

Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre		
<i>Møte</i>	4/2022	
<i>Dato</i>	8. juni 2022	
<i>Tid</i>	Kl. 10.00 – 16.00	
<i>Sted</i>	Radisson Blu, Gardermoen	
<b>Medlemmer</b>		
<i>Til stede</i>	Mariann Hornnes (Direktoratet for e-helse) Jan Arild Lyngstad (Helsedirektoratet) Kristin W. Wieland (KS) Svein Lyngroth (Oslo kommune) Jan Hugo Sørensen (Nordreisa kommune) Kjell Wolff (Bergen kommune)	Lilly Ann Elvestad (FFO) - video Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Steffen Sutorius (Digitaliseringsdirektoratet) Lill Sverresdatter Larsen (Norsk Sykepleierforbund)
<i>Ikke til stede</i>	Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF) Inger Cathrine Bryne (Helse Vest RHF) Cecilie Daae (Helse Nord RHF) Terje Rootwelt (Helse Sør-Øst RHF) Camilla Stoltenberg (Folkehelseinstituttet)	Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune) Mina Gerhardsen (Nasjonalforeningen for folkehelsen)
<i>Stedfortreder</i>	Per Olav Skjesol for Stig Arild Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF) Rune Simensen for Terje Rootwelt (Helse Sør-Øst RHF)	Bengt Flygel Nilsfors for Cecilie Daae (Helse Nord RHF) Gun Peggy Knudsen for Camilla Stoltenberg (FHI)
<i>Observatører</i>	Johan Ronæs (Norsk Helsenett SF)	
<i>Direktoratet for e-helse</i>	Karl Vestli Lucie Anun Siv Ingebrigtsen	Vibeke Jonassen Wang Karen Lima

Sak	Agenda Nasjonalt e-helsestyre	Sakstype
19/22	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
20/22	Godkjenning av referatet fra møtet 30. mars og ekstramøtet 13. mai 2022 i Nasjonalt e-helsestyre	Godkjenning
21/22	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
22/22	Stortingsmelding om helseberedskap	Orientering
23/22	Orientering om arbeidet med Felles kommunal journal (FKJ)	Drøfting
24/22	Videreutvikling av nasjonal styringsmodell og reviderte mandater for NUIT og NUFA	Anbefaling
25/22	Kostnadsfordeling av drift og forvaltning for de nasjonale e-helseløsningene	Anbefaling
26/22	Ansvarsdeling og prinsipper for innføring av nasjonale e-helseløsninger	Anbefaling
27/22	Vurdering av alternativer for felles styring av PLL og PDS	Anbefaling
28/22	Hvordan avlate fastlegene ved innføring av pasientens legemiddelliste (PLL)	Drøfting
29/22	Eventuelt	

Sak	Tema
19/22	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden</b>
	Mariann Hornnes ledet møte pga fravær Camilla Dunsæd. Det kom ingen innspill til innkalling og dagsorden.
	<b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre godkjenner innkalling og dagsorden.
20/22	<b>Godkjenning av referatet fra møtet 30. mars og ekstramøtet 13. mai 2022 i Nasjonalt e-helsestyre</b>
	Representant fra kommunene kom med innspill til referatet fra 30. mars 2022 og til sak 8/22 «Vekst i kostnader til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger».
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Innspillet fra representant fra kommunene knyttet til fordeling av vekst i kostnader ikke dreier seg om tjenestepriksmodeller isolert. Men at det må utvikles gode faktagrunnlag for drøfting, som både dokumenterer kostnadsvekst, bruk og nytte av de ulike tjenestene løsningene understøtter for ulike brukergrupper. Dette vil bidra til transparens og tillit til modellen, og er viktig også for å kunne følge opp Stortingets anmodningsvedtak som Regjeringen har sluttet seg til om at det skal ta hensyn til kommunenes nytte av løsningene ved fordeling av vekst i kostnader. I utvikling av et slikt faktagrunnlag ville det være en fordel om Norsk helsenett SF fikk i oppdrag å utvikle tjenestepriksmodeller/produktregnskap.</li> </ul>
	<b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre godkjenner referatet fra møtet 30. mars og ekstramøtet 13. mai 2022.
21/22	<b>Orientering fra Direktoratet for e-helse</b>
	<p>Karl Vestli, Direktoratet for e-helse, orienterte om status på følgende sak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Forordning om et Europeisk fellesområde for helsedata</li> </ul> <p><b>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>FHI spurte om forordningen også omhandler helseforvaltningen, og om de blir involvert i arbeidet knyttet til dette. Direktoratet for e-helse svarte bekreftende på det (kontaktpersoner ble formidlet til FHI/Helsedirektoratet senere i møtet).</li> </ul> <p>Lucie Aunan, Direktoratet for e-helse, orienterte om status på følgende sak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prinsipper for lagring av data</li> </ul> <p><b>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Norsk helsenett SF bekreftet at de er opptatt av å tydeliggjøre dataansvaret knyttet til lagring av data. Det må vurderes om informasjonen har utleveringsverdi, og hvem informasjonen skal deles med.</li> </ul> <p>I forbindelse med denne saken orienterte Lucie Aunan også om svaret fra Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til juridiske avklaringer om dokumentdeling.</p> <p><b>Følgende kommentarer kom fra medlemmene:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Representant fra kommunene spilte inn at dette må løses for å lykkes med én innbygger én journal. Videre ble det nevnt at dokumentdeling må diskuteres i Nasjonalt e-helseråd, ikke kun i programstyret for program digital samhandling.</li> <li>Legeforeningen mente det er krevende om den som deler et dokument skal ha ansvaret for at det er delbart. Et sykehus kan ikke ha oversikt over hvordan det kan deles med kommunene. Det bør derfor være et delt ansvar for å avklare det. Det medfører en dialog om hva slags informasjon som kan og bør deles, og i hvilket format som er best for brukerne.</li> <li>Representant fra kommunene spurte om dataansvar knyttet til dokumentdeling er omtalt i det nye EU direktivet som kommer. Direktoratet for e-helse svarte at det kjenner de ikke til, men at det er viktig å få kartlagt.</li> </ul>

	<p><b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tar sakene til orientering.</p>
<b>22/22</b>	<p><b>Stortingsmelding om Helseberedskap</b></p> <p>Kristian Skauli, Helse- og omsorgsdepartementet, orienterte Nasjonalt e-helsestyre om at det skal legges frem en stortingsmelding om helseberedskap våren 2023.</p> <p><b>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Norsk sykepleierforbund nevnte at helsepersonellressurser ikke nødvendigvis er med i noen av beredskapskommisjonene. Mangel på helsepersonell omtales som den største trusselen i helsesektoren, sammen med helsepersonellkompetanse. Dette må inn i en stortingsmelding. Helse- og omsorgsdepartementet svarte at helsepersonellkommisjonen tas med inn i helse- og samhandlingsplanen.</li> <li>Representant fra kommunene spilte inn behovet for at det gjøres en vurdering av befolkningens digitale kompetanse, i tillegg til helsepersonell.</li> <li>Representant fra kommunene nevnte at Stortinget har bevilget 50 millioner i 2022 til styrket sikkerhet i kommunesektoren, og at det også vil spille inn på dette arbeidet.</li> <li>FHI spurte om dette også vil omhandle behovet for digitale løsninger i beredskapssammenheng. Helse- og omsorgsdepartementet svarte bekreftende på det.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tar orienteringen fra departementet til etterretning.</p>
<b>23/22</b>	<p><b>Orientering om arbeidet med Felles kommunal journal (FKJ)</b></p> <p>Håkon Grimstad, Felles kommunal journal interim AS, orienterte Nasjonalt e-helsestyre om status i samarbeidsprosjektet Felles kommunal journal (FKJ) og ønsket innspill og råd til det videre arbeidet med å utvikle en konkret og troverdig løsnings- og gjennomføringsstrategi for felles kommunal pasientjournal.</p> <p><b>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Representant fra Oslo kommune sa de ønsker å være en tett samarbeidspartner i dette arbeidet da deres arbeid med helsedata i Oslo støtter på flere av de samme utfordringene. Vedkommende pekte på at både felles tilgang til data og felles anskaffelse ble nevnt og at det er behov for noen prinsipielle avklaringer. Håkon Grimstad svarte det finnes ulike kommunale initiativ som er mulige samarbeidspartnere og støttespillere. De vil sikre det samspillet.</li> <li>Helse Midt RHF sa at dette var et spennende konsept og et litt annet konsept enn det Helse Midt RHF har valgt til Helseplattformen. Representanten etterlyste klinikerdimensjonen. Klinikere har vært veldig fremtredende i arbeidet med Helseplattformen. Videre stilte han spørsmål om det planlegges å lage to plattformer og om gjenbruk her har fått nok oppmerksomhet. Håkon Grimstad svarte at det er gjort mye bra arbeid på kliniske behov i Helseplattformen og i Akson. Videre samarbeider FKJ I med kliniske miljøer. Det er ikke planer om å lage to samhandlingsplattformer. Imidlertid løser ikke Program digital samhandling alle behov, og da må man ha en løsning i tillegg.</li> <li>Legeforeningen uttalte at tilgang til data er viktig og stilte spørsmål om i hvilken grad vi har et felles lager av pasientinformasjon og i hvilken grad er det distribuert og tilgjengeliggjort. Håkon Grimstad svarte at det må være en kombinasjon av lokal og felles lagring. Etter hans mening er et argument for felles lagring at enkelte system ikke holder på informasjonen lenge nok. Et annet argument er muligheten for å kunne bytte til andre leverandører ved behov. Lokal lagring er begrunnet blant annet i behovet for å ta vare på lokal informasjon som ikke er delingsverdig.</li> <li>Digitaliseringsdirektoratet stilte spørsmål om hvordan det jobbes med standardisering ut mot leverandørmarkedet. Håkon Grimstad svarte at de har god dialog med leverandørmarkedet. Leverandørene uttaler at dette er en løsning som de i økende grad har tro på, og som de vil spille opp til.</li> <li>Håkon Grimstad presiserte at dette ikke var et styringsdokument og at det er flere spørsmål de ikke har svaret på nå.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Representant fra kommunene viste til at statsbudsjettene har pekt på mulighetene for en annen teknisk tilnærming for FKJ enn det for eksempel Helseplattformen har valgt. Derfor skal også FKJ gjennom en kvalitetssikring.</li> <li>• Helse Midt RHF sa at det var viktig å gjenbruke arbeid fra Helseplattformen som for eksempel arbeidsprosesser og felles språk.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nasjonalt e-helsestyre tok presentasjonen av arbeidet med Felles kommunal journal til orientering.</li> <li>2. Nasjonalt e-helsestyre gav sine innspill og råd til saken og ba om at disse tas med i de videre vurderinger i samarbeidsprosjektets arbeid.</li> </ol>
24/22	<p><b>Videreutvikling av nasjonal styringsmodell og reviderte mandater for NUIT og NUFA</b></p>
	<p>Karl Vestli, Direktoratet for e-helse, innledet saken med å presisere at formål med saken er å drøfte de viktigste temaene fra høringsprosessen for den nasjonale styringsmodellen for e-helse, vedta reviderte mandater for Prioriteringsutvalget (NUIT) og Fagutvalget (NUFA), samt få en anbefaling til revidert mandat for Nasjonalt e-helseråd.</p> <p><b>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De foreslåtte endringene fikk bred støtte i Nasjonalt e-helsestyre, og Direktoratet for e-helse fikk tilbakemelding om at det har vært en god prosess rundt videreutvikling av nasjonal styringsmodell for e-helse.</li> <li>• Modellen endrer navn til Nasjonal rådsmodell for e-helse og Nasjonalt e-helsestyre endrer navn til Nasjonalt e-helseråd-</li> <li>• Flere av medlemmene nevnte at de ønsker at det utpekes en fast stedfortreder, da dette vil sikre bedre kontinuitet.</li> <li>• FHI påpekte at oppgavene til NUIT og Nasjonalt e-helseråd er relativt like. FHI mener det må komme tydelig frem når en sak krever behandling i både NUIT og Nasjonalt e-helseråd. Dette ble støttet av flere medlemmer. Direktoratet for e-helse svarte at det må gjøres erfaringer og at det vil være en tydelighet rundt dette.</li> <li>• Representant fra kommunene mener beskrivelsen av kommunenes representasjon i mandatene ikke er riktig. Formelt er det KS som representerer kommunesektoren. Dette må beskrives mer presist.</li> <li>• Representant fra kommunene ønsker ytterligere et medlem i Nasjonalt e-helseråd. Hensikten med å øke antallet er å få relevant kommunerepresentasjon fra hele landet, noe som fikk støtte fra flere kommunerepresentanter. Det ble også informert om at dette punktet skal drøftes i konsultasjonsordningen. Etter møtet har det vært dialog mellom KS og Direktoratet for e-helse. Direktoratet har imøtekommet dette kravet.</li> <li>• Representant fra kommunene påpekte at henvisningen til Prop. 3 L i mandatene bør slettes.</li> <li>• Flere medlemmer mente det var uheldig om det blir de samme medlemmene i NUIT og Nasjonalt e-helseråd.</li> <li>• Direktoratet for e-helse ønsker minst én administrerende direktør fra RHF-ene i Nasjonalt e-helseråd, og håper at RHF-ene kan ha en dialog på dette. Videre påpekte direktoratet at NUIT vil få en mer sentral posisjon enn tidligere, og at det derfor ikke er ønskelig at det flyttes medlemmer fra NUIT til Nasjonalt e-helseråd.</li> <li>• Representant fra kommunene påpekte viktigheten av at sentrale og viktige problemstillinger fra programstyrene må løftes opp i NUIT og Nasjonalt e-helseråd.</li> <li>• Representant fra pasient- og brukerorganisasjonene mener det er viktig de stiller i det fora hvor de spiller en rolle. NUIT blir et viktigere organ fremover, og de ønsker å stille der. Samtidig nevnte de at NUIT er et krevende fora faglig sett. Videre kom det støtte til at innbyggers behov ble lagt inn i oppdatert formål for NUFA, men innbyggerperspektivet må også komme tydeligere frem i NUFA sine oppgaver og ansvar.</li> </ul> <p><b>Aksjonspunkter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordlyd for kommunenes representasjon skal justeres.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Henvisning til Prop. 3 L i mandatene fjernes.</li> <li>• Innbyggerperspektivet skal tydeliggjøres og reflekteres under NUFA sine oppgaver i mandatet.</li> <li>• Ordlyden skal endres fra kostnadsøkninger til kostnadsendringer i mandatene.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b>          Nasjonalt e-helsestyre vedtar reviderte mandater for Prioriteringsutvalget (NUIT) og Fagutvalget (NUFA), og anbefaler Direktoratet for e-helse å vedta mandat for Nasjonalt e-helseråd, med de endringene som kom inn i møtet.</p>
<b>25/22</b>	<b>Kostnadsfordeling av drift og forvaltning for de nasjonale e-helseløsningene</b>
	<p>Karl Vestli, Direktoratet for e-helse, ønsket å drøfte med Nasjonalt e-helsestyre fordelingen av kostnader til forvaltning og drift gjeldende for 2023 for de nasjonale e-helseløsningene. Han orienterte samtidig om at Norsk helsenett SF har fått oppdrag om å se på kostandsmodeller fra 2024.</p> <p><b>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Representant fra kommunene viste til stortingsbehandlingen og at fordeling av kostnadsvekst skal ta hensyn til nytten for aktørene. Kommunene er grunnleggende uenig i utgangspunktet om at kostnadene til drift og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene skulle fordeles 50/50. For kommunene er ikke gevinstforutsetningene til stede da store grupper ikke har tilgang til løsningene så langt. Videre ble det nevnt at underlaget som blir presentert oppleves som omtrentlig, og at bruk og nytte for de ulike tjenestene og brukergruppene må dokumenteres for å få et bedre grunnlag å diskutere ut ifra. Dette fikk støtte fra flere kommunerepresentanter.</li> <li>• Legeforeningen påpekte at de som får nytte av tjenesten må få innflytelse for utforming av tjenesten. Derfor ønsker de representasjon og innflytelse i dette arbeidet.</li> <li>• Helse Midt RHF og Helse Sør-Øst RFH mener fordelingen prinsipielt bør være 50/50, men at forslaget som ble presentert går i riktig retning.</li> <li>• Norsk sykepleierforbund er bekymret for hvordan dette vil påvirke de enkelte kommunene, spesielt hvor økonomien er stram. De ønsket å vite om det er gjort noen risikovurderinger knyttet til kostnadene for å ta dette i bruk.</li> <li>• Direktoratet for e-helse oppsummerte at det er ikke enighet i Nasjonalt e-helsestyre til forslag for kostnadsfordeling av drift og forvaltning for de nasjonale e-helseløsningene. Direktoratet vil fremme anbefalingen for departementet, men samtidig synliggjøre synspunktene som kom frem i Nasjonalt e-helsestyre.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b>          Nasjonalt e-helsestyre støtter at Direktoratet for e-helse fremmer anbefalingen til Helse- og omsorgsdepartementet og ber direktoratet ta med seg innspillene som kom i møtet.</p>
<b>26/22</b>	<b>Ansvarsdeling og prinsipper for innføring av nasjonale e-helseløsninger</b>
	<p>Karl Vestli, Direktoratet for e-helse, la frem for drøfting oppdraget direktoratet har fått fra Helse- og omsorgsdepartementet om å utarbeide forslag til ansvarsdeling og prinsipper for innføring av nasjonale e-helseløsninger.</p> <p><b>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Representant fra kommunene ønsket å understreke at det oppleves som at statlige virksomheter ikke kjenner godt til hvordan samordningsmekanismene i kommunal sektor fungerer. Det er viktig at aktørene på statlig side bruker de etablerte arenaene i kommunene for å samordne innsatsen.</li> <li>• Representant fra kommunene uttalte at de vil ha behov for bistand fra staten i arbeidet ut mot leverandørene i enkelte tilfeller.</li> <li>• Representant fra pasient- og brukerorganisasjonene uttalte at statens sitt ansvar har blitt lite konkret og noe motstridende beskrevet. Et eksempel er opplæringsmateriell. Digitale løsninger blir kjøpt inn, men det er ikke ressurser og opplæringsmateriell tilgjengelig og løsningen blir derfor ikke implementert.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Representant fra kommunene mente det bør vurderes om beslutninger knyttet til om en løsning er klar for innføring skal behandles i rådsmodellen og ikke i programstyrene.</li> <li>• FHI stilte spørsmål om alle programmer vil ha et programstyre, og om hvordan programstyrene vil være knyttet opp til rådsmodellen. Direktoratet for e-helse svarte at alle de store programmene vil ha programstyrer. Videre kommenterte direktoratet at det er programeier som har ansvar for å ta programbeslutningene i samarbeid med programstyrene. Det vil derfor være klokt å hente inn råd fra rådsmodellen når beslutninger skal tas. Dette er også aktuelt for andre aktører som har tilsvarende programmer som skal innføres nasjonalt og som kan bruke rådsmodellen som en forankringsarena.</li> </ul> <p><b>Aksjonspunkter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• KS ønsker å fremme en sak i rådsmodellen for å informere om hvordan KS jobber med innføring av nasjonale e-helseløsninger.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre anbefaler forslag til ansvarsdeling og prinsipper for innføring av nasjonale e-helseløsninger.</p>
27/22	<p><b>Vurdering av alternativer for felles styring av PLL og PDS</b></p>
	<p>Lucie Aunan, Direktoratet for e-helse, ønsket å få innspill fra Nasjonalt e-helsestyre på vurderingen og anbefalingen for felles styring av program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste fra 2023.</p> <p>Det kom ingen innspill til saken.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> Direktoratet for e-helse tar innspillene fra Nasjonalt e-helsestyre med i beslutningsunderlaget som danner grunnlaget for direktoratets beslutning rundt organisering og styring av PDS og PLL fra 2023.</p>
28/22	<p><b>Hvordan avlaste fastlegene ved innføring av pasientens legemiddelliste (PLL)</b></p>
	<p>Ivar Thor Jonsson, Direktoratet for e-helse, ønsket en drøfting av de foreslåtte tiltakene for hvordan fastlegens merarbeid kan avlastes ved innføring av PLL.</p> <p><b>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legeforeningen uttalte at dette var en god utredning. Det er en stor jobb å oppdatere Reseptformidleren. Det å beskrive hvordan sykehusene kan gjøre dette best mulig er et ønske. Legeforeningen gjengir at Statens Legemiddelverk ønsker at alle leger skal bruke virkestoff ved forskrivning av legemidler. Likevel hender det at legene skriver merkevarenavn og pasienten får kanskje derfor utlevert noe helt annet. Det ble gitt innspill om at det må være obligatoriske e-læringskurs. Det er også andre avlastningstiltak som kunne bidratt til å frigjøre tid for fastlegene. Det å bruke IA for sykemelding for eksempel.</li> <li>• Representant fra kommunene uttalte at det er bra at pasienten vil få én legemiddelliste. Imidlertid er det mange innbyggere som ikke har fastlege. Det ble stilt spørsmål om det er andre som kan opprette pasientens legemiddelliste, som for eksempel farmasøyter. Direktoratet for e-helse svarte at andre leger, som sykehusleger og sykehjemsleger, kan opprette legemiddelliste på pasienter de kjenner godt.</li> <li>• Representant fra kommunene har stor tro på at fastlegene vil stille seg positiv til dette da de i dag bruker mye tid på å lete frem informasjon. Legeforeningen har en viktig oppgave i å få frem budskapet og motivere for dette.</li> <li>• Helsedirektoratet påpekte at det er andre oppgaver som ikke dreier seg om legemidler som kan bidra til å frigjøre tid for fastlegene. I Handlingsplan for allmennlegetjenesten er det meldt inn noen tiltak. Direktoratet for e-helse kommenterte at de er kjent med andre løp som går i Helsedirektoratet.</li> <li>• Norsk sykepleierforbund spurte etter opplæring og implementeringsplan knyttet til pasientens legemiddelliste, og påpekte også at brukervedvirkning er viktig her. Videre ble</li> </ul>

	<p>det spilt inn at det finnes merkantilt personell som gjør mye av legemiddelarbeidet som deretter blir godkjent av lege. Direktoratet for e-helse svarte at arbeidet med hvordan en nasjonal innføring skal skje ikke er startet enda, men er enige i at noe av opplæringen må foregå ute i tjenesten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Representant fra kommunene utalte at fastlegekrisen er den store utfordringen. Listen over tiltak inneholder ikke så mange som er innenfor programmets mandat, eksempelvis økonomisk kompensasjon. Direktoratet for e-helse kommenterte at det er mye på tiltakslisten som er innenfor programmets mandat, inkludert finansiering.</li> <li>• Helse Sør-Øst RHF slo fast at legemiddelhåndtering er et viktig område sett i lys av pasientskader. Program pasientens legemiddelliste er et av de viktigste initiativene for å sikre at det blir bedre enn i dag. Det er viktig å lære av uttestingen i Helse Vest RHF. Ved innføring av kjernejournal ble det rettet stor oppmerksomhet til systemstøtte for fastlegene slik at de fikk minst mulig merarbeid. I Helse Sør-Øst RHF arbeider de med klinisk legemiddelsamhandling som er et bidrag til at legemiddellisten er riktig når pasientene skrives ut fra sykehuset.</li> <li>• Representant fra kommunene sa at ekstrabelastningen kan variere og at fastlegene vil se at dette på sikt vil gi en lettere hverdag.</li> <li>• Helse Midt RHF kommenterte at ved innføring av pasientens legemiddelliste er det mange som får en gevinst. For å få til en dugnad er det ikke bare fastlegene som bør stimuleres og motiveres.</li> <li>• Legeforeningen sa at utredningen er tydelig på at det er legene, og aller mest fastlegene, som må ta denne jobben. Det er vanskelig å sette det bort til andre da det må gjøres en kvalitativ vurdering. Det er ingen problemer med motivasjonen, men det må tas litt over tid.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b>          Nasjonalt e-helseråd mener at innføring av PLL er et svært viktig tiltak, og at innføringen bør gjennomføres på tross av merarbeid for fastlegen i forbindelse med opprettelse av første PLL. Program pasientens legemiddelliste tar med seg innspillene fra Nasjonalt e-helsestyre i det videre arbeidet med avlastende tiltak.</p>
29/22	<b>Eventuelt</b>
	Det kom ingen saker til eventuelt.