

Pasientens legemiddelliste i Nord-Norge

Status basert på spørreundersøkelsen blant
sykehusleger, fastleger og sykehusfarmasøyter

Malm-Nicolaisen K., Bergmo T.S.





Pasientens legemiddelliste i Nord-Norge

Status basert på spørreundersøkelsen blant sykehusleger, fastleger og sykehusfarmasøyter

Delrapport september 2026

Rapportnummer

05-2026

Prosjektleder

Trine Strand Bergmo

Forfattere

Kristian Malm-Nicolaisen

Trine Strand Bergmo

ISBN

978-82-8242-116-4

Dato

10.09.2026

Antall sider

15

Emneord

Pasientens legemiddelliste, evaluering

Oppsummering

Rapporten beskriver resultatene fra en spørreundersøkelse knyttet til erfaringer med Pasientens legemiddelliste (PLL) blant helsepersonell i Nord-Norge. PLL oppleves som nyttig, men erfaringene varierer mellom yrkesgruppene. Fastlegene rapporterer størst opplevd nytte, og flertallet opplever tidsbesparelser. Sykehuslegene rapporterer lavere opplevd opplæring og større usikkerhet om nytte og datakvalitet. Sykehusfarmasøytene ser nytte, men finner uoverensstemmelser i legemiddellistene. Videre oppfølging bør prioritere målrettet opplæring, særlig i sykehus, tydeligere ansvar for oppdatering og systematisk arbeid med datakvalitet.

Utgiver

Nasjonalt senter for e-helseforskning

Postboks 35

9038 Tromsø

E-post: mail@ehealthresearch.no

Internett: www.ehealthresearch.no

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag.....	3
2	Bakgrunn og kontekst.....	3
3	Datagrunnlag og metode	4
3.1	Datagrunnlag.....	4
3.2	Deskriptive analyser.....	4
3.3	Tolkning og sammenligninger	4
4	Respondenter og demografi	5
4.1	Hvem svarte?	5
4.2	Alder og yrkeserfaring.....	5
4.3	Geografisk spredning	6
5	Resultater – status og forskjeller mellom roller	6
5.1	Opplæring og samlet vurdering	6
5.2	Fastleger: høy bruk, krevende oppstart og tydeligere opplevd nytte.....	7
5.3	Sykehusleger: etablerte samstemmingsrutiner, men større usikkerhet om nytte og datakvalitet.....	7
5.4	Sykehusfarmasøyter: positive nyttevurderinger, men tydelige kvalitetssignaler	8
5.5	Variasjon og samvariasjon blant sykehusleger.....	9
6	Tverrgående funn	11
6.1	Forskjeller i bruk og opplevd nytte.....	11
6.2	Tidsbruk: opplevd tidsbesparelse hos mange fastleger, delte erfaringer i sykehus.....	12
7	Fritekstsvær: supplerende signaler	13
8	Samlet vurdering og mulig oppfølgingspunkter	14
9	Begrensninger og tolkning	14
	Referanser	15

1 Sammendrag

Hovedbilde. Undersøkelsen viser at Pasientens legemiddelliste (PLL) er tatt i bruk og oppleves som nyttig, men at erfaringene varierer mellom rollene. Fastlegene i utvalget rapporterer gjennomgående mer positive erfaringer enn sykehuslegene. Sykehuslegene rapporterer samtidig høy grad av legemiddelsamstemming ved innkomst og utskrivelse, men lavere opplevd opplæring, større usikkerhet om korrektheten i PLL og en stor andel nøytrale vurderinger av samlet nytte. Sykehusfarmasøytene vurderer flere nytteområder positivt, men rapporterer også at de minst av og til finner uoverensstemmelser i PLL etter oppdatering både fra fastlege og sykehuslege.

Opplæring 22 % av sykehuslegene opplever tilstrekkelig opplæring, mot 79 % av fastlegene og 64 % av sykehusfarmasøytene.	Oppdatering og tillit Bare 18 % av sykehuslegene og 38 % av fastlegene er enige i at PLL oppdateres av alle leger. 56 % av sykehuslegene er ofte usikre på om informasjonen er korrekt.
Opplevd nytte Fastlegene er mest positive til pasientsikkerhet, kommunikasjon og samlet funksjon. Sykehuslegene har en stor andel nøytrale svar, som kan tyde på at erfaringen fortsatt er uavklart for mange.	Tidsbruk 59 % av fastlegene oppgir tidsbesparelse per pasient. Blant sykehuslegene er bildet delt, og 29 % svarer «Vet ikke» på tidsbruken i DIPS Medikasjon med PLL.

Resultatene peker særlig mot fem mulige oppfølgingsområder:

- målrettet og praktisk opplæring i sykehus, tilpasset klinisk arbeidsflyt og lokal bruk av DIPS Medikasjon;
- tydeliggjøring og etterlevelse av ansvar for å oppdatere PLL når legemiddelbehandlingen endres;
- systematisk oppfølging av datakvalitet, duplikater, seponeringer og overføringer mellom systemer og tjenestenivåer;
- kartlegge tidsbruk til rydding og første opprettelse av PLL separat fra tidsbruk i det daglige arbeidet, for å synliggjøre både oppstartsbelastningen og mulige tidsbesparelser ved løpende bruk;
- videre måling av utvikling over tid, særlig blant sykehusleger og på tvers av sykehus/kliniske miljøer.

2 Bakgrunn og kontekst

PLL er en felles og oppdatert oversikt over pasientens legemiddelbehandling som skal være tilgjengelig på tvers av helsetjenesten. Helsedirektoratet beskriver målbildet som tryggere legemiddelbehandling, bedre samhandling og mer effektive arbeidsprosesser, særlig i ansvarsoverganger mellom virksomheter og omsorgsnivåer (1).

I Helse Nord startet de første fastlegene med PLL i februar 2025. Sykehuslegene fikk gradvis tilgang til ny medikasjonsfunksjonalitet i DIPS, og fra 2. juni 2025 kunne leger ved alle sykehusene i nord aktivt se og oppdatere PLL. Helse Nord oppga i juni 2026 at PLL da hadde vært i bruk i sykehusene i ett år, og at rundt 75 % av fastlegene og legevaktene hadde tatt løsningen i bruk. Samtidig ble det understreket at kvalitet og samhandling krever oppfølging over tid (2).

Undersøkelsen gir derfor et tidsbilde av en innføring som fortsatt er under utvikling. Resultatene bør tolkes som erfaringer fra de respondentene som svarte, og som styringsinformasjon om mulige forbedringsområder – ikke som dokumentasjon av årsakssammenhenger eller som representative prevalens-tall for alle helsepersonell i Nord-Norge.

3 Datagrunnlag og metode

3.1 Datagrunnlag

Spørreundersøkelsen ble tilgjengeliggjort via lenke på nettsidene og via e-post og var åpen i tidsrommet mai-august 2026. Totalt 224 personer responderte på undersøkelsen. Av disse hadde 171 (76,3 %) komplette besvarelser og inngår i analysen. 53 (23,7 %) ufullstendige besvarelser er ekskludert. Blant de komplette besvarelsene var det 125 sykehusleger, 34 fastleger og 12 sykehusfarmasøyter.

Spørreskjemaet inneholdt forgreningslogikk. Enkelte spørsmål ble bare vist til bestemte grupper eller ved bestemte tidligere svar. I analysene inngår derfor bare respondenter som faktisk fikk det aktuelle spørsmålet og ga et gyldig svar. N oppgis eller kan avledes per spørsmål og gruppe.

3.2 Deskriptive analyser

- Antall og prosentfordeling per svarkategori.
- For fempunkts Likert-skalaer rapporteres andelen som svarte 4-5 («Litt enig»/«Helt enig»), sammen med nøytrale og uenige svar der dette gir viktig nyanse.
- Hovedvekten ligger på svarfordelinger, positive/negative andeler og forskjeller i prosentpoeng mellom roller.
- Rolle-spesifikke spørsmål, eksempelvis om tidsbruk, PLL-eksponering og farmasøyters funn av uoverensstemmelser, beskrives med andeler og gyldig N.

3.3 Tolkning og sammenligninger

Sammenligninger mellom roller: Forskjeller beskrives primært med prosentfordelinger og forskjeller i prosentpoeng. Store og gjentakende forskjeller på tvers av flere spørsmål vurderes som mer robuste styringssignaler enn små enkeltforskjeller.

Tolkningssikkerhet: Resultatene beskriver respondentene som deltok i undersøkelsen. Gruppene er ulike i størrelse, og særlig sykehusfarmasøytene utgjør en liten gruppe. Små prosentforskjeller bør derfor ikke overtolkes. I tillegg varierer eksponeringen for PLL mellom respondentene. Nøytrale svar og «Vet ikke» beskrives som ulike svarkategorier.

Tidsbruk: Fastleger og sykehusleger fikk spørsmål med noe ulik formulering og kontekst. Resultatene sammenstilles visuelt, men tolkes som separate erfaringer fremfor som en direkte effektforskjell mellom gruppene.

Fritekst: Gjennomgangen omfatter alle ikke-tomme svar i fire felt: utdyping av overgangen til PLL og e-multidose, utdyping av samlet funksjon og øvrige innspill. Svarene ble lest i sin helhet og sammenholdt innen og på tvers av yrkesgruppene. Beskrivelser av lignende erfaringer ble samlet under fem temaer. Dette er en eksplorativ gjennomgang uten formell koding eller beregning av temafrekvenser.

4 Respondenter og demografi

Analysen bygger på 171 komplette besvarelser. Totalt ble det registrert 224 besvarelser; 53 var ufullstendige og er ikke inkludert i analysematerialet. Det tilsvarer at 76,3 % av de registrerte besvarelsene inngår i analysen. Respondentprofilen er viktig for tolkningen av resultatene, fordi materialet er dominert av sykehusleger, mens fastleger og særlig sykehusfarmasøyter utgjør mindre grupper.

171 komplette besvarelser	76,3 % av registrerte besvarelser analysert	73,1 % av analysematerialet er syke- husleger	58,9 % kvinner blant dem med opp- gitt kjønn
-------------------------------------	--	--	---

4.1 Hvem svarte?

Sykehuslegene utgjør hoveddelen av materialet. 125 av 171 respondenter var sykehusleger (73,1 %), 34 var fastleger (19,9 %) og 12 var sykehusfarmasøyter (7,0 %). Kjønnsfordelingen var relativt balansert, men med en overvekt av kvinner. Blant 168 respondenter med oppgitt kjønn var 99 kvinner (58,9 %), 67 menn (39,9 %) og 2 oppga «Annet» (1,2 %). Tre respondenter manglet kjønnsopplysning.

Respondentgruppe	n	Andel
Sykehusleger	125	73,1 %
Fastleger	34	19,9 %
Sykehusfarmasøyter	12	7,0 %

Tabell 1: Fordeling av analysematerialet etter respondentgruppe.

4.2 Alder og yrkeserfaring

Materialet favner både relativt tidlig og svært erfarne yrkesutøvere. Nesten 60 % av respondentene med oppgitt alder var mellom 26 og 45 år. Samtidig hadde 28,5 % av respondentene med oppgitt yrkeserfaring mer enn 20 års erfaring. Dette gir et materiale med både nyere og langvarig erfaring fra klinisk praksis.

Alder (N=166)	Andel	Yrkeserfaring (N=158)	Andel
26–35 år	30,1 %	0–5 år	27,8 %
36–45 år	29,5 %	6–10 år	15,2 %
46–55 år	19,9 %	11–15 år	15,2 %
56–65 år	17,5 %	16–20 år	13,3 %
Over 65 år	3,0 %	21–25 år	10,1 %
		Mer enn 25 år	18,4 %

Tabell 2: Alder og oppgitt yrkeserfaring. Andeler er beregnet blant respondenter med gyldig svar på det aktuelle spørsmålet.

4.3 Geografisk spredning

Respondentene representerer flere deler av Nord-Norge; blant sykehuslegene er Universitetssykehuset Nord-Norge den største enkeltgruppen, mens fastlegene er fordelt på små, mellomstore og store kommuner. Sykehusfarmasøytene kommer fra tre av helseforetakene.

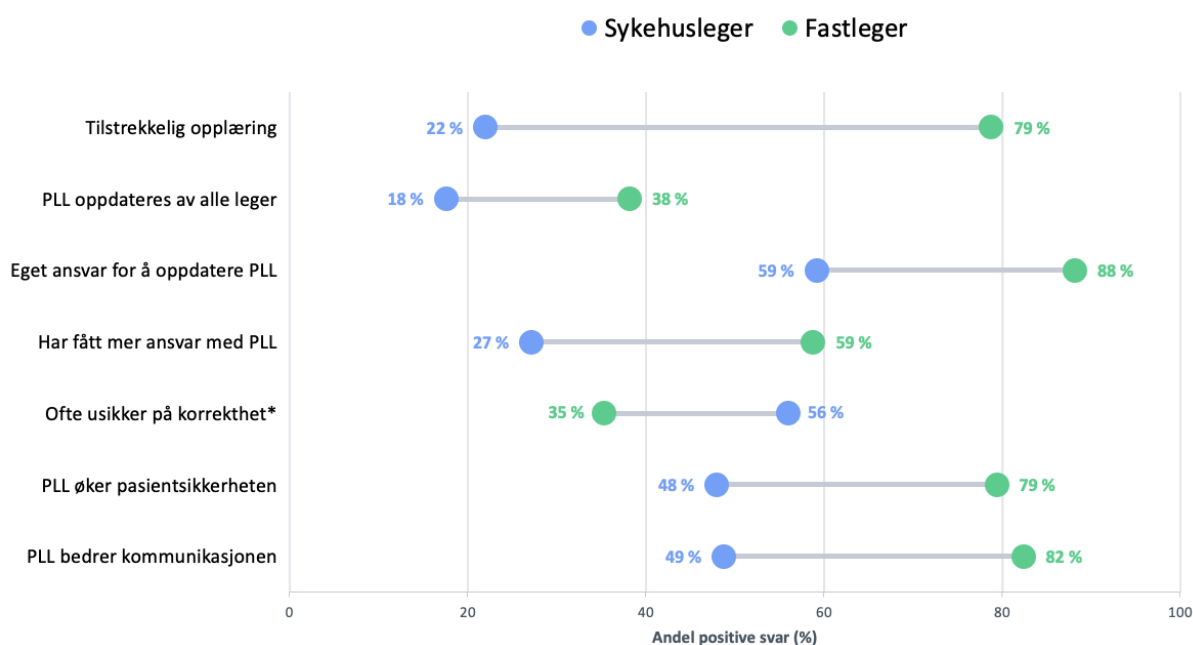
Sykehusleger (N=124 med oppgitt sykehus)	Sykehusfarmasøytter (N=12)	Fastleger (N=34)
UNN: 56,5 % Nordlandssykehuset: 26,6 % Finnmarkssykehuset: 10,5 % Helgelandssykehuset: 6,5 %	UNN: 41,7 % Helgelandssykehuset: 33,3 % Nordlandssykehuset: 25,0 %	Mellomstor kommune: 44,1 % Stor kommune: 35,3 % Liten kommune: 20,6 %

5 Resultater – status og forskjeller mellom roller

5.1 Opplæring og samlet vurdering

Opplæring fremstår som den tydeligste rolleforskjellen. Blant sykehuslegene var 22,0 % enige i at de hadde fått tilstrekkelig opplæring, mens 51,2 % var uenige. Tilsvarende positiv andel var 78,8 % blant fastlegene og 63,6 % blant sykehusfarmasøytene. Forskjellen mellom sykehusleger og fastleger er stor i dette materialet. Sykehusfarmasøytene ligger mellom legegruppene.

Samlet vurdering av hvordan PLL fungerer i arbeidshverdagen viser samme hovedmønster. 76,5 % av fastlegene vurderte PLL som «Bra» eller «Veldig bra», mot 34,1 % av sykehuslegene og 58,3 % av sykehusfarmasøytene. Blant sykehuslegene svarte 57,7 % «Verken – eller». «Verken – eller» uttrykker en nøytral vurdering og kan også romme blandede erfaringer. Kategorien må skilles fra «Vet ikke».



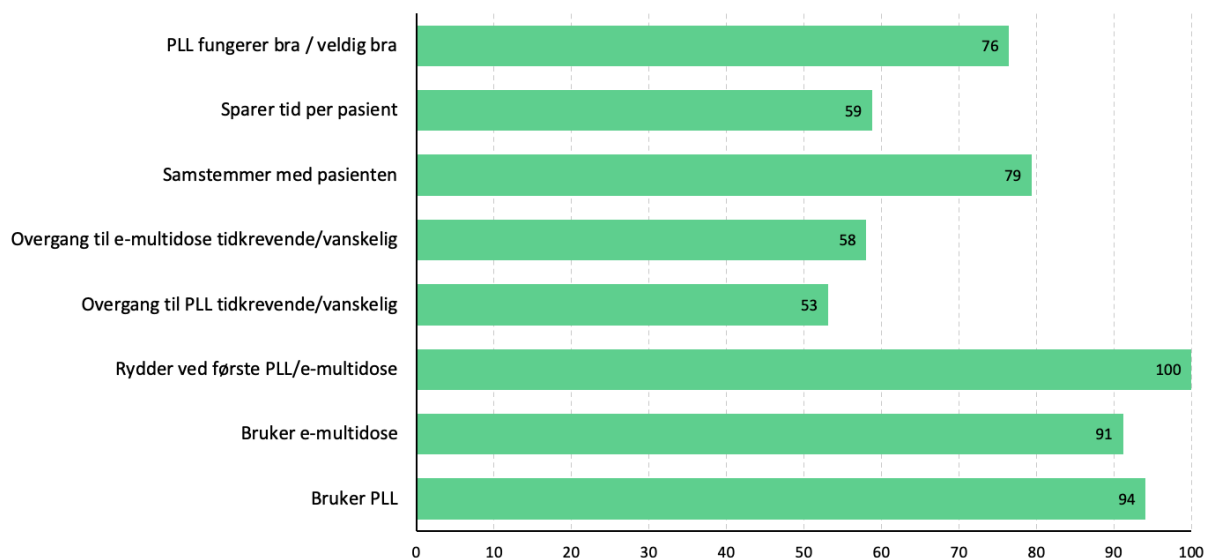
Figur 1: Sammenligning av felles Likert-påstander blant sykehusleger og fastleger. Figuren viser andelen som svarte «Litt enig» eller «Helt enig». *Negativt formulert påstand: høyere andel betyr mer usikkerhet.

5.2 Fastleger: høy bruk, krevende oppstart og tydeligere opplevd nytte

Bruk og arbeidsprosess: 94,1 % av fastlegene oppga at de bruker PLL og 91,2 % at de bruker e-multidose. Blant de 32 som svarte på spørsmålet om første opprettelse, oppga samtlige at de rydder i medisinlisten når pasientens første PLL/e-multidose opprettes. 79,4 % var enige i at de samstemmer legemiddellisten med pasienten når pasienten er på kontoret.

Oppstartsbelastning: 53,1 % var enige i at overgangen til PLL var tidkrevende eller vanskelig, og 58,1 % sa det samme om overgangen til e-multidose. Fritekstsvarene beskriver særlig rydding i legemiddellister, dobbeltføringer, strukturert forskrivning og koordinering med apotek som belastninger i oppstarten. Flere beskriver samtidig at arbeidsflyten blir enklere når løsningen først er etablert.

Nytte og tid: 79,4 % var enige i at PLL øker pasientsikkerheten, 82,4 % at PLL bedrer kommunikasjonen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og 76,5 % vurderte PLL som bra eller veldig bra i arbeidshverdagen. 58,8 % oppga at de sparer tid per pasient etter innføringen av PLL, mens 20,6 % oppga at de bruker mer tid.



Figur 2: Fastleger: implementering, oppstart og opplevd nytte.

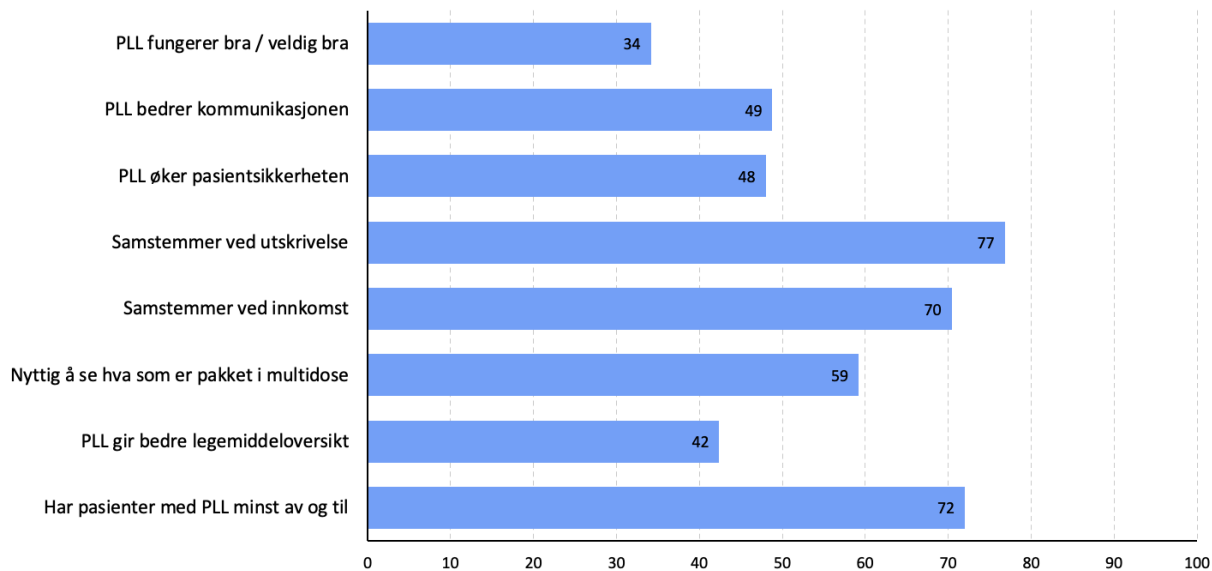
5.3 Sykehusleger: etablerte samstemmingsrutiner, men større usikkerhet om nytte og datakvalitet

Eksponering: 72,0 % hadde pasienter med PLL minst «Av og til», mens 28,0 % svarte «Sjeldent». 42,4 % svarte at PLL gir bedre oversikt over pasientens legemidler, 12,8 % svarte nei og 44,8 % svarte «Vet ikke». 59,2 % opplevde det som nyttig å se hvilke legemidler som er pakket i multidose.

Legemiddelsamstemming: 70,4 % var enige i at de samstemmer legemiddellisten ved innskrift og 76,8 % ved utskrivelse. Et flertall rapporterer dermed at de samstemmer legemiddellisten, samtidig som mange gir nøytrale vurderinger av PLL.

Tillit og kvalitet: 56,0 % var enige i at de ofte er usikre på om informasjonen i PLL er korrekt. Bare 17,6 % var enige i at PLL oppdateres av alle leger som gjør endringer i pasientens legemidler. Fritekstsvarene peker blant annet på manglende eller ujevn opplæring, dobbeltføringer, seponerte legemidler, tekniske problemer og uklarhet om ansvar som mulige praktiske utfordringer. Disse utsagnene er illustrative og ikke kvantifisert tematisk.

Opplevd nytte: 48,0 % var enige i at PLL øker pasientsikkerheten og 48,8 % i at PLL bedrer kommunikasjonen. For begge påstandene svarte 41,6 % «Verken – eller». Sammen med den store nøytrale andelen på spørsmålet om samlet funksjon tyder dette på at mange sykehusleger ennå ikke har en tydelig positiv eller negativ vurdering.



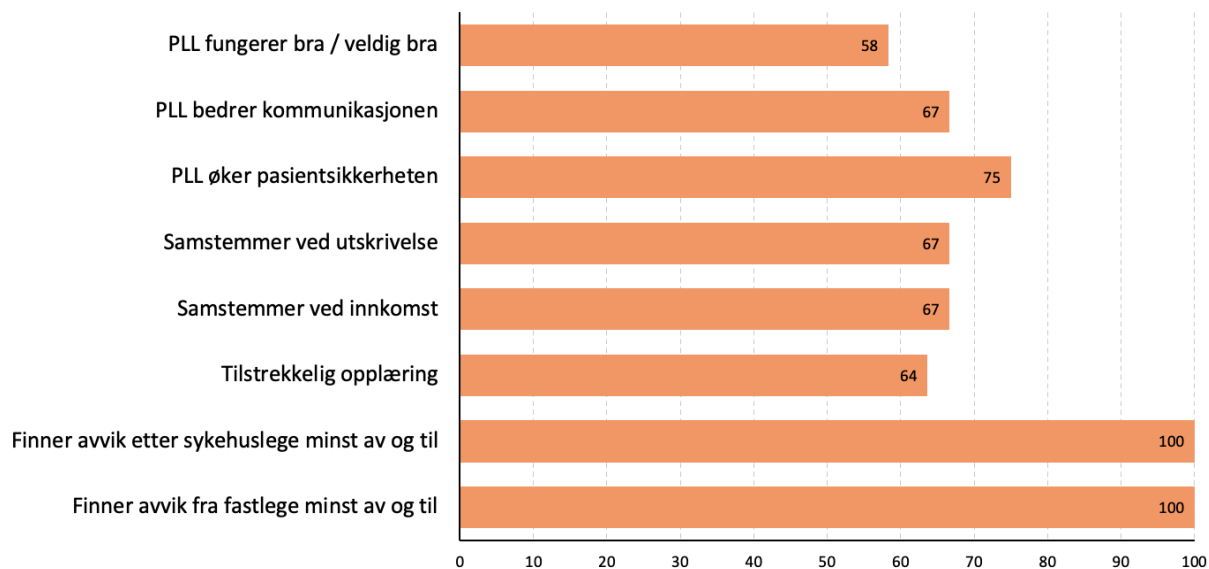
Figur 3: Sykehusleger: eksponering, arbeidsprosesser og opplevd nytte.

5.4 Sykehusfarmasøyter: positive nyttevurderinger, men tydelige kvalitetssignaler

Uoverensstemmelser: Samtlige farmasøyter rapporterte at de minst av og til finner uoverensstemmelser i PLL som kommer fra fastlege, og samtlige rapporterte det samme etter oppdatering fra sykehuslege. I begge spørsmål svarte 11 «Av og til» og 1 «Ofte». Dette sier ikke hvor alvorlige avvikene er, men peker på at kvalitet i oppdateringen bør følges på tvers av nivåer.

Nytte og funksjon: 75,0 % var enige i at PLL øker pasientsikkerheten, 66,7 % at PLL bedrer kommunikasjonen, og 58,3 % vurderte PLL som bra eller veldig bra i arbeidshverdagen. 63,6 % av de 11 som svarte på opplæringsspørsmålet vurderte opplæringen som tilstrekkelig.

Friteksten nyanserer bildet: Kommentarene beskriver både nytte når listen er oppdatert og utfordringer knyttet til systemoverføringer og begrenset praktisk erfaring. Én farmasøyt påpeker også at farmasøytrollen kan innebære uforholdsmessig stor eksponering for problemtilfeller, noe som kan påvirke helhetsinntrykket.



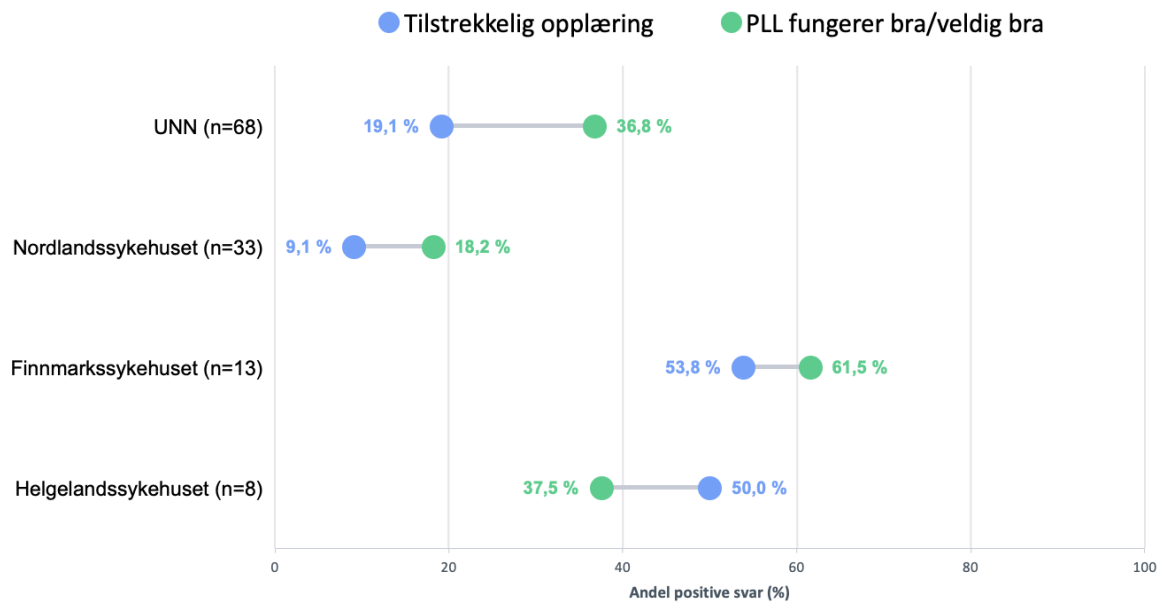
Figur 4: Sykehusfarmasøyter: kvalitetssignaler og vurdering av PLL. N=12, unntatt opplæring (N=11). Resultatene bør tolkes som signaler, ikke presise estimater for alle sykehusfarmasøyter.

5.5 Variasjon og samvariasjon blant sykehusleger

For å undersøke om hovedbildet blant sykehusleger skjuler systematiske forskjeller, ble det gjort supplerende analyser av (sam)variasjon mellom sykehus, sammenheng mellom opplevd opplæring og samlet vurdering av PLL («PLL fungerer bra/veldig bra»), og forekomst av samstemming etter oppgitt yrkeserfaring.

Sykehusvariasjon: Figuren under viser et mønster der vurderingen av opplæring og den samlede opplevelsen av hvordan PLL fungerer i arbeidshverdagen i stor grad peker i samme retning. Sykehusene med høyere andel leger som opplever opplæringen som tilstrekkelig, har også en høyere andel som vurderer PLL positivt. Finnmarkssykehuset skiller seg ut med de mest positive vurderingene av begge indikatorene, mens Nordlandssykehuset ligger lavest både på opplæring og samlet funksjon. Ved UNN er andelen som opplever opplæringen som tilstrekkelig lav, samtidig som en noe større andel vurderer PLL positivt i arbeidshverdagen. Helgelandssykehuset har et mer sammensatt bilde, med relativt positiv vurdering av opplæringen, men en lavere positiv vurdering av samlet funksjon.

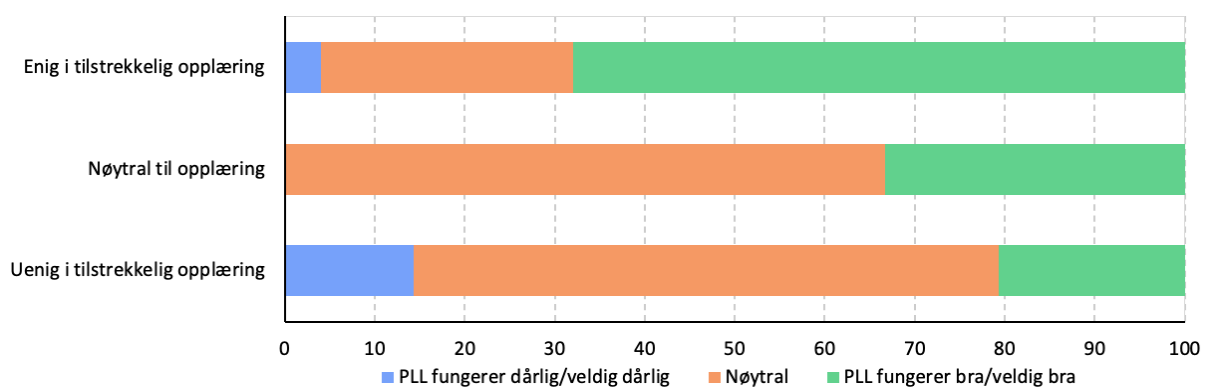
Mønsteret understøtter en potensiell samvariasjon mellom opplevd opplæring og opplevd nytteverdi av PLL i datamaterialet. En stor andel av sykehuslegene som ikke opplever opplæringen som tilstrekkelig, gir samtidig en nøytral eller avventende vurdering av hvordan PLL fungerer i arbeidshverdagen. Blant leger som vurderer opplæringen som tilstrekkelig, er den samlede vurderingen av PLL klart mer positiv. Samtidig er respondenttallet særlig lavt ved Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset, noe som fører til at få svar gir relativt store utslag i prosentene.



Figur 5: Andelen sykehusleger som er litt eller helt enig i at de har fått tilstrekkelig opplæring, og andelen som vurderer at PLL fungerer bra eller veldig bra i arbeidshverdagen.

Opplæring og samlet vurdering: Det er en tydelig positiv samvariasjon mellom hvordan sykehuslegene vurderer opplæringen de har fått, og hvordan de vurderer PLL i arbeidshverdagen. Blant dem som opplever opplæringen som utilstrekkelig, vurderer bare 20,6 % PLL som bra eller veldig bra, mens de fleste gir en nøytral vurdering. Andelen som vurderer PLL positivt øker til 33,3 % blant dem som er nøytrale til opplæringen, og til 68 % blant dem som opplever opplæringen som tilstrekkelig. Forskjellen er dermed særlig tydelig mellom ytterpunktene: sykehusleger som opplever å ha fått tilstrekkelig opplæring, vurderer PLL langt oftere positivt enn leger som opplever opplæringen som utilstrekkelig. Funnene gir grunnlag for å undersøke om målrettet opplæring kan bidra til bedre erfaringer med PLL.

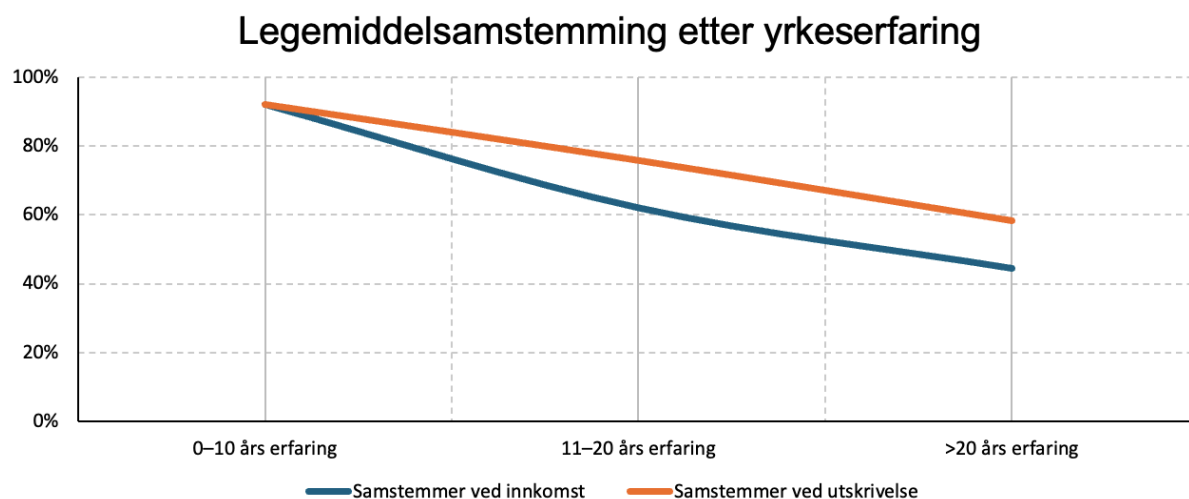
Samlet vurdering av PLL etter vurdering av opplæring



Figur 6: Samlet vurdering av PLL etter vurdering av opplæring blant sykehusleger. Fargene viser andelen som vurderer PLL negativt, nøytralt eller positivt innen hver opplæringsgruppe.

Yrkeserfaring og legemiddelsamstemming: Svarene varierer også med yrkeserfaring. Sykehusleger med 0-10 års erfaring oppgir klart oftere at de samstemmer legemiddellisten enn leger med lengre erfaring; 92 % oppgir samstemming både ved innkomst og utskrivelse. Andelen er lavere blant dem

med 11-20 års erfaring, særlig ved inntøst, og lavest i gruppen med mer enn 20 års erfaring, hvor 44 % oppgir samstemming ved inntøst og 58 % ved utskrivelse. Forskjellen mellom erfaringsgruppene er mest markert ved inntøst. Resultatene viser dermed en tydelig sammenheng mellom yrkeserfaring og oppgitt samstemmingspraksis, uten at undersøkelsen gir grunnlag for å fastslå hva som forklarer forskjellene.

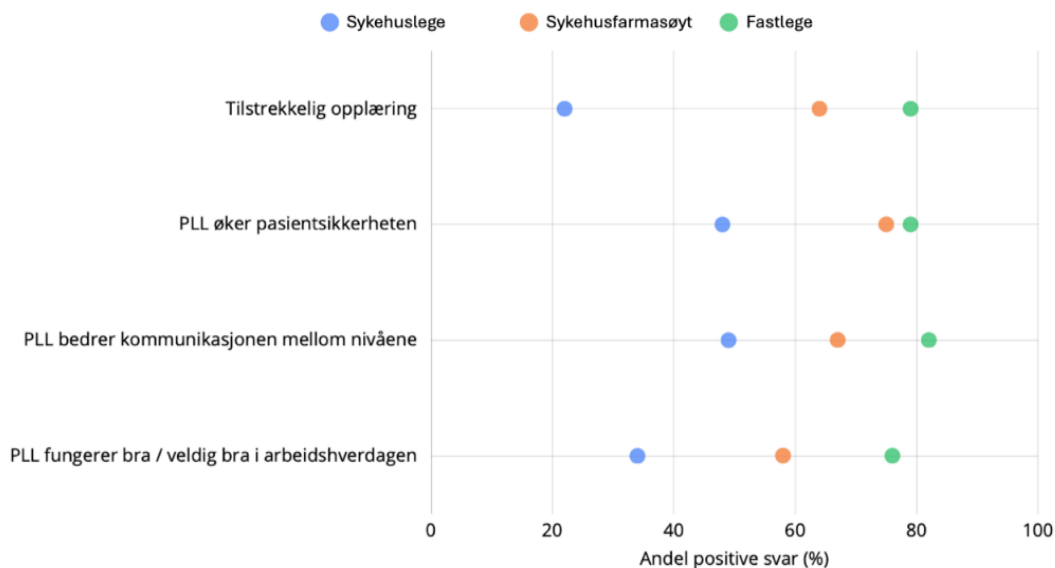


Figur 7: Legemiddelsamstemming etter yrkeserfaring blant sykehusleger. Linjene viser andelen som oppgir at de samstemmer legemiddellister ved henholdsvis inntøst og utskrivelse i tre erfaringsgrupper.

6 Tverrgående funn

6.1 Forskjeller i bruk og opplevd nytte

Figur 8 sammenstiller yrkesgruppenes vurdering av opplæring, PLLs betydning for pasientsikkerhet og kommunikasjon, og hvordan løsningen fungerer i arbeidshverdagen. De felles spørsmålene viser et tydelig mønster av rolleforskjeller. Fastlegene gir gjennomgående mer positive vurderinger enn sykehuslegene når det gjelder opplæring, pasientsikkerhet, kommunikasjon og samlet funksjon. Sykehusfarmasøytene ligger i hovedsak mellom legegruppene. Forskjellene er særlig store for opplæring og samlet funksjon. Samtidig bør farmasøytresultatene tolkes med større varsomhet fordi gruppen bare består av 12 respondenter.



Figur 8: Felles statusindikatorer for PLL etter rolle. Positive svar er skår 4–5 («Litt enig/Helt enig») eller «Bra/Veldig bra» for samlet funksjon. N varierer mellom spørsmål.

Fastlegene rapporterer gjennomgående mer positive erfaringer enn sykehuslegene. Ulik implementeringsmodenhet kan være en mulig forklaring, men modenhet er ikke målt særskilt, og årsakene til rolleforskjellene kan ikke fastslås. Funnene gir grunnlag for å vurdere tiltak tilpasset arbeidsprosessene ved fastlegekontor, sykehusavdelinger og i farmasøytmiljøer.

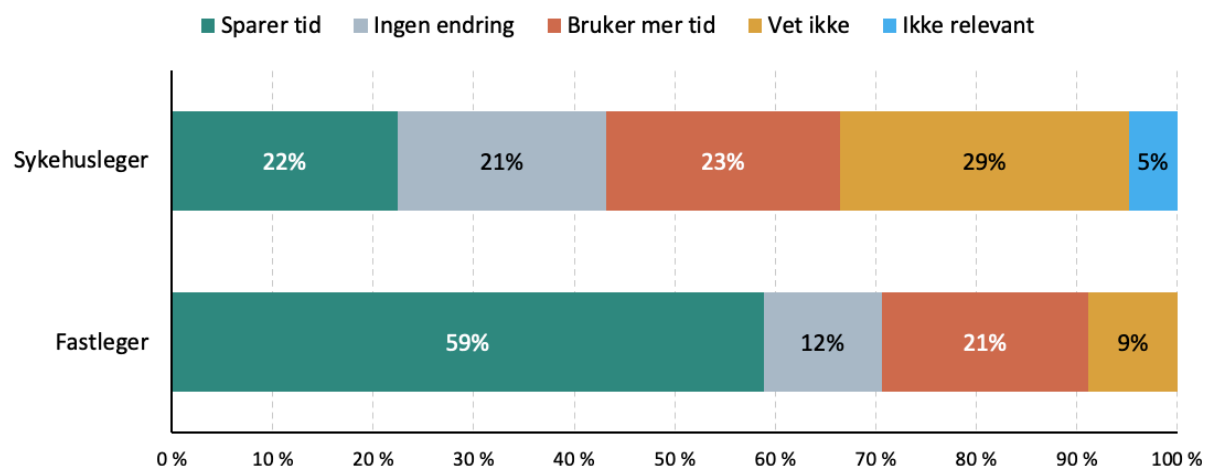
6.2 Tidsbruk: opplevd tidsbesparelse hos mange fastleger, delte erfaringer i sykehus

Fastleger: 20 av 34 (58,8 %) oppga at de sparer tid per pasient, 4 (11,8 %) opplevde ingen endring, 7 (20,6 %) brukte mer tid og 3 (8,8 %) svarte «Vet ikke».

Sykehusleger: 28 av 125 (22,4 %) oppga at de sparer tid, 26 (20,8 %) opplevde ingen endring, 29 (23,2 %) brukte mer tid, 36 (28,8 %) svarte «Vet ikke» og 6 (4,8 %) svarte «Ikke relevant».

Tolkning: Et flertall av fastlegene oppgir at de sparer tid. Blant sykehuslegene er svarene mer spredt, og mange svarer «Vet ikke». Dette er selvrapporterte vurderinger, og spørsmålene hadde noe ulik

ordlyd. Resultatene bør derfor beskrives som separate erfaringer, uten å tallfeste en direkte effektforskjell mellom gruppene.



Figur 9: Opplevd tidsbruk etter innføring av PLL. Spørsmålsformuleringen er ikke helt lik for fastleger og sykehusleger, og figuren bør derfor tolkes deskriptivt.

7 Fritekstsvar: supplerende signaler

Fritekstgrunnlaget består av 91 svar fra 62 av de 171 respondentene: 34 sykehusleger, 21 fastleger og 7 sykehusfarmasøyter. Det var 14 svar om overgangen til PLL, 16 om overgangen til e-multidose, 32 utdypinger av samlet funksjon og 29 øvrige innspill. En respondent kunne svare i flere felt. Alle disse svarene inngår i gjennomgangen. Feltene om overgang til PLL og e-multidose ble bare vist til fastleger som oppga å bruke den aktuelle løsningen. De fem temaene nedenfor sammenfatter erfaringene og brukes som supplement til de kvantitative funnene, uten å angi hvor utbredt hvert tema er.

Opplæring og praktisk trygghet: Særlig blant sykehusleger etterspørres praktisk opplæring, internundervisning og tydeligere forståelse av hva PLL er, hvordan løsningen brukes og hvem som har ansvar for hva.

Rydding og dobbeltføringer: Fastleger beskriver første etablering av PLL/e-multidose som tidkrevende, blant annet på grunn av opprydding, dobbeltførte resepter og behov for strukturert forskrivning.

Datakvalitet og tillit: Både leger og farmasøyter beskriver situasjoner med manglende oppdatering, uønskede seponeringer, duplikater eller uoverensstemmelser som svekker tilliten til listen.

Teknisk arbeidsflyt: Flere sykehusleger beskriver tekniske problemer eller begrensninger i DIPS Medikasjon, inkludert behov for reserveløsning. Fastleger nevner også samhandling med apotek og varsling som praktiske utfordringer.

Opplevd nytte når løsningen fungerer: Det finnes samtidig tydelig positive erfaringer: enklere oversikt, færre manuelle lister, raskere samstemming og opplevd bedre pasientsikkerhet når PLL er etablert og oppdatert.

8 Samlet vurdering og mulig oppfølgingspunkter

Samlet sett viser materialet at mange respondenter opplever nytte av PLL, men vurderingene varierer mellom yrkesgruppene. Fastlegene er gjennomgående mest positive til nytten. Et flertall av sykehuslegene rapporterer at de samstemmer legemiddellisten, mens færre opplever tilstrekkelig opplæring og mange er usikre på datakvaliteten. Mange sykehusleger gir også nøytrale vurderinger av nytte og samlet funksjon. Farmasøytene ser nytte, men alle 12 rapporterer samtidig at de minst av og til finner uoverensstemmelser både i PLL fra fastlege og etter oppdatering fra sykehuslege. I begge spørsmål svarte 11 «Av og til» og én «Ofte».

Tema	Statussignal i undersøkelsen	Mulig oppfølging/ny undersøkelse
Opplæring i sykehus	22 % av sykehuslegene opplever tilstrekkelig opplæring; flere fritekstsvar etterspør praktisk trening. Opplevd tilstrekkelig opplæring samvarierer med en mer positiv samlet vurdering av PLL.	Vurdere mer klinikknær opplæring, lokale superbrukere og målrettet støtte til miljøer med lav PLL-eksponering.
Oppdateringsansvar	Lav enighet i begge legegrupper om at alle leger oppdaterer PLL.	Tydeliggjøre forventninger og arbeidsflyt ved endringer, innkost og utskrivelse; følge etterlevelse over tid.
Datakvalitet og tillit	56 % av sykehuslegene er ofte usikre på korrekthet; farmasøytene rapporterer avvik minst av og til.	Følge kvalitetsindikatorer for duplikater, seponeringer og avvik; bruke farmasøytobservasjoner som lærings- og forbedringsdata.
Tidsbruk og gevinst	59 % av fastlegene sparer tid; sykehuslegene har et langt mer delt bilde.	Skille mellom rapportert oppstartsbelastning og tidsbruk i drift; følge utviklingen når flere pasienter har etablert PLL
Rolle- og kontekstsensitiv implementering	Store forskjeller mellom roller og stor nøytral andel blant sykehusleger.	Differensiere tiltak mellom fastlegekontor, sykehus og farmasøytmiljøer fremfor én felles implementeringstilnærming.
Samstemming og yrkeserfaring	Rapportert samstemming varierer med yrkeserfaring. Andelen som rapporterer samstemming, er høyest blant leger med 0–10 års erfaring, både ved innkost og utskrivelse.	Kartlegge arbeidsoppgaver, deltakelse i innkost og utskrivelse og ansvar for samstemming i de ulike erfaringsgruppene.

Tabell 3: Mulige oppfølgingsområder og potensielle undersøkelsespunkter (merk: dette er ikke kausale konklusjoner fra undersøkelsen).

9 Begrensninger og tolkning

Utvalg og generaliserbarhet: Undersøkelsen er ikke basert på et representativt utvalg av alle relevante helsepersonell i Nord-Norge. Resultatene beskriver respondentene som deltok og bør først og fremst brukes som status- og styringssignaler. Av 224 registrerte besvarelser var 171 komplette og inngår i analysen.

Gruppestørrelser og undergrupper: Respondentgruppene er ulike i størrelse. Sykehusfarmasøytene utgjør en liten gruppe (N=12), men også den samlede populasjonen av sykehusfarmasøyter er liten. Lavt antall respondenter innebærer derfor ikke nødvendigvis at gruppen er lite representativ, selv om vi ikke har et kjent totalt antall å sammenligne med. Samtidig gir hvert enkelt svar relativt store prosentvise utslag. Det samme gjelder enkelte analyser på sykehusnivå med få respondenter.

Eksposering og selvrapporing: Eksposeringen for PLL og relevansen i arbeidshverdagen varierer mellom respondentene. Noen har få PLL-pasienter eller begrenset legemiddelansvar, noe som kan påvirke hvor sikkert de vurderer løsningen. Resultatene bygger på selvrapporterte erfaringer og måler ikke direkte kliniske utfall, faktisk tidsbruk eller faktisk praksis.

Tidsbruk: Spørsmålene om tidsbruk til fastleger og sykehusleger var ulikt formulert og gjelder opplevd, ikke objektivt målt, tidsbruk.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Tryggere behandling og bedre samhandling [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. 2025.
2. RHF HN. Ett år med Pasientens legemiddelliste i sykehusene 2026 [Available from: <https://www.helse-nord.no/pli-i-nord/nyheter/Ett-ar-med-PLL-i-sykehusene/>].