

Referat fra møte i NUFA		
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)	
<i>Dato</i>	26. – 27. april 2017	
<i>Tid</i>	26. april kl. 10:00 – 27. april kl. 15:15	
<i>Sted</i>	Thon Hotell Airport, Gardermoen	
<b>Medlemmer</b>		
<i>Tilstede</i>	Inga Nordberg, Dir. for e-helse Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF Ulf Sigurdson, Helse Sør-Øst RHF Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF Randi Brendberg, Helse Nord RHF Eivind Kristiansen, NIKT Bente Saltnes Nedrebø, NIKT Torunn Risnes, KS Egil Rasmussen, KS Bjørn Eivind Berge, KS Kirsti Pedersen, KS Ida Trældal Rystad, Diabetesforbundet Geir Granerud, Helse Vest RHF	Ann-Kristin Smilden, KS Thor Johannes Bragstad, KS Grethe Almanning, KS Thore Thomassen, HelseDirektoratet Anders Grimsmo, Norsk Helsenett Axel Anders Kvale, Norsk Helsenett Peter Holmes, FHI Marta Ebbing, FHI Torgeir Fjermestad, Fastlege Kjersti Trelsgård, Difi Arnfinn Aarnes, FFO Rolf Windspoll
<i>Ikke tilstede</i>	Henrik Andreas Sandbu, Helse Midt RHF Kirsten Petersen, HelseDirektoratet	Torgny Neuman, Helse Vest RHF
<i>Observatører</i>	Tor Eid, HOD	
<i>Direktoratet for e-helse</i>	Espen Møller Mona Holsve Ofigsbø Siri Pernille Utkilen Anders Ravik Espen Hetty Carlsen Åsmund Ahlmann Nyre Truls Korsgaard Hallvard Lærum Marianne Bårtvedt van os Kristin Bang Pernille Skogseth Lene Skjervheim Frank Gander	Roar Olsen Norunn Elin Saure Hanne Merete Glad Vidar Mikkelsen Gunn Signe Jakobsen Pia Braathen Schønfeldt Are Muri Irene Olaussen Ole Bryøen Alexander Gray Jon Helge Andersen Tor Steffensen Gunhild Rognstad

Sak	Tema	Sakstype
9/17	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 31. januar – 1. februar 2017	Godkjenning
10/17	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
11/17	Nasjonale e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022	Orientering
12/17	Porteføljestyingsprosessen	Drøfting
13/17	Arkitekturstyring	Orientering
14/17	Nasjonale kunnskapsbehov	Drøfting
15/17	Nasjonalt e-helseindikatorsystem	Drøfting
16/17	Helsedataprogrammet	Drøfting
17/17	Én innbygger – én journal	Drøfting
18/17	Innledning – Kontekst nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan og porteføljestyng	Orientering
	Teknologitrender og fremtidig organisering	Orientering
	Pasientenes behov	Drøfting

	Kommunal helse- og omsorgstjeneste	Drøfting
	Spesialisthelsetjenesten	Drøfting
	Oppsummering og neste skritt	
19/17	Eventuelt	

Sak	Onsdag 26. april – Strategi-, portefølje- og forvaltningsprosessen
9/17	<p><b>Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 31. januar – 1. februar 2017</b></p> <p>Ingen kommentarer til innkalling og dagsorden, samt referat fra møtet 31. januar – 1. februar 2017.</p> <p>Angående referatet fra møtet 31. januar – 1. februar 2017 ble det kommentert at KS ikke kjenner seg igjen i følgende avsnitt på s.4 «Det er en lang vei igjen å gå til deling av informasjon via «Én innbygger – én journal». Det foreslås derfor som en mellomløsning at hjemmesykepleiens eller fastlegens journal er utgangspunkt for deling av en felles journal i kommunen. Vi trenger å sikre kommunikasjon mellom hjemmetjenesten og fastlege, og underbygge løsning for teamarbeid. Det bør videre åpnes opp for at også andre aktører i kommunen (eks. skole og pedagogisk-psykologisk tjeneste) kan bruke journalen.» Dette avsnittet bør omformuleres da det nå kan leses som at all journaldata skal deles med alle.</p> <p><b>Vedtak:</b>            NUFA godkjenner innkalling og dagsorden.            NUFA godkjenner referat fra møte 31. januar – 1. februar 2017.</p>
10/17	<p><b>Orientering fra Direktoratet for e-helse</b></p> <p><b>Nye medlemmer</b>            Inga Nordberg, Direktoratet for e-helse, orienterte kort om nye medlemmer i NUFA.  <i>Nye medlemmer:</i>            Ulf Sigurdsen            Rolf Windspoll: Stedfortreder for Kirsten Petersen 26. april 2017</p> <p><b>Tilleggsoppdrag IKT-organisering</b>            Inga Nordberg, Direktoratet for e-helse, orienterte kort om tilleggsoppdrag IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren.</p> <p><b>Oppdatering fra RHF-ene</b>            Per Meinich ga en oppdatering fra RHF-ene om samordning av EPJ/PAS. Prosessene er iverksatt og man er godt på vei, men det er for tidlig å komme med en tilbakemelding.</p> <p><b>E-læringskurs i medisinsk koding</b>            Gunhild Rognstad, Direktoratet for e-helse, orienterte om nye e-læringskurs i medisinsk koding (OMK) og hun viste også en demo av kurset.</p> <p>Det ble kommentert at det er et veldig bra tiltak med kurs og at det er flott at det er interaktivt lagt opp. Det ble kommentert at kurset burde være mer nyansert. Det ble også stilt spørsmål til om man bør ha mulighet til å stille tentative diagnoser/arbeidsdiagnoser. Direktoratet for e-helse kommenterer at å bruke sykdomskoder allerede i en utredningsfase vil gi et feilaktig sykdomsbilde av befolkningen.</p> <p>Videre ble det kommentert at kurset bør henge sammen med organisasjonsutvikling rundt koding. Det kommenteres også at det er viktig at kurset tas i bruk, men at det er opp til hvert enkelt helseforetak faktisk å bruke det.</p> <p>Det ble også kommentert at når man skal se på pasientforløp videre må primærhelsetjenesten og fastlegene få samme tilbud om kurs i koding da kodingskvaliteten</p>

	behøver en forbedring der.
	<b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse innarbeide innspill fremkommet i møtet.
<b>11/17</b>	<b>E-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022</b>
	<p>Vidar Mikkelsen, Direktoratet for e-helse, oppsummerte nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022 og orienterte om veien videre.</p> <p>Det ble kommentert at innspill fra kommunesiden er tatt hensyn til og at kommunal helse- og omsorgstjeneste er godt dekket i dokumentene. Videre ble det kommentert at KommUT har vært og er et viktig nettverk for å bidra til innføring av meldingsutveksling i kommunene.</p> <p>Det ble kort drøftet i hvor stor grad Direktoratet for e-helse ser for seg å vurdere kommunale e-helsestrategier. Det er ønskelig at nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022 legger føringer på kommunale e-helsestrategier, men at det ikke vil være kapasitet til å vurdere alle kommunale strategier i oppfølgingen. Man kan se for seg å fokusere på utvalgte områder og gjøre analyser innen disse.</p> <p>Det er flere strategiske valg som skal tas de kommende årene. Det ble kommentert at en årlig oppsummering av måloppnåelse av strategien vil være nyttig for aktørene, blant annet for å synliggjøre i egen organisasjon hvordan intern porteføljestyring henger sammen med nasjonal strategi og handlingsplan. Det ble kommentert at bruk av virkemiddel som for eksempel video kunne vært nyttig for å kommunisere nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan bredt.</p> <p>Det ble avslutningsvis kommentert at NUFA og de andre foraene i nasjonal styringsmodell er viktige ambassadører for nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022 i sine organisasjoner.</p>
	<b>Vedtak:</b> NUFA tar <i>Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022, Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022 og Nasjonal handlingsplan for e-helse 2017-2022</i> til etterretning og er orientert om at dokumentene vil gi retning for arbeidet i den nasjonale styringsmodellen for e-helse de kommende årene.
<b>12/17</b>	<b>Porteføljestyringsprosessen</b>
	<p>Kristin Bang, Direktoratet for e-helse, orienterte om oppdatert status på Nasjonal e-helseportefølje 2017 og noen utvalgte leveranser i porteføljen. Hun orienterte også om status på arbeidet i porteføljestyringsprosessen i 2017, og om plan for analyser av nasjonal portefølje i lys av nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022.</p> <p>Det ble kommentert at det er positivt å gjøre analyser knyttet til gevinster, og at man bør analysere størrelse på gevinster og ikke kun hvilke sluttbrukere det treffer. Det ble kommentert at man ønsker å videreutvikle disse analysene og at godt informasjonsgrunnlag er viktig for å sikre dette.</p> <p>Det ble også kommentert at det er nødvendig å gjøre forberedelser for å kunne ta i bruk leveranser fra den nasjonale porteføljen for å kunne utløse gevinster, f.eks. er det nødvendig for Helse Sør-Øst å gjøre flere endringer i arbeidsprosesser for å kunne ta i bruk første trinn av automatisering av fødselsnummer som blir levert i 2017.</p> <p>Det ble kommentert at det er viktig å analysere nasjonal portefølje i lys av nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022, eksempelvis for å håndtere forutsetninger og avhengigheter i porteføljen. Det er også viktig å se sammenhenger mellom blant annet den nasjonale strategien, arkitekturstyring og e-helsemonitor. NUFA vil ha mye å bidra med i</p>

	videreutvikling av slike analyser.
	<b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse innarbeide innspill fremkommet i møtet.
<b>13/17</b>	<b>Etablering av nasjonal arkitekturstyring</b>
	<p>Vidar Mikkelsen, Direktoratet for e-helse, orienterte om status på prosjektet Etablering av nasjonal arkitekturstyring.</p> <p>Det ble kommentert at prosjektet bør starte med å avklare mandat for arkitekturstyring for å tydeliggjøre hva og hvor dypt man skal styre fra nasjonalt hold. Aktørene ønsker å være involvert i arbeidet, for eksempel knyttet til arkitekturvalg som Direktoratet for e-helse diskuterer med Helseplattformen i Helse Midt-Norge. Dette kan legge føringer for de andre regionene.</p> <p>Tilsvarende ønsker aktørene å involveres i arbeidet knyttet til referansearkitektur og målbilde for samhandlingsarkitektur. Dette er relevant for registerfeltet i forbindelse med utveksling av data mellom registrene og helseanalyseplattformen som skal etableres, og det er relevant i forbindelse med implementering av sikkerhetsinfrastruktur i eDår. Videre ble det stilt spørsmål om målbilde for samhandlingsarkitektur bør sees i sammenheng med «klinisk arkitektur». Eksempelvis pågår det et initiativ med 250 kommuner om oppfølging av primærhelsemeldingen og samhandling i oppfølgingsteam. Dette arbeidet kan for eksempel innebære endringer i dagens fastlegepraksis. Det kan være relevant å se dette i sammenheng med målbilde for samhandlingsarkitektur, som foreløpig er teknisk orientert.</p> <p>Det ble stilt spørsmål til at prosjektet er lagt til Program for felles infrastruktur (FIA) ettersom arkitekturstyring er et stort tema som det kunne vært hensiktsmessig å synliggjøre bedre.</p>
	<b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering.
<b>14/17</b>	<b>Nasjonale kunnskapsbehov</b>
	<p>Irene Olaussen, Direktoratet for e-helse, orienterte om arbeidet med forskning i Nasjonal strategi og handlingsplan for e-helse 2017-2022. Direktoratet ønsket å be NUFA om innspill til arbeidet med tiltak 1 som omhandler utredning av prioriterte områder for forskning og utredning.</p> <p>Det ble stilt spørsmål om gevinstrealiseringen relatert til velferdsteknologi også favner kost/nyttevurderinger. Det ble også stilt spørsmål til om beslutningsstøtte-prosjektet er relatert til tannhelsetjenesten. Direktoratet orienterte da om at tannhelse er pilot fordi de ikke har et felles kodeverk og ønsker å teste ut SNOMED CT.</p> <p>Det ble kommentert at kunstig intelligens kommer sterkt fremover, og foreløpig er det mye «hype» og store kommersielle interesser rundt dette. Det blir da viktig med kunnskapsoppsummeringer, herunder også vurdering av kritiske artikler om kunstig intelligens. Dette treffer alt fra overordnet beslutningsstøtte, til effektivisering av arbeidsprosesser og diagnostikk, og ikke minst bruk av helsedata.</p> <p>Det ble kommentert at det er litt problematisk at NSE er både leverandør og aktør. Når agerer de på vegne av seg selv, og når agerer de på vegne av E-helse? Rollene må være klare, og det bør følges med på hvilke metoder for innføring som fungerer best (ref. VFT).</p> <p>Det ble stilt spørsmål om eResept og multidose skal avsluttes uten en kvantitativ studie. Metoden som er brukt er ikke holdbar alene fordi intervjuobjektene blir spurt om ting de egentlig ikke kan vite noe om. De er fornøyde med teknologien, men de utilsiktede virkningene fanges ikke opp. Disse er sjeldne og krever tellinger/kvantitative studier for å</p>

	<p>fanges opp. Kvalitative studier er gode til prosess-studier.</p> <p>Ref. forrige avsnitt: UiO har gjort følgeforskning på innføringen av elektronisk kurve og lukket legemiddelsløyfe. 750 sengeplasser har blitt «elektronifisert». Denne forskningen bør sees i sammenheng med forskningen på eResept og multidose. (Kontaktperson: Ola Bendik Myseth)</p> <p>Det ble kommentert at det er ønskelig at e-helse gjør en oppsummering og kvalitativ vurdering av resultatene sortert på de forskjellige områdene. NUFA hadde også et ønske om å tydeliggjøre sammenhengen mellom Helseomsorg21 og forskningen i regi av NSE.</p> <p>Gjennom arbeidet med oppdrag «Nasjonale kunnskapsbehov» vil Direktoratet, i samarbeid med sentrale aktører i sektor og forskningssystem, utarbeide en rapport som peker på hvilke kunnskapsbehov som springer ut av arbeidet med å realisere den nasjonale e-helsestrategien.</p> <p>Relatert til NUFA sitt arbeid med revisjon av satsningsråder i nasjonale e-helse strategi vil NSE gjøre kunnskapsoppsummeringer og presentere disse som korte og konsise diskusjonsnotater som vil bli fremlagt utvalget som del av saksunderlaget. Formålet er å bidra til kunnskapsbasert beslutningstaking i saker av særlig strategisk relevans.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse innarbeide innspill fremkommet i møtet.</p>
<p><b>15/17</b></p>	<p><b>Nasjonalt e-helseindikatorsystem</b></p>
	<p>Ole Bryøen, Direktoratet for e-helse, orienterte om forslag til gjennomføring og ambisjonsnivå for nasjonalt e-helseindikatorsystem. Han kommenterte at de fleste er interessert i effektene av e-helse, og ikke f.eks. utbredelsen, men effektene er vanskelige å måle og blir ofte synlige først etter en tid. Direktoratet for e-helse ønsket derfor å drøfte indikatorsystemer.</p> <p>Det kom innspill på at det er viktig at målingene ikke avsluttes før hele tiltaket er gjennomført. Dobbelregistrering av kritisk informasjon i kjernejournal ble trukket fram som eksempel. Kjernejournal er ikke ferdig innført før helsepersonellens registreringer er blitt enklere og helsepersonellet slipper dobbelregistreringer i flere parallelle systemer. Det ble videre kommentert at det ikke alltid er riktig å slutte å måle noe når det er 100% innført, f.eks. vil reduksjon i bruk av meldinger etter hvert som andre løsninger for deling og utveksling av data etableres vil være interessant å følge med på. Dette gjelder også deling og utveksling av data for sekundærformål.</p> <p>Det ble kommentert at dette er et spennende og samtidig komplekst prosjekt. Det ble stilt spørsmål til hva som er de riktige indikatorene? Å telle antall EPJ-løsninger er greit nok, men det sier ingenting om i hvilken grad arbeidsprosessene har blitt mer digitale eller om de har blitt mer effektive. Det er viktig å ikke forsøke å måle noe som i realiteten er umulig å måle, og kanskje pålegger aktørene og rapportere ekstra på ting som ikke gir verdi.</p> <p>Det ble stilt spørsmål om det legges opp til noen form for vurdering av datagrunnlag og resultater. Det bør minimum foreligge en kritisk analyse av datagrunnlaget og hvor holdbare målingene er, gjerne også komparative studier med utgangspunkt i internasjonale studier og publikasjoner. Direktoratet kommenterte at det foreløpig ikke legges opp til at det i «E-helsemonitor»-prosjektet skal gjennomføres noe særlige analyser og studier, men at man heller i første omgang skal jobbe aktivt med å mobilisere brukergrupper og andre miljøer til å gjøre analyser, litt som i SSB. Vi må la dette modne litt.</p> <p>Det ble kommentert at det er viktig å kvalitetssikre datagrunnlaget. IPLOS ble nevnt som</p>

	<p>eksempel på at det legges ut oversikter og statistikk som delvis er feil. Slikt undergraver tilliten fra fagmiljøer.</p> <p>E-helsemonitor er nytt register på lik linje med andre registre, og man slipper ikke unna de grunnleggende elementene som f.eks. metadata om variablene som navngis. Det er en forutsetning at sluttbrukerne forstår indikatorene. Det ble samtidig uttrykt en bekymring for mengden, tilretteleggingen og tilgjengeliggjøringen av nasjonale kvalitetsindikatorer på helsenorge.no. Det bør vurderes hvor man publiserer e-helseindikatorer, kanskje ehelse.no er best egnet. Det ble også spilt inn at e-helseindikatorer etter hvert må ses i sammenheng med de nasjonale kvalitetsindikatorer.</p> <p>For å kunne sammenlikne med internasjonale målinger er det viktig at vi teller og måler det samme. Det er små nyanser som skal til for at vi ender opp med å sammenlikne «epler og pærer». «Nevneren» er ofte vel så viktig som «telleren».</p> <p>Tallene kommer til å bli brukt og tolket av forskjellige aktører, og det er viktig at e-helse tar dette innover seg. Indikatorene må «testes» ut mot forskjellig interessegrupper for å forstå hvordan de blir lest og tolket. Sektoren må involveres før publisering. Det må sjekkes ut om ting f.eks. kan være politisk betent og det er viktig at indikatorene er kvalitetssikret.</p> <p>Det ble spilt inn et ønske om å måle om henholdsvis pasienter/pårørende og helsepersonell blir mer fornøyd med helsetjenestene. Det er da viktig å sjekke at samme type indikatorer ikke også publiseres andre steder, f.eks. av NFR (HelseOmsorg21-monitor), SSB etc.</p> <p>Flere av prosjektene som er nevnt i primærhelsemeldingen kan egne seg som piloter for å teste ut indikatorer. Prosjektet bør ta initiativ til en dialog rundt dette.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse innarbeide innspill fremkommet i møtet.</p>
16/17	<p><b>Helsedataprogrammet</b></p>
	<p>Alexander Gray, Direktoratet for e-helse, orienterte om Helsedataprogrammet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Status, planer og organisering</li> <li>• Konseptutredning Helseanalyseplattformen</li> </ul> <p><b>Kommentarer til mål for Helsedataprogrammet:</b></p> <p>Det ble kommentert at de fleste kvalitetsregistrene er avgrenset til å fokusere på en diagnose. I realiteten har mange pasienter flere diagnoser. Det blir derfor ofte feil å forske med utgangspunkt i ett register. HDP har et potensiale til å sette dette på dagsorden, og bli en «brekkstang» for å få fokus på pasientgrupper med sammensatte lidelser og komorbiditet.</p> <p>Det ble stilt spørsmål til om HDP også vil ha fokus på en mer effektiv, forenklet og standardisert innregistrering av helsedata. Direktoratet orienterte om at enklere innrapportering er et effektmål i programmet, men vi skal ikke inn og gjøre store grep i PAS/EPJ-systemene.</p> <p>Det ble kommentert at det ligger et potensiale i å gjenbruke datagrunnlag fra PAS/EPJ (og kurve) uten at man trenger å gjøre endring i respektive systemer.</p> <p>Det ble stilt spørsmål om Helsedataprogrammet er godt samordnet med PAS/EPJ-utviklingen som skjer gjennom Helseplattformen, EIEJ og de operative tiltakene som iverksettes gjennom EPJ-løftet og EPJ i PLO. Programmet orienterte om at de kommer til å jobbe videre med en mer formell samarbeidsform. Foreløpig har det vært felles arbeidsmøter.</p>

	<p><b>Kommentarer til organisering:</b></p> <p>Det ble stilt spørsmål om hvordan HDP forholder seg til internasjonale og kommersielle aktører som samler inn store datamengder og tilbyr tjenester til pasienter som f.eks. ønsker å dele sine data ut? Betraktes de som «konkurrenter»? Direktoratet orienterte om at et av de viktige prinsippene er at Helseanalyseplattform ikke skal bli en «svær sak» staten skal etablere. Målsettingen er å etablere et «økosystem» for helseanalyse der store og små kommersielle aktører kan inviteres med for å tilby sine tjenester. HDP mener det ikke er klokt å binde seg til en aktør nå. Man vet ikke om de andre foreløpige små aktørene vil dra forbi, og vi har ikke tro på at en aktør kan dekke hele spektret av behov. Plattformen skal ha fokus på tilgjengeliggjøring av data.</p> <p>Det ble kommentert at dette er det største som har skjedd på sekundærbruk av helsedata siden 1967, men at dette også innebærer viktige «politiske» valg. De kommersielle aktørene må gjerne slippes til, men det offentlige må eie og forvalte datagrunnlaget, og informasjonssikkerheten og personvernet må være bunnsolid. Dette er et samfunnsansvar. Kjøp og salg av data bør ikke foregå på nasjonalt nivå, og det må bygges et solid system rundt dette for å hindre ukontrollert utvikling.</p> <p>Det ble kommentert at for å få publisere vitenskapelige artikler i anerkjente tidsskrifter stilles det krav til tilgjengeliggjøring av datasettet de har forsket på. HDP må ivareta dette. Erfaringer fra utlandet tyder på at kommersialisering av datagrunnlaget gjør at det blir dyrt å bruke dataene. For å øke den kliniske nytteverdien av datagrunnlaget, må det oppdateres oftere enn i dag. Direktoratet orienterte om at det er for tidlig å si noe om dette, men på sikt vil nok registrenes rolle endre seg.</p> <p>Det ble kommentert at HDP må samordnes med EPJ for å kunne følge opp kliniske variabler på pasienter med mange diagnoser. Det samme gjelder helesnorge.no. Det ble også kommentert at det er vanskelig å se hvordan HDP og Helseanalyseplattformen skal dette gjør det enklere å gjennomføre kliniske studier.</p> <p>Det ble stilt spørsmål til om HDP ønsker forslag til deltakere i arbeidsgruppene, eller om det vil bli sendt ut invitasjoner. Direktoratet avklarer at det må ses nærmere på.</p> <p>Det ble fremmet forslag om å utvide arbeidsgruppe «Innrapportering» til også å favne kvaliteten på datagrunnlaget som rapporteres inn, herunder feedback på denne. Det ble kommentert at det ville vært en drøm å kunne sammenlikne egne registerdata/min egen praksis med mine kollegaer f.eks. når det gjelder forordning av medisiner.</p>
	<p><b>Vedtak:</b></p> <p>NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse innarbeide innspill fremkommet i møtet.</p>
17/17	<p><b>Én innbygger – én journal</b></p>
	<p>Are Muri og Pia Braathen Schønfeldt, Direktoratet for e-helse, orienterte om prosjektet <i>Én innbygger – én journal</i>. Prosjektet ønsket å drøfte tre saker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sak 14/17-1 Innretning av arbeidet med veikart for realiseringen av <i>Én innbygger – én journal</i></li> <li>• Sak 14/17-2 Foreløpig arbeid for å utarbeide løsningsspesifikasjon av nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester</li> <li>• Sak 14/17-3 Samarbeid med Helseplattformen vedrørende nasjonale særtema</li> </ul> <p>Vedr. Sak 14/17-1 orienterte Are Muri om ulike varianter av veikartet. Han beskrev at det var sentrale usikkerheter rundt den endelige utformingen av veikartet, og at viktige strategiske beslutninger ville bli tatt i løpet av høsten. Innretningen på EIEJ vil likevel bygge på arbeidet i utredningen gjort i 2016, og for EPJ/PAS vil standard programvare være</p>

mest aktuelt.

NUFA uttalte at for helseforetakene er det viktig å inkludere moderne kurveløsninger i veikartet, ikke minst for inneliggende pasienter og for klinisk beslutningsstøtte. Sykehus som bruker store systemer (som Epic) bruker også kurveløsninger. I Helse Sør-Øst foregår en stor standardiseringsprosess for både DIPS og elektronisk kurve. Det viktigste er ikke logoen på løsningen, men utformingen av medisinske data, og hvordan løsningene spiller sammen.

Det ble stilt spørsmål om muligheten for å innføre et nasjonalt system for kommunene uten samtidig å ha juridisk grunnlag for å kreve at de faktisk skal gjøre det. Også for valg av løsning er det usikkerhet, selv med en vellykket innføring i Midt-Norge. Uansett hvor mye vi ønsker at løsningen skal bygge på Helseplattformen vil det være risiko for at en annen løsning velges. Dette skyldes lovverket om anskaffelser.

Vedr. Sak 14/17-2 (Løsningsspesifikasjon for kommunal løsning) ble status for arbeidet beskrevet. Are Muri påpekte at det var vanskelig å beskrive ny løsning uten også å beskrive prosessendringer, som vi ikke har mandat for. Til dette ble det replisert at mange av kommunene allerede er involvert i omstillingsarbeid med tanke på bedre pasientforløp, og er blitt ganske modne på dette.

NUFA etterlyste mer detaljerte beskrivelser av behov i brukerscenariene ved samhandling mellom de ulike omsorgsnivåene. Are Muri svarte at måten RHF-ene beveger seg mtp, samordning av EPJ/PAS-systemer har betydning for samhandlingsretningen også.

Koordinering mellom EIEJ og helsedataprogrammet er også viktig.

### **Sak 14/17-3 Samarbeid med Helseplattformen vedrørende nasjonale særtema**

#### ***Særtema:***

- Særtema 1: Kjernejournal og digitale innbyggertjenester
- Særtema 2: Legemidler og e-resept
- Særtema 3: Integrasjonsstandarder og samhandlingsarkitektur
- Særtema 4: Kodeverk og terminologi
- Særtema 5: Velferdsteknologi
- Særtema 6: Register og helseanalyse
- Særtema 7: Personvern og informasjonssikkerhet
- Særtema 8: Helsefaglig standardisering og beslutningsstøtte

#### ***Gruppeoppgave innen hvert særtema:***

- Innspill på fremlagte problemstillinger og forelagte aksjonspunkter
- Er det problemstillinger som burde være del av arbeidet, men som ikke er omtalt i vedlegget til saken?
- Innspill til prioritering av problemstillinger i det videre arbeidet?
- Kommenter relasjon mellom problemstillingene og øvrig portefølje
- Drøfting av hvordan sektor bør involveres i det videre arbeidet med problemstillingene

#### ***Særtema 1 Kjernejournal og digitale innbyggertjeneste (Gruppe 1)***

- Lovgivingen bak kjernejournal oppleves som begrensende, man kan for eksempel ikke tilby elektronisk svangerskapsjournal i KJ. Er det mulig å omgå begrensningene ved å fokusere på utveksling av epikriser og oppsummeringer, også for jordmødre og poliklinikker?
- KJ burde kunne tilbudt informasjon fra andre kilder som kvalitetsregistre, og kunne representere IPLOS-data



- Epikriser og personlig helsearkiv er etterlyst, og etterspurt av pasientorganisasjoner
- En internasjonal leverandør kan trolig levere store deler av behovene for en informasjonsportal mot innbyggerne. Om Helseplattformen bestemmer seg for selv å få sin leverandør til å levere digitale innbyggertjenester, må dette dekke alt som er tilgjengelig på Helsenorge.no, og Helsenorge.no må i tillegg integreres (for pasienter som bor i andre deler av landet). Det er videre uvisst om en og samme leverandør kan fokusere både på innbygger og helsepersonell
- EPJ-løftet og ny nasjonal kommunal løsning kan komme til å konkurrere om oppmerksomheten

#### *Særtema 2 Legemidler og e-resept (Gruppe 1)*

- Denne delen av dokumentet bør inneholde noe om beslutningsstøtte, for eksempel ift interaksjonsanalyser og varslinger om legemidler som skal følges opp eller seponeres, og om tidligere bivirkninger hos pasienten. De fleste feilene med alvorlige konsekvenser oppstår ved forordning og manglende oppfølging. Det er også et stort potensiale å ha beslutningsstøtte for medisiner ut fra diagnoser
- Begrepet «Nasjonal forskrivingskomponent» er noe uklart – er det noe annet enn forskrivingsmodulen?
- Det er svært stor forskjell i modenhet av funksjonalitet på dette området, for sykehjem er «alt» en forbedring
- Det er viktig å sikre at alle involverte har tilgang til reseptlista, eventuelt FLL

#### *Særtema 3: Integrasjonsstandarder og samhandlingsarkitektur (Gruppe 2)*

- Fokus bør være på deling av data, ikke så mye meldingsutveksling
- Det er fornuftig med regional komponent (f.eks. ESB i Midt-Norge) som gjør deg mer uavhengig av hvilke valg som blir gjort på andre punkter
- Dagens takt på utredning av arkitekturprinsipper går for langsomt til å kunne anvendes av Helseplattformen
- Arkitekturstyring bør starte med å bygge opp en fullstendig oversikt over hva vi har i dag

#### *Særtema 4 Kodeverk og terminologi (Gruppe 2)*

- Viktig å skille mellom grensesnitt og innhold. Det er ikke så viktig å tenke på det som transporterer informasjonen
- Helseplattformen har problemer med å sette krav til kodeverk i anskaffelsen når det ikke er tatt nasjonale valg
- Det bør undersøkes hvor godt SNOMED CT og andre internasjonale terminologier fungerer under norske forhold
- Det er behov for nasjonale føringer på bruk av kodeverk også for annet helsepersonell enn leger

#### *Særtema 5: Velferdsteknologi (Gruppe 3)*

- VFT kommer til å ta av eksponentielt, men vi trenger bedre data på hva som fungerer og egne kost/nytte-vurderinger på nasjonalt nivå
- Det er behov for standardiserte grensesnitt og arkitektur som sikrer at alle vet hva som er masterdata, og hvor data som hentes inn lagres

#### *Særtema 6: Register og helseanalyse*

- Trenger helhetlig informasjonsmodell
- Må gjøre en ryddejobb på hva som rapporteres
- Samkjøre informasjonsbehov til klinisk bruk og registerbruk

#### *Særtema 7: Personvern og informasjonssikkerhet (Gruppe 4)*

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direktoratet for e-helse bør mappe opp hvilke [juridiske] problemstillinger [innen personvern] som bør løses hvor – nokså raskt. Personvern er for komplisert til å kunne dekkes av juridiske databehandlingsavtaler</li> <li>• Informasjonssikkerhet er komplisert. Må først se på hva er informasjonsbehandling og hva er sikkerhetsmekanisme og hvordan kan vi ivareta det med støtteverktøy</li> <li>• Lovverket blir fort fastkjørt, det er viktig å bygge inn fleksibilitet</li> </ul> <p><i>Særtema 8: Helsefaglig standardisering og beslutningsstøtte (Gruppe 4)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Her trengs en nasjonal dugnad, alle trenger ikke finne opp hjulet. Mye er gjort på helsefaglig standardisering allerede i RHFene</li> <li>• Helseplattformen bør identifisere hva som trengs på nasjonalt nivå. Faglige retningslinjer må være nasjonale. På prosessstøtte kan det være både regionale og lokale behov</li> <li>• Beslutningsstøtte: må gå på de områdene det er gevinst å ha det på, f.eks. betydelig risiko for å gjøre feil</li> <li>• Arkitekturprinsipper: må ikke lage nye løsninger, men bruke hyllevarer og fylle dem med data</li> </ul> <p><i>Generelt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arkitekturstyringsprosjektet er ikke godt nok beskrevet</li> <li>• Det er flere enn Midt-Norge som er interessent i Helseplattformen. Løsningen må være generell, og kunne fungere i hele helsetjenesten nasjonalt</li> <li>• Vi trenger nasjonal laboratedatabaseregister for nasjonale legemiddeldata. Disse er de store punktene som mangler for å lage legemiddelanalyse</li> <li>• Involvering av sektor: Det er nok store møter som det er. I stedet for å arrangere nye fellesmøter, bør prosjektet heller kjøre en datainnhentingsrunde hos toppledelsen hos aktørene, eller ta bilaterale møter. Det kan få kastet lys på ulmende konflikter før det er for sent</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse innarbeide innspill fremkommet i møtet.</p>
	<p><b>Slutt dag 1</b></p>

Sak	Torsdag 27. april – Tema: «Helsehjelp på nye måter»
18/17	<b>Helsehjelp på nye måter</b>
	<p><b>18A: Innledning – Kontekst nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan og porteføljestyling</b> Hallvard Lærum, Direktoratet for e-helse, ga en innledning til dagen og temaet «Helse på nye måter» i konteksten nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan og porteføljestyling.</p>
	<p><b>18B: Teknologitrender og fremtidig organisering – Hvordan kan ny teknologi påvirke arbeidet i helsetjenesten?</b> Det ble orientert om teknologitrender og fremtidig organisering med fokus på hvordan ny teknologi kan påvirke arbeidet i helsetjenesten gjennom tre ulike foredrag:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Internasjonale teknologitrender i helse v/Hilde Lovett, Teknologirådet</li> <li>• Teknologier som vil endre helsetjenesten v/ Kathrine Myhre, Oslo Medtek</li> <li>• Nye tjenester og ny organisering når teknologi tas i bruk v/Jarl Reitan, Sintef</li> </ul>
	<p><b>18C: Pasientenes behov – Hva er de viktigste behovene som kan understøttes av ny teknologi?</b> Det ble orientert om pasientenes behov, og hva som er de viktigste behovene som kan understøttes av ny teknologi gjennom to ulike foredrag:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behov hos kreftpasienter som teknologi kan understøtte v/Liv Eli Lundeby, Kreftforeningen</li> <li>• Behov for diabetespasienter som teknologi kan understøtte v/Ida Rystad,</li> </ul>

	<p>Diabetesforbundet</p> <p><b>Diskusjon rundt teknologitrender og pasientenes behov:</b></p> <p>Det ble kommentert at kunstig intelligens er viktig, men at den teknologiske utviklingen kanskje går for fort i forhold til kapasiteten til helsetjenesten til å kunne organisere rundt det. Det er viktig at myndigheter og lovgivning er involvert som premissgivere, så teknologien ikke ender med å gjøre mere skade enn gavn. Teknologi er en stor kostnadsdriver. Vi må finne en måte å kunne levere teknologi som er drevet med utgangspunkt i behovene, og ikke ut fra teknologien selv, så helsetjenesten blir bærekraftig for fremtiden.</p> <p>Det er en utfordring å velge mellom alle teknologiske tilbud, og det stiller store krav til å undersøke og prioritere det som gir en reell helseeffekt.</p> <p>Det ble diskutert at kommunene utfordres på leveransemodell og ansvarsforhold i forhold til VFT løsninger. Brukeren/pasienten ønsker i mange tilfeller selv å finansiere utstyret, hvilket gjør det utfordrende mht ansvarsforhold og krav til kvalitet og sikkerhet. Samtidig er det bra at det tas sjansen på å prøve ut nye ting. Utgjør et dilemma.</p> <p>Det ble kommentert at det viktigste er å ha tilgang til informasjon og kunne ha interaktiv kontakt med helsetjenesten. Er mere skeptisk til f.eks. måling av potensiell sykdom.</p> <p>Det er en utfordring av løsningene innen velferdsteknologi i dag ikke umiddelbart treffer den målgruppen av pasienter som lever på slutten av livet med multiple diagnoser. Denne gruppen utgjør 2/3 av helsebudsjettet.</p> <p>VFT løsninger gjør også at flere kommer til fastlegen for å bekrefte at de er friske. Øker belastningen for fastleger og reduserer samtidig kapasiteten til å behandle de som faktisk trenger det.</p> <p>Leverandørenes fokus på personvern og informasjonssikkerhet ved utvikling av app'er ble diskutert. Det er vesentlig at myndighetene som offentlig ansvarlig helseaktør setter kvalitetsmessige krav til standarder, og etablerer en godkjenningsprosess for nye løsninger. og beslutter hva de tar ansvar for, og la markedet få lage løsningene selv.</p> <p>Det henvises til eksempel «Excite» fra Canada som kan gi bærekraft ved at prisene går ned samtidig som helsevesenet får ønskede løsninger med høy kvalitet. «Excite» tar utgangspunkt i et forum hvor både pasienten, legen og investoren deltar, for å diskutere hva som er en god løsning og ikke. Sikrer at det settes fokus på behov før løsningene ferdigutvikles. Det kommenteres at problemet med å få utviklingskostnadene ned ikke er problemet, men heller kostandene ved å drifte det i etterkant.</p> <p>Anskaffelseskompetansen i RHF-ene er også en utfordring. Det anskaffes for en lengre periode, og når perioden er over kan utstyret allerede være utdatert. Teknologien går fortere enn avtaleperiodene.</p> <p>Det offentlige bør rigges for den store mengde data som genereres av VFT løsninger. Data må inn i felles datarom og analyseres fortløpende for å gi oss en forutsetning for å kvittere ut.</p>
	<p><b>18D: Kommunal helse- og omsorgstjeneste – Hvordan kan ny teknologi utnyttes på nye måter i pasientrettet arbeid i kommunal helse- og omsorgstjeneste – og hva er mulig innen for de neste 5 årene?</b></p> <p>Det ble orientert om kommunal helse- og omsorgstjeneste med fokus på hvordan ny teknologi kan utnyttes på nye måter i pasientrettet arbeid og hva som er mulig innenfor de</p>

neste 5 årene gjennom seks ulike foredrag.

### **Velferdsteknologiprogrammet (VFT), inkl. arkitektur, ble presentert av Jon Helge Andersen**

Velferdsteknologi orienterte om tre områder som det skal jobbes med:

- Spredning av trygghetsskapende teknologi. Denne fasen er startet og programmet har mottatt 72 søknader fra til sammen 264 kommuner som har søkt for å delta i programmet. Dette er veldig bra, og tyder på at programmets virkemåte har effekt for å få flere kommuner til å ta i bruk velferdsteknologi.
- Påbegynne realisering av felles plattform for velferdsteknologi. Det er behov for en nasjonal infrastruktur for VFT. Det tas sikte på å lage en plattform med standarder, APIer for å kunne binde sammen VFT, innbyggertjenester, EPJ systemer.
- Fortsette utprøving av medisinsk avstandsoppfølging.

Det er utarbeidet en gevinstrealiseringsrapport:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1277/Andre%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologioprogram.pdf>

### **Erfaringer fra utprøving av avstandsoppfølging v/Kristine Brevik, Helsedirektoratet.**

Det ble orientert om pågående arbeid på utprøving av avstandsoppfølging og hva som utprøves. Det har gjennom arbeidet vist seg å være behov for å spisse målgruppene som spesielt har forventet økt bruk av helsetjenesten og bruk av tjenesteinfrastruktur. Medisinsk avstandsoppfølging kan gis som et alternativ eller supplement til andre helse- og omsorgstjenester, eller det kan dreie seg om ren medisinsk oppfølging til pasienter uten behov for andre kommunale tjenester. Programmet har blitt utfordret på om tiltakene gir effekter vi ønsker og det vil bli utført en samfunnsøkonomisk analyse for å vurdere de samlede samfunnsverdier.

Det ble stilt spørsmål om en burde se på de kliniske effektene. Det er ikke en del av utprøvingen å gjøre direkte kliniske målinger, men dette er noe som vil inngå i den samfunnsøkonomiske analyse som skal gjøres.

Det ble kommentert at det vil være behov for å se nærmere på hvordan en skal samarbeide med fastlegen. Det bør være et nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp, der et eksempel er at hver pasient over 75 år skal til fastlegen 14 dager etter utskrivning fra sykehusopphold.

### **Erfaringer fra bruk av GPS, Multidosedispensere og digitalt tilsyn v/Inger Helene Larsen, Bergen kommune**

Bergen kommune mener at velferdsteknologiprogrammet har bidratt i positiv retning ved bruk av denne nye type teknologi i tjenesten. Det har vært krevende å prøve ut trygghetsalarm med hensyn på bruk av personell da det er en ny og umoden teknologi, samtidig er brukerne fornøyde. Andre teknologier som utprøves er medisineringsstøtte, lokaliseringsteknologi GPS, digitalt tilsyn – kamera, responscenterløsninger, elektroniske låser.

Det ble kommentert at utfordringen med bruk av denne type ny teknologi er at det ikke er lik mulighet i alle kommuner. De store kommunene har gjerne gode tilbud, men ikke de små. Det ble videre kommentert at andre eksempler på bruk av ny teknologi er at dagkirurgi er et virkemiddel for å få folk hjem som gir redusert antall innleggelses. Videre kom det innspill på at det er behov for å se nærmere på grenseoppgangen med hensyn på ansvarsforhold mellom fastlege, sykehus og legevakt.

### **Erfaringer fra bruk av medisineringsstøtte, GPS hos demente og elektroniske dørlåser v/Anne Kristin Smilden, Bærum kommune**

Bærum kommune startet med utprøving av velferdsteknologi i 2009/2010 i samarbeid med Sintef og har en strategisk plan for VTF 2013-2017. Det er vist gevinster ved at 2-3 årsverk kan bli spart ved bruk av medisindispensere, noe som har resultert i at en har fått kutt i budsjett. Eksempler på effekter er bruk av lokaliseringsteknologi –GPS, det har gitt økt mestring for brukeren, men også en trygghet for pårørende når f-eks pasienten kan gå på tur alene hvor pårørende kan føle seg trygg på å vite hvor brukeren er. Det viser seg at pasienten kan bo lenger hjemme og at en kan avverge leteaksjoner. Utfordringen er at de må lade utstyret. Andre eksempler er elektroniske nøkler som gjør det enklere ved at en slipper å hente og bytte nøkler fysisk. E-nøkler kommer ikke på avveie, og en kan spore e hvem som har vært i boligen til pasienten.

Det kom innspill på at en bør unngå å tenke forvaltningsnivåer for å kunne lykkes ved bruk av ny teknologi og at det vil være behov for tettere dialog mellom kommunene ved bruk av ny teknologi. Videre ble det stilt spørsmål om hvordan bruk av ny teknologi som for eksempel Pacemaker og insulinpumpe skal følges opp. Organisering av helsepersonell blir viktig for å kunne følge opp denne type ny teknologi og i tillegg til å integrere ny bruk av teknologi i eksisterende systemer. Det ble kommentert at en fordel ved bruk av ny teknologi er at den kan bidra til at pasienter får bedre tilværelse og overleve. Det bemerkes at de store kommunene har mulighet for VTF, men små kommuner har lite penger og ikke mulighet til å gi samme tilbud. Til slutt ble det kommentert at det er behov for bedre økonomiske insentiver for å bruke velferdsteknologi.

#### **Prediktiv risikostratifisering v/Anders Grimsmo, Norsk Helsenett**

Prediktiv risikostratifisering er å finne dem som er i et funksjonsmessige fall. For å kunne prediktere fremtidig behov som en har for helsetjeneste, vil en ha behov for informasjon om person, helsetjeneste forbruk, diagnoser, legemidler mm.

Det ble kommentert at det er interessant med omsorgs-trappa som er veletablert i kommunene. Det ble stilt spørsmål om vi har kartlagt hvilke teknologier som kan understøtte omsorgs-trappa, og om IPLOS data kan benyttes. Anders Grimsmo orienterte da om at det er søkt midler for å starte et prosjekt for å se nærmere på dette. Fordeler med IPLOS er at det er historiske data.

#### **Samarbeid kommune, fastlege og spesialist når alle bruker samme EPJ v/Per Olav Østbyhaug, Helseplattformen**

Alle 85 kommuner i Helse Midt-Norge er med i helseplattformen.

Det ble kommentert at Helseplattformen er veldig spennende, særlig det med å få ting på tvers. Man er dog kanskje ikke like optimistiske på kommuneløsningene. Det er viktig å ta med seg at det er ulik modenhet hos sykehus versus kommunene.

Det ble stilt spørsmål om Helseplattformen har beskrevet hvordan de jobber og skal ha system som passer til det, eller om de har tenkt muligheten for å gjøre det omvendt. Per Olav Østbyhaug orienterte da om at de har gått gjennom fra A til Å hva man ønsker seg og at det da er tatt med, inkludert alt dobbeltarbeid, plunder og heft osv. Ønsker oss en fleksibel plattform som kan fungere i mange år, og er opptatt av at man må et hakk videre.

Angående organisasjonsutvikling ble det stilt spørsmål om det jobbes kontinuerlig med forbedring av pasientforløp for definerte pasientgruppe. Det ble avklart at det er tverrfaglige team som jobber med dette, og at mye av jobben som skal gjøres i 2018/19 er konfigureringen og da må vi lage pasientforløp. Videre ble det kommentert at en utfordring i pasientforløp er at de store sykdommene har en stor andel på sykehusene og det finnes statistikk på dette. Det er ikke bærekraftig å forlenge spesialisthelsetjenesten ut i primærhelsetjenesten. Denne grenseoppgangen er viktig. Primærhelsetjenesten må være

	<p>gode på det generiske, og alt annet blir sjelden.</p> <p>Det ble kommentert at en ikke vil kunne finne spesialsyddede systemer i fremtiden og en må regne med at en må endre seg. Videre ble det kommentert at det å få tilgang til mye data vil med stor sannsynlighet overstyre forventningen til behovet for skreddersyddede løsninger i fremtiden. Det ble også kommentert at fastlegene er vant til skreddersyddede systemer. De vil da få en økt informasjonstilgang og miste effektivitet i sine systemer. I tillegg vil det komme teknologiske forsinkelser og det ble stilt spørsmål om hvem som skal betale den lønnsnedgangen de får pga ca 20% i effektivitetsreduksjon.</p> <p>Det ble kommentert at hvilken løsning vi skal ha i Norge bør vurderes ut fra de utfordringer og feil som en har i dag. Det er i overgangen mellom fastlege, legevakt og spesialist det skjer en del feil og det er her en bør se på hva en kan gjøre. Det oppfattes at det er mye politikk og mange parallelle pågående aktiviteter.</p> <p><b>Ytterligere diskusjon og innspill fra sesjon 18D – ønskelige endringer i handlingsplan:</b>        Det ble kommentert at det er kun trygghet og mestringsteknologi som står der. Bærum kommune anskaffer en «hub» med 48 trådløse sensorer. Det finnes annen type avstandsoppfølging som kan kobles i hjemmet også. Man må ta høyde for det som kan komme på medisinsk side, og ikke bare trygghets og mestringsteknologi. Det er viktig å finne tiltak som gjør at vi forbereder oss.</p> <p>Det er 20% teknologi og 80% organisasjonsutvikling ved bruk av ny teknologi. Det kom innspill på at det kan være en tanke ift hvordan vi skal videre jobbe med dette temaet. I tillegg bør en ha fokus på økonomiske konsekvenser. Det er behov for å se på andre forhold enn kun teknologi. Videre ble det kommentert at det også er juridiske utfordringer. Over 90% av blodprøvene hos fastlegene går til laboratoriene på sykehusene i Østfold. Likevel deler de ikke svarene pga juridiske forhold. Mulig det har skjedd noe på dette området nå, men det illustrerer også at man bør se på hele rammeverket og ikke bare teknologien.</p> <p>Til slutt kommenteres det at «Helse på nye måter» kun har ett mål og ett tiltak i strategien og handlingsplanen, og dette området bør ha større fokus enn som så.</p>
	<p><b>18E: Spesialisthelsetjenesten – Hvordan kan teknologi utnyttes på nye måter i pasientrettet arbeid i spesialisthelsetjenesten – og hva er mulig innenfor de neste 5 årene?</b></p> <p>Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF, orienterte om helsehjelp på nye måter i spesialisthelsetjenesten med eksempler fra Helse Sør-Øst.</p> <p>Det ble kommentert at Helseplattformen fremstår som et nytt system, men har ikke alt som en trenger og vil måtte tenke som HSØ gjør nå etter anskaffelsen. Videre ble det kommentert at API er en utfordring mhp standardisering og her bør en tenke mer nasjonalt nivå. Fastlegene er generelt godt fornøyde med dagens systemer, men det som vil kunne bli bedre er felles drift av systemene. Det er viktig at nye systemer ikke gir dårligere funksjonalitet enn dagens systemer.</p>
	<p><b>18F: Oppsummering og neste skritt</b></p> <p>Hallvard Lærum, Direktoratet for e-helse, ga en oppsummering av dagens møte. Vidar Mikkelsen, Direktoratet for e-helse, orienterte om neste steg av revidering av e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022.</p> <p>Det ble kommentert at det er viktig at handlingsplanen ikke endres, men at en prioriterer hva som skal gjøres. Det ble også kommentert at en må bygge systemer som kan endres enkelt. Teknologien endres raskere enn organisasjonen. Dette utfordrer både organiserings- og finansieringsmodellene våre. Det blir viktig at vi følger med på dette feltet. Medisinsk utvikling går fort og om ett år kan det ha skjedd mye.</p>

	<p>Det ble kommentert at det er viktig å få på plass grunnplattformen og masterdata, og ha enda bedre fokus på det siden det er det som skaper fleksibiliteten. Det er behov for god masterdata som kan benyttes på en felles måte i systemene. Videre kom det innspill på at grunnmur, standarder, drift og forvaltning bør ivaretas nasjonalt. Det ble også kommentert at det blir viktig at leverandører er pliktig til å levere data til det offentlige og sikre at leverandørene ikke selger data videre.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA ber Direktoratet for e-helse ta innspill fremkommet i møtet med i videre arbeid med å revidere nasjonal handlingsplan for e-helse 2017-2022.</p>
<b>19/17</b>	<b>Eventuelt</b>
	Ingen saker til eventuelt.