

HELSE DIREKTORATET
Postboks 220 Skøyen
0213
OSLO

Deres ref.: 24/16345

Vår ref: HSAK202500584

Dato: 02-01-2026

Innspill - Nasjonal plan for riktig legemiddelbruk

Legeforeningen takker for anledningen til å komme med innspill til *Nasjonal plan for riktig legemiddelbruk*. Vi støtter fullt ut planens overordnede mål om å redusere legemiddelrelaterte pasientskader og bidra til en mer forebyggende helse- og omsorgstjeneste. Tematikken er både viktig og nødvendig. De fem trinnene som beskrives i planen fremstår i hovedsak relevante for kvalitetsutviklingen av legemiddelbruken i helsetjenesten.

Legemiddelbehandling er et komplekst og svært omfattende felt. Det omfatter alle etnisiteter, kjønn og genetiske forhold hos enkeltpersoner. Legemiddelbehandling skjer gjennom hele livsløpet fra svangerskapsomsorgen og spedbarnslivet via ungdomstiden og overgangsalder til livets slutfase. Legemiddelbehandling er en integrert del av oppfølgingen innen alle kliniske medisinske fagområder, noe som medfører risiko for polyfarmasi og alle de utilsiktede effektene det innebærer. Planen har ikke klart, i tilstrekkelig grad, å ta høyde for denne kompleksiteten og fremstår dessverre som lite praktisk anvendbar.

5. Hvilke innspill har du til planens struktur, lesbarhet eller detaljeringsgrad?

Planen er svært ordrik og inneholder en del oppramsing av åpenbar og generell informasjon som ikke gir merverdi for det kliniske fagmiljøet. Det er mange lenker som til dels fører brukeren i ring og gjør planen uoversiktlig og vanskelig å orientere seg i.

Det er uklart for Legeforeningen om planen retter seg mot politisk nivå, ledelse i helsetjenestene eller klinikere. Planen oppleves som et overordnet styrings- og samordningsdokument, men er utformet og presentert på en måte som gir uklare forventninger både til klinikere og til ledelse. Den inneholder en del gode kilder og verktøy, men disse er vanskelige å finne frem til når man trenger dem.

Planen oppleves i liten grad å kunne fungere som et klinisk støtteverktøy for pasientnær virksomhet. Likevel forutsetter planen omfattende endringer i klinisk praksis, noe som skaper uklarhet om hvem planen faktisk er ment å brukes av, i hvilke situasjoner den er ment å brukes, og hvem som har ansvar for oppfølging og prioritering. Planen tar ikke tilstrekkelig høyde for den kliniske konteksten der legemiddelbehandling faktisk foregår. Klinisk praksis preges av kompleksitet, samtidige problemstillinger, multimorbiditet, motstridende retningslinjer, betydelig tidspress og krevende prioriteringer innenfor stramme organisatoriske og økonomiske rammer. Disse forholdene

gjenspeiles i liten grad i planens beskrivelser, som i hovedsak fremstiller legemiddelarbeidet som lineære og idealiserte prosesser. Dette gir en risiko for at planen oppleves som lite realistisk, med svekket eierskap og begrenset effekt i praksis.

Legeforeningen mener at sterkere klinisk forankring, særlig blant spesialiteter som i stor grad håndterer kontaktflaten mellom primær og spesialisthelsetjenesten, som allmennmedisin og akutt- og mottaksmedisin, i større grad bør involveres dersom man ønsker å oppnå praktisk nytte av planen. Legeforeningen savner også systematisk innsikt fra det klinisk farmakologiske miljøet i dokumentet. Vi kan ikke se at farmakologer er nevnt som ressurs. Det etterlyses en nasjonal diskusjon knyttet til hvilke fagområder kliniske farmakologer bør prioritere i nasjonal plan for riktig legemiddelbruk.

Fra et ledelses- og kvalitetsstyringsperspektiv fremstår planen som overordnet, men lite operasjonell. Den mangler tilstrekkelig tydelige prioriteringer mellom mål og trinn, avklaringer mellom minimumsnivå og ambisjonsnivå, samt støtte til vurdering av kapasitet, risiko og gjennomførbarhet. Planens struktur, med omfattende tekstmengde og mange henvisninger og lenker, bidrar ytterligere til at den fremstår uoversiktlig og krevende å bruke som beslutnings- og styringsgrunnlag.

6. Hvilke innspill har du til beskrivelse av planens bakgrunn og innledende tekst?

Legeforeningen savner en tydelig spesifisering av hvem som er målgruppe. Formålet "å bidra til riktig legemiddelbruk på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten, hos pasienter, pårørende og befolkningen" er så bredt og vidt at det blir vanskelig å lage en plan som er praktisk anvendbar. Det anbefales å dele opp planen etter målgruppe slik at man raskere finner den informasjonen som er relevant for den enkelte målgruppes formål.

I kapittelet "Riktig legemiddelbruk forebygger legemiddelrelaterte pasientskader", under avsnittet "Fem punkter som inngår i riktig legemiddelbruk" kan man gjerne bruke samme ordlyd i starten av hvert punkt som i korresponderende punkt i figuren over.

Innspill til trinn 1 "Oversikt over pasientens legemiddelbruk" spørsmål 7-9

Legeforeningen støtter mange av planens konkrete mål, særlig fremstår innføring av pasientens legemiddelliste (PLL) som viktigst. En vellykket innføring av PLL vil kunne gi den oppdaterte oversikten det er behov for i alle ledd. Det må legges til rette for og sikres økonomisk handlingsrom for rask innføring av PLL og integrasjon med alle EPJ og legemiddelmoduler - både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. En delvis innføring vil føre til en utilbørlig belastning på fastlegene i forbindelse med oppdatering av PLL. Papirmultidose må avvikles med innføringen av PLL og den samtidige innføringen av e-multidose.

Interaksjonsverktøy er viktig for å redusere faren for komplikasjoner. Verktøyene må imidlertid være praktisk tilgjengelig i legenes EPJ. Slik planen er skrevet, vil det i en travel klinisk hverdag kreve mange klikk og letning gjennom planen, flere lenker og undermenyer for å finne verktøyet man trenger. Dette er et strukturelt hinder for bruk.

Meldesystemet for bivirkninger bør også integreres i EPJ for effektiv innsending med samtidig dokumentasjon i EPJ og kjernejournal. Fullt integrert kjernejournal må følge reseptformidleren og legemiddelmodulene i EPJ.

Fastlegene er det naturlige navet for oppfølging av enkeltpersoners helse. For at dette skal fungere godt er det essensielt at man lager systemer og planer som er klinisk anvendbare og praktiske i en legehverdag. For å oppnå dette må det foregå kontinuerlig utvikling av samhandlingssystemer der legene selv er premissleverandører for den tekniske utviklingen.

Det er avgjørende viktig at det settes inn tilstrekkelige ressurser til utvikling og implementering av nasjonale felleskomponenter, inkludert integrasjon i EPJ, og at det ikke etableres avtaleverk eller økonomiske hindringer som forsinker implementeringen. Vi oppfordrer Helsedirektoratet og Norsk helsenett (NHN) til bedre samordning på dette området.

Legemiddelbehandling og koordinering er faglig utfordrende og tidkrevende. Legeforeningen mener at finansieringssystemet i større grad må anerkjenne og støtte opp under dette.

Innspill til trinn 2 "Kvalitet i ordinerer og rekvirering" spørsmål 10-12

Utvidet rekvireringsrett er ikke adressert i nasjonal plan for riktig legemiddelbehandling. På tross av at regjeringen har tatt initiativ til utredning av dette, og at helseministeren har lovet sykepleierne rekvireringsrett før utredningen er avstedkommet. Legeforeningen vurderer dette som svært uheldig. Vurdering av en pasients legemidler er en vanskelig og komplett medisinsk vurdering. Forskrivningsrett innebærer medisinsk beslutningsmyndighet og dermed også et overordnet behandlingsansvar. Legemiddelbehandling krever vurdering av differensialdiagnoser, samsykelighet, legemiddelpolyfarmasi og risikovurdering mellom ulike behandlingsalternativer. Dette er kliniske vurderinger som inngår i legenes kjernekompetanse, et område der overgang mellom behandlere allerede er krevende. Dersom flere profesjoner gis selvstendig forskrivningsrett uten et tydelig definert ansvarssystem og uten endring av deres utdanninger, vil PLL kunne miste noe av sin funksjon som kvalitetssikringstiltak. Risikoen for parallelle endringer, manglende koordinering og uavklart ansvar øker, og dette kan svekke både pasientsikkerheten og effekten av digitaliseringsreformene. Med andre ord er dette ikke tidspunktet for å vurdere om sykepleiere – eller andre yrkesgrupper, bør tillates å forskrive legemidler.

I planen er det en omfattende liste av verktøy og kilder, men målene er lite konkrete og kildene det vises til er ikke koblet til målene. Selv om enkeltverktøy kan være gode er det så vanskelig å finne dem gjennom denne planen at de ikke er nyttige i en klinisk setting. For eksempel fører den første lenken til "Helsedirektoratets nasjonale faglige behandlingsanbefalinger", som leder videre til en nettside med 298 treff. Det er ikke intuitivt hva som skiller disse anbefalingene fra Terapi-anbefalinger i [Legemiddelhåndboka](#) eller anbefalinger fra Gjør Kloke Valg. Legeforeningen anbefaler en mer tematisert struktur knyttet til konkrete brukergrupper for siden.

Innspill til trinn 3 "Kvalitetssikring av pasientens legemiddelbruk" spørsmål 13-15

De foreslåtte verktøyene og kildene er relevante. Vi savner Interaksjoner.no og Felleskatalogen.no. KOBLE og andre målrettede verktøy for legemiddelbehandling hos barn er også fraværende.

Det er en utfordring at det er mange klikk i Legemiddelhåndboka for å finne både start- og stoppkriteriene. Det hadde vært fint om det hadde vært en forklaring til hva start- og stoppkriteriene er og hvordan NorGEP og NorGep NH skal leses.

Legeforeningen anbefaler i tillegg krav om integrasjon av Pasientens legemiddelliste (PLL) i alle EPJ-systemer samt statlig finansiering av dette for å sikre fortgang. Videre bør det utvikles digitale beslutningsstøtteverktøy i forskrivningsmodulen som for eksempel automatisk interaksjonssøk. Utviklingen og behovsbeskrivelse av dette må gjøres i samarbeid med klinikere. Tilgjengelige, poenggivende e-læringskurs om polyfarmasi og legemiddelgjennomgang er andre viktige tiltak for å heve og vedlikeholde kunnskapsnivået blant leger.

Legeforeningen støtter vurderingen om at legemiddelgjennomgang bør prioriteres til hjemmeboende eldre som mottar bistand fra kommunale helse- og omsorgstjenester, da denne gruppen har høy risiko for feil i legemiddelbruk. Andre viktige grupper er hjemmeboende psykisk utviklingshemmede, personer med blandet rus- og psykisk sykdom og andre som ikke selv administrerer sine legemidler, for eksempel barn. Allikevel bør ikke dette være en begrensende opplisting, også andre pasienter kan ha indikasjon for en legemiddelgjennomgang.

Det er en utfordring at det ikke anerkjennes hvor kompleks legemiddelbehandling er og at dette gjenspeiles i finansieringssystemet. Taksten for legemiddelgjennomgang bør kunne kombineres med tidstakst, sykebesøk, og tverrfaglig møtetakst. At disse takstene ikke kan kombineres i dag, bidrar til at legemiddelgjennomgang i mindre grad blir registrert – og gjennomført – enn det som er faglig ønskelig. Videre framstår det som lite hensiktsmessig at legemiddelgjennomgang i dag er begrenset til et bestemt antall ganger per år, uavhengig av medisinsk indikasjon.

Fastlegene mangler gode elektroniske verktøy for å identifisere aktuelle pasientgrupper til legemiddelgjennomgang. For eksempel finnes det i dag ingen enkel måte å få oversikt over hvilke pasienter som mottar bistand fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller hvilke pasienter som har langsgående oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Videre må det utvikles mulighet til å kunne sortere ut hvilke pasienter som har fire eller flere faste legemidler fortrinnsvis direkte fra Sentral forskrivningsmodul.

Innspill til trinn 4 "Kvalitet ved istandgjøring, utdeling og utlevering" spørsmål 16-18

Dette trinnet bygger på at rekvirering av medisiner hovedsakelig gjøres av leger som har bredest kompetanse til å medisinere pasienter. Det aller meste av legemiddeladministrasjon gjøres av pasienter selv, gjennom personlig uthenting på apotek og god informasjon fra lege og apotek, som sikrer compliance. Det framstår dermed underlig at helse- og omsorgstjenesten er nevnt først i dette trinnet.

Målet om tilbakerapportering til rekvirent er viktig, men i praksis må det påpekes at tilbakemelding må gis til fastlege i tillegg til rekvirent i de tilfeller der spesialisthelsetjenesten er forskriver, men

pasienten er skrevet ut til hjemmet. Dette er nødvendig for å sikre koordinering. Det er ikke gitt at en legemiddelgjennomgang er nødvendig ved hver tilbakerapportering. Denne og andre problemstillinger knyttet til manglende medikamenter, interaksjoner og bivirkninger er adressert i rekvisitkravene for PLL og understreker nok en gang behovet for raskt å få PLL på plass i alle virksomheter.

Innspill til trinn 5 "Aktive pasienter, pårørende og brukere" spørsmål 19-21

Som tidligere nevnt er legemiddelbehandling et komplekst arbeidsområde som i for liten grad er anerkjent i planens beskrivelser. Målet om at pasientene skal involveres i legemiddelbehandlingen er i prinsippet greit og ikke kontroversielt for Legeforeningen, men måten involveringen skal skje avhenger av den enkelte pasient, kompleksitet, tid og situasjon.

Det kan ikke forventes samme grad at involvering i alle medisinske situasjoner. Dette vil medføre en tidsbruk som vil være en uforsvarlig bruk av knappe legeressurser. For eksempel er Helsedirektoratet sine retningslinjer for legemiddelsamstemming svært vanskelig å følge i legevakt med manglende kjennskap til pasienten og begrenset tilgang til informasjon og i akutte situasjoner hvor kravet til rask behandling kan være avgjørende for pasientens prognose. I andre tilfeller kan det være utfordringer knyttet til personvern og taushetsplikt, for eksempel i dialog med pårørende. Dette gjelder særlig i tilknytning til barn og ungdom, pasienter med kognitiv svikt og pasienter med rus og psykiatrilidelser. Tydeligere avklaringer og grenseoppganger vil være nyttig.

Planen bør omtale, eller vise til kilder om barn og ungdoms muligheter for medvirkning og informasjon, samt det å kunne skjule resepter og legemiddelbruk fra foreldre m.m.

Helsenorge må kontinuerlig forbedres og det må være gode tilbakemeldingssløyfer. Det bør være mulig for fastleger å få tilgang til "pasientens visning" slik at man har mulighet til å se hvordan informasjonen presenteres for sine pasienter. Slik visningen er i Helsenorge i dag er legemiddellisten ikke intuitiv og kan skape misforståelser. Dagens løsning med tekstlig melding til fastlegekontoret for fornyelse av resepter gir mulighet for misforståelser og feil. Forbedring og utvikling av dette må gjøres i samarbeid mellom leger og teknologer.

Innspill til implementeringsstøttende aktiviteter spørsmål 22-23

Legeforeningen anbefaler at Nasjonal plan for riktig legemiddelbruk revideres med sikte på tydeligere avgrensning av målgrupper og forventninger, klarere skille mellom styringsdokument og klinisk faglig støtte, sterkere klinisk forankring og mer realistisk beskrivelse av rammebetingelser (både tidsbruk og økonomiske virkemidler), samt bedre struktur og oversikt for ledelses- og implementeringsbruk. Det hadde vært fint om det hadde vært mulig å få innblikk i hvem som er i den nasjonale aktørgruppen for at prosessen skal være så transparent som mulig. Vi savner at det følger et anslag på tidsbruk og effekt som følge av at planen skal iverksettes.

Innspill til anbefalinger om nye tiltak spørsmål 24-26

Legeforeningen er positive til informasjonstiltak ovenfor pasienter og pårørende. Informasjon til pasienter bør være tilgjengelig via Helsenorge. Informasjon om legemidler må være balansert med tanke på effekter, bivirkninger og unødig overforbruk. Risiko for skadelig bruk av vanedannende legemidler bør være tydelig. Videre må det kommuniseres klart at livsstilsintervensjoner ikke kan erstattes av legemiddelbehandling.

Direktoratet bør arbeide for at vanedannende legemidler kommer i flere styrker og pakningsstørrelser. Dette for å unngå at enkeltpersoner kun får de tablettene de har behov for i en kort periode, samtidig som palliative pasienter kan få tilgang til større kvantum.

Polyfarmasi kan være en konsekvens av at flere mennesker lever lengre med flere samtidige sykdommer. Målet må være å redusere skadelig polyfarmasi og ikke nødvendigvis polyfarmasi i seg selv dersom det er medisinsk gunstig for pasienten.

Allmennleger benytter ikke ICD-10, men ICPC-2. Dette må i hensyntas dersom det skal gis oppdrag om bedre registrering av Legemiddelrelaterte skader utenfor spesialisthelsetjenesten. I oppdraget må det ses på hvor mange legeårsverk det antas at vil gå med til registrering i NPR samt en plan for finansiering av denne oppgaven.

Legeforeningen er positiv til en styrket oversikt over legemiddelbruk på institusjon, og at pasientens legemiddelliste kan brukes i dette arbeidet.

Nye nasjonale målinger og kvalitetsindikatorer bør ikke startes opp før man har fått PLL på plass i både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Angående finansiering er en gjennomgående tilbakemelding at alle tiltak som krever økt tidsbruk vil medføre et ytterligere press på knappe legeressurser. Innbyggere som har stabil fastlege, får bedre koordinerte helsetjenester og bruker legevakten mindre og har færre akutte innleggelser. En stabilisering av fastlegeordningen er en investering som vil koste penger på kort sikt, men som samlet vil redusere utgiftene til helsetjenesten i helhet.

Annet spørsmål 27

I lenkesamlingene bør henvisning til Kunnskapsbasert oppslagsverk for legemidler til barn være lik under trinn 2, 3, 4 og 5.

Legeforeningen mener at trygg seponering av legemidler er et underadressert virkemiddel for å redusere legemiddelrelaterte pasientskader og uheldig polyfarmasi. I dag mangler mange legemiddelbeskrivelser tilstrekkelig og tydelig veiledning om nedtrapping og avslutning av behandling. Legeforeningen anbefaler at Helsedirektoratet og Direktoratet for medisinske produkter (DMP) tar en aktiv rolle overfor europeiske legemiddelmyndigheter for å sikre at seponeringsråd gjøres obligatorisk i legemidlenes preparatomtale (SmPC – Summary of Product Characteristics), slik at dette blir en integrert og standardisert del av legemiddelinformasjonen til støtte for klinisk praksis.



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Planen omtaler ikke forebygging av legemiddelrelaterte pasientskader og interaksjonsproblematikk knyttet til reseptfrie legemidler kjøpt i og utenom apotek. Innhenting av informasjon om fast håndkjøp (legemidler, kosttilskudd) er sentralt i arbeid med legemiddelgjennomgang. PLL åpner for mulighet til å legge til legemidler pasienten bruker også i tilfeller der det ikke foreligger resept. I Kunnskapsrapporten Riktig legemiddelbruk og legemiddelrelaterte skader (2025) omtales legemiddelinteraksjoner uten å problematisere mulig interaksjoner mellom reseptlegemidler og ikke-reseptlegemidler samtidig som det vises til at kosthold og livsstil kan påvirke effekt og bivirkning av legemidler. Planen (og rapporten) burde omtale denne problemstillingen og ha som mål å begrense unødvendig og risikofylt forbruk også av legemidler kjøpt utenfor apotek og forskriving.

Planen bør være mulig å laste ned som en samlet og sammenhengende PDF.

Avsluttende kommentarer

Legeforeningen er positive til arbeidet med en *Nasjonal plan for riktig legemiddelbruk* og målene arbeidet skal føre frem til.

For at planen skal bli et reelt virkemiddel for bedre legemiddelbruk, forutsetter dette tydeligere målgrupper, sterkere klinisk forankring, operasjonelle virkemidler, tilstrekkelig finansiering og en forpliktende nasjonal gjennomføringsstruktur. Legeforeningen ønsker å være en konstruktiv samarbeidspartner i dette arbeidet.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
Generalsekretær

Johan Torgersen
Fagdirektør

Ingrid Tyridal Bjerring
spesialrådgiver

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)