



Evaluering av Pasientens lege- middelliste (PLL) – intervju med fastleger

Bergmo T.S., Ingebrigtsen S.A., Vik Jøsendal, A.





Evaluering av Pasientens legemiddelliste (PLL) – intervju med fastleger

Delrapport september 2026

Rapportnummer

03-26

Prosjektleder

Trine S Bergmo

Forfattere

Trine S Bergmo, Stine A Ingebrigtsen,
Anette Vik Jøsendal

ISBN

978-82-8242-114-0

Dato

03.09.2026

Antall sider

9

Emneord

SFM, e-multidose og PLL

Oppsummering

Dette er et notat som beskriver hvordan fastlegene opplevde overgangen til Pasientens legemiddelliste. Overordnet var fastlegene fornøyde, de opplevde spart tid, økt kvalitet og en enklere prosess rundt forordning av medisiner. Systemene opplevdes som en klar forbedring totalt sett, men det var også en del utfordringer med brukergrensesnitt og arbeidsflyt. De opplevde det som en utfordring at andre aktører ikke hadde tatt i bruk PLL eller ikke oppdaterte PLL som tenkt, noe som skapte usikkerhet om PLL faktisk var oppdatert og korrekt.

Utgiver

Nasjonalt senter for e-helseforskning
Postboks 35
9038 Tromsø
E-post: mail@ehealthresearch.no
Internett: www.ehealthresearch.no

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
1 Innledning	3
2 Mål og metode.....	4
3 Hva sier fastlegene	4
3.1 PLL for multidose	5
3.2 Samhandling med sykehus og andre aktører	5
3.3 Ansvar og rolleforståelse.....	6
3.4 Brukeropplevelse og funksjonalitet	6
3.5 Arbeidsprosesser og klinisk praksis.....	6
3.6 Fordeler og ulemper oppsummert	7
3.7 Råd til andre leger som skal starte.....	7
3.8 Råd til myndighetene	7
4 Diskusjon	8
5 Konklusjon	9

Sammendrag

Pasientens legemiddelliste (PLL) er en felles oversikt over pasientens legemiddelbruk som deles mellom helsepersonell og helsetjenestenivå. Flere helseregioner har startet innføringen av PLL. I Helse Nord startet fastlegene å innføre 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. Denne rapporten er en delleveranse i evalueringen av PLL Nord og beskriver fastlegers erfaringer med oppstart og bruk av PLL.

Fastlegene rapporterte bedre oversikt over pasientenes medisiner og en mer komplett legemiddelliste med PLL. Legene opplevde at en felles digital legemiddelliste ga en mye tryggere og mer fullstendig oversikt over pasientens legemiddelbruk enn tidligere. Det er lettere å oppdage dobbeltforskrivninger og interaksjoner når alt er samlet på ett sted. En viktig suksessfaktor er god opplæring. De som hadde mottatt opplæring fra kolleger (klinikere), var generelt fornøyde og trakk frem verdien av å se PLL i praktisk bruk i journalsystemet fremfor kun en teknisk gjennomgang. Fastlegene opplevde at de stolte mer på listen, men de var tydelig på at det fortsatt var viktig å kritisk vurdere oppføringene. Det var en fare for falsk trygghet hvis de ikke gjennomgikk medisinlistene. Elektronisk multidose beskrives som et "paradigmeskifte" og "en helt annen verden". Fastlegen rapporterte en betydelig tidsbesparelse. Det er mye lettere å oppdatere og gjøre endringer på den elektroniske multidoselisten.

Samhandlingen med sykehusene har blitt betydelig bedre for pasienter med PLL, men fastlegene må fortsatt rydde i andres forskrivninger etter et sykehusopphold. Legene var også usikre på hva det juridisk innebærer å signere eller bekrefte en PLL som inneholder medisiner forskrevet av andre leger.

Den største barrieren i innføringsprosessen var arbeidet med å rydde i gamle og ustrukturerte medisinlister før den første PLL kunne opprettes. Flere nevnte også teknisk treghet og systemkrasj. I tillegg opplevde de mye støy dvs. det for mange varslinger, unødvendige klikk og bekreftelser de må gjøre. De savnet historikk eller en tidslinje hvor de kan se tidligere resepter. Fastlegen var enige om at det ennå gjenstår utfordringer knyttet til oppstart, brukergrensesnitt, ansvar og samhandling med sykehus.

Overordnet er fastlegene som danner grunnlaget for denne rapporten fornøyde med PLL. De opplever spart tid, økt kvalitet og en enklere prosess rundt forordning av medisiner. Systemene oppleves som en klar forbedring totalt sett, men de påpeker at det fortsatt er en del utfordringer med arbeidsflyt spesielt i de tilfeller der andre aktører ikke har tatt i bruk PLL eller ikke oppdaterer PLL som tenkt.

1 Innledning

Pasientens legemiddelliste (PLL) er en samlet og digital legemiddelliste som deles på tvers av behandlingsnivåer og virksomheter. PLL skal bidra til økt pasientsikkerhet, spart tid for helsepersonell og bedre samhandling rundt pasientens legemiddelbehandling. PLL skal inneholde legemidler forskrevet av lege eller andre med forskrivningsrett, andre legemidler pasienten tar, også legemidler og kosttilskudd uten resept. Målet med PLL er å redusere sannsynligheten for legemiddelfeil, spesielt når pasienter overføres mellom virksomheter i helsetjenesten og redusere tid brukt på å samstemme legemiddellisten.

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 hadde vært i bruk og utvekslet mellom

fastleger og leger i sykehusene i ett år. Rundt 75 % av fastlegene og legevaktene hadde da tatt løsningen i bruk. Samtidig ble det understreket at kvalitet og samhandling krever oppfølging over tid¹.

PLL er tett knyttet til sentral forskrivningsmodul (SFM), e-resept og e-multidose. I tillegg er PLL avhengig at EPJ-leverandørene tilbyr forskrivningssystemer godkjent for PLL. De største utfordringene med innføring og bruk av PLL er samordning på tvers av nivåer, tekniske avhengigheter, ujevn innføring blant ulike aktører og kapasitetsproblemer i tjenestene spesielt apotek og kommuner. Det er også et opplevd behov for bedre dataflyt og felles arbeidsprosesser. For innføring av PLL for multidosebrukere har kapasitet i apotek vært en av hovedutfordringene, da alle nye e-multidoselister til bestilling må sjekkes og godkjennes av farmasøyt før medisinene kan pakkes i multidose.

Per september 2026 bruker rundt 80 % av fastlegene PLL og har opprettet PLL på over 120 000 pasienter i Nord-Norge. Totalt utveksles rundt 2900 PLL per uke mellom sykehus og fastlege (data fra Norsk Helsenett/Helsedirektoratet²).

2 Mål og metode

Hovedmålet med evalueringen er å utvikle beslutningsrelevant kunnskap om innføring av PLL. Hovedfokus er å beskrive muligheter og utfordringer som påvirker innføring, bruk og nytteverdi av PLL. Data innhentes ved hjelp av spørreundersøkelser og intervju med brukerne. I tillegg samles erfaringer fra sektoren ved å delta i arbeidsgruppemøter, prosjektmøter og SG-møter for å få et mer overordnet bilde av innføringsprosessen.

Dette notatet beskriver funn fra intervju med 10 fastleger om hvordan de opplevde innføring og erfaringer med bruk av PLL. Det ble laget en intervjuguide som ble delt og diskutert med prosjektledere i innføringsprosjektet. Intervjuene ble gjennomført i juni 2026 på Teams.

3 Hva sier fastlegene

Fastlegene rapporterte bedre oversikt over pasientenes medisiner og en mer komplett legemiddel-liste. Legene opplevde at PLL gir en mye tryggere og mer fullstendig oversikt over pasientens legemiddelbruk enn tidligere. Det er lettere å oppdage dobbeltforskrivninger og interaksjoner når alt er samlet på ett sted. De påpekte også at det å ha samme liste hos fastlege og apotek øker pasientsikkerheten.

En viktig suksessfaktor er god opplæring. De som hadde mottatt opplæring fra kolleger (klinikere), var generelt veldig fornøyde og trakk frem verdien av å se praktisk bruk i journalsystemet fremfor kun teknisk gjennomgang. De etterlyste skriftlig materiale og enkle veiledere helst på papir som de kan ha lett tilgjengelig. De opplevde praktiske tips fra klinikere som mest nyttig. På mange kontorer hadde innføringen skjedd ved «prøving og feiling» og uformell erfaringsutveksling mellom kolleger.

Den største barrieren var arbeidet med å rydde i gamle, ustrukturerte medisinlister før den første PLL-en kunne opprettes. Flere nevnte også teknisk treghet, systemkrasj og for mange advarsler/varslinger i journalsystemet som forstyrret arbeidsflyten. Selv om oppstarten var krevende, sparte legene tid ved at det var færre klikk for å fornye resepter og mindre behov for å lete etter informasjon i

¹ <https://www.helse-nord.no/pli-i-nord/nyheter/Ett-ar-med-PLL-i-sykehusene/>.

² <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaOTUyNGI5NmMtZWRIi00OWZlThkzMzZDRjZGFjZTFhMzRhIiwidCI6IjZiYTFiZDVjLTc1MGYtNG-FkNi1hYmEzLTBmOTU1ODViYzIxZiIsImMiOiJh9&pageName=d54c682a2048d595797d>

epikriser. Oppstarten med å rydde i listene før innføring av SFM var mest tidkrevende, litt avhengig av om legene allerede hadde en strukturert legemiddelliste eller ikke. Selve overgangen til PLL etter ryddingen «var bare å trykke på en knapp». Etter oppstart gikk det mye raskere å samstemme, oppdatere og endre på listen. Endringer gjort på sykehus eller legevakt blir synlige med en gang, slik at de slipper å vente på epikrisen.

Fastlegene opplevde at de stolte mer på listen, men de var tydelig på at det fortsatt er viktig å kritisk vurdere oppføringene. Det er en fare for falsk trygghet hvis de ikke gjennomgår medisinalistene. Det ble også pekt på at det var viktig å samstemme listen med pasienten og oppdatere etter hva pasientene faktisk brukte.

3.1 PLL for multidoser

«Den største enkeltgevinst i hele systemet»

E-multidose fjerner problemet med at legen, apoteket og hjemmetjenesten sitter på tre forskjellige lister. Nå forholder alle seg til den samme informasjonen, noe som reduserer risikoen for feil. Elektronisk multidose ble beskrevet som et “paradigmeskifte” og “en helt annen verden”. De rapporterte en betydelig tidsbesparelse. «Det er mye lettere å oppdatere og gjøre endringer på medisinalisten, mye, mye lettere». De vet nå at det er samme liste hos apoteket, og at dette reduserer risiko for feil og uoverensstemmelser. De opplevde også de har bedre kontroll på legemiddelbehandlingen. Legene vet når en endring vil bli iverksatt hos pasienten fordi de kjenner apotekets pakkefrister i det elektroniske systemet. I tillegg har de bedre oversikt over hvem som er multidosepasienter. Hjemmetjenesten kan se endringer i pasientens legemiddelliste umiddelbart via kjernejournal, noe som gjør det lettere å koordinere oppstart eller seponering av medisiner. Enkelte påpekte mindre rot og at de «slapp det årlige oppryddingssjokket» for å fornye ordinasjonskortet³.

Utfordringene var stort sett knyttet til oppstart og innføring ikke selve løsningen. Det var betydelig ryddejobb som måtte gjøres før oppstart. Den innledende ryddejobben for å få alle pasientens medisiner inn i det elektroniske systemet beskrives som svært tidkrevende og “mye styr”. Ordinasjonskortet som lister alle medisinerne til en multidoserbruker, fungerer også som resept som har ett års varighet. Med e-multidose er det et krav om aktive og gyldige resepter på alle medisiner listet i PLL. Dette var tidkrevende ved oppstart. Noen leger var bekymret for at pasienter kunne hente ut “løse” resepter på apoteket i tillegg til det de fikk pakket i multidose, og at dette kan føre til dobbelmedisinering. De opplevde også at prosessen tok tid på grunn av tekniske utfordringer og begrensninger på apoteket. Fortsatt er det litt for mange varsler og krav til valideringer som forstyrrer og som oppleves som unødvendige.

Oppsummert mener legene at selv om e-multidose krever en grundig ryddejobb og har noen barne-sykdommer, er det en langt tryggere og mer effektiv løsning som fjerner de uforsvarlige aspektene ved papir-multidose (ordinasjonskortet).

3.2 Samhandling med sykehus og andre aktører

Samhandlingen med sykehusene har blitt betydelig bedre for pasientene med PLL. Informasjonen flyter begge veier i sanntid og man ser endringer umiddelbart uten å måtte vente på epikriser. De

³ Ordinasjonskortet er en medisinaliste for multidoserbrukerne som lister alle medisinerne som skal pakkes i multidose. Denne fungerer som resept i ett år og må fornyes årlig. Ordinasjonskortet er på papir og sendes til pakkeapoteket (brev eller faks).

påpekte at etter PLL var det mindre behov for å sjekke epikrisen for å validere medisinalisten etter et sykehusopphold.

Men fastlegene opplevde fortsatt at de må rydde PLL når pasienten har vært på sykehus. Ofte var det opprettet nye resepter uten at de gamle var seponert, de var ikke oppdaterte, eller manglet generiske navn og var uten strukturert dosering. Forsinkede og utdaterte epikriser var også nevnt som utfordringer.

For at samhandlingen skal fungere optimalt, er det kritisk at alle nivåer i helsetjenesten (sykehus, fastlege, kommune og apotek) tar i bruk systemet. Fastlegene mente at PLL ikke ville gi ønsket effekt før alle aktørene brukte PLL. Det gjaldt spesielt avtalespesialister og hjemmetjenesten. «Alle må være med for full effekt».

3.3 Ansvar og rolleforståelse

Fastlegene var usikre på hva det juridisk innebærer å signere eller bekrefte en PLL som inneholder medisiner forskrevet av andre leger. Legene anerkjente sitt administrative ansvar med å ha oversikt over pasientens medisiner, men understrekte at legen som forskriver en medisin alltid har det medisinske ansvaret for den spesifikke behandlingen. Fastlegen tok ansvar for helheten i medisinalistene og det å opprette første PLL. Kravet om å bekrefte eller signere for endringer gjort av andre leger mente de var meningsløst. De opplevde også at det påvirket opplevelsen av ansvar når de kunne se endringene andre leger gjorde, og det hendte fortsatt at de måtte sjekke med epikrisen om medisin og dosering stemte.

3.4 Brukeropplevelse og funksjonalitet

Det er bred enighet om at PLL øker pasientsikkerheten ved å gi én felles kilde til informasjon. Det blir lettere å oppdage dobbeltforskrivninger og interaksjoner. Fastlegene var veldig fornøyd med at all forskrivning som var gjort av sykehuslegene ble gule i systemet. Dette ga en god oversikt over endringer og oppdateringer. De var også fornøyd med at de kunne se hva som var hentet ut på apoteket. De kunne da snakke med pasienten ved neste konsultasjon og korrigere listen hvis pasienten ikke tok en medisin som var forskrevet. Alle mente at den riktige medisinalisten var den listen som beskrev hva pasienten faktisk tok. Det var også en forbedring i systemet at de enkelt kunne se hvem som hadde multidose. Legene uttrykker generelt høy tillit til PLL, spesielt når de selv hadde gjort ryddejobben. De hadde imidlertid en bekymring knyttet til at *ikke alle aktører* (som enkelte sykehusavdelinger eller avtalespesialister) oppdaterte listene korrekt, noe som kan skape en "falsk trygghet".

Fastlegen påpekte flere forbedringsområder. De opplevde at det var for mange unødvendige klikk og bekreftelser de måtte gjøre. I tillegg opplevde de mye støy dvs. for mange varsler og informasjon. Noen påpekte også at PLL og systemet var ulogisk oppbygd, som «strøm på papir». De savnet historikk eller en tidslinje hvor de kunne se tidligere resepter. For de som har CGM som journalsystem ble de rapportert om noe treghet og integrasjonsutfordringer.

3.5 Arbeidsprosesser og klinisk praksis

Den største barrieren for oppstart er den omfattende ryddejobben som kreves for å lage den første korrekte listen. De påpekte at takster er helt nødvendig for at fastlegene skal sette av tid til dette arbeidet. Mange opplevde imidlertid at hverdagen ble mer effektiv etterpå, med færre klikk for å fornye resepter og bedre oversikt. Fastlegene rapporterte om mer strukturert forskrivning noe som lettet oversikt, ga bedre arbeidsflyt. Det var mindre behov for manuell rydding i listene over tid. Men

fortsatt er det enkelte «spøkelsesresepter» og gamle resepter som må håndteres. De fleste var enige i at medisinalistene etter PLL «tvang fram en bedre orden og økt kvalitet i listene». Andre var mer kritiske og opplevde økt kompleksitet. Det ble også nevnt en generell IT-motstand spesielt hos eldre leger som en barriere. Hvorvidt PLL fungerte var avhengig av systemleverandør, grad av lokal implementering og om andre leger hadde innført og brukte PLL.

3.6 Fordeler og ulemper oppsummert

Fordeler og ulemper med SFM, e-multidose og PLL som fastlegene vektla, er oppsummert i tabellen under. Opplevde fordeler og ulemper var ulike mellom de intervjuede legene og tabellen lister de viktigste.

Tabell 1. Opplevde fordeler og ulemper med PLL

Fordeler	Ulemper
Mer komplett og oppdatert legemiddeloversikt	Tidskrevende oppstart med rydding av lister
Økt tillit til legemiddellisten	Risiko for «falsk trygghet» (liste som ikke er i bruk)
Mindre dobbeltforskrivninger og færre feil	Opplever feil og manglende oppdatering fra sykehus
Bedre samhandling mellom fastlege, apotek og andre	Manglende bruk/forståelse hos enkelte aktører
E-dose gir stor tidsbesparelse og enklere oppfølging	Tekniske startproblemer (apotek/integrasjon)
Raskere samstemming og mindre behov for epikrisesjekk	Fortsatt behov for kontroll av noen epikriser
Synlighet av endringer (varsler) øker kontroll	For mange varsler og informasjon ("støy")
Bedre struktur og mer ryddige forskrivninger	Mange klikk og manuelle bekreftelser
Lik liste hos lege og apotek gir økt pasientsikkerhet	Uklart ansvar og rolleforståelse (særlig signering)
Mindre rot over tid ("tvinger frem kvalitet")	Ulogisk systemoppsett
Bedre logistikk (f.eks. på legevakt)	Integrasjonsproblemer mellom systemer
Enklere oversikt over multidosepasienter	Historikk/tidslinje for medisiner mangler

3.7 Råd til andre leger som skal starte

Det viktigste rådet til andre leger som skal starte med PLL er å gjøre en grundig ryddejobb før oppstart. Dess mer strukturert medisinalistene er skrevet, jo enklere blir overgang. Ta en pasient om gangen. Det er også viktig at apotek og andre aktører er involvert. Det er viktig for å lette oppstarten at innføringen skjer i riktig rekkefølge. Start først med SFM, deretter e-multidose og til slutt PLL for vanlige medisinerbrukere. Når SFM og e-multidose er innført og startet er det bare å trykke på en knapp for å starte PLL.

3.8 Råd til myndighetene

Myndighetene må sørge for at alle helseregioner og kommuner kommer på banen raskt for å unngå usikkerhet knyttet til hvem som har tatt i bruk PLL og som har oppdatert informasjon i sine medisinalistene. Det er viktig å samordne innføring med sykehus og kommuner, og sikre en god samhandling med sykehus. Full effekt av PLL oppnås kun når alle er på og bruker PLL som tiltenkt, «se til FMK i Danmark». Det er avgjørende med økonomisk kompensasjon for å få legene til å prioritere å rydde i medisinalistene og opprette første PLL/SFM. Myndigheten bør sette inn tiltak for å redusere antall

varslinger. Samtidig ble det påpekt faren for at legene blir for avhengig av systemet slik at de ikke gjør egne vurderinger. Det kan på sikt medføre at legene mister viktig klinisk kunnskap om medisiner.

4 Diskusjon

Flere av de intervjuede legene fungerer selv som fastlegeambassadører for PLL. De deltar aktivt i innføringsprosjektet med erfaringer og tilbyr opplæring til andre fastleger både med informasjon om løsningen og personlige tips og råd. Ambassadørene har relativt lang erfaring med PLL og kan ha mer kunnskap og forståelse av innføringsprosessen enn andre brukere. Dette kan ha påvirket resultatene i en mer positiv retning. Det var også 80 % menn blant de som ble intervjuet.

Sammenlignet med en nylig publisert internasjonal kunnskapsoppsummering fra 2026 finner vår evaluering flere av de samme resultatene. Kunnskapsoppsummeringen fant at 1) PLL bedrer pasientsikkerhet og oversikt ved at en delt digital medisinliste oppdateres av i sann tid av de ulike legene involvert i behandlingen av pasienten. 2) det fortsatt var avvik i medisinlistene etter innføring, men i mindre omfang sammenlignet med før innføring, 3) en uklar ansvarsdeling mellom leger i og utenfor sykehus. I tillegg fant de tekniske utfordringer som skapte en del ambivalens og misnøye blant brukerneⁱ.

Disse resultatene samsvarer med det fastlegene opplevde i vår evaluering. Fastlegene mente at PLL bedret pasientsikkerhet og gjorde det enklere å holde oversikt. PLL bidro til at de lettere oppdaget feil og dobbeltforskrivninger. Men fastlegene poengterte også at selv om PLL var opprettet på en pasient, visste de ikke helt sikkert om den var aktivt i bruk av andre leger og helt til å stole på. De opplevde også at de ofte måtte rydde etter andre og rette opp feil. Andre leger kunne legge inn ny resept uten å slette den gamle. Dette betyr at det fortsatt ikke er helt oppdaterte lister og at det kan være avvik og feil etter innføringen av PLL. Ansvarsfordelingen ble oppfattet som noe uklar, og dette samsvarer også med kunnskapsoppsummeringen fra 2006ⁱ. Fastlegene påpekte at selv om det fortsatt er legen som forordner et medikament som har ansvaret, var de usikker på hva det juridisk innebærer å signere en PLL som inneholder medisiner foreskrevet av andre leger. Fastlegene opplevde at det blir deres ansvar å vurdere helheten i medisinbehandlingen.

Evalueringen fra PLL nord viser at fastlegene er mer fornøyd med PLL enn sine kollegaer i andre land. Kunnskapsoppsummeringen viste at en utbredt ambivalens og misnøye med systemetⁱ. Dette gjelder særlig brukervennlighet. Fastlegene i denne evalueringen opplevde både økt kvalitet med bedre oversikt og effektivitet ved at de sparte tid. Det siste gjennom mer effektive rutiner for reseptfornyelse og færre manuelle oppgaver. De beskriver overgangen som et "paradigmeskifte" når e-multidose er innført og tatt i bruk.

I tillegg viser erfaringer fra PLL nord nye momenter som det ikke finnes forskning på og som er viktig kunnskap for innføring og bruk av PLL generelt:

- *Betydningen av økonomiske insentiver (takster):* Et sentralt tema i intervjuene var betydningen av egne takster for å gjøre ryddejobben og opprette den første PLL. Legene var tydelige på at dette er en forutsetning for å få fastlegene til å prioritere arbeidet.

- *E-multidose som suksessfaktor*: Fastlegene la stor vekt på koblingen mellom PLL og e-multidose. Overgangen fra papirbasert multidose til elektronisk multidose beskrives som en revolusjon både for sikkerhet og arbeidsflyt.
- *Klinisk opplæring (ambassadører)*: Fastlegene trakk frem verdien av å bli lært opp av en likeperson (kliniker) som bruker systemet i sin egen hverdag, fremfor teknisk personell.
- *Strukturert dosering*: Legene understrekte viktigheten av å gå bort fra fritekst og endre til strukturert dosering for at informasjonsutvekslingen mellom systemene skal fungere. Dette mente de vil kreve en mer grunnleggende holdningsendring hos legene.
- *Profesjonell "sløvhet" ved for mye teknologi*: En av legene påpekte at det kan blir for mange automatiske advarsler. AI-støtte kan gjøre leger mindre skjerpet og kan føre til at de stoler for mye på systemet fremfor egen kunnskap. Dette kan igjen bidra til at legene mister viktig kunnskap om medisiner.

5 Konklusjon

Dette er et notat som beskriver hvordan fastlegene opplevde overgangen til Pasientens legemiddel-liste. Overordnet var fastlegene fornøyde, de opplevde spart tid, økt kvalitet og en enklere prosess rundt forordning av medisiner. Systemene opplevdes som en klar forbedring totalt sett, men det var også en del utfordringer med brukergrensesnitt og arbeidsflyt. De opplevde det også som en utfordring at ikke alle aktørene hadde tatt i bruk PLL eller ikke oppdaterte PLL som tenkt. Dette kunne skape usikkerhet om PLL faktisk var oppdatert og korrekt.

Referanse

ⁱ Josendal AV, Bergmo TS, Clausen SS, Hammar T, Lind KF, Manskow US, Vidas L, Bülow C. Digitally shared medication lists - A scoping review. *Int J Med Inform.* 2026 Jul 15;215:106443. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2026.106443. Epub 2026 Apr 18. PMID: 42024999.