18 Lagringstid i PLL	27

11.19	Løse resepter _____	28
11.20	Låste resepter _____	29
11.21	Medisinske varsler _____	30
11.22	Multidose _____	31
11.23	Oppdatering av PLL _____	31
11.24	Oppretting av PLL på sykehus _____	32
11.25	Ordinasjon/ resept _____	32
11.26	Ordlister _____	33
11.27	Pause/ avslutte PLL _____	33
11.28	Pasient/ pårørende og pasientreservasjon _____	34
11.29	PLL og barn _____	35
11.30	PLL og medisinske studier _____	35
11.31	PLL og Multidose _____	36
11.32	PLL som hovedkilde i henvisning/ epikrise? _____	36
11.33	PLL og rekvisitkrav _____	37
11.34	Registrering av papirresepter/utleveringsmeldinger/ telefonresepter og intervensjonsmeldinger i PLL _____	37
11.35	Samsvar legemiddeloppføring/ resept _____	38
11.36	Seponering/ tilbakekalling _____	39
11.37	Takst _____	40
11.38	Universell utforming _____	40
11.39	Varighet på kur _____	41
11.40	Varsling ved endring i legemiddelbehandlingen (til sykepleier i kommune) _____	41
11.41	Virkestoffrekvirering/ordinering _____	41
11.42	Vurder formulering/ presisering _____	41

Forord

Direktoratet for e-helse sendte i oktober 2023 utkast til innholdet til en informasjonsside med kliniske anbefalinger om bruk av PLL i praksis på høring. Av praktiske grunner ble innholdet presentert i pdf format, men det skal kunne ut i den nasjonale web siden "PLL i praksis".

Det kom inn 31 høringssvar, og disse er kategorisert og oppsummert i dette dokumentet. Oppsummeringen er pr. spørsmål stilt i høringsbrevet, og under spørsmål 11 "Annet" er alfabetisk oppsummeringen kategorisert ut fra tema knyttet opp mot PLL og e-resept.

Kapittelstrukturen følger samme nummerering som i høringsdokumentet og begynner derfor på kap.3. Språket i denne oppsummeringen baserer seg på de direkte innspillene som er formidlet fra respondentene, men er fritt sammensatt av forfatter. Det vises til den enkelte respondent sine høringssvar for direkte gjengivelse av deres innspill. Enkelte steder i dokumentet har en svart ut korte avklaringer med markering "Red.anm." markert i grått.

Denne oppsummeringen har ikke en beskrivelse av hvordan de enkelte tilbakemeldinger skal følges opp. Videre prioritering og oppfølging av innspillene vil skje i samarbeid mellom Helsedirektoratet, Norsk Helsenett og Helse- og omsorgsdepartementet. Relevante diskusjoner og avklaringer vil løftes i den den nasjonale arbeidsgruppen "PLL i praksis".

Spørsmålene som ble stilt i forbindelse med høringen

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?
4. Tilbakemelding på om informasjonssiden danner et tilstrekkelig grunnlag for utarbeidelse av lokale rutiner rundt opprettelse, oppdatering og nyttiggjøring av informasjonen i PLL?
5. Tilbakemelding på om kapittelinnstillingen slik at den er lett å lese, og en finner relevant informasjon?
6. Tilbakemelding på om det er et passende detaljeringsnivå på informasjonssiden?
 - a. Er det behov for å kunne sende en "Tom PLL"?
 - b. Er det behov for å kunne legge til kommentarer i PLL?
7. Kommentar pr legemiddeloppføring (tiltenkt annet helsepersonell)
8. Overordnet kommentar til hele PLL (tiltenkt annet helsepersonell)
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.
11. Annet?

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?

18 av 25 respondenter skriver at informasjonssidene gir en god forståelse og gode anbefalinger om praktisk bruk.

Norsk sykepleierforbund er av de som understøtter dette og skriver:

«Dokumentet som illustrerer informasjonssiden, er beskrivende nok for å få et bilde av anbefalingen for bruk av pasientens legemiddelliste. Det er gjort en grundig og god jobb med dokumentet.» (NSF)

En gjennomgående tilbakemelding er at dokumentet/ innholdsside er ikke ferdigstilt og at det ikke er innhentet tilstrekkelig erfaringer fra utprøvingen i Bergen.

Det er også tilbakemeldinger på at informasjonssiden hovedsakelig er utformet for leger, og at det ikke er innhentet tilstrekkelig erfaring fra praktisk bruk for alle involverte faggrupper. Informasjonssiden mangler beskrivelse for behandlere som ikke selv skal levere PLL, men nyttiggjøre seg av informasjonen derfra.

Det vil være behov for justeringer etter hvert som PLL blir tatt i mer utstrakt bruk.

Helseplattformen skriver at det er for tidlig å gi anbefaling om praktisk bruk så lenge det foreløpig er lite praktiske erfaringer med PLL.

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

15 av 21 respondenter skriver at informasjonssiden dammer et tilstrekkelig grunnlag for å utarbeide lokale rutiner rundt PLL. 6 respondenter skriver at informasjonssiden bør oppdateres før innholdet publiseres på en web side.

Statens legemiddelverk er en av respondentene som skriver at utkastet tilfredsstillende de nevnte målsetninger, men noen gjennomgående tilbakemeldinger er at:

Informasjonssiden må være dynamisk og oppdateres basert på reelle erfaringer i utprøvningsperioden, som flere påpeker at ikke er ferdig, og at dette vil kreve vedlikehold av lokale rutiner. Det etterlyses mer og bredere erfaring for å tilpasse løsningene ytterligere, f.eks i overgangen PLL/ MD ved bytte av behandlingsnivå. Det er også tilbakemeldinger på at det er uklart hvilken funksjonalitet som er testet ut og hva som er kommende funksjonalitet/ målbilde for PLL.

Det er også behov for tydeliggjøring på enkelte områder, f.eks apotekets rolle, og hvordan helsepersonell som ikke skal oppdatere PLL, men nyttiggjøre seg av informasjonen skal gjøre dette.

Er det visjon eller virkelighet som beskrives?

Helseplattformen mener at informasjonssiden ikke gir et godt nok grunnlag til å beskrive lokale rutiner, og at det er for tidlig å starte utarbeidelse av lokale rutiner før det er mer praktisk erfaring med PLL-konseptet.

"Der arbeidet med PLL er nå mener vi at informasjonssiden bør være på et konseptuelt overordnet nivå. Detaljer for praktisk bruk forutsetter mer erfaring." (HP)

«Det må først tas en beslutning på hvilken type produkt dette er og regelverk som er førende for anbefalingenes styrke før man kan gå videre med å be tjenesten om at de tar dette inn som utgangspunkt for sine rutiner.» HDIR

Kernel påpeker at dokumentet "PLL i praksis", beskriver myndighetenes intensjoner, men lokale rutiner må ta utgangspunkt i den systemstøtten helsepersonellet i den aktuelle virksomhet til enhver tid har tilgang til. (Red anm.; hvilket også er intensjonen med informasjonssiden)

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

17 av 24 respondenter skriver at kapittelinnstillingen er lett å lese og at en finner relevant informasjon.

Legeforeningen er av de som understøtter dette og skriver at kapittelinnstillingen fremstår klar og relevant.

Det påpekes fra flere respondenter at for den tiltenkte informasjonssiden (web siden) så vil kapittelinnstillingen fungere godt for å kunne finne og gå rett til ønsket informasjon, men som et dokument, som vil leses fra begynnelse til slutt, oppleves det som mye redundans og gjentakelser.

Det er forslag på at fremfor å beskrive arbeidsflyten pr aktivitet så kan det være mer nyttig å beskrive det pr rolle. Ved bruk av søkefunksjon vil man ved søk på f.eks. sykehuslege eller helsesykepleier få en rekke treff, og mange punkt som må leses for å forstå egen rolle.

Det påpekes noe inkonsistens i forklaring og definisjoner av begreper, og at det kan være bedre samsvar med kapitteloverskriftene. Det er også flere forslag på å slå sammen enkelte kapitler, spesielt kapittel «3. Praktisk bruk, og kapittel» og «4. Slik gjør du det».

Kernel påpeker at kapittel 6. "Om regelverk" burde utelates dersom målgruppen er helsepersonell som bruker medikasjonsmoduler til å laste ned, se på og oppdatere PLL.

"Helsepersonell må kunne forvente at regelverk er ivaretatt av IKT-løsningen de får tilgjengelig og tilhørende bruksrutiner til dette." (Kernel)

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

14 av 23 respondenter skriver at det er et passende detaljeringsnivå på informasjonssiden, spesielt for oppstartsfasen. Flere respondenter foreslår at en kan gå ned på detaljeringsnivået etter hvert som rutine for PLL blir mer innarbeidet nasjonalt

Apotekforeningen påpeker at et godt detaljeringsnivå vil gjøre lettere å undervise om PLL.

Fagforbundet skriver at detaljnivået er godt, men det er igjen avhengig av hvem som er mottaker av informasjonen,

Det er flere tilbakemeldinger på ulike tema har varierende grad av detaljering, behov for mer erfaringer og detaljerte beskrivelser. Det er også innspill på mer detaljer om rutiner og ansvarsfordeling i overgangsfasen mellom aktørene hvor mange ikke er på PLL, for å sikre informasjon flyten i et ikke-harmonisert systemlandskap.

Det påpekes også at informasjonssiden må henge sammen med andre funksjonelle beskrivelser av e-resept, men hva som ligger i dette behovet er ikke kommentert.

Kernel gir tilbakemelding på at dokumentet er for omfattende for å kunne fungere som en praktisk veileder i kliniskhverdag.

"Gitt at tittelen er PLL i Praksis, og målgruppen er helsepersonell og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten som deltar i behandlingsskjeden for legemidler, kan dokumentet fungere som et grunnlagsdokument, men ikke som informasjon om praktisk bruk. Til dette kreves kortfattede tekster, gjerne supplert av grafikk og skjermbilder, om hvordan PLL i skal brukes i EPJ, medikasjonsmodul eller andre IKT-løsninger." (Kernel)

(Red anm: intensjonen med informasjonssiden er å danne grunnlag for lokale rutiner, slik Kernel skriver her)

Helseplattformen skriver at de opplever detaljeringsnivået som svært varierende og ikke konsekvent gjennom dokumentet.

"Så lenge det er lite praktisk erfaring med bruk av PLL i samhandling mellom mange aktører så stiller vi spørsmål til om det riktig med detaljerte beskrivelser." (HP)

Det etterspørres en kort oppsummering på hovedsiden som løfter frem hvem dette er for og det viktigste som alle bør være kjent med knyttet til PLL. (maks 1-2 sider)

KS sin hovedanbefaling er å kode så mye støtte man kan i selve PLL/SFM løsningen, slik at helsepersonellet slipper å lete mange steder for få tak i den informasjon de trenger ut fra sin rolle i PLL.

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

27 av 32 hørings svar inneholder kommentar om behovet for å kunne sende en tom PLL.

Disse aktørene ser behov for å kunne sende en tom PLL:

- Apotekforeningen
- Bergen kommune
- Fagforbundet
- Finnmarkssykehuset
- Helse Nord – Klinisk ressursgruppe
- Helse Sør-Øst
- Helse Vest, IKT
- Helsedirektoratet
- Helseplattformen
- Kernel
- Kommunefarmasøytene
- Legemiddelverket
- Nasjonalforeningen for folkehelsen
- Nasjonalt senter for e-helse forskning
- Norges Farmaceutiske forening
- Norsk Helsenett
- Stavanger kommune
- Sykehusapotekene
- Sykehuset Østfold
- Tannlegeforeningen

I tillegg til å støtte eksemplene listet opp i høringsdokumentet nevner Sykehuset Østfold at begrepet tom PLL kan være litt upresist, og at det må vurderes om det er hensiktsmessig å skille på at pasienten ikke bruker noen legemidler, og om det ikke har vært mulig å avklare om pasienten ikke bruker noen legemidler. Sykehusapotekene støtter også forslaget, men skriver at det må tydelig klargjøres hva en «tom PLL» innebærer.

Både Helse Vest IKT, Helsedirektoratet og Kernel skriver at det bør være mulig å sende en «tom» PLL spesielt i tilfelle hvor pasienten har en tilstand som det ville vært naturlig å behandle med legemidler, men hvor det bevisst eller av andre grunner ikke er iverksatt.

Legemiddelverket, Nasjonalforeningen for folkehelse, Helse Sør-Øst, Helseplattformen, Norges Farmaceutiske forening og Tannlegeforeningen skriver at det er viktig å kunne sende en tom PLL for å gi informasjon om 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. Hvis pasienten ikke har en PLL så skriver de at dette kan skape tvil om pasienten bruker legemidler eller ei.

Helse Vest IKT skriver at en ikke bør opprette en PLL for friske pasienter mens Kernel sier at behovene for en tom PLL bør diskuteres videre.

Norsk helsenett skriver at for pasienter som slutter med legemidler vil det være behov for en tom PLL.

Bergen kommune skriver at en «tom» PLL må sendes ved seponering av tidligere behandling eller for å oppdatere PLL når ferdigekspederte resepter er slettet automatisk fra reseptformidleren. (red anm.: legemiddeloppfølgingen blir stående i PLL selv om resepten ikke lengre er i RF).

Helsedirektoratet skriver at forholdet mellom resepter og PLL vil måtte tas inn som vurderingsgrunnlag i diskusjonen rundt muligheten til å kunne sende en tom PLL. Dette da situasjoner der en pasient har både resepter, men en tom PLL kan skape usikkerhet. (red anm.: løse resepter?)

Helse Vest IKT vil at lege skal kunne skrive en generell kommentar om hvorfor en PLL er tom, noe Apotekforeningen også støtter.

Stavanger kommune skriver at en tom PLL må bekreftes innen 16 måneder (eller f.eks. årlig) for å unngå automatisk sletting.

Det er ikke behov for å kunne sende en "Tom PLL"

Norsk sykepleierforbund mener at den type opplysninger som det foreslås skal være grunnlag for en tom PLL, må forventes å ligge i pasientjournalen. Haraldsplass diakonale sykehus mener at det fra et klinisk perspektiv ikke er pasienter uten legemiddelbruk som er hovedutfordringen og i praksis ses lite behov for å kunne sende en tom PLL.

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

Stavanger kommune skriver at for å kunne ivareta nødvendig samhandling om, og oppfølging av pasientens legemiddelbehandling ved overføring mellom ulike omsorgsnivå, så er det medisinsk faglig behov for å kunne legge til kommentarer per legemiddeloppføring i tillegg til en overordnet kommentar til hele PLL. Dette støttes også av Kernel som også skriver at hvis disse kommentarene ligger i et journalnotat/epikrise kan det være tilfeller hvor ikke alle som er involvert i pasientens behandling ser informasjonen.

Både Haraldsplass diakonale sykehus og Den norske legeforening skriver at prinsipielt skal PLL være en liste over legemidler pasienten skal bruke, og at konteksten for listen skal dokumenteres i ordinære journaldokumenter. Disse aktørene støtter ikke overordnet kommentar og kommentar pr legemiddeloppføring i PLL.

Bergen kommune mener også at PLL ikke skal være en meldingstjeneste eller erstatte epikrise/meldinger og at en rangering av PLL ved bruk av kommentar eller annen merking bør unngås.

Helse Vest IKT, Sykehuset Østfold og Helse Sør-Øst mener også at det bør erfares mer samhandling med PLL og kartlegging av behov for en overordnet kommentar før man utvider innholdet i legemiddellisten.

8. a) Overordnet kommentar i PLL

20 av 32 hørings svar inneholder kommentar om «Overordnet kommentar»

Aktører som oppgir at de ser nytten av å kunne skrive en overordnet kommentar i PLL

- Norsk sykepleierforbund
- Legemiddelverket
- Stavanger kommune
- Helse Nord klinisk ressursgruppe
- Helsedirektoratet
- Kernel
- Sykehusapotekene
- Fagforbundet
- Kommunefarmasøytene
- Norske sykehusfarmasøytens forening
- Oslo kommune

Aktører som skriver at behovet bør utredes videre

- Sykehuset Østfold
- Helse Vest IKT
- Norsk senter for e-helseforskning
- NHN
- Helse Sør-Øst

Aktører som skriver at informasjonen i en overordnet kommentar ikke hører hjemme i PLL.

- Bergen kommune
- Den norske legeforening
- Haraldsplass diakonale sykehus

Andre innspill til overordnet kommentar

- Apotekforeningen

Behov for overordnet kommentar ved samhandling mellom de ulike omsorgsnivå

I tillegg til Stavanger kommune sitt innspill på behov for å kunne skrive en overordnet kommentar i PLL som nevnt i innledningen til dette kapittelet skriver også Norsk sykepleierforbund (NSF) at det vil være nyttig å ha et overordnet kommentarfelt i PLL og at dette har vært etterspurt av sykepleiere. Videre skriver NSF at det vil være bra at alle opplysningene knyttet til legemiddelbehandlingen finnes på ett sted fordi opplysningene i journalnotat/epikrise ikke vil være godt nok for å sikre god informasjonsflyt siden journalnotat/epikrise ofte ikke er tilgjengelig for blant annet hjemmesykepleien.

Helsedirektoratet skriver at en overordnet kommentar kan være aktuell hos gamle og skrøpelige pasienter, hvor helhetlige vurderinger av behandlingsindikasjon som ikke knytter seg til spesifikke legemidler er aktuelt. En aktuell situasjon kan være dersom man har kommet frem til generell tilbakeholdenhet med forebyggende legemidler hos en pasient med kort forventet levetid.

Behov for en overordnet kommentar for å kunne indikere status/ kvalitet på PLL

Helse Nord Klinisk ressursgruppe støtter forslaget om overordnet kommentar fordi neste behandlerledd vil kunne ha behov for å vite eksempelvis om PLL kun er oppdatert eller legemiddelsamstemt, at det dokumenteres at pasienten ikke bruker legemiddel (bekrefte tom PLL), at PLL er bekreftet i de tilfeller der PLL må fornyes pga utløpt lagringstid etter 16 måneder, håndtering av medisinske varsler, kommentar med tanke på etterlevelse, eller om PLL er pauset når omsorgsnivå endres.

Legemiddelverket mener prinsipielt at PLL skal gjøres så enkel som mulig, men at en overordnet kommentar om når legemiddelgjennomgang (LMG) sist ble gjennomført og av hvem det ble gjort kan være nyttig.

Andre behov og avklaringer ved bruk av overordnet kommentar i PLL

Norsk senter for e-helseforskning, Sykehusapotekene, Fagforbundet, Norsk Helsenett, kommunefarmasøytene, Norske sykehusfarmasøytens forening, og Oslo kommune støtter også forslaget om en overordnet kommentar i PLL.

Fagforbundet skriver at en av de viktigste forbedringene PLL innebærer er at en får en samlet kilde til pasientens legemiddelbruk, men at det er viktig at kilden er komplett. Derfor støttes innføring av kommentarfelt.

Norsk helsenett skriver at tekstlige kommentarer ofte kan være nyttig i kommunikasjonen rundt en pasients legemiddelbehandling, men det kan også benyttes på en uønsket måte og at det derfor må utredes grundig i hvilke situasjoner kommentarer er hensiktsmessige.

Apotekforeningen skriver at dersom en generell kommentar til PLL skal fungere må det tydelig fremkomme hvem som har laget kommentaren, når den ble laget og i tillegg må det sikres at slike kommentarer fjernes når de ikke lenger er relevante. Det bør også vurderes om slike generelle kommentarer bør være strukturert.

Kommunefarmasøytene skriver at kommentarer er viktige og at også kliniske farmasøytter bør kunne legge inn kommentarer.

8. b) Kommentar per legemiddelbehandling

25 av 32 hørings svar inneholder kommentar om «Kommentar pr legemiddelbehandling».

Aktører som oppgir at de ser nytten av å kunne skrive en kommentar pr legemiddeloppføring

- Norsk sykepleierforbund
- Legemiddelverket
- Stavanger kommune
- Helse Nord klinisk ressursgruppe
- Helsedirektoratet
- Kernel
- Sykehusapotekene
- Fagforbundet
- Kommunefarmasøytene
- Norske sykehusfarmasøytters forening
- Oslo kommune
- Nasjonalt kompetansesenter for barn
- Apotekforeningen
- Tannlegeforeningen
- Helseplattformen
- Norges Farmaceutiske forening
- Helse Sør-Øst brukerutvalg

Aktører som skriver at behovet bør utredes videre

- Sykehuset Østfold
- Helse Vest IKT
- Norsk senter for e-helseforskning
- NHN
- Helse Sør-Øst

Aktører som skriver at informasjonen i en overordnet kommentar ikke hører hjemme i PLL.

- Bergen kommune
- Den norske legeforening
- Haraldsplass diakonale sykehus

Mer erfaring og kartlegging av behov

Sykehuset Østfold, Helse Sør-Øst, Helse Vest IKT, Norsk Helsenett og NHN skriver at mulighet for legene til å legge til en kommentar pr legemiddeloppføring i PLL kan være nyttig informasjon for neste behandler, men at de ønsker en bredere erfaring for å kartlegge behovet før dette tas i bruk. Helse Sør-Øst skriver at gitt en kommer frem til at det er behov for å kunne skrive en kommentar pr legemiddeloppføring i PLL så kan det være hensiktsmessig å gjennomføre en begrenset utprøving av dette.

Norsk Helsenett påpeker at det allerede er flere tekstfelt knyttet til meldinger i e-resept og at nye tekstfelt vil kunne skape mer forvirring knyttet til hva feltet skal benyttes til i forskjellige situasjoner.

Ønsker mulighet for at lege kan skrive kommentar pr legemiddeloppføring i PLL

Norsk sykepleierforbund ser behovet for at leger kan skrive en kommentar pr legemiddeloppføring i PLL fordi det vil være bra at alle opplysningene knyttet til legemiddelbehandlingen finnes på ett sted. Helse Sør-Øst-brukerutvalg skriver at en utdypende kommentarer kan være nyttig for ytterligere å forebygge feilmedisinering og begrunne medisineren i PLL.

Stavanger kommune skriver at for å kunne ivareta nødvendig samhandling om og oppfølging av pasientens legemiddelbehandling ved overføring mellom ulike omsorgsnivå er det medisinsk faglig behov for å kunne legge til kommentarer pr legemiddeloppføring.

Apotekforeningen skriver at kommentar pr legemiddeloppføring vil være nyttig for ansatte i apotek og kan redusere behov for kontakt med rekvirent når farmasøyten gjør farmasøyt kontroll.

Innspill på hvilken informasjon som kan opplyses om i kommentarfeltet pr legemiddeloppføring

Helse Nord – Klinisk ressursgruppe gir flere eksempler på bruksbehovet for en kommentar pr legemiddeloppføring i PLL, f.eks. ved håndtering av medisinske varsel som interaksjoner og dobbeltoppføringer, forventet seponeringsdato for langtidsvirkende legemidler, pausing av legemiddelbehandling ved sykehusinnleggelse og «off-label» behandling.

Både Legemiddelverket og Kommunefarmasøytene skriver at en kommentar pr legemiddel eksempelvis kan benyttes til melding om at interaksjonsvarsel er håndtert. I tillegg kan begrunnelse for at CAVE-varsel er overprøvd eller andre forhold også informeres om i kommentarfeltet i flg. disse aktørene.

Helsedirektoratet skriver at det er situasjoner hvor kommentar pr legemiddelbehandling er nyttig, eksempelvis knyttet til fleksibilitet i oppstartstidspunkt for multidosepasienter.

Kernel skriver at kommentarer kan være hensiktsmessig for å gi informasjon om et spesifikt legemiddel spesielt hvis det er en uvanlig eller avansert behandling.

Andre behov og avklaringer ved bruk av overordnet kommentar i PLL

Norsk senter for e-helseforskning skriver at kommentar pr legemiddeloppføring er nyttig og at det bør vurderes å utvikle løsningen til at annet helsepersonell ved tjenstlig behov også kan kommentere. Dette støttes av Kommunefarmasøytene og Norges Farmaceutiske forening som skriver at farmasøyter og kliniske farmasøyter også bør kunne legge til kommentarer pr legemiddeloppføring i PLL. Tannlegeforeningen skriver også at det er viktig med en funksjon for notater i legemiddellisten.

Helseplattformen har erfaring med bruk av kommentarer i felles legemiddelliste og skriver at bruk av kommentarer må understøttes med en arbeidsflyt for å håndtere kommentarene, eksempelvis med å fjerne kommentarer når de er uaktuelle.

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

8 av 32 hørings svar inneholder kommentar om regelverket knyttet til PLL.

Helsedirektoratet (HDIR) skriver at forholdet mellom reseptformidlerforskrift og annet lovverk må gjennomgås og at gjennomgangen må legge grunnlag for normeringsgraden av anbefalingene kan/bør/skal. HDIR skriver også at PLL ikke må komme i veien for plikt til å føre relevant og nødvendig informasjon i pasientjournal.

Videre skriver HDIR at forholdet mellom PLL og legemiddelhåndteringsforskriften må avklares og at dette vil være en viktig ramme både når det gjelder listens innhold, kommunikasjonsbehov mellom aktører og forståelse av bruken av listen i helsetjenesten.

Den norske legeforening skriver at det er vanskelig å forstå hvilken normerende verdi "PLL i praksis" skal ha og spør hvilken relasjon dokumentet får til andre Nasjonale faglige råd og veiledere. Legeforeningen mener videre at juridiske problemstillinger må utredes av myndighetene.

Legeforeningen skriver at det er uklart beskrevet hvilket juridisk ansvar leger påtar seg når en signerer og sender PLL. Foreningen problematiserer at det står beskrevet at man medisinsk bare tar ansvar for sin egen ordinerings og at denne går sammen med øvrig legemiddelbehandling, men at det samtidig forventes en signatur på hele listen, og at det da er uklart hva signaturen innebærer. Legeforeningen skriver at signaturen på hele listen kan tolkes som en mer inngrepende kvalitetskontroll, men fremhever at PLL vil fortsette å være en liste over legemidler pasienten tar, men ikke nødvendigvis en liste som er bearbeidet av signerende lege.

Statens legemiddelverk skriver at det er et stort ansvar å legge på alle leger at de har et selvstendig ansvar for å reagere dersom de oppdager feil eller u hensiktsmessige forhold og i praksis kan det bli vanskelig å følge opp, for andre enn fastlegen som har oversikt over all behandling over tid. Et øyeblikksbilde for en legevakslelege eller en spesialist på poliklinikk eller i privat praksis, vil vanskelig kunne oppfylle dette kravet. Slik det er formulert, må man utrede juridiske konsekvenser ved at en lege som har frittstående kontakt med pasienten overser forhold som er risikable eller skadelige for pasienten.

Helse Sør-Øst omtaler legenes ansvar ved oppdatering av PLL ved å foreslå formuleringen «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.»

Klinisk ressursgruppe i Helse Nord skriver at tjenstlig behov ikke er entydig definert og at personvern (pasientens nekting/sperring) ikke er tilstrekkelig belyst.

Helseplattformen savner henvisning til legemiddelhåndteringsforskriftens §5 Informasjon om legemiddelbruk, som sier at «En oppdatert og samstemt liste over legemidler i bruk skal, i forståelse med pasienten, alltid følge pasienten ved skifte av omsorgsnivå».

Norges Farmaceutiske forening skriver at det bør forskriftsfestes at autoriserte farmasøyter har plikt og rett til å hente informasjon fra PLL når det sees nødvendig for å gi riktig helsehjelp.

Apotekforeningen skriver at det er helt nødvendig å avklare apotekenes rolle angående deres bruk av PLL for å bidra til riktigere legemiddelbruk og økt pasientsikkerhet. 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.

Bergen kommune skriver at alle med rekvireringsrett bør kunne oppdatere PLL i henhold til egen rekvireringsrett og at dette vil redusere bruken av «løse resepter» som andre leger senere må ta stilling til.

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.

Det ble stilt spørsmål om hvilket format som egnet seg best til å beskrive klinikernes bruk av PLL, med følgende alternativer:

1. 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\(sundhedsdatastyrelsen.dk\)](#)?
2. Bør innholdet videreutvikles til en nasjonal veileder knyttet til den konkrete løsningen – eller konseptet?
3. Bør innholdet innarbeides i eksisterende normerende produkter (rundskriv, faglige råd, etc.)?
4. Evt annet?

Det er flere av respondentene som skriver at innholdet på informasjonssiden bør starte ut som "beste praksis", og at etter hvert som man har fått mer erfaringer, og beskrevet områder som ikke er dekket pr. i dag så kan det ende opp som et normerende produkt/ veileder. (Bl.a HV IKT og Fagforbundet)

"Det vil øke mulighetene for en dynamisk og rask oppdatering etter hvert som erfaringsgrunnlaget øker og de tekniske løsningene endres. Etter hvert vil det være naturlig å se på om kjerneelementer knyttet til bruk av PLL også skal formaliseres ytterligere gjennom veiledere eller normerende produkter." (HV IKT)

Kommunefarmasøytene skriver at de ønsker nettformatet som for nasjonale faglige råd (fremfor nye ukjente formater). Videre skriver de at fordi effekt av PLL er avhengig av samarbeid mellom mange aktører så er det viktig at format/navn på produktet bidrar til at alle følger samme praksis. Legeforeningen understøtter også at det bør være så lik praksis som mulig hos alle aktørene i helsetjenesten, og at informasjonssiden bør utvikles til en nasjonal faglig veileder for å understøtte dette. Legeforeningen skriver også at Informasjonen (hjelpinformasjon) også bør innarbeides i helsepersonellens kliniske journalsystemer slik at den er tilgjengelig fra arbeidsflaten.

Helsedirektoratet skriver at publikasjonen bør videreutvikles og innarbeides i det som blir (nye) Helsedirektoratets produktportefølje.

"Oppdatering av anbefalinger kan også føre til endring Norsk helsenett sine i Rekvirentkrav for e-resept. Det må være en tydelig retningslinje for hvordan dette skal håndteres i praksis da endring av rekvirentkrav har stor betydning for leverandører." (Kernel)

"Uansett valg av form og status for produktet, må det etableres en ansvarlig tverretattlig(?) gruppe med støtte i kliniske miljøer som kan ivareta behovet for løpende faglig, datateknisk og juridisk oppdatering." (Statens legemiddelverk)

"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." (Apotekforeningen)

11. Annet?

Respondentene hadde mulighet til å skrive generelle kommentarer under spørsmål 11, Annet. Det har kommet inn en rekke tilbakemeldinger som angår både PLL spesielt, og legemiddelområdet generelt. Tilbakemeldingene er brutt ned og kategorisert, og listes opp i alfabetisk rekkefølge under. Flere av tilbakemeldingene kommer i årsakssammenheng; f.eks. at løse resepter oppstår som et resultat av mangel på samtidig oppstart med PLL i innføringsområde, dette skaper merarbeid for legene og generere igjen nye behov i PLL konseptet som f.eks. mulighet til å kunne avslutte en PLL. Det videre arbeidet med de ulike innspillene listet opp i dette kapitlet, og årsakssammenhengene de imellom vil følges opp via de ulike aktørene og myndighetsrollene som angår legemiddelområdet med PLL og e-resept.

"Legeforeningen mener pasientens legemiddelliste er det viktigste IKT-tiltaket i helsetjenesten, og kan potensielt gi store tids- og kvalitetsbesparelser. Tilbakemeldinger fra utprøvingen er at PLL har stor nytteverdi. Samtidig er det også stor risiko for det motsatte hvis systemet ikke fungerer etter intensjonen.

PLL har en tid vært pilotert i helsetjenesten, men erfaring fra legevakter, sykehjem, avtalespesialister, sengeposter og poliklinikk er nær fraværende med i beste fall noen titalls oppdaterte PLLer.

Erfaringen fra sykehusmottak er også meget begrenset med noen få hundre PLLer oppdatert.

Fastlegene har noe mer erfaring med samlet ca. 25.000 PLLer opprettet uke 43, 2023 (tall fra Styringsgruppe PLL desember 2023). Legeforeningen mener erfaringsgrunnlaget så langt fra store deler av helsetjenesten dermed er så begrenset at det må påregnes ytterligere endringer i systemet og "PLL i praksis". Erfaringer hittil er at PLL og tilhørende verktøy fortsatt er for komplekse med for mange valgmuligheter, og må forenkles." (Legeforeningen)

11.1 Administrasjon av legemidler

"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." (Bergen kommune)

11.2 Apotek og PLL

Tidsaspekt innføring av PLL i apotek:

Apotekforeningen (AF) skriver at 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.

Lesetilgang i apotek:

Statens legemiddelverk (SLV) argumenterer for at apotekansatte som skal gir pasienter råd om valg av OTC preparater vil ha nytte av å se PLL for å kunne vurdere interaksjonsfare. Det vil være lettere for dem med oversikten i PLL sammenlignet med å slå opp alle pasientens enkeltresepter.

Norske Sykehusfarmasøytters Forening (NSF) mener også at alle farmasøyter (inkl. apotekfarmasøyter og kliniske farmasøyter) med tjenstlig behov må ha tilgang til å lese PLL.

Skrivetilgang for farmasøyter i apotek i senere versjon av PLL

Gitt at apotek får tilgang til PLL foreslår apotekforeningen at det bør vurderes om farmasøyter i apotek ved tjenstlig behov i fremtiden bør ha skrevetilgang til PLL. Dette for å kunne hjelpe pasienten med å legge inn reseptfrie legemidler, kosttilskudd, naturlegemidler og legemidler i ordningen «Reseptfritt med veiledning».

(Red anm.: naturlegemidler inngår ikke i PLL, og dette forslaget fordrer at pasienten selv kan oppdatere sin egen PLL hvilket de ikke kan pr i dag)

I tillegg foreslår apotekforeningen at farmasøytene i apotek kan legge til legemiddelbehandlinger basert på utlevering på papirresepter eller telefonresepter. Farmasøyten i apotek bør også kunne indikere at et medisinsk varsel (kritisk legemiddelreaksjon, alvorlig interaksjon eller dobbeltoppføring) der rekvirent er konsultert.

11.3 Automatisk oppslag i RF/ KJ

Helse Vest (v/Helse Bergen) skriver at når en pasientjournal åpnes, må det også gjøres et automatisk (og asynkront) oppslag i reseptformidleren og eventuelt kjernejournal, slik at oppdatert legemiddelinformasjon er tilgjengelig når legemiddelmodulen åpnes.

"Dette gjelder både når pasienten ankommer sykehuset, og ved polikliniske konsultasjoner." "Under behandlingen på poliklinikk bør eventuelle endringer etter at henvisningen ble sendt fanges opp, og Helse Bergen mener at oppslag i Reseptformidleren eller oppdatert PLL i Kjernejournal bør være førstevalget". (Helse Vest v/Helse Bergen)

(Red adm.: Rekvirentkrav 2.3.1.1. skal sikre at det gjøres automatisk oppslag i reseptformidleren (RF) når pasientjournalens legemiddelmodul åpnes. Rekvirentkravene for e-resept stiller pr i dag ikke krav til automatisk oppslag i KJ, da EPJ ikke er kravstilt å hente informasjon derfra. Både SFM GUI og SFM basis API sikrer samtidig oppslag i RF og KJ, og sammenstiller informasjonen.)

11.4 Brukskoder (Fast, Ved behov, Kur)

"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." (Apotekforeningen)

Når rekvirent forskriver en kur (tidsbegrenset forordning) skal det settes en seponeringsdato frem i tid. Apotekforeningen skriver at det er viktig å skille på hvorvidt det er selve doseringen som skal brukes ved behov, eller om det er selve legemiddelbehandlingen (med fast dosering) som skal brukes ved behov. En utvidelse av dagens kodeverk (Fast, behov, kur) med "Behovskur" er foreslått både i høringsinnspillene av Kernel og i tidligere arbeidsmøter i "PLL i praksis".

"Det bør også tilrettelegges i PLL for å kunne angi varighet av kur (antall dager) uten å måtte angi en spesifikk seponeringsdato. Lege kjenner ikke alltid til når pasienten velger å hente ut medikamentet fra apotek og faktisk starte behandlingen." (Kernel)

"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." (Apotekforeningen)

11.5 Bruksområde (årsak til at et legemiddel skal brukes)

(Kap 3.3.3, Hva skal registreres på den enkelte legemiddelbehandling, Bruksområde)

Kommunefarmasøytene ønsker at det i registreringen av bruksområde skal komme mer tydelig frem hva indikasjonen/ årsaken for bruk av legemiddelet er da dette ikke alltid går frem av de forhåndsdefinerte bruksområder. Eksempelet Paracet 500 mg med bruksområdet "Mot smerter" sier ikke noe om indikasjonen for smertene, og dette gjør det ifølge kommunefarmasøytene vanskelig for andre forskrivere og bistandspersoner i andre omsorgsnivå.

11.6 Bærekraft – fremtidsrettet PLL

Norges Farmaceutiske forening og Norske Sykehusfarmasøytters Forening skriver at PLL må være bærekraftig for en fremtid uten tradisjonelle resepter.

11.7 Dato - Institueringsdato

Både Kommunefarmasøytene og Oslo kommune beskriver ordet "Institueringsdato" som fremmed og foreslår å bruke begrepet oppstartsdato istedenfor. De skriver også at denne dato bør bestå etter fornying av reseptene på legemiddelet. Begge aktørene spør om institueringsdato/ oppstartsdato skiller seg ad fra forskrivningsdato.

Det er ønskelig at oppstartsdato fortsatt vil stå etter ny forskrivning av legemidlet

Det er også tilbakemeldinger på at begrepene institueringsdato, forskrivningsdato og oppstartsdato brukes om hverandre, og det er viktig med en avklaring på dette fremover.

Red. anm.: Institueringsdato (foreslått oppstartsdato) skal bestå ved fornying av resepter, så det skal være dekket i de ulike EPJ pr i dag)

11.8 FEST – kortdoser/ strukturerte doseringsforslag

Kernel skriver at en forutsetning for at leger skal angi strukturert dosering er at det er godt tilrettelagt for kortdoser/strukturerte doseringsforslag på legemidler i FEST, også for legemidler som ikke forordnes via elektronisk resept.

11.9 Historikk

Historikk også fra Kjernejournal

I høringsdokumentet står det at når legemiddelmodulen i pasientjournalen åpnes, så skal EPJ automatisk gjøre oppslag i reseptformidleren (RF) og eventuelt kjernejournal (KJ), for å sikre at legen har tilgang til den mest oppdaterte legemiddelinformasjonen fra disse nasjonale legemiddelkildene. Dette gjelder både når den første PLL opprettes, og ved senere oppdateringer. Leger og andre rekvirenter har tilgang til opplysningene i både RF og KJ, mens annet helsepersonell, med rettigheter, henter den informasjonen bare fra KJ.

Kernel skriver i sin tilbakemelding at de mener at teksten om at en eventuelt henter fra KJ bør endres til at det skal hentes fra både reseptformidleren og kjernejournal for leger.

".....da KJ har best historikk på uekspederte (løse) resepter og på resepter der gyldighetstiden er passert, samt info om papirmultidosen. Dette vil være spesielt viktig i oppstarts - og overgangsfasen til PLL ." (Kernel)

Red anm: I både SFM GUI og SFM basis API vil informasjonen hentes, og sammenstilles fra både RF og KJ, hvilket vil si at man også får med inntil 3 års historikk fra KJ. Det er ikke krav om at EPJ gjør oppslag i både RF og KJ når de henter PLL og annen legemiddelinformasjon fra disse nasjonale kildene, kun RF. Så lenge det ikke er et krav til oppslag i KJ i de EPJ som skal utvikle egen støtet for PLL så er det opp til EPJ leverandøren (kundene) om historikk ut over det som er definert i RF vil vises eller ikke.

Historikk PLL, og lagringstid (Kap 2.7)

(Kap 2.7) Opplysninger som inngår i PLL vil lagres i inntil 16 måneder etter at lege har sendt ny PLL til reseptformidleren. Hvis pasienten har behov for legemiddelbehandlinger utover 16 måneder er det viktig at lege bekrefter PLL ved konsultasjoner, selv om det ikke er endringer i legemiddelbehandlingen.

Klinisk ressursgruppe i Helse nord stiller spørsmål om hvorfor det er så kort gyldighetstid på en PLL (16 mnd) og er bekymret for at det kan være et problem for spesialisthelsetjenesten hvis sykehjemslegene ikke oppdaterer/ bekrefter PLL på langtidsinstitusjoner. De etterspør hva som ligger i begrepet "bekrefte PLL" ved konsultasjoner, og stiller spørsmål ved om lagringstiden for PLL i RF bør endres til 3 år, tilsvarende som i KJ.

Red anm.: Sykehjemsleger oppdaterer i utgangspunktet PLL fortløpende under oppholdet for pasienter på sykehjem/ kommunal institusjon når de gjør endringer i legemiddelbehandlingen. Dette sikrer oppdaterte opplysninger ved tilfeldige tilsyn av f.eks. legevaktslege, eller ved bytte av omsorgsnivå. PLL skal senest oppdateres ved utskrivning fra sykehjem.

Norsk sykepleierforbund stiller spørsmål ved historikk på aktiv legemiddelbehandling som går ut over 16 mnd., f.eks. prevensjonsmidler som har en varighet på 3 år, og annen legemiddelbehandling som ikke er bundet til resept, f.eks. Aclasta.

"Er det hensiktsmessig at historikken slettes dersom det er en pasient med uforandret legemiddelbehandling? Det er en del pasienter hvor legemiddelbruken kan være uforandret over lengre tid, og det fremstår lite gunstig at historikk slettes." (Norsk sykepleierforbund)

Historikk på seponerte legemidler i PLL (3 mnd)

Sykehusapotekene skriver at 3 måneder er kort tid, og det er tungvint for helsepersonell som må gå inn i kjernejournal i tillegg, f.eks. for å se om det er lagt inn begrunnelse for at legemiddelbehandling det er indikasjon

for er seponert. De stiller også spørsmål om årsaker til seponering, inkl. kodeverk "årsak til seponering" i PLL overføres til KJ?

Red. anm.; Årsak seponering i PLL vises i KJ.

11.10 H-resepter

"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." (Apotekforeningen)

"Legemidler på H-resept bør for øvrig kunne hentes ut på resept under en innleggelse i kommunal institusjon, så lenge behandling skal startes opp, følges opp og avsluttes av sykehusspesialister, slik kravet er for disse legemidlene.

Kommunale institusjoner bør ikke belastes full pris for disse kostbare legemidlene, spesielt siden kommunene ikke har samme prisavtale som sykehusene gjennom sitt LIS-anbud!" (Kommunefarmasøytene)

11.11 Hva skal PLL inneholde, magistrelle blandinger og langtidsvirkende legemidler

Magistrelle blandinger og cytostatikakurer

I kapittel 3.2, Hvilke legemiddelbehandlinger skal registres i PLL, står det at langtidsvirkende legemidler skal registreres i PLL, både de som er administrert før utskrivelse på sykehus og i poliklinikk.

Kommunefarmasøytene og Oslo kommune stiller spørsmål om på hvilken måte magistrelle legemidler, inkludert ernæringsmidler skal registreres i PLL? De spør om det vil stå at pasienten bruker enteral ernæring, eller om det vil stå hvilket produkt med hvilke tilsetninger, dosering osv.?

Både Helse Vest IKT og HSØ skriver at det kan bli vanskelig å registrere kompliserte doseringsregimer på en hensiktsmessig måte for disse legemiddelblandingene i PLL. Helse Vest IKT skriver at selv om en har støtte for magistrelle legemidler/blandinger i e-resept så er erfaringen at både struktur og grensesnitt oppleves som utfordrende for brukerne. HV IKT skriver også at kurveløsninger i spesialisthelsetjenesten ikke har tilstrekkelig god støtte for å ta imot eller sende fra seg informasjon om flerkomponentløsninger. Både HV IKT og HSØ anbefaler at man innhenter mer erfaring fra videre utprøving og bredding av PLL og ut fra det myke opp i dagens beskrivelse av hva PLL skal inneholde på disse områdene.

Det må derfor regnes med at slike magistrelle forskrivninger også i fortsettelsen i stor grad må håndteres manuelt i overgangene mellom omsorgsnivå. I slike tilfeller kan det være mer hensiktsmessig å henvise til at pasienten

mottar f.eks. cytostatikabehandling, fremfor å stole på at informasjonen som følger med PLL blir god nok." (Helse Vest KT)

"Det har, slik Helse Sør-Øst RHF forstår, ikke vært en del av scope 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." (Helse Sør-Øst)

Hvor lenge skal langtidsvirkende legemidler stå oppført i PLL?

Både HN- klinisk ressursgruppe og Tannlegeforeningen stiller spørsmål ved hvor lenge langtidsvirkende legemidler skal være registrert i PLL.

"Langtidsvirkende legemidler; Hvem ivaretar hvor lenge de skal være inkl i PLL? Her ser vi et behov som støtter kommentarfelt til hver legemiddelbehandling for å kunne formidle forventet seponeringsdato, spesielt ved engangsadministrering (når det er forventet at legemidlet "er ute av kroppen" =beh avsluttet)"
(HN- klinisk ressursgruppe)

Bisfosfonater i PLL

Tannlegeforeningen skriver at PLL bør inneholde opplysninger om bisfosfonater da det har betydning for tannbehandling langt utover reseptens varighet, og at det helst bør være en livslang registrering i PLL. Tannlegene opplever at det ofte er vanskelig å få klarhet i hva som er gitt.

"Det er også ønskelig at opplysninger om CYP-genotyping inngår i PLL for å unngå unødvendig, multiplere rekvirering" (Sykehusapotekene)

11.12 Hvem oppdatere PLL

7 av 32 hørings svar inneholder kommentar om hvem som kan oppdatere PLL.

Både Helse Bergen, Helse Sør-Øst, Bergen kommune og Legeforeningen skriver at alle med rekvireringsrett i e-resept, (tannlege, helsesykepleier og jordmor), som sender eller tilbakekaller e-resept må kunne oppdatere PLL, eller at dette i hvert fall bør drøftes. Legeforeningen skriver at andre yrkesgrupper enn leger må kunne lese og oppdatere PLL så lenge en PLL-oppdatering ikke innebærer det kvalitetsmessige arbeidet som ligger i en samstemming.

Det er en forventning om at dette vil redusere antall løse resepter og med det legenes arbeidsbelastning.

Helse Bergen skriver at en også bør vurdere å gi sykepleiere og annet helsepersonell anledning til å registrere i PLL, eksempelvis bruk av legemidler i helseinstitusjon og langtidsvirkende legemiddel administrert på poliklinikk fordi dagens krav om at kun lege kan oppdatere sannsynligvis vil føre til ufullstendig dokumentasjon.

KS/Kommunesektorens organisasjon skriver at andre rekvirentgrupper enn leger skal kunne oppdatere PLL med relevant informasjon som en del av dokumentasjonen for administrering og utlevering. KS skriver videre at endringer som gjøres lokalt med generisk bytte av utdelt legemiddel må gjenspeiles i SFM/PLL.

Norske sykehusfarmasøytters forening skriver at alle farmasøytter med tjenstlig behov må ha tilgang til å lese PLL og at det vil kunne være behov for å legge inn kommentarer på hele legemiddellisten eller på enkeltlegemidler i forhold til f.eks. compliance og interaksjoner. Foreningen skriver at apotekfarmasøytter har større mulighet for å oppdage samtidig bruk av reseptbelagte legemidler og kosttilskudd eller reseptfrie legemidler som interagerer, og

kan kommunisere dette via kommentarer i PLL. Foreningen foreslår derfor at kliniske farmasøyter bør ha mulighet til å oppdatere PLL og mener at det bør diskuteres hvorvidt kliniske farmasøyter kan få et selvstendig og juridisk ansvar for å være ansvarlig for legemiddellisten etter legemiddelsamstemming.

Den norske tannlegeforening skriver at tannlegene må kunne påføre begrunnelse ved rekvirering av legemidler som gir interaksjonsvarsel, eller dersom det foreligger dobbeltoppføring.

11.13 Informasjon i PLL om at en pasient er innlagt på sykehus/ institusjon

"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." (Helse Sør-Øst)

11.14 Informasjonsmodell

"Vi erfarer utfordringer med manglende sammenheng mellom ulike nasjonale løsninger. Nye nasjonale e-helseløsninger bygger gjerne på eksisterende grunndatakilder eller andre nasjonale e-helseløsninger uten at en vurderer hvilke utfordringer dette gir. Pasientjournallov, kjernejournalforskrift og reseptformidlerforskrift kan også gi føringer som ikke nødvendigvis understøtter sammenhenger.

Vi mener at det med fordel burde vært sett på informasjonsmodellen i RF slik at denne kunne dannet en PLL. Informasjonsmodellen for RF burde vært bygget med PLL som utgangspunkt.

Informasjon fra RF kan i dag hentes direkte, via FM eller via SFM. Ulike alternativer er nyttig i en overgangsperiode, men skaper også ekstra kompleksitet i samhandlingen." (Helseplattformen)

11.15 Innføring

"Innføring av PLL er en stor kulturendring i helsetjenesten og behøver en betydelig opplæringsinnsats med superbrukere og tett oppfølging. Innføring må skje samlet for alle aktører i samme geografiske lokalisering. Det er helt avgjørende for PLL at brukergrensesnittet i de forskjellige EPJ er smidig og lettforståelig." (Legeforeningen)

Samtidig innføring

Legeforeningen skriver at det er kritisk viktig at PLL innføres samtidig i helseforetak og tilhørende kommuner. De utdyper med at en ensidig innføring i kommuner vil påføre fastlegene et betydelig merarbeid med å håndtere løse resepter generert av andre leger.

NHN skriver at PLL som hovedkilde til en oppdatert legemiddelliste for pasienten vil være et svært viktig bidrag til å øke pasientsikkerheten rundt pasientens legemiddelbehandling, også i de tilfellen hvor man ikke oppnår full samtidighet for innføring av PLL i samhandlingskjeden rundt pasienten. Videre skriver NHN at det er viktig å forventningsstyre aktørene som skal starte opp med PLL om at det kan medføre noe mer arbeid i en startfase for dem som "må oppdatere på vegne av andre", men at gevinsten i samhandlingskjeden også ved at det totale arbeidet med samstemming og risiko for feil reduseres.

Oslo Kommune skriver at de antar at implementeringsfasen vil være spesielt sårbar for kommunene. Videre skriver de at det bør legges til rette for at implementeringsfasen blir så kort som mulig i kommunen, og at myndighetene må bidra til at alle virksomheter får gjort dette så raskt og hensiktsmessig som mulig.

Bergen kommune skriver at dersom andre enn fastlegen skal opprette PLL så må en sikre seg at også fastlegen har støtte for å oppdater PLL i sin EPJ. F.eks hvis sykehjemslegen oppretter PLL på en korttidspasient, eller hvis sykehus/ poliklinikk oppretter den første PLL til pasienten. De påpeker også at det er viktig at fastlegen fortsetter å sende PLO-meldinger til fastlegen til hjemmetjenesten når det gjøres endring i legemiddelbruk.

Opplæring

"Overgangen til PLL medfører store ekstraoppgaver i en overgangsperiode. Dette vil særlig gjelde fastlegene som koordinerer pasientenes legemiddelbruk. Erfaringer fra testperioden er at informasjonsmaterieil er utilstrekkelig, det må suppleres med opplæring i klinikken en-til-en eller i små grupper og med en superbrukerstruktur." (Legeforeningen)

Legeforeningen skriver at særlig sykehusene, som har mange ulike roller og arbeidssituasjoner, foreløpig har liten erfaring med PLL, og at dette vil kreve omfattende opplæringstiltak. De skriver at det vil kreve betydelig mer enn en informasjonsside og nettkurs legene skal gjennom, også en betydelig kulturendring, og at det i piloten har vist seg at tett kliniker-til-kliniker opplæring har vært nyttig.

Helse Sør-Øst RHF etterspør tettere dialog med sykehusene i de ulike nordiske landene som har innført ulike varianter av PLL, både teknisk og funksjonelt, og ber HDIR om å legge til rette for dette. HSØ ønsker dialog rundt både hva som bør etterlignes og hva som bør unngås, og knytter dette ikke bare opp mot utprøving og innføring, men også opp mot positiv effekt for bla. pasientsikkerheten.

Legeforeningen påpeker også at det er viktig at både KAD, og korttids- og langtidsavdelinger på sykehjem får støtte for e-resept og PLL, noe de mener har vært mangelfullt i dagens IKT systemer i den sektoren. Legeforeningen har en forventning om at sykehjemmene bruker elektronisk pasientjournal med kurvefunksjonalitet til legemiddeldokumentasjon i sykehjemmene.

"Sykehjemmene vil derfor kreve særlig oppmerksomhet, og PLL kan være utgangspunkt for en sårt tiltrengt forbedring i legemiddelbehandlingen av sykehjemspasienter."

(Legeforeningen)

Som et tiltak i opplæringen skriver Legeforeningen at informasjonssiden bør utvikles til en nasjonal faglig veiledning for bruk av pasientens legemiddelliste slik at det er så lik som mulig praksis hos alle aktører i helsetjenesten. Legeforeningen ønsker også at informasjonen (Hjelpeinformasjonen) rundt PLL innarbeides i de kliniske arbeidsflatene i EPJ systemene, og at det utvikles både kurs og tilgjengelig testmiljø i samarbeid med fagsystemleverandørene. Legeforeningen nevner særlig opplæring i bruk av strukturert dosering, og at undervisningen bør fortrinnsvis gjennomføres av leger som kjenner systemet og arbeider i klinisk praksis.

Maler og materiell

"En innføring av PLL krever mye mer enn bare tekniske løsninger (SFM og PLL) som fungerer. Det er implementering, ibruktakelsen og endringen av måten man jobber på, som er krevende for mange kommuner. Det er her viktig å ha fokus på at løsningene blir nyttiggjort slik at gevinster kan realiseres for helsepersonell, innbygger og for virksomhetene. I dag overleveres det for lite felles og gjennomarbeidet maler og materiell fra program/prosjekt-fasen som kan understøtte kommunene i disse prosessene. Det er lite effektivt dersom alle skal lage egne maler for eksempelvis ROS og DPIA, store gevinstanalyser, opplærings- og informasjonsmateriell. KS anbefaling at det utarbeides god nasjonal veiledning som gjør det enkleste mulig å tilrettelegge og innføre PLL. Staten bør utarbeide materiell som kan nærmest kopieres av 356 kommuner uten for mange lokale versjoner. Dette for å hindre at kommunene må sette av både tid og ressurser, men ikke minst redusere antall måter å gjøre dette på" (KS)

Felles modell for innføringsnettverk

KS skriver at når staten gjør vurderinger om PLL løsning er klar for nasjonal utbredelse så må dette sees sammen med kommunal sektors arbeid og etablering av felles modell for innføringsnettverk. De skriver at det må utarbeides en liste med generelle og spesifikke kriterier til løsningene som skal ha støtte for PLL, og at de vil drøfte dette med HDIR. KS vurderer også å sette sammen en uavhengig gruppe med klinisk, helsefaglig og administrativ kompetanse, som kan bistå med å vurdere om en løsning (EPJ) er klar for begrenset utprøving eller nasjonal innføring.

"Det er viktig at tjenestene som skal ta løsningene i bruk blir hørt og vektlagt i vurderingen av om løsningene er klar for innføring." (KS)

Tekniske og funksjonelle krav må ikke være til hinder for innovasjon

Kernel skriver at det er viktig med en trinnsvis utvikling av tilnærmingen til PLL i de ulike EPJ, og at en justerer det tiltenkte konseptet i henhold til observasjoner av faktisk bruk.

Et suksesskriterie er å bygge opp produktet trinnsvis og justere iht observasjoner av faktisk bruk. Det er derfor viktig at tekniske og funksjonelle krav til de nasjonale tjenestene som e-resept og PLL, test og godkjenning, samt faglige råd til bruk støtter oppunder leverandørenes tilnærming og forutsetning for å levere god funksjonalitet, og ikke hindrer innovasjon ved å stille krav om store leveranser med stor usikkerhet og risiko for feil. (Kernel)

11.16 Kritiske legemiddelreaksjoner i PLL

En nasjonal kilde for kritiske legemiddelreaksjoner:

I tråd med den overordnede planen om at det kun skal være en nasjonal kilde for kritiske legemiddelreaksjoner (i kjernejournal), blir det av flere aktører stilt spørsmål ved rasjonale bak at man i påvente av dette også skal formidle denne type informasjon i PLL. (HV, Sykehusapotekene, Kernel, HSØ, Helseplattformen, NHN, Legeforeningen).

"Legeforeningen mener at PLL må være en liste over legemidler pasienten skal bruke, mens annen kontekstuell informasjon må ligge i ordinære journaldokumenter og kjernejournalens Kritisk info for å unngå forvirring, dårlig datakvalitet, dobbel- og trippeldokumentasjon og teknisk kompleksitet." (Legeforeningen)

Helseplattformen har lagt ved tekst fra Felles Plan 2023 IKT-utvikling og digitalisering fra de fire RHF'ene om kjente utfordringer knyttet til legemiddelreaksjoner: der skriver de at håndtering og import av legemiddelreaksjoner til Helse Vests systemer er opplevd som utfordrende, og at de har de samme utfordring i Helseplattformen. (At legemiddelreaksjoner i PLL og Kjernejournal ikke er synkronisert.)

Både Kernel og Helseplattformen skriver at de opplever at flyten av kritisk legemiddelinformasjon mellom PLL og KJ pr i dag ikke er standardisert/ synkronisert god nok. Dette kan være til hinder for å sikre en god arbeidsflyt for legene i oppdateringen av kritiske legemiddelreaksjoner mellom PLL og KJ. Det kan også i flg Kernel medføre behov for manuell oppdatering og risiko for inkonsistens i informasjonen mellom de to kildene, og det etterspørres hvilket risikobilde som etableres i denne sammenheng.

Helse Sør-Øst skriver at når en kobler arbeidsprosessen med kritisk informasjon og legemiddellisten sammen så passer dette nødvendigvis ikke i alle behandlingssituasjoner. Eksempler som trekkes frem er når en lege ved forskrivning må håndtere legemiddelreaksjoner som ikke er relevant for behandlingssituasjonen, eller at de må forholde seg til legemiddellisten når de skal lese/ registrere kritisk informasjon inkludert legemiddelreaksjoner.

"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." (HSØ)

Dette støttes også av Legeforeningen som i tillegg nevner "Endring i behandlingsrutiner" og "Pågående behandling/implantater" (f.eks. kjemoterapi).

Legeforeningen skriver at begrepet CAVE må skiftes ut med "kritisk informasjon", og løsningen må speiles slik at man registrerer denne informasjonen kun en gang i kritisk informasjon og får varslene derfra i forskrivningsøyeblikket.

Både Legeforeningen og Sykehusapotekene begrunner også valg av kjernejournal som nasjonal kilde med at det der registreres flere typer kritisk informasjon som er relevant for legemiddelbehandlingen enn det åpnes for i PLL, f.eks. resultater fra CYP-genotyping.

Helse Vest skriver at det pr i dag er mange EPJ som ikke utveksler legemiddelreaksjoner direkte med hverken PLL eller kjernejournal.

Varsling om legemiddelreaksjon ved forskrivning av legemiddel

Legeforeningen foreslår at det markeres med en fargekodet varslingsknapp i PLL, at det finnes kritisk informasjon om pasienten (i kjernejournal), slik det allerede er utviklet for mange pasientjournalssystemer. De skriver videre varsel om kritisk legemiddelreaksjon ved håndtering av legemidler blir dekket i kommunene da alle kommuner er i ferd med å innføre kjernejournal med kritisk informasjon.

Oslo kommune skriver at det er svært ønskelig at CAVE registrert i EPJ automatisk blir lagt inn i PLL, som beskrevet i utkastet, da realitetene at det fleste EPJ-systemene i kommunene i svært begrenset grad har slik funksjonalitet.

"Vi antar at API skal ivareta denne funksjonaliteten, og da må dette være en del av EPJ-tilpasningen til PLL." (Oslo kommune)

Bergen kommune skriver at inntil en nasjonal kilde er på plass så må det være mulig å lage og oppdatere PLL uten at legen må ta stilling til kritiske legemiddelreaksjoner, både ved oppdatering av PLL og multidose.

Helseplattformen trekker også frem at det pr i dag ikke er støtte for å vise at bla at en forskrivning på et legemiddel i PLL som det er registrert kritisk reaksjon på er håndtert.

Kritiske legemiddelreaksjoner og bivirkninger

Sykehusapotekene skriver i sin tilbakemelding at selv om bivirkninger som regel ikke klassifiseres som en legemiddelreaksjon, så kan det være situasjoner der behandlende lege bør vurdere om de skal klassifiseres som dette og med i PLL. Oslo kommune, Sykehusfarmasøytene og Kommunefarmasøytene foreslår at bivirkningsmeldinger meldt på www.melde.no vedrørende pasienten kan bli synlig i PLL.

"Meldeordningen kan benyttes av alt helsepersonell, og vil formodelig da bli synlig uten leges vurdering, slik det står i utkastet." (Oslo kommune)

Apotekenes behov for å se Kritisk legemiddelinformasjon

"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." (Apotekforeningen)

Tannlegene behov for å se Kritisk legemiddelinformasjon

"Det må finnes en rutine for rapportering av legemiddelreaksjoner som oppdages hos tannlege. En enkel måte tannlegen kan formidle dette til fastlegen, som da kan vurdere om denne informasjonen skal legges inn med CAVE." (Tannlegeforeningen)

11.17 Kvalitet i e-resept

Oslo kommune og Kommunefarmasøytene skriver at det bør iverksettes en real ryddedugnad i reseptformidleren før utrulling av PLL.

Apotekforeningen påpeker hvor viktig riktig kvalitet i e-resept er generelt, og spesielt for innføring av PLL. De skriver at viktigheten av rett bruk av e-resept bør komme bedre frem på informasjonssiden, ikke bare for PLL, men også med tanke på e-resept, og at dette vil styrke pasientsikkerheten.

KS ønsker en mer stegvis tilnærming til sammenstemning og legemiddelgjennomgang av pasientenes legemidler. De skriver at de tror det er viktig å skille mellom etableringen/oppryddingen og vanlig drift av PLL.

"Det må gjøres en jobb i opprettelsen av PLL med en større ryddejobb av den ansvarlige lege. Dette mener vi er viktig også ved oppstart. Samtidig mener vi at man ikke bør legge opp til for mange rigide krav i driften for alle helseaktører per nå. (KS)

KS oppfordre en stegvis tilnærming til sammenstemning og legemiddelgjennomgang på bakgrunn av at;

- noen ikke har begynt med PLL
 - noen har ikke støtte i dag for PLL
 - noen får ikke lov i dag å bruke PLL, samt at
- det fortsatt er papir som må innleveres, utleveringsmelding" (KS)

11.18 Lagringstid i PLL

"Helse Bergen mener lagringstid på 16 måneder er hensiktsmessig. Helse Vest RHF stiller seg bak dette innspelet" (Helse Vest)

Apotekforeningen, Sykehusapotekene og Norske Sykehusfarmasøytters Forening stiller spørsmål om en PLL med en resept på p-piller og hormonimplantater (Nexplanon) med reseptgyldighet på tre år også vil slettes etter 16 måneder i reseptformidleren, selv om resepten fremdeles er gyldig. Sykehusapotekene og Norske Sykehusfarmasøytters Forening påpeker at PLL ikke bør slettes i reseptformidleren så lenge det finnes gyldige resepter i reseptformidleren. Norske Sykehusfarmasøytters Forening relaterer også denne problemstillingen til legemidler som ikke er bundet til resept, som Aclasta. Videre påpeker Norske Sykehusfarmasøytters Forening at for en del pasienter så kan legemiddelbruken være uforandret over lengre tid, og det fremstår lite gunstig at historikk slettes.

Tannlegeforeningen påpeker at kjernejournal har lengre lagringstid enn PLL, og at tannleger derfor bør sikres tilgang til kjernejournal.

11.19 Løse resepter

7 av 32 hørings svar inneholder kommentar om løse resepter.

Både Helse Sør-Øst, Legeforeningen og Helse Vest IKT tar opp problemstillingen med behandling av løse resepter før legen sender en oppdatert PLL. Løse resepter oppstår bl.a når en lege uten teknisk støtte i sin EPJ oppretter eller endre på legemiddelbehandlinger med tilknyttet resept i PLL, og Legeforeningen ønsker å gå opp en rutine for hvordan løse resepter og utleveringsmeldinger kan integreres i PLL.

Håndtering av løse resepter i ulike pasientbehandlingssituasjoner:

Helse Sør-Øst og Legeforeningen gir eksempler på behandlingssituasjoner hvor legen med støtte for å sende PLL ikke nødvendigvis får tatt stilling til den løse resepten og hvor endring av legemiddelbehandling for den aktuelle situasjonen medisinskfaglig regnes som forsvarlig, uten at den løse resepten legges til i PLL.

Helse Sør-Øst skriver at det kan være flere behandlingssituasjoner hvor en behandler ikke nødvendigvis får tatt stilling til den løse resepten og hvor endring av legemiddelbehandling for den aktuelle situasjonen medisinskfaglig regnes som forsvarlig, uten at den løse resepten legges til i PLL eller ikke. Det anbefales at det inntil det har kommet mer erfaring på dette området, ikke settes et krav til at løse resepter må håndteres. Helse Sør-Øst skriver også at det må vurderes om rekvirentkravene på dette området er tilpasset spesialisthelsetjenesten.

Legene må håndtere løse resepter før det sendes en oppdatert PLL

Kommunefarmasøytene skriver at det er en risiko for at PLL ikke blir oppdatert når lege (med PLL) manuelt skal oppdatere PLL basert på resepter fra rekvirenter uten PLL-støtte, og at det samme gjelder manuelle oppdateringer basert på utleveringsvarsler/LAR-behandling. Både Legeforeningen, HSØ og Helse Vest IKT skriver at det ikke kan være et obligatorisk stopp med håndtering av løse resepter for å få ordinert legemidler og sende ny PLL
Red. anm: Det er ikke obligatorisk for legene å håndtere utleveringsmeldinger før de sender en oppdatert PLL

Helse Vest IKT skriver at de på dette tidspunktet i utprøving og innføring av PLL er skeptiske til absolutte krav til håndtering av løse resepter. I perioden fram til de aller fleste aktører er i gang med PLL anbefaler de at det er mulighet for, gjerne med myke sperrer i form av bekreftelser, å sende PLL uten at alle løse resepter er blitt tatt hånd om. Senere kan innskjerping vurderes.

Legeforeningen skriver at en hard stopp vil kunne tvinge en lege til å velge mellom å ikke starte nødvendig behandling eller å foreta en uforsvarlig vurdering av legemiddelbehandling iverksatt av andre. Ifølge Legeforeningen er det også en storrisiko for at det vil bli økt antall papirresepter for å omgå systemet.

Legeforeningen forstår intensjonen med MÅ-kravet om å vurdere løse resepter slik at PLL blir en kvalitetssikret, samstemt liste, men at realitetene i helsetjenesten er at dette ikke vil være mulig på en forsvarlig måte og at det derfor i praksis kan intensjonen om å øke kvaliteten medføre en falsk trygghet ved at PLL tillegges en kvalitetsmessig verdi som "samstemt" eller "gjennomgått" uten at det faktisk har skjedd.

Legeforeningen skriver at viktige tiltak blir krav om at løse resepter alltid skal vises sammen med PLL og at man kan sende PLL uten å ha tatt standpunkt til løse resepter.

"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" (Apotekforeningen)

Hvilket ansvar har en lege som legger til en løs resept i PLL

Legeforeningens forståelse er at lege som henter opp en løs resept påtar seg et tilhørende ansvar for rekvireringen og at beskrivelsen av prosessen i PLL-dokumentet ligger nærmest det regulatoriske begrepet

"legemiddelsamstemming" selv om det beskrives som en oppdatering av PLL.

Red Anm.: Lege som legger til en løs resept i PLL overtar ikke ansvaret for at indikasjonen bak legemiddelbehandlingen som inkluderes er korrekt. Allikevel forventes det at legen agerer dersom det oppdages uhensiktsmessige forhold som eksempelvis varsel om legemiddelreaksjon, interaksjon som må unngås eller dobbeltoppføring.

11.20 Låste resepter

I PLL i praksis dokumentasjonen er det presisert at legen må informere pasienter som ber om låst resept om at den kun er synlig for helsepersonell som innehar reseptens referansenummer, eller har fått samtykke av pasient eller registrert nødsituasjon. Det står også at disse legemiddelbehandlingen ikke blir inkludert i PLL.

Tannlegeforeningen skriver at det bør være retningslinjer for hvordan behandler skal håndtere at pasient har sperret for innsyn i PLL, og låste resepter. De skriver at det an være gode grunner til at pasienter ønsker å holde informasjon tilbake for behandlere, men at de er redd for at enkelte behandlere vil nekte behandling eller insistere på å få denne informasjonen. Det bør være spesifisert tydelig hvilke rettigheter pasienten har, og hva som gjelder for behandleres ansvar i slike situasjoner.

Statens legemiddelverk kommenterer i denne sammenheng at legen i tillegg bør orientere pasienten om potensiell risiko ved at andre leger ikke ser at pasienten bruker dette virkestoffet, spesielt ved reell fare for alvorlige interaksjoner.

Risikovurdering og ansvarsforhold når pasienten ønsker låst resept som ikke inngår i PLL

Tannlegeforeningen skriver at dersom en lege forskriver et legemiddel med låst resept, så er det viktig at det er gjort en vurdering av om dette legemiddelet kan utgjøre en risiko i forbindelse med annen behandling.

Tannlegeforeningen stiller også spørsmål ved hvem som bærer ansvaret for denne risikovurderingen når det er en låst resept.

"Den som forskriver dette legemiddelet, eller pasienten? Samtidig er det et viktig personverntiltak som pasientene kan ha behov for." (Tannlegeforeningen)

11.21 Medisinske varsler

Formidling av at et medisinsk varsel er håndtert i PLL er beskrevet i høringsdokumentet, men er ikke satt i produksjon i e-resept pr i dag. Flere respondenter skriver at formidling av at medisinske varsler er håndtert bør formidles i kommentarer til legemiddellisten eller kommentar til enkeltoppføring. Både Oslo kommune og Kommunefarmasøytene skriver at håndtering av varsler rutinemessig bør være implementert i alle EPJ-systemer, og at informasjonssiden ikke gir godt nok inntrykk av dette.

Kommunefarmasøytene skriver også at det er uheldig hvis håndtering av varsler ikke blir formidlet i PLL fordi neste behandler da må bruke tid på å vurdere om varslinger er tilstrekkelig håndtert. Sykehusapotekene skriver at det kan være uheldig dersom ikke alle systemer har støtte for varsler, og at varslene da først vil vises i system med varselstøtte.

Haraldsplass diakonale sykehus skriver at det er i ordinasjonsøyeblikket varsel må håndteres og at en ellers ikke må ta stilling til eksisterende interaksjoner eller dobbeltordinasjoner.

Legeforeningen anbefaler kun "myk stopp", altså advarsel uten at det kreves tilleggsdokumentasjon fordi datakvaliteten på slike merknader erfaringsmessig er lav og brukes lite. Videre skriver foreningen at journalføring primært skal skje i ordinære journaldokumenter i EPJ. Men dersom en omgår varsel foreslår legeforeningen at både bakgrunn og begrunnelse skal dokumenteres i PLL.

Kernel skriver at for at PLL skal bli et effektivt verktøy for samhandling om pasientens legemidler mellom ulike behandlere er det viktig at en balanserer kravet om dokumentasjon opp mot hva som er strengt nødvendig for å sikre en korrekt LIB (*red anm.; PLL*). Kernel forutsetter at det er teknisk mulighet i meldingsstandarden til å kommunisere alle bekreftelser som er angitt, dersom ikke bør kravene utgå.

(Red.anm.: Det vil være mulig med vedleggene til M25.1 e-resept meldingen å kommunisere at varslene er håndtert. En må også sikre at mottakende EPJ videreformidler dette når de f.eks. har fornyet en resept tilknyttet legemiddelbehandlingen i PLL)

Hvem kan håndtere medisinske varsler?

Norsk helsenett skriver at det er noe uklarheter i forhold til ansvarsforhold rundt håndtering av medisinske varsler og at det til en viss grad er inkonsistens i beskrivelsene mellom kapitlene rundt dette.

Apotekforeningen skriver at rekvirenter uten støtte for PLL (andre rekvirenter enn leger og leger uten støtte for PLL) ikke kan dele dokumentasjon på at medisinske varsler er håndtert og at lege i en del tilfelle vil bli kontaktet. Apotekforeningen skriver at det bør vurderes om også farmasøyter bør ha mulighet til å dokumentere at medisinske varsler er håndtert. Sykehusapotekene skriver også at det bør vurderes om kliniske farmasøyter kan håndtere varsler.

Tannlegeforeningen skriver at det er viktig at tannlegene kan påføre begrunnelse ved rekvirering av legemidler som gir interaksjonsvarsel eller dobbeltoppføringsvarsel.

Annet (medisinske varsler)

Sykehusapotekene skriver at legemiddelinteraksjoner sett i relasjon til resultat av gentester bør inkluderes i medisinske varsler. Videre skriver de at det bør defineres hva rød, gul og grønn interaksjon betyr.

Helseplattformen skriver at de har erfaringer når det gjelder varsel på duplikate legemidler og at en bør gjennomgå hvilke typer duplikate varsler som skal introduseres.

11.22 Multidose

Apotekforeningen skriver at det bør gis en kort omtale av multidose i e-resept på informasjonssiden, og at det innledningsvis bør vises til Helsedirektoratets nasjonale faglige råd for multidose.

Helsedirektoratet skriver i sin tilbakemelding at:

Elektronisk multidose er et eksempel på bruk av PLL til istandgjøring ihht Legemiddelhåndteringsforskriften § 3 bokstav i (<https://lovdata.no/forskrift/2008-04-03-320/§3>). Ekspedering og utlevering av multidose fra apotek må tilfredsstillende kravene i Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler mm kap 8-15 (<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2022-06-02-977>). I overgangen til emultidose ekspederes legemidlene på bakgrunn av enkeltresepter. Denne overgangen skaper merarbeid hos kommunen, apotek og leger. Gjennom Helsedirektoratets pågående arbeid med revisjon av nasjonale faglige råd for multidose (<https://www.helsedirektoratet.no/fagligerad/multidose>) er det løftet bekymring knyttet til merarbeidet. Det er videre behov for å minimere risiko for dobbeltutlevering av legemidler fra apotek for multidosepasienten når det skal opprettes resepter for hvert enkelt legemiddel på legemiddellisten. (HDIR)

11.23 Oppdatering av PLL

Kontinuerlig oppdatering av PLL under sykehjemsopphold

Bergen kommune skriver at det ikke er innhentet nok erfaring fra utprøvingen av PLL til at en kan si om det vil være hensiktsmessig å oppdatere PLL fortløpende under sykehjemsopphold. De fremhever at det spesielt for pasienter med korttids plass på sykehjem vil kunne medføre et stort antall automatisk tilbakekalte resepter ved endring av dosering, og at dette kan virke forvirrende på andre.

Haraldsplass Diakonale sykehus og Oslo kommune skriver at oppdatering av PLL i sanntid på sykehjem bør gjelde for både korttidsavdeling og langtidsavdeling da pasienter legges inn fra begge steder (og fra KTO ifølge Haraldsplass diakonale sykehus).

Oslo kommune og Kommunefarmasøytene skriver at det er minst like viktig at PLL importeres til eget journalsystem (uten manuell overføring) og at legemiddelsamstemming utføres riktig ved innkomst til kommunehelsetjenesten, som ved et sykehusopphold. Kommunefarmasøytene ønsker at dette skal beskrives bedre på informasjonssidene. Oslo kommune skriver også at:

"Legedekning er lavere, og det er høyere risiko for innleggelse til sykehus og/eller tilkalling av legevakt uten at lege er til stede i kommunens institusjoner. Dersom krav til oppdatering av PLL i kommunale institusjoner ikke er høyere enn "oppdatering ved utskrivelse" vil det være stor risiko for feil i legemiddelinformasjonsoverføringen. Kommunens pasienter er skrøpelige personer som i begrenset grad kan gjøre rede for egen legemiddelbruk, blant annet på grunn av kognitiv svikt. Opphold i kommunehelsetjenesten strekker seg dessuten i de fleste tilfeller over et større tidsintervall enn en sykehusinnleggelse. Det bør være samme krav ved langtidsopphold og korttidsopphold. Oppdateringskrav ved hver endring fordrer at PLL er enkel å oppdatere i EPJ underveis." (Kommunefarmasøytene)

Oslo kommune skriver også at det bør være obligatorisk å oppdatere PLL etter at samstemming er gjort ved innkomst (24-48 timer etter innkomst), og ved hver endring under oppholdet. På grunn av lav legebemannning (både på kort- og langtidsavdeling) så vil det være risiko for feil opplysninger i PLL dersom PLL ikke er oppdatert.

Oppdatering av PLL under sykehusopphold?

Tannlegeforeningen skriver at de ideelt sett ønsker at PLL blir oppdatert fortløpende, også under sykehusopphold da det er pasienter som får tannbehandling mens de er innlagt ved sykehus (på klinikker ved sykehuset, i den offentlige tannhelsetjenesten og ved private tannklinikker).

"Dette kan for eksempel dreie seg om sanering i forkant av stråleterapi eller hjertekirurgi. Her er det viktig for tannlegene å ha god informasjon for å unngå komplikasjoner." (Tannlegeforeningen)

Helse Sør-Øst skriver at det vil være situasjoner der det er behov for å kunne sende en enkeltresept mens pasienten er innlagt på sykehus, uten å måtte håndtere formkrav tilknyttet sending av PLL. Ifølge Helse Sør-Øst vil medikasjonen pasienten skal ha etter utskrivning bestemmes av den medikasjon pasienten hadde ved innkost, og de endringer som er foretatt i EPJ og kurvesystem under oppholdet, og at oppdaterte resepter og PLL gjøres klar sammen med epikrise ved utskrivning.

Oppdatering av PLL på poliklinikk

Helse Nord sin kliniske ressursgruppe skriver at det ikke kan forventes at lege i forbindelse med en poliklinisk konsultasjon vil ha mulighet til å utføre legemiddelsamstemming og ta stilling til løse resepter før innsending av PLL. Ressursgruppen skriver at det bør vurderes å stille tilsvarende krav til lege i poliklinikk som til legevaktsleger.

Hvem kan utføre en legemiddelsamstemming?

Helsedirektoratet skriver at det ikke er et krav at det er en lege som gjennomfører legemiddelsamstemming, og at det mange steder i helsetjenesten er annet personell som gjør dette. (Ikke bare på sykehus)

11.24 Oppretting av PLL på sykehus

Helse Vest IKT skriver at de pr i dag har en valgt å stenge av for at leger på sykehus, både ved utskrivelse og på poliklinikk, kan opprette PLL i utprøvingen i Bergen. (ref kap 4.5.4 og 4.5.4)

11.25 Ordinasjon/ resept

Det fremstår kompliserende at man opererer med både legemiddeloppføringer/ordinasjoner og med resepter. Ved oppstart av et nytt regime for legemiddelforskrivning som dette ville det vært hensiktsmessig å løsrive seg fra resept-begrepet og i stedet operere med løpende ordinasjoner, som både helsepersonell og apotek farmasøyter kan forholde seg til som en gjeldende standard, og som er harmonisert med begrepsbruken i elektroniske kurvesystem. Slike ordinasjoner kan for eksempel ha standard varighet på 12 måneder. Dermed vil legene ikke lenger måtte forholde seg til pakningsstørrelser og enkeltresepter, men vil kunne ordinere for en bestemt periode (f.eks. et år om gangen) og overlate mange detaljer rundt forskrivning til apotek og pasienten selv. En slik endring representerer et stort effektiviserings- og pasientsikkerhetspotensial for hele helsetjenesten. (Legeforeningen)

Helse Nord klinisk ressursgruppeskriver at det i enkelte tilfeller kan være uhenksommessig at det er samsvar mellom legemiddeloppføringen i PLL og tilhørende resept. Dette gjelder bla A og B -preparater og andre legemidler hvor det er opp/ nedtrapping. De skriver at det kan bli vanskelig med strukturert dosering i disse tilfellene, at viktig informasjon uteblir, og at det må løses ved bruk av "etter avtale". HN skriver at det er koblingen til utleverer (?) som blir vanskelig og spør om det kan løses på annen måte.

11.26 Ordliste

Både Helse Nord sin kliniske ressursgruppe og Sykehusapotekene etterlyser en liste med begrepsavklaringer der eksempelvis definisjon av oppdatering, legemiddelsamtemming, tjenstlig behov – samt andre aktuelle begreper i dokumentet fremkommer. Dette som et grunnlag for videre lesing. De to aktørene skriver at de ikke ser relevansen med lenke til e-resept sine definisjoner, og at den oppleves som lite brukervennlig.

11.27 Pause/ avslutte PLL

Pause en legemiddeloppføring i PLL

Det er pr i dag ingen mulighet for å sette en legemiddeloppføring i PLL på pause. Dette kan være aktuelt når pasienten i en periode ikke skal bruke et gitt legemiddel, men senere gjenoppta behandlingen, har arbeidsgruppen vurdert det mest hensiktsmessig å sette dosering i PLL til "0" i perioden.

Sykehusapotekene skriver at dette kan være en løsning så lenge det ikke finnes andre muligheter, mens Fagforbundet mener en bør utvikle støtte for dette basert på erfaringene fra Bergen fremfor å finne kreative løsninger for å jobbe rundt mangler i PLL-konseptet.

Kernel mener man bør presisere hva som ligger i begreper "Perioden", og hvordan man skal tolke dette mellom ulike behandlingsnivåene.

Både Klinisk ressursgruppe i Helse nord og Bergen kommune stiller spørsmål om hvordan samsvaret blir mellom en legemiddeloppføring i PLL som i en periode er satt til "0" og evt tilhørende resept. Skal legen oppdatere med ny resept med ustrukturert dosering?

Helse Nord skriver at denne problemstillingen er et eksempel på nødvendighet av både overordnet kommentar og kommentar knyttet til hver legemiddelbehandling.

Bergen kommune skriver at en i påvente av en fungerende pause-funksjon i PLL enten må seponere legemiddelbehandling eller endre den til «ved behov», mens Helse Nord foreslår å bruke "Kommentar pr legemiddeloppføring" eller "Overordnet kommentar til PLL" for å dekke behovet.

Red. anm.: Det er rekvisittkrav som sier at det skal være lik informasjon på legemiddeloppføringen i PLL og tilhørende resept. Dvs at hvis en setter en behandling i PLL til "0" så skal også resepten oppdateres slik både HN og Bergen kommune kommenterer. Man må i den videre diskusjonen også ta med i betraktningen om leger uten støtte for PLL og andre rekvisitter (tannlege/ helsesykepleier og jordmor) ikke vil kunne endre på en legemiddelbehandling i PLL, altså sette den til "0", kun på resepten. Dette medfører også at det blir ulik informasjon i PLL og på selve resepten.

Avslutte hele PLL

Red anm.: I utprøvingen i Bergen har det ved flere anledninger kommet opp behovet for å kunne slette/ pause en PLL, altså hele PLL, ikke bare det enkelte legemiddelet i PLL som beskrevet over. Dette gjelder i en overgangsfase der ikke alle leger har støtte for å oppdatere PLL.

"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." (Bergen kommune)

Kliniske ressursgruppe i Helse Nord støtter at en får mulighet til å pause PLL i utprøvingen i Bergen. De skriver også at det vil være nyttig å kunne indikere med et avhakkingsfelt i EPJ at en PLL er pauset, og at en musepeker over

feltet kan gi informasjon om hvem som har pauset PLL og fra når. Det samme ønsker de for å indikere at når det siste ble gjort en legemiddelsamstemming (LMS) og legemiddelgjennomgang (LMG).

Apotekforeningen skriver at de har forståelse for behovet for å pause eller skru av en PLL, særlig i en utprøvningsperiode, men at de ikke ønsker dette da det kan gi konsekvenser for multidoseapotekene og føre til økte utviklingskostnader i deres systemer.

"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." (Apotekforeningen)

Pause"/ trekke tilbake resepter under korttidsopphold i kommunal institusjon

Både Kommunefarmasøytene og Oslo kommune gir i høringen tilbakemelding om at kommunale institusjoner som overtar ansvar for legemiddelforskriving- og utdeling under opphold på sykehjem må kunne "pause"/ trekke tilbake resepter i perioden pasienten oppholder seg på korttidsopphold. De ønsker også at en enkelt kan reaktivere disse ved utreise.

"Ved avlastning- og trygghetsavdelinger skal behandling videreføres under innleggelse og pasienter ha med legemidler selv. Pausing kan likevel være aktuelt dersom det under oppholdet oppstår noe som krever medisinsk oppfølging. Når en innbygger flytter til langtids plass på sykehjem trekkes reseptene tilbake for godt. H-resepter for legemidler som fortsatt skal brukes beholdes for å sikre kontinuitet i behandlingen, også etter en eventuell utskrivelse." (Kommunefarmasøytene)

Se også kap H-resept

11.28 Pasient/ pårørende og pasientreservasjon

"For personer med demens og deres pårørende kan det være krevende å ha en oppdatert oversikt over hvilke medikamenter personen med demens har forskrevet. En felles, digital plattform der en pasients legemiddelbruk er samlet, vil kunne bidra til å lette dette." (Nasjonalforeningen for folkehelsen)

Nasjonalforeningen for folkehelsen skriver at det er uklart om pårørende til personer med demens eller andre funksjonsnedsettelse (som vanskeliggjør egen tilgang til PLL) vil få tilgang til personenes PLL på lik linje med foresatte til barn under 12 år. De oppfordrer til aktiv brukermedvirkning av personer med demens eller kognitiv svikt i den videre utviklingen av PLL, som for eksempel fullmaktsløsninger eller andre funksjoner som pasienter og pårørende skal ha tilgang til. (Red.anm.; Det er kun pasienten selv som har tilgang til egen PLL pr i dag)

HN- klinisk ressursgruppe skriver at dersom pasienter og brukere vil få ansvar for oppdatering / oppfølging i PLL så må dette komme tydelig fram i informasjon til pasienter og helsepersonell. Fra andre digitale pasient- og samhandlingstjenester ser de at helsepersonell ofte informerer og veileder pasienter om hvordan tjenesten fungerer. Dette gjelder særlig tilganger (nekting / sperring). (Red. anm.; Pasienten kan ikke oppdatere egen PLL pr i dag)

HN- klinisk ressursgruppe skriver at det er uheldig dersom de ulike samhandlingstjenestene (Pasientens legemiddelliste, Pasientens journaldokumenter og Pasientens prøvesvar) har ulike tilgangsmekanismer. Pasient

kan velge å sperre tilgang «for sikkerhets skyld» dersom det er vanskelig å forstå hvordan tilgangsstyring virker, og effekten blir redusert.

Bergen kommune skriver at det under "unntak" i kap. 2.2 er nevnt at PLL ikke skal opprettes dersom pasienten motsetter seg at PLL gjøres tilgjengelig for legen, og at det fremstår uklart om dette gjelder oppretting eller oppdatering av eksisterende PLL. Dette ut fra at det ikke kreves samtykke for å registrere PLL i reseptformidleren.

11.29 PLL og barn

Norsk barnelegeforening skriver at de håper PLL også vil inkludere barn, og at det utarbeides fornuftige regler som gjør at foreldre får innsyn i sitt barns legemiddelliste.

Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn skriver at det opplever at barne- og ungdomsperspektivet synes godt ivaretatt i de generelle rutineene som er beskrevet for PLL.

Barn og unge med vedvarende legemiddelbehandling blir i stor grad behandlet i spesialisthelsetjenesten, med sykehuslegen som eneste behandler eller som hovedbehandler. Det er dermed viktig at informasjonen om hvordan sykehusleger og PLL interagerer videreføres, som inkludert i høringsutkastet. For barn og ungdom med kroniske sykdommer blir det avgjørende at sykehuslege tar ansvar for oppdatering av PLL da en ikke kan forvente at dette kan gjøres av fastlege. (Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn)

Apotekforeningen spør om ikke foreldre skal kunne se barnas PLL på helsenorge, dersom de ikke har vergeinnsynsreservasjon? Hva med fullmaktshavere, kan de se PLL på helsenorge.

(Red. anm.; I kap. 2.9.5 i høringsdokumentet står det følgende: "Pasienter og foresatte for barn under 12 år skal kunne se egen og barnets PLL på Helsenorge.no. Der kan de også se logg over hvem som har sett egen, eller barnets PLL." "Pasienter og foresatte kan blokkere utvalgt eller alt helsepersonell for tilgang til legemiddelinformasjon i PLL via Helsenorge.no.")

Pr i dag vises PLL på Helsenorge kun dersom man logger inn på seg selv, og ikke via representasjonsforhold. Representasjonsforhold som er aktuelle er foreldrerepresentasjon, verge, og fullmakt. Årsaken til dette er at en ikke har klart å finne en løsning på hvordan man kan sikre at ingen informasjon relatert til en eventuell vergeinnsynsreservasjon vises for de som logger inn på vegne av andre.

11.30 PLL og medisinske studier

Helse Sør-Øst skriver at det bør vurderes å inkludere et kapittel som beskriver hvordan pasienter som deltar i medisinske studier der legemidler prøves ut bør håndteres i PLL.

11.31 PLL og Multidose

PLL og multidose

Både Helse Vest og Helse Sør-Øst etterlyser en mer tydelig beskrivelse av hvilke endringer PLL medfører for arbeidsprosesser i sykehus som behandler pasienter som benytter papirmultidose eller e-multidose (e-MD). Dette gjelder også der pasienter har e-MD men bor i et område der PLL ikke er innført.

Bruke PLL som grunnlag for å pakke multidose

Bergen kommune skriver at det bør beskrives hvilken tilleggsinformasjon som er nødvendig for at PLL skal fungere som grunnlag for e-multidose.

Stavanger kommune refererer til beskrivelsen av sammenhengen mellom PLL og e-multidose hvor det i høringsdokumentet står at e-multidose pauses ved korttidshold i sykehjem, og at det kan ta tid å starte opp igjen e-multidosen ved utskrivning. Kommunens erfaring er at oppstart av e-multidose etter utskrivning kun tar 1-2 dager når sykehjemslege hastebestiller ved utskrivning, og at dette er den mest pasientsikre måten å håndtere slike overganger på. Kommunen skriver at sykehjemslege derfor må ha mulighet for å sende oppdatert PLL /e-multidosemelding ved utskrivning, og at meldingen skal kunne danne grunnlag for multidosepakking.

"Ulike kommuner har i dag ulik praksis/avtale med fastleger og apotek ang. hvem som kan sende inn legemiddelliste til apoteket for multidoseoppdatering etter opphold i kommunal institusjon og/eller sykehus. I noen kommuner utføres dette kun av multidoseansvarlig lege, mens i andre kommuner sender også korttidsavdelinger og sykehus inn endringsmeldinger ved utskrivning. En slik praksis er etablert for å forhindre forsinkelse i multidosepakkingen (for eksempel grunnet fravær hos multidoselegen). PLL gir mulighet til å kunne redusere forsinkelse, og så lenge PLL er legegodkjent i sin helhet bør PLL kunne sendes til multidoseapoteket, dersom det er i henhold til ønsket praksis i kommunen. At det kun er multidoselegen som kan svare på meldinger er rimelig. Anbefalte rutiner bør være i samsvar med nasjonale faglige råd om multidose fra Helsedirektoratet."

(Kommunefarmasøytene)

PLL og papirmultidose

Når pasienten har papirmultidose og PLL så skal det sendes PLL, men ikke utstedes egne e-resepter for legemidlene. Legemidlene vil pakkes av MD-apotek på grunnlag av utskrift av PLL istedenfor dagens "ordinasjonskort". Helse Nord sin kliniske ressursgruppe skriver at dette må vurderes nærmere i en overgangsfase da det kan være behov for å sende resepter på endringer også i papirmultidose.

Red.anm.; Vi vil spørre HN nærmere om hvorfor de mener det også er behov for resepter på endringer i papirmultidose.

11.32 PLL som hovedkilde i henvisning/ epikrise?

Helse Vest skriver at det bør vurderes, når flere virksomheter har tatt i bruk PLL, at PLL er kilden til legemiddelinformasjon i henvisninger og journaldokumenter, ikke manuelt opprettede lister (copy-paste). Dette gjelder så lenge pasienten ikke er innlagt på sykehus.

11.33 PLL og rekvirentkrav

Helse Sør-Øst skriver at det er viktig at innholdet i «PLL i praksis» er konsistent med de nasjonale faglige råd som foreligger for legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Det må ikke være tvil om hva som ligger til grunn for oppdatering av legemiddellisten når det gjøres endringer i legemiddelbehandlingen. Ut fra dette oppfordrer HSØ til at rekvirentkravene gjennomgås og oppdateres slik at det er samsvar mellom PLL i praksis og siste versjon av rekvirentkravene.

Helse Sør-Øst sitt brukerutvalg skriver også at det er de kliniske prosessene i hverdagen som må være førende for utformingen av verktøyet, og at PLL i praksis må være førende for rekvirentkravene. De bemerker også at den nye arbeidsmåten som muliggjøres av PLL kan utløse behov for justeringer i e-reseptforskriften.

Red.anm.; Vi vil spørre HSØ om hvilke rekvirentkrav de mener ikke er konsistent med de nasjonale faglige råd som foreligger for legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang

11.34 Registrering av papirresepter/utleveringsmeldinger/telefonresepter og intervensjonsmeldinger i PLL

Papirresepter og utleveringsmeldinger

Helse Sør-Øst skriver at utleveringsmeldinger som ikke er knyttet opp mot en eksisterende legemiddelbehandling i PLL kan være medisinskfaglig like relevante som eksisterende legemiddelbehandlinger i PLL.

Norsk Sykepleierforbund skriver at behandlende lege må sørge for at legemiddelbehandling i en utleveringsmelding legges til i PLL slik at legemidler forordnet av helsesykepleiere og jordmødre kommer med i PLL. Det er ikke nok at det bare skal vurderes av behandlende lege om det skal med, og dette bør tydeliggjøres på informasjonssiden.

Kommunefarmasøytene skriver at vurdering om legemiddel i en utleveringsmelding skal inkluderes i PLL bør utdypes i PLL i praksis informasjonssiden. Det bør beskrives hvilke vurderinger som skal gjøres og hva som skal dokumenteres. Dersom dokumentasjon på vurdering følger med legemidlet, kan også andre behandlere og omsorgspersoner følge opp etterlevelse og faktisk bruk med pasient ved neste møte mellom pasient og forskriver/bistandsperson.

"I punkt 3.5 angis det at lege får et utleveringsvarsel. Det vil fortsatt ikke være sikkert at pasienten bruker legemidlet, så det er forståelig at man ønsker å vurdere om legemidlet skal med i PLL. Det vil fortsatt ikke være sikkert at pasienten bruker legemidlet, så det er forståelig at man ønsker å vurdere om legemidlet skal med i PLL. Hvis forskriver av det nye legemidlet har skrevet det ut, og er enig med pasient om det, bør man som hovedregel kunne anta at legemidlet skal benyttes, og derved skal med i PLL." (Kommunefarmasøytene)

Kernel skriver også at "veilederen" bør sikre å veilede helsepersonell som skal samstemme pasientens legemiddelliste om hva utleveringsmeldinger er, og hvordan man effektivt kan ta stilling til disse fordi det i dag mottas store mengder utleveringsmeldinger for pasienter som har "papirmultidose, og at det vil være en stor jobb å rydde disse listene.

Bergen kommune skriver at registrering av legemiddelinformasjon basert på utleveringsmeldinger ikke er en sikker kilde. Dette da papirresepten må være ekspedert på et norsk apotek, og at pasienten kan motsette seg at slik melding sendes.

Opplysninger i utleveringsmeldinger

Apotekforeningen skriver at utleveringsmeldinger må begrenses til å inneholde nødvendige opplysninger til rekvirent og fastlege Kernel ser noen utfordringer med manglende data i utleveringsmelding på papirresept fordi data som type bruk, virkestoff, bruksområde og reseptyldighet mangler og at dette medfører at PLL vil ha redusert informasjonskvalitet om disse legemidlene og at avsender av siste PLL ikke står ansvarlig for disse mangler.

Telefonreseppter

Kernel spør hvordan telefonresept skal registreres etterskuddsvis i pasientjournalssystemet for å bli inkludert i PLL, og at det er uklart siden telefonresept nå er utelatt fra rekvirentkravene.

Red. anm.; Telefonreseppter blir registrert av apotek som en papirresept. EPJ-leverandørene er anbefalt p behandle telefonreseppter som papirresept i PLL.

Klinisk ressursgruppe i HN spør om hvordan de leger som ikke har noe journalssystem å dokumentere i skal kunne oppdatere PLL. De stiller spørsmål om disse vises kun i form av utleveringsmeldinger fra apotek (Red. anm.; hvilket det gjør) og at det bør være mulig å registrere disse i PLL selv om man ikke har et journalssystem. De skriver at det ikke er samsvar mellom rekvireringsretten og plikten til å dokumentere i et journalssystem.

Intervensjoner

Apotekforeningen skriver at 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.

11.35 Samsvar legemiddeloppføring/ resept

"Det fremstår kompliserende at man opererer med både legemiddeloppføringer/ordinasjoner og med resepter. Ved oppstart av et nytt regime for legemiddelforskrivning som dette ville det vært hensiktsmessig å løsrive seg fra resept-begrepet og i stedet operere med løpende ordinasjoner, som både helsepersonell og apotek farmasøyter kan forholde seg til som en gjeldende standard, og som er harmonisert med begrepsbruken i elektroniske kurvesystem. Slike ordinasjoner kan for eksempel ha standard varighet på 12 måneder. Dermed vil legene ikke lenger måtte forholde seg til pakningsstørrelser og enkeltreseppter, men vil kunne ordinere for en bestemt periode (f.eks. et år om gangen) og overlate mange detaljer rundt forskrivning til apotek og pasienten selv. En slik endring representerer et stort effektiviserings- og pasientsikkerhetspotensial for hele helsetjenesten." (Legeforeningen)

11.36 Seponering/ tilbakekalling

Seponering når rekvirent ikke har støtte for å oppdatere PLL

Helse Nord klinisk ressursgruppe tar opp problemstillingen rundt tannleger, helsesykepleiere og jordmødre og manglende mulighet til å oppdatere PLL. Som rekvirenter kan disse rekvirentene tilbakekalle/sende nye resepter tilknyttet en legemiddelbehandling i PLL, hvis de har rettigheter til dette, men de kan ikke endre selve legemiddeloppføringen i PLL. Helse Nord bruker et eksempel der en resept fra tannlege kan være lagt til PLL av en lege, og så kan tannlege tilbakekalle resepten, men legemiddelbehandlingen blir stående uforandret i PLL. (Tannlegen kan håndtere resepten, men får ikke oppdatert selve PLL (M25.1- meldingen). Helse Nord påpeker at dette kan bryte med kravet om at legemiddelbehandlingen i PLL må samsvare med tilknyttet resept. Dette kan også utgjøre en risiko for feilbehandling der neste aktør ikke blir gjort oppmerksom på at legemiddelbehandlingen er ment avsluttet. Helse Nord viser også til pågående debatt rundt manglende mulighet for seponering i PLL for rekvirenter uten støtte for å oppdatere PLL.

Tilsvarende skriver HN om leger uten støtte for å oppdatere PLL:

"En lege som ikke har støtte for PLL vil i sitt EPJ-system ha støtte for å vise PLL-data, men vil ikke ha støtte for å oppdatere/sende legemiddelinformasjon i PLL. Når legen da vil seponere en behandling som inngår i PLL kan bare e-resepten trekkes tilbake (og lokal liste oppdateres), men legemidlet vil fortsatt inngå i PLL." (Helse Nord klinisk ressursgruppe)

Helse Nord sin kliniske ressursgruppe skriver videre at det er stor risiko for feilmedisinering, spesielt for pasienter i kommunehelsetjenesten som i følge de vil få endringer utført av lege som ikke har støtte for PLL. De skriver også at det blir en utfordring neste gang PLL data hentes inn fra RF/ KJ til Dips dersom ingen i mellomtiden har oppdatert PLL og fjernet aktuelt legemiddel fra lista. Det vil fremgå lokalt at legemiddelet er seponert, men ikke i PLL.

"DIPS har bedt NHN om tillatelse til å sende oppdatering på seponering av enkelt-legemidler som inngår i PLL, men NHN har motforestillinger fordi det rokker ved det tenkte samtidighetskonseptet som PLL er tuftet på. Her bør PLL prinsippet (som uansett ikke er mulig å gjennomføre i praksis) vektas mot den praktiske, kliniske hverdagen og pasientsikkerhet, i overgangsfasen." (Helse Nord klinisk ressursgruppe)

Red.anm.; Denne saken er løftet til HDIR som har sendt sin anbefaling på hvordan dette bør løses i DIPS til HN

Seponering frem i tid

"Ved seponering frem i tid, setter rekvirent dato og klokkeslett for når siste dose skal tas, og dette formidles i PLL. Eventuell resept tilknyttet behandlingen bør ha samme utløpsdato som seponeringsdato, slik at pasienten ikke lenger kan hente ut legemiddelet.

Kommentar: Systemet bør automatisk sørge for at resepten blir tilbakekalt fra og med seponeringsdato."

(Statens legemiddelverk)

Utvide kodeverk "Årsak seponering)

Sykehusapotekene viser til [kodeverket for "Årsak seponering"](#) og skriver at det bør utvides med flere valg da dette vil være mindre tidkrevende for leger som seponerer, og at det potensielt vil ha stor nytte for annet helsepersonell. Eksempler de nevner er "ønske fra pasienten", "ikke lenger indikasjon", "bivirkning".

Kodeverk 7494	
Årsak til seponering	
A	Avsluttet behandling
D	Dobbeltoppføring
I	Interaksjon med annet legemiddel
L	Legemiddelreaksjon
M	Manglende effekt
P	Pasienten har ikke brukt legemiddelet
S	Pasienten har selv sluttet med legemiddelet
X	Annen årsak

11.37 Takst

Legeforeningen skriver at det må innføres en ny, fullfinansiert takst for opprettelse av PLL og at taksten må kunne kombineres med alle andre relevante takster. Videre skriver foreningen at kurs i PLL bør honoreres på samme måte som kurs i volds- og overgrepshåndtering.

11.38 Universell utforming

Legeforeningen skriver at det er helt avgjørende for PLL at brukergrensesnittet i de forskjellige EPJ er smidig og lettforståelig.

Kommunefarmasøytene skriver at når PLL er importert i eget system må det sikres at varsler og endringer i legemiddelbehandlingen fanges opp og at det bør legges opp til at alle EPJ-systemer har abonnementsløsningen beskrevet i kap. 3.13 for å sikre at oppdateringer ikke glipper.

Apotekforeningen skriver at i de tilfeller der det ikke skal foreligge resept tilknyttet en legemiddeloppføring i PLL så er det viktig at det er forståelig for pasient og annet helsepersonell.

Apotekforeningen skriver også at dersom pasienten er inneliggende på sykehjem så bør det fremgå av PLL da dette er viktig informasjon for hele behandlingkjeden. Med en tydeliggjøring av dette vil en redusere behov for kontakt mellom apotek og rekvirent for å etterlyse resepter og forhindre ekspedisjon av gyldige resepter som ikke skal ekspederes.

Stavanger kommune siterer fra høringsdokumentet til at enkelte EPJ-systemer tilbyr abonnement på varsling ved endringer i PLL, og at det beskrives et eksempel hvor sykepleier i hjemmetjenesten får dette varslert og kan laste ned oppdatert PLL. Kommunen skriver at for hjemmetjenester med mange pasienter med aktiv legemiddelbehandling vil en slik type varsling være helt essensielt for å kunne fange opp endringer. Kommunen skriver at det er sterkt ønskelig at det stilles nasjonale krav til epj-leverandørene om at dette er en minimumsfunksjon som alle systemer må ha for PLL-funksjonaliteten.

11.39 Varighet på kur

Kernel skriver at det bør tilrettelegges i PLL for å kunne angi varighet av kur (antall dager) uten å måtte angi en spesifikk seponeringsdato. Dette da lege ikke alltid vet når pasienten velger å starte behandlingen.

11.40 Varsling ved endring i legemiddelbehandlingen (til sykepleier i kommune)

Som nevnt over ønsker Stavanger kommune at det er støtte for alle EPJ-systemer som skal ha støtte for PLL i kommunen at det stilles krav om funksjonalitet for varsling ved endringer PLL. (Se kap. "Universell utforming")

KS skriver at helsepersonell har behov for påminnelser om sentrale oppgaver som anses kritisk tilknyttet legemiddelhåndtering, men at det er viktig å finne riktig balanse i antall påminnelser. For mange aktive påminnelser kan få uønsket effekt ved at varslene oppleves som forstyrrende og hemmende i deres arbeidsoppgaver. Behovet (og dermed preferansen) for antall og type påminnelser vil i stor grad variere fra person til person ut fra erfaring i tjenesten og hvilke roller personellet innehar. KS skriver at man bør se varsler opp mot den enkelte gruppe, slik at sykepleiere ikke skal forholde seg til de samme varslene som leger og motsatt.

11.41 Virkestoffrekvirering/ordinering

Helseplattformen påpeker at det ikke kun er Legemiddelverket som mener at virkestoffrekvirering/ordinering vil bidra til sikrere kommunikasjon om legemidler. Helseplattformen erfarer at virkestoffrekvirering er et særlig viktig tiltak for å lykkes med legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang, og oppfatter dette som en forutsetning for å lykkes med PLL i praksis.

Finmarkssykehuset skriver at de støtter virkestoffordinering (generisk ordinerings).

Nasjonalt senter for e-helseforskning skriver at de støtter virkestoffrekvirering/ordinering, men at en må være observant på at det kan skape usikkerhet hos pasient, og kan påvirke etterlevelse av legemiddelbehandling.

Helse Vest IKT skriver at det i påvente av bedre grunndata ikke er alle regioner som har innført virkestoffforskrivning i sykehus.

Virkestoffforskrivning i sykehus er knyttet til andre nasjonale leveranser som SAFEST, og bør settes i nærmere sammenheng med nasjonale initiativ knyttet til grunndata fremfor innføring av PLL. Det anbefales derfor at kapittel 3.3.1 om virkestoffrekvirering/ordinering tas ut av dokumentet på nåværende tidspunkt, eller skrives om for bedre å reflektere dagens situasjon i sykehusene. (Helse Vest IKT)

11.42 Vurder formulering/ presisering

Det har kommet en rekke gode innspill på presiseringer, bedre formuleringer, bedre sammenheng mellom kapitteloverskrifter og innhold, sammenslåing av kapitler osv. Alle disse innspillene er sortert og vil bli vurdert/ tatt inn i arbeidet med å etablere web-siden "PLL i praksis".