

# Høring: Pasientens legemiddelliste – "PLL i praksis"

Målgruppen for informasjonssiden er helsepersonell og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten som deltar i eller vil berøres av utprøving og nasjonal innføring av pasientens legemiddelliste. Der høringsinstansen har innspill, er det ønskelig med kort begrunnelse og eventuelt forslag til endringer.

Skjemaet sendes til [postmottak@ehelse.no](mailto:postmottak@ehelse.no) og merkes med saksnummer 23/1026.

**Frist: 08.12.2023**

**Skriv inn din e-postadresse:** [elisabeth.mehl.gangas@sav.no](mailto:elisabeth.mehl.gangas@sav.no)

## 1) Høringen kommer fra

- Statlig etat, ombud eller fagråd
- Helseforetak/RHF
- Fastlegekontor
- Privat helseaktør
- Kommune
- Fag- og interesseforening
- Annen enn nevnt ovenfor (angis i neste spørsmål)

## 2) Kontaktinformasjon

Avsender på høringen (hvilken statlig etat, kommune, privatperson osv.)

### Norske Sykehusfarmasøytters Forening (NSF)

Navn på den personen som har besvart på høringen

**Styret i NSF: Rebwar Salar Nori Saleh, Karen Sofie Grut, Randi Hukari, Jeanette Schultz Johansen, Margrethe Einen, Thomas Bäckstrøm, Reante Elenjord, li Tverborgvik og Elisabeth Mehl Gangås**

## 3) Tilbakemelding på om informasjonssiden er beskrivende nok til å danne seg en forståelse av innledende klinisk konsensus og anbefaling om praktisk bruk av pasientens legemiddelliste?

Informasjonssiden inneholder mye tekst, denne bør være kort og konsist formulert og enkel å navigere i. I PDF-formatet tar det for mye tid å navigere, og vi anbefaler derfor et annet format. Det er også en del overlapp i informasjon mellom innholdet i kapittel 3 (Praktisk bruk av PLL) og kapittel 4 (Slik gjør du det). Vi foreslår å slå sammen kapittel 3 og 4.

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

Vi i NSF stiller oss spørrende til nødvendigheten av å opprette egne lokale rutiner når dokument er godt nok til å brukes lokalt, om det kommer på i det rette formatet. Det vil kreve tid å vedlikeholde lokale prosedyrer, og sees ikke på som hensiktsmessig, så lenge

lokale EPJ-systemer er tilrettelagt for bruk av PLL.

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

Viser til punkt 3 over; det er mye likt i kapittelinnstillingen. Vi foreslår å samle informasjon på en plass, så langt det lar seg gjøre. For eksempel står det om legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang både i kap.3.1.1 og 4.1.1, det bør kun være tilstrekkelig å lese om dette en plass, for å unngå mye trykking frem og tilbake. Det hadde vært fint med en god søkefunksjon for å finne frem, og søkefunksjonen må være forbedret ift. Antibiotikaveilederens søkefunksjon, om man tenker seg at informasjonssiden skal ha samme struktur som veilederen.

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

Det er en del gjentakelser gjennom dokumentet, se punkt 3 og 5. Vi foreslår kortfattede formuleringer som er enkelt å bruke i praksis, jf. punkt 10 (videosnutter).

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

*Arbeidsgruppen har vurdert at det finnes tilfeller der pasienten ikke har aktiv legemiddelbehandling eller dokumentert legemiddelreaksjon, men hvor det allikevel kan være behov for å opprette/sendt en PLL. Dette har i drøftinger vært omtalt som "tom PLL". Etter dialog med juridisk avdeling i direktoratet er det identifisert behov for ytterligere presisering av begrepet «tom PLL» og konkretisering av relevante bruksscenarioer, slik at dette kan vurderes mens høringsutkastet er på høring. Se kap "Er det behov for å kunne sende en "tom" PLL?*

Det kan for eksempel være nyttig å kommunisere at pasienten ikke bruker legemidler, eller har fått et legemiddel med lang halveringstid og stort interaksjonspotensiale ved innleggelse (eks. Cordarone). Men det fremgår tydelig i retningslinjene for PLL hvordan dette skal komme frem. NSF håper at PLL blir noe mer enn enda en legemiddelkilde som må sjekkes.

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

- **Kommentar pr legemiddeloppføring (tiltenkt annet helsepersonell)**
- **Overordnet kommentar til hele PLL (tiltenkt annet helsepersonell)**

*Medisinskfaglig er det vurdert at det er behov for å kunne legge inn en kommentar til hvert enkelt legemiddel i PLL (tiltenkt annet helsepersonell), og en overordnet kommentar til hele legemiddellisten. I etterkant av diskusjonene i arbeidsgruppen har det stilt spørsmål fra bl.a legeföreningen om disse kommentarene hører hjemme i PLL, eller kun i journalnotat/epikrise. Det er også fra juridisk hold i Direktoratet for e-helse sett behov for å vurdere det rettslige handlingsrommet for kommentarer i PLL.*

NSF mener at alle farmasøyter (inkl. apotekfarmasøyter og kliniske farmasøyter) med tjenstlig behov må ha tilgang til å lese PLL. Det vil være behov for å legge inn kommentarer på hele legemiddellisten eller på enkelt legemidler i forhold til f.eks. compliance og interaksjoner. Dette vil spare tid for både lege og farmasøyt på telefonkommunikasjon, som er tidkrevende. Apotekfarmasøyter 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. Det er utstrakt bruk av kliniske farmasøyter i

både primær- og spesialisthelsetjenesten, og noen av deres primære oppgaver er å bistå legene med legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. NSF foreslår derfor at kliniske farmasøyter bør ha mulighet til å oppdatere PLL, for å avlaste legene og sikre korrekt overføring av legemiddelinformasjon mellom ulike omsorgsnivå, i en tid hvor det er mangel på 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).**

Ikke aktuelt for NSF å 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.**

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

Vi mener at «PLL i praksis» må være kortfattet og tydelig. Den bør komme på et format som også kan fungere på mobiltelefon (nettside/app), slik at en kan navigere ved å trykke, slik som antibiotikaveilderer. Men med færrest mulig klikk, slik at den er enkel å bruke i arbeidshverdagen. Vi foreslår også korte videosnutter om hvordan man opprett PLL og oppdaterer denne.

**11) Annet?**

PLL må være rigget for fremtiden – også en fremtid uten resepter, slik vi kjenner dem i dag. NSF ønsker at PLL skal være et bærekraftig hjelpemiddel også i fremtiden. Vi har også noen kommentarer til spesifikk kapitler. Kapittel 2.7 (historikk) angir at historikken i PLL slettes dersom det ikke har vært noen aktivitet på 16 måneder, hva da med resepter på prevensjonsmidler som har en varighet på 3 år? Eller informasjon om legemiddelbehandling som ikke er bundet til resept, som Aclasta eller annen informasjon? Er det hensiktsmessig å 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. Hva tenkes rundt «reseptfrie legemidler med veiledning (for eksempel Viagra), bør ikke dette fremkomme av PLL, jf. Kapittel 2.8.5 og 3.2.1. Forsalg til ordlyd i kapittel 3.11 Hvordan håndtere forslag til endring i PLL fra kliniske farmasøyter andre medhjelpere? Kapittel 4.5 er for dårlig formulert med tanke på «Sykepleier og klinisk farmasøyt med tilgang til å hente PLL ... kan i samarbeid med pasienten gjøre innledende samstemming av pasientens legemidler. Samstemmingen kan deretter godkjennes av legen» Per i dag kan vi kun presentere et forslag til pasientens legemidler i bruk (LiB) ved innleggelse/utskrivelse og dette forslaget må godkjennes av legen. Forslaget kan være elektronisk i EPJ når systemene tilrettelegger for dette, eller i form av en legemiddelliste i et journalnotat og/eller opprettelse av en kurve, som lege må signere. Det er ønskelig med en kommende nasjonal diskusjon rundt hvorvidt kliniske farmasøyter kan få et selvstendig og juridisk ansvar for å være ansvarlig for legemiddellisten

vi kommer frem til, når vi utfører legemiddelsamstemming. Avslutningsvis bes det om at det må være samsvar mellom arbeidsoppgaver og tilganger i arbeidet med PLL, og at farmasøyter som legemiddelekspert, må huskes på.