

Deres ref.: 22/684

Vår ref.: HSAK202200278

Dato: 15-12-2022

## **Høringsuttalelse om plan for digitalisering av legemiddelområdet**

Legeforeningen viser til høringsbrev av 3.10.22 med plan for digitalisering av legemiddelområdet 2023-26 fra Direktoratet for e-helse. Høringsuttalelsen er basert på innspill fra Legeforeningens foreningsledd og er vedtatt av fagstyret i Legeforeningen. Høringssvaret må ses i sammenheng med Legeforeningens høringsuttalelse om *Nasjonal e-helsestrategi*<sup>1</sup>.

### **Oppsummering**

- Målene må prioriteres. Prioriterte mål muliggjør prioritering av tiltakene.
- Samhandling og arbeidsprosesser er de viktigste målene og må rangeres først.
- Pasientens legemiddelliste er det viktigste tiltaket som de resterende tiltakene bør prioriteres ut fra om de bidrar til å muliggjøre.
- Digitalisering av legemiddelområdet må skje med god involvering av klinikere i utviklingsarbeidet og ressurser avsatt til dette arbeidet.
- Endret arbeidspraksis og oppgaveglidning må være basert på medisinskfaglige vurderinger, ikke at tekniske løsninger utilsiktet overfører oppgaver til andre.
- Brukervennlighet og fleksibelt brukergrensesnitt for Pasientens legemiddelliste er sentralt for å lykkes.

### **Innledning**

Legeforeningen deler vurderingen om at det er behov for tiltak som bidrar til bedre samordning og informasjonsdeling på legemiddelområdet. Vi deler også direktoratets vurdering om at digitalisering ikke er et mål i seg selv. Legeforeningen slutter seg for øvrig langt på vei til de mål og tiltaksområder som stilles opp i høringsforslaget, men planen kunne vært mer proaktiv. Planperioden er relativt kort, og innenfor dette området har vi erfart at endringer tar tid. Klinikere har behov for praksisnære, nyttige endringer som gjør det bedre og sikrere å jobbe innen feltet. Det er derfor viktig å ha oppmerksomhet på de nære, kortsiktige gevinstene som kan høstes samtidig som det må gjøres et godt planarbeid for fremtidig utvikling. Planen for perioden bør derfor skissere forventninger om realiserbare effekter i løpet av perioden i tillegg til det lengre løpet.

---

<sup>1</sup> <https://www.legeforeningen.no/hoeringer/interne/2022/hoering-nasjonal-e-helsestrategi/hoeringsuttalelse/>

Vi ønsker å bemerke at selv om tiltak henger sammen og i flere tilfeller er gjensidig avhengig av hverandre, som det er formulert, så er noen områder mer tidskritiske å gjennomføre enn andre. Det bør prioriteres å forsere de tiltak som gir størst effekt på pasientsikkerheten. Samtidig må ressursituasjonen i helsetjenesten hensyntas.

Helsetjenesten er i en krevende situasjon hvor innsparinger skal gjøres samtidig som arbeidsmengden øker. Fastlegeordningen er i en krise, sykehusene har økende belegg og driverne i samfunnet skubber utvikling fremover. Endret demografi utfordrer kapasitet i helsetjenesten, og med økende volum av pasienter må kliniskernes arbeidsprosesser bli mer effektive, altså mindre tid må brukes på dokumentasjon, registrering og koding slik at man frigjør tid til samtale, undersøkelse og opplæring av pasientene. For at denne utviklingen skal være hensiktsmessig, er det avgjørende at endringer skjer i tett og nær dialog med klinikere. Krav og utforming må like mye være forenlig med klinisk praksis som behov for kontroll og sikkerhet. Alle elementene er viktige, men det må ses på i en helhet og ikke stykkevis. Det har frem til helt nylig vært en generell oppfatning at utviklingsarbeid i stor grad gjøres uten god nok klinikerinvolvering. Behovene blir ofte skissert på et for overordnet nivå, og resultatene synes i liten grad i klinisk praksis.

Utprøvningsprosjektet for Pasientens legemiddelliste (PLL) i Bergen er ett av få unntak. Erfaringer så langt fra prosjektet er at organisering på tvers av tjenestenivå, med god involvering fra klinikken hvor det settes av ressurser for å bruke leger i utviklingsarbeidet, er nødvendig for å kunne lykkes med et så komplekst og sammensatt felt som det legemiddelhandtering er. Gjennom prosjektet oppdager man en rekke forhold som er like avgjørende for suksess, som det som er skissert i hovedmålene, men som ikke er egentlig beskrevet i prosjektet. Spin-off-effekter fra et slikt godt forankret prosjekt må ivaretas og følges opp videre. Her er det mye å lære.

## **Kommentarer**

### **Mål**

Planutkastet lister opp fire mål:

- **Arbeidsprosesser**  
Digital legemiddelhandtering gir enklere og trygge arbeidsprosesser.
- **Samhandling**  
Helsepersonell har tilgang på relevant og oppdatert legemiddelinformasjon.
- **Innbyggermedvirkning**  
Digitale løsninger bidrar til at innbygger kan medvirke i egen legemiddelbehandling.
- **Legemiddeldata**  
Enklere tilgang til og økt utnyttelse av helsedata om legemiddelbruk.

Legeforeningen prioriterer målene i denne rekkefølgen:

- arbeidsprosesser
- samhandling
- innbyggermedvirkning
- legemiddeldata

De to første er like viktige.

Legeforeningen deler ikke vurderingen om at digital legemiddelhåndtering er et mål i seg selv. Det er et virkemiddel for å nå de øvrige målene. Erfaringene tilsier heller ikke at digital legemiddelhåndtering nødvendigvis gir enklere og tryggere arbeidsprosesser. Erfaringene med de elektroniske kurveløsningene som sykehusene har anskaffet er ikke gode. Tidsbruken har i vesentlig grad økt, og det oppstår mange feilordinasjoner også ved bruk av elektronisk kurve. Legeforeningen er opptatt av at disse erfaringene må vektlegges når man vurderer innføring av tilsvarende løsninger i kommunene.

### Arbeidsprosesser

Som nevnt anses digital legemiddelhåndtering å være et virkemiddel. Digitale arbeidsprosesser forutsetter at verktøyene understøtter arbeidsflyten i klinisk praksis på en god måte. I dag er det forskjell på hvilken støtte klinikerne har i de ulike systemene som er i bruk. Innenfor de ulike delene av helsetjenesten varierer det fra god støtte til ikke-eksisterende. Enkle, ubyråkratiske arbeidsprosesser for klinikere, utviklet i tett og nær dialog med klinikere, er en sentral forutsetning for å nå det overordnede målet om effektiv, trygg legemiddelbruk. Videre utvikling må bruke mer ressurser på å gi klinikerne tid og mulighet til å bli enda mer delaktig i utviklingsprosessene på området. Det er viktig når løsninger skal rulles ut at allmennleger, kommuner og spesialisthelsetjeneste deltar og er synkrone i arbeidet.

### Samhandling

Med begrepet samhandling er det ikke alltid gitt hva som menes. Legeforeningen mener at riktig brukt og forstått, er samhandling på legemiddelfeltet det absolutt viktigste området for å lykkes med tryggere legemiddelbehandling. Den digitale utviklingen og IT-verktøyene som utarbeides er bare hjelpemiddel til å få samhandlingen til å fungere. Kun ved detaljert og inngående utforming av hva som menes og hva begrepet skal inneholde, kan man ha håp om å lykkes på feltet.

### Innbyggermedvirkning

Det er positivt hvis innbygger kan medvirke i egen legemiddelbehandling. Vår vurdering er at gode løsninger for tilgang på egen legemiddelinformasjon er viktig i det korte bildet, men at ressurser må tilfalle andre deler av samhandling først. Det er lite nytte i digital innbyggerinvolvering for de teknologisk modne pasientene, så lenge samhandlingskjeden ikke fungerer på feltet fordi deler av kommunehelsetjenesten mangler samhandlingskapasitet. Utviklingen av dette har også lavere sannsynlighet for å innvirke på sikkerheten i legemiddelforskrivningen og bør derfor ikke prioriteres først. Når det innføres digitale løsninger for innbyggerne, må det samtidig utvikles løsninger for den ikke-digitale av befolkningen. Alle må ha like gode muligheter. Utfordringene er beskrevet i Helsedirektoratets rapport om befolkningens helsekompetanse.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> [HLS19-rapport Befolkningens helsekompetanse del I \(helsedirektoratet.no\)](#)

### Legemiddeldata

Legeforeningen støtter dette som et mål, men det er viktig at tilgang og utnyttelse av helsedata ikke medfører digital støy og merarbeid for legene i arbeidshverdagen.

I planen må det tydeliggjøres hvilke mål som er høyest prioritert. Utvikling og gjennomføring er avgjørende viktig. Prioriterte mål muliggjør prioritering av tiltakene.

### **Tiltak**

I planutkastet er det listet opp åtte tiltak:

- Pasientens legemiddelliste
- Digital legemiddelhåndtering i kommunal helse- og omsorgssektor
- Kritisk legemiddelinformasjon
- Legemiddel grunndata
- Data på legemiddelbruk
- Pasient- og innbyggerrettet legemiddelinformasjon
- Tilgang på legemidler (beredskap)
- Normerende produkter for digital samhandling

### Pasientens legemiddelliste

Pasientens legemiddelliste (PLL) er det aller viktigste tiltaket. Ca. 12 prosent av pasientskader skyldes feil legemiddelforbruk.

Pasientens legemiddelliste skal bidra til å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler. **Øvrige tiltak bør prioriteres avhengig av i hvilken grad de bidrar til å muliggjøre at pasientens legemiddelliste lar seg realisere fullt ut.**

Utprøvningsprosjektet i Bergen er avgjørende viktig for å ha mulighet til å lykkes med en nasjonal innføring frem i tid. Det skisseres at det langsiktige målet er at PLL er innført hos minst 80% av prioriterte aktører senest innen utgangen av 2028. Vi etterspør et høyere ambisjonsnivå og raskere implementering. Det vil ta tid før Sentral forskrivningsmodul (SFM) vil kunne tas i bruk nasjonalt, men erfaringer fra oppstart med PLL med bruk av Forskrivningsmodulen (FM) og InfoDoc Plenario er viktige. PLL-prosjektet gir grunn til optimisme.

Ikke overraskende er det blitt enda tydeligere at det ene viktigste tiltaket som rager over alt annet, er **"riktig bruk" av e-resept**. Selv med dagens suboptimale e-reseptmoduler vil "riktig bruk" av e-resept i alle samhandlingsledd øke sikkerheten i pasienters legemiddelbehandling betraktelig. E-reseptsystemet er som kjent ikke designet for å være en oppdatert legemiddelliste, men med "riktig bruk" menes å justere forskriverens arbeidsprosesser slik at reseptlisten kan nærme seg en legemiddelliste i kvalitet. Dette er et godt eksempel på arbeid som bør prioriteres, settes av ressurser til og jobbes aktivt med, lenge før alle digitale løsninger er på plass. Selv om PLL prøves ut i Bergen, bør alle fokusere på temaet, selv uten PLL-støtte i forskrivningen.

Legeforeningen har gjennom hele prosessen med PLL registrert at alle parter har sett at både finansielle kostnader og tidsressurser vil være av betydelig omfang, både i teknisk utvikling av løsningen, utprøving av PLL i klinisk praksis og i teknisk og klinisk drift og forvaltning.

Fra et klinisk perspektiv vil særlig arbeidet med å sette opp pasienters første PLL være tid- og ressurskrevende og må være særskilt finansielt understøttet for at dette viktige pasientsikkerhets-tiltaket skal bli den suksessen som både helsetjenesten og pasientene har et så stort behov for.

### Digital legemiddelhåndtering i kommunal helse- og omsorgssektor

Ulikt sykehus er kommunal helse- og omsorgssektoren svært forskjellig sammensatt og oppbygd. Ressurser og prioriteringer i norske kommuner til dette feltet, er ulike. Pasientene som har behov for hjelp på legemiddelområdet i sitt eget hjem, har som regel en grunn for et slikt behov. Samme grunn kan gjøre legemiddelbehandling vanskeligere generelt. Digitaliseringen må ses på i et pasientsikkerhetsperspektiv. Det er viktig at man har oppmerksomhet på hvilke områder i den kommunale legemiddelhåndteringen man kan nyttiggjøre seg av teknologisk utvikling og hvor det vil kunne føre til økt risiko. Løsningene som tas i bruk må være hensiktsmessige. E-multidose kan spare mye tid for hjemmesykepleien i logistikken, men det fører til ressursbruk andre steder. E-multidose løser uansett ikke utfordringen med at endringer i forordninger ikke endres hos pasienten før det sendes ut nye multidosepakker. Som kjent er pakkeintervallene opp mot flere uker, slik at pasienten kan potensielt få administrert seponerte legemidler i ukesvis.

Innføring av e-multidose før man har ferdigutviklet Sentral forskrivningsmodul (SFM) og Pasientens legemiddelliste (PLL) gjør at 'multidoselegen' påtar seg en usikker oppgave, og det er uklart om man har en gevinst utover at kommunen slipper manuell pakning. Når man har utviklet systemer for sikker legemiddelforskriving, vil e-multidose kunne gi en stor gevinst. Også her er det viktig at klinikerne tas med og at prosesser ikke medfører økt arbeidsbelastning.

Det er nevnt at digitale løsninger i spesialisthelsetjenesten skal på plass i primærhelsetjenesten. Legeforeningen vil bemerke at lukket legemiddelsløyfe fremdeles ikke er standard. De elektroniske kurveløsningene som anvendes i sykehusene, er beheftet med betydelige mangler og bidrar til økt tidsbruk. Ambisjonsnivå må være realistisk og konkret, og bygge på erfaringer fra sykehusene. Som et eksempel med forbedringspotensial er Helseplattformen, der man først hadde omfattende ambisjoner som per i dag ikke lar seg realisere og som medfører parallell (legemiddel)journalføring over en lengre periode.

Plassering av oppgaver, vridninger, osv. er viktige elementer ved digitale innføringer. Dessverre ser man altfor sjelden at digitalisering fører til mindre arbeid i klinikken sett under ett. Som regel fører det til vridninger og oppgaveoverføringer til andre ledd. Det kan også føre til tryggere og sikrere funksjonalitet, men ikke nødvendigvis besparelser i form av mindre tidsbruk. **Effekt mål må derfor alltid søke å ta inn over seg hele behandlingsskjeden for å belyse helheten mest mulig.**

### Kritisk legemiddelinformasjon

Det er uklart om man med "kritisk legemiddelinformasjon" egentlig mener kritisk informasjon fra Kjernejournal. Her bør det ikke være uklarheter, og dette må standardisere på én informasjonsmodell. Kritisk informasjon i Kjernejournal anbefales av Legeforeningen. Enhetlig sentral registrering og bruk av kritisk informasjon på tvers av virksomheter, fagsystem og nasjonale løsninger vil øke pasientsikkerheten og gi helsepersonell og pasienttilgang til entydig, oppdatert kritisk informasjon, uavhengig av arbeidsflate. Kritisk informasjon må synkroniseres med EPJ via KJ, og vises i pasientens legemiddelliste. Alle aktører bør ha tilgang til å lese kritisk informasjon. Kritisk informasjon som får konsekvens for legemiddelbruk handler ikke kun om allergier og intoleranser, men også om en del medisinske tilstander som kan medføre kontraindikasjoner eller doseringsadvarsler. Det er likevel slik at det å komme i gang med å øke kvalitet og volum på slik strukturert informasjon, er et omfattende arbeid og må gjøres over en lengre periode, fordelt på alle behandlere i behandlingsskjeden. Denne type informasjon må ikke påføres av klinikere med tvang ved innføring av PLL, da dette vil forsinke PLL betydelig. **Innføring av PLL er langt viktigere enn å få registrert klinisk legemiddelinformasjon raskt.**

### Legemiddel grunndata

Det påpekes mangel på felles enhetlige og strukturerte grunndata for legemidler. I dette arbeidet bør det ses på muligheten for å gi klinikere forordningsstøtte gjennom varsling ved legemiddelmangel osv. Vi opplever i dag en betydelig økt tidsbruk rundt legemiddelmangel. Det finnes ikke varsling i FEST (se eget punkt) ved forskrivning av legemiddel med kjent mangel. Resultatet kan være at man må ha flere kontakter med pasient for enten å bytte til et annet preparat, endre dosering eller styrke på tabletter.

### Data på legemiddelbruk

Det påpekes behov for et nasjonalt personidentifiserbart register som skal bidra til styring, forskning, innovasjon og næringsutvikling. Planen er at Legemiddelregisteret (LMR) skal moderniseres med alle historiske data fra Reseptregisteret, supplert med data om legemiddelbruk i institusjon. Legeforeningen vil påpeke at det allerede finnes tilgjengelige anonymiserte data for disse formålene. Legeforeningen vil også understreke at personidentifiserbare data om bruk av legemidler er svært sensitiv helseinformasjon, og tilgjengeliggjøring av denne type data kan ikke gjøres uten særskilt vurdering av taushetsplikt, befolkningens tillit til fortrolig forvaltning av helsedata og gjeldende lovverk på området.

### Pasient- og innbyggerrettet legemiddelinformasjon

Folkeopplysning er et stort og viktig område. Det er mulig å se for seg en funksjon der man gir automatisk opplysninger om foreskrevne legemidler og også mulighet for tilbakemeldinger. Dette må i så fall ikke gi klinikere merarbeid. Innføring bør heller ikke prioriteres før sikker legemiddelforskrivning og samhandling om legemiddelinformasjon er implementert.

De opplistede tiltakene fremstår som omfattende, for eksempel å analysere nåsituasjonen for en pasientgruppe og vurdere om tiltakene muligens kan breddes til andre.

Faglige innspill bør veie tyngre enn styringsønsker fra myndighetene.

#### Tilgang på legemidler (beredskap)

Legeforeningen anser at slik som tilgang på legemidler i et beredskapsperspektiv er av vesentlig betydning, men ikke at digitalisering er det viktigste virkemidlet for å styrke legemiddelberedskap.

Oppdatert opplysning om legemiddelmangel kan med fordel være tilgjengelig for kliniker i sanntid ved forskrivning og legemiddelhåndtering. En oversikt med varslingsfunksjon over nasjonale legemiddellagre anses som et viktig bidrag til økt forsyningssikkerhet.

Nasjonalt beredskapslager for legemiddel (B180) som er under etablering, bør inkluderes i dette tiltaket. B180-lageret skal sikre tilgang på utvalgte kritiske legemidler på norsk jord i en mengde som tilsvarer 6 måneders normalforbruk i spesialist- og primærhelsetjenesten.

#### Normerende produkter for digital samhandling

Dette er beskrevet lite konkret i planen og dermed vanskelig å kommentere eksplisitt. Strukturering, standardisering og gjenbruk av data uten at det virker negativt inn på klinikerens arbeidshverdag er viktig for fremtiden.

### **Forslag til andre tiltaksområder**

#### Klinikerinvolvering

Legeforeningen savner beskrivelse av klinikerinvolvering i planen, og mener dette må være et eget tiltakspunkt. Det må bygges strukturer for involvering, både lokalt knyttet til bruk, samhandling og arbeidsprosesser, men også på nasjonalt nivå for forvaltning av programvare og retningslinjer for forordnings- og administrasjonspraksis. Legeforeningen ser positivt på at det foreslås å etablere et utvalg på legemiddelområdet som faglig referansegruppe. Klinisk informatikk er en betegnelse som kan brukes, der utvalgte klinikere er eksperter på hvordan man utøver faget på best måte med de IKT-verktøy som er tilgjengelige.

#### Manglende etterlevelse (compliance)

Medisinen virker ikke hvis pasienten ikke tar den<sup>3</sup>. Tiltak for å bedre etterlevelse blant pasienter kan heve kunnskapsnivået og forståelsen for nytten av å bruke de legemidlene som er forskrevet. Samtidig er det viktig at helsetjenesten er bevisst og har gode rutiner for å ta bort medisiner som ikke har en klar nytte for den enkelte. Det kan godt være at manglende etterlevelse i mange

---

<sup>3</sup> [Medisinen virker ikke hvis pasienten ikke tar den | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](https://tidsskriftet.no)

sammenhenger skyldes opplevd lav nytte, kanskje også sammen med bivirkninger. God relasjon til behandleren vil kunne være til god hjelp for å finne mest mulig riktig behandling for den enkelte. Tiltak på populasjonsnivå vil sannsynligvis ikke kunne ha like god påvirkning på enkeltindividet i slike sammenhenger.

Digitalisering i denne sammenheng kan virke på flere måter. Bedre innsyn for den teknologisk modne pasient vil kunne føre til større grad av etterlevelse. Økt bruk av digitalisering ved for eksempel velferdsteknologi kan tenkes å medføre færre feil i administrering, men lavere etterlevelse hos bruker. Dette må man følge med på i bredding av slike systemer i dag.

### FEST

Forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte (FEST) er en nasjonal kilde til informasjon om legemidler. Statens legemiddelverk har utviklet datagrunnlaget, med mål om at man kan få oppdatert informasjon fra én kilde om alt som kan fås på resept i Norge.

FEST har i dag for lav prioritet. Endring og utvikling går for langsomt i forhold til hva helsetjenesten trenger. FEST bør i langt større grad enn i dag understøtte klinisk behov og praksis. Eksempelvis er kortdoser på for få legemidler, forslagene til dosering er mangelfulle og klinikerne må selv skrive doseringer i fritekst. Dette fører til at dosering ikke blir strukturert og legemiddelkjeden påføres et unødvendig manuelt element på alle behandlingsnivåer, noe som både øker fare for feil og er ressurskrevende for helsetjenesten. Alle som forskriver medisiner burde kunne fått en bedre forskrivningsstøtte enn det som er realiteten i dag.

Legeforeningen er også opptatt av bedre mulighet til å forskrive generika. Det må prioriteres å finne gode løsninger for dette.

### Tilgang på legemiddeldata

Tilgang på legemiddeldata fra for eksempel reseptregisteret har frem til nå vært tungvint og kostbart. Dette fører gjerne til at kunnskap som man kunne ønsket i helsetjenesten, som kunne gitt praksisnær forskning og kvalitetsforbedring, ikke er tilgjengelig. Det er viktig at man i fremtiden utvikler et system og en struktur som gjør at mindre forskningsprosjekter også vil kunne ha mulighet til å hente ut legemiddeldata til formålet.

## **Avslutning**

Den samlede vurderingen er at planutkastet gir en god oversikt over problemstillinger på legemiddelområdet, men at effektene av digitalisering vektlegges i noe større grad enn det er grunnlag for. Legeforeningen imøteser sammenstilling av kunnskap og erfaringer samt at det stimuleres til forskning ved digitalisering på legemiddelområdet, for å gi kunnskapsbaserte beslutningsgrunnlag fremover.

Legeforeningen vil tilråde Direktoratet for e-helse å prioritere blant målene og uten tvil sette Pasientens legemiddelliste som det viktige tiltaket, og at dette bør være førende for hvilke andre





**DEN NORSKE  
LEGEFORENING**

tiltak som iverksettes og i hvilken rekkefølge. Prioritering er særlig viktig nettopp fordi det står eksplisitt: *“Det følger ikke egen finansiering med plan for digitalisering på legemiddelområdet.”* (s. 16). Henvisningen til mulige finansieringskilder i Digitaliseringsdirektoratet (Digdir) bidrar ikke til å klargjøre hvordan tiltakene skal finansieres og målene dermed nås.

Med hilsen

Den norske legeforening

Siri Skumlien  
generalsekretær

Jan Emil Kristoffersen  
Fagdirektør

Anne Ringnes  
Spesialrådgiver

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)