

Referat fra møte i NUFA		
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)	
<i>Dato</i>	1. – 2. november 2017	
<i>Tid</i>	1. november kl. 10:00 – 2. november kl. 14:30	
<i>Sted</i>	Thon Hotel Arena, Lillestrøm	
<b>Medlemmer</b>		
<i>Tilstede</i>	Inga Nordberg, Dir. for e-helse (dag 1) Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF Kristian Onarheim, Helse Midt RHF (dag 1) Randi Brendberg, Helse Nord RHF Eivind Kristiansen, NIKT (dag 2) Bente Saltnes Nedrebø, NIKT Egil Rasmussen, KS Bjørn Eivind Berge, KS (dag 2) Kirsti Pedersen, KS Ann-Kristin Smilden, KS (dag 2) Ulf Sigurdson, Helse Sør-Øst RHF (dag 2) Anders Grimsmo, Norsk Helsenett (dag 1) Aslak Steinsbekk, Norsk Helsenett (stedfortreder dag 2)	Thor Johannes Bragstad, KS Grethe Almenning, KS Heidi Slagsvold, KS Thore Thomassen, Helsedirektoratet Kirsten Petersen, Helsedirektoratet Peter Holmes, FHI Helena Niemi Eide, FHI Torgeir Fjermestad, Fastlege Arnfinn Aarnes, FFO Ida Trældal Rystad, Diabetesforbundet Helge Bang, Difi (stedfortreder dag 1) Tor Eid, HOD (Observatør) Geir Granerud, Helse Vest RHF (dag 2)
<i>Ikke til stede</i>	Rune Karlsen, Difi	
<b>Nasjonalt Porteføljekontor</b>	Kristin Bang Marianne Bårtvedt van Os Pernille Skogseth Espen Hetty Carlsen Siri Pernille Utkilen	Mona Holsve Ofigsbø Vidar Mikkelsen Lene Skjervheim Espen Møller Hans Løwe Larsen
<b>Direktoratet for e-helse</b>	Alfhild Stokke (dag 1) Bjarte Aksnes Anders Ravik Karl Vestli (dag 1)	Robert Nystuen (dag 1) Irene Olaussen Nina Ulstein (dag 2) Kari Jørgensen (dag 2)
<b>På sak</b>	Idunn Løvseth Kavli (sak 36/17) Konstantinos Tsilkos (sak 36/17) Børge Kristiansen (sak 38/17) Bent Are Melsom (sak 38/17) Birgitte Jensen Egset (sak 39/17) Inger Marie Finborud (sak 40/17) Line Rodal Dokseth (sak 41/17) Vibeke Fraenkel (sak 42/17)	Jan Robert Johannesen (sak 43/17) Heidi Dolven (sak 43/17) Arnfinn Aarnes (sak 44/17) Ivar Halvorsen (sak 44/17) Camilla Holm (sak 44/17) Harald Hjelde (sak 44/17) Roy Sigvartsen (sak 44/17) Georg Ranhoff (sak 44/17)

Sak	Tema	Sakstype
32/17	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 5.-6. september 2017	
33/17	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
34/17	Porteføljestyingsprosessen	Drøfting
35/17	Strategiprosessen 2018	Drøfting
36/17	Én innbygger – én journal	Drøfting
37/17	Arkitekturstyring	Drøfting
38/17	Helsedataprogrammet	Drøfting
39/17	Personvernforordningen	Orientering
40/17	MF Helse	Orientering
41/17	Digital patologi	Orientering
42/17	En vei inn	Orientering

43/17	Helsekrav til førerkort	Orientering
44/17	Innledning – Kontekst Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan og porteføljestyling	Drøfting
	Behov – Hva er de viktigste behov vedrørende bedre sammenheng i pasientforløp? Perspektiv fra pasient og fastlege	
	Innsatsområde 2.1: Involvere innbygger i planlegging og gjennomføring av helsehjelp	
	Innsatsområde 2.2: Sikre kontinuitet i ansvarsoverganger	
	Oppsummering og neste skritt	
45/17	Eventuelt	

Sak	Onsdag 1. november – Strategi-, portefølje- og forvaltningsprosessen	
<b>32/17</b>	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 5.-6. september 2017</b>	
	Ingen kommentarer til innkalling og dagsorden. Ingen kommentarer til referatet fra møte 5.-6. september 2017.	
	<b>Vedtak:</b> NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referat fra møte 5.-6. september	
<b>33/17</b>	<b>Orientering fra Direktoratet for e-helse</b>	
	<p><b>1. Tilleggsoppdrag: IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren</b> Inga Nordberg, Direktoratet for e-helse, orienterte kort om tilleggsoppdraget IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren. Rapporten fikk tilslutning fra Nasjonalt e-helsestyre i deres møte 25. oktober. Endelig rapport overleveres HOD og blir offentliggjort 15. november.</p> <p><b>2. Nasjonal forskrivningskomponent</b> Espen Hetty Carlsen, Direktoratet for e-helse, orienterte om Nasjonal forskrivningskomponent. Et konsept for Nasjonal forskrivningskomponent er foreslått av direktoratet for e-helse. En forutsetning for det videre arbeidet er at dette er ønsket, og det pågår et arbeid for å få til dette. Konseptet foreslås for å bidra til økt kvalitet i e-resepts verdikjede og bidra til å redusere risiko for gjennomføring av Pasientens Legemiddelliste</p> <p><b>3. Kunnskapsoppdrag</b> Irene Olaussen, Direktoratet for e-helse, orienterte om tilleggsoppdraget Kunnskapsoppdrag som går ut på å utrede nasjonale kunnskapsbehov på e-helseområdet.</p> <p><b>4. Nasjonal laboratoriedatabase</b> Peter Holmes, Folkehelseinstituttet (FHI), orienterte om nasjonal laboratoriedatabase. Konseptutredning og konsekvensanalyse ble overlevert HOD 29. september.</p>	
	<b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering.	
<b>34/17</b>	<b>Porteføljestyingsprosessen</b>	
	<p>Kristin Bang, Direktoratet for e-helse, orienterte om status på porteføljestyingsprosessen og 2018 porteføljen. Hensikten med saken var å få innspill vedrørende nasjonal e-helseportefølje 2018.</p> <p>Det ble kommentert at det er viktig at argumentasjonen for scoringen på prioriteringskriteriene synliggjøres. Det kom også innspill på at det er ønskelig med en beskrivelse av hvordan prioriteringskriteriet nytteverdi defineres og scores. Direktoratet for e-helse svarte at man kan få innsikt i scoring og at man i det som legges fram for</p>	

	<p>NUFA scorer i henhold til den informasjonen man har. Dersom det kommer ny informasjon fram, vil scoring kunne endre seg på bakgrunn av dette. Det er derfor viktig at NUFA bidrar med innsikt. Det har vært gjennomført 1:1 møter med alle aktørenes NUFA og NUIT-medlemmer for å få økt innsikten og få innspill på prioritering.</p> <p>Nasjonal portefølje skal inneholde tiltakene som i sum skal realisere Nasjonal e-helsestrategi. Endrede helsepolitiske mål, eller andre endringer som påvirker strategien skal innarbeides gjennom strategiprosessen. En utfordring er hvilken rekkefølge det er hensiktsmessig å gjøre ting i. I den forbindelse orienterte Vidar Mikkelsen om arbeidet med målbilde og veikart i «Én innbygger – én journal» som sier noe om dette.</p> <p>Neste trinn i porteføljestyingsprosessen er behandling av forslag til nasjonal portefølje 2018 i NUIT i starten av uke 46. Endelig portefølje vil være på plass når all finansiering er avklart, etter planen er dette målet for behandlingen i e-helsestyret i desember.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse innarbeide innspill fremkommet i møtet.</p>
<b>35/17</b>	<b>Strategiprosess 2018</b>
	<p>Irene Olaussen, Direktoratet for e-helse, orienterte om utvikling og etablering av prosess for forvaltning av Nasjonal strategi og handlingsplan for e-helse (2017-2022).</p> <p>Det ble kommentert at mye av utviklingen fremover skrives i Stortingsmeldinger. Som del av strategiprosessen vil Direktoratet følge med på offentlige dokumenter som NOUer, Stortingsmeldinger, tildeling- og oppdragsbrev, og sikre at dette blir del av kunnskapsgrunnlaget for revisjon av strategi og handlingsplan.</p> <p>Det er nyttig med en transparent prosess, og publisering av tydelige kriterier for strategisk kvalifisering og prioritet.</p> <p>Det ble kommentert at det er positivt at utvalgene i den nasjonale styringsmodellen blir invitert til å mene noe om dette. Det ble kommentert at det er krevende, men også viktig at budskapene fra aktørene er koordinert mellom de ulike nasjonale arenaene (NUFA, NUIT og NEHS). Det kan stilles spørsmål til rollen som foreskriver NEHS i Strategiprosessen. Skal de kun inviteres til å bli orientert kan det vurderes å styrke deres rolle.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill fra møtet i videre arbeid.</p>
<b>36/17</b>	<b>Prosjekt «Én innbygger – én journal»</b>
	<p>Saken omfattet tre del saker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kort orientering om status</li> <li>• Løsning for kommune tjenesten</li> <li>• Veikart</li> </ul>
<b>36/17-1</b>	<p>Idunn Løvseth Kavlie, Direktoratet for e-helse, ga en generell status for «Én innbygger – én journal».</p> <p>Det vurderes alternativer for realisering av «Én innbygger – én journal» med utgangspunkt i Helseplattformen i Midt-Norge som regionalt utprøvningsprogram og en nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester som neste steg. Veikart skal leveres til HOD i desember 2017.</p> <p>Det utarbeides beslutningsunderlag for etablering av en nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester. Leveranse for dette er i 2018. Dersom</p>

	<p>anskaffelse vil dette bli koordinert slik at den kommer etter anskaffelsen i Helseplattformen. Helseplattformen planlegger å signere kontrakt første kvartal 2019</p> <p>Det er samarbeid med Helseplattformen på ulike måter. Formell representasjon i Programstyre og Helsefaglig referansegruppe for Helseplattformen, i tillegg faglig rådgivning og tilrettelegging av nasjonale prosesser for å sikre mest mulig gjenbruk og læring fra Helseplattformen. Status på Helseplattformen er at det er tre leverandører som er med videre i anskaffelsen.</p> <p><b>Innspill og diskusjoner:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det stilles spørsmål om prosjektet ser på behov for datafangst og samhandling med helseregistrene. Det er mye rapportering inn til for eksempel helseundersøkelser o.l. Prosjektet informerer om at tiltaket skal tilrettelegge for at data skal være tilgjengelig for forskning, kvalitetsforbedring, helseanalyse etc, og det har vært tidligere dialog med FHI om dette.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar prosjektets status til orientering.</p>
<p><b>36/17-2</b></p>	<p>Idunn Løvseth Kavlie, Direktoratet for e-helse, la frem denne saken. Hensikt med saken var å informere NUFA om arbeidet med planlegging av Nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester og motta innspill på foreløpige omfangsvurderinger og plan for videre arbeid.</p> <p>Dette arbeidet er basert på det arbeidet som er gjort i utredningen «Én innbygger – én journal». Sammen med KS er det etablert samarbeid med referansekommuner med Tromsø, Bergen, Bærum og Kristiansand. Hver av disse har etablert en kommunegruppe, slik at det totalt utgjør dette 44 kommuner. Over 280 representanter har deltatt i arbeids møter så langt. Det som er drøftet med disse kommunene er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvilke helse- og omsorgstjenester skal løsningen understøtte?</li> <li>- Hvilken samhandling skal løsningen understøtte, i og på tvers av virksomheter?</li> <li>- Hvilke av den kommunale helse- og omsorgstjenestens oppgaver skal understøttes av løsningen?</li> <li>- Hvilken IKT-funksjonalitet må løsningen inneha?</li> </ul> <p>Vurderinger fokuser på tjenester, virksomhetskapabilitet, funksjonalitet og samhandlingsbehov. Dette bygger på struktur som Helseplattformen benytter i sin anskaffelse. Samhandling har blitt særlig sterkt markert som behov fra kommunene. Foreløpig vurderinger for kommunene er at en løsning er avhengig av å ha god samhandling med andre aktører i helsetjenesten, inkl. spesialist, pårørende og innbygger/pasient. Videre er det viktig at kommunene har et behov for et helhetlig bilde for innbygger/pasient, det betyr at det er behov for samhandling med skole, Nav etc. En av utfordringene som er kommet tydelig frem i for dagens tjeneste er samhandling med NAV.</p> <p><b>Innspill og diskusjoner:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det ble diskutert forholdene til tannlegetjenesten, og flere ønsket dette inn som del av Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det påpekes at klinikere i tannhelsetjenesten har stort behov for samhandling med andre deler av helsetjenesten for å gi tannhelse til lovpålagte grupper. Tenner og munn er en del av kroppen og helsa til en person.</li> <li>- Bør være oppmerksom på at mye av kunnskapsunderlaget er utviklet av spesialisthelsetjenesten, en bør se mer hen til forskning fra primær. Spesialist har fokus på diagnose, mens kommune har fokus på funksjon og helhet.</li> <li>- I kommunen har en vedtaksprosess, det bekrefter at det er med i arbeidet.</li> <li>- Veldig bra å ha denne prosessen som prosjektet har lagt opp til. Samtidig er det</li> </ul>

	<p>en bekymring knyttet til at en kan få fem nasjonale løsninger - dersom hver region utvikler sine og en nasjonal kommunalløsning. Dette betyr noe for hvordan en skal kravstille en løsning for kommunesektoren.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det stilles spørsmål om hvordan en tenker lovpålagt rapportering til myndighetene.</li> <li>- Hva med arkiv, kommunene er ikke del av helsearkivet og behov for å se nærmere på.</li> <li>- Det kan være interessant å se på hvordan andre land dokumenterer helsehjelp for omsorgstjenesten.</li> <li>- Vi kan ikke fortsette med helsetjeneste slik vi har i dag. I hvilken grad klarer vi å løfte det opp slik at det blir en diskusjon? Helsetjenesten er i ferd med å bli veldig fragmentert og det er viktig at digitalisering blir en måte å forbedre helsetjenesten og ikke en måte å sementere fragmenteringen.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering og ber prosjektet om å innarbeide innspill i videre arbeid.</p>
<b>36/17-3</b>	<p>Hensikt med saken var å presentere status og få innspill til foreløpige vurderinger i arbeidet med veikart for realisering av én innbygger – én journal.</p> <p>Konstantinos Tsilkos presentert arbeidet med veikart for å realisere «Én innbygger – én journal». Arbeidet er rettet mot de tre målene i Meld St. 9 (2012-2013), én innbygger – én journal. Det jobbes med tre alternative veikart:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opprettholde gjeldende utviklingsretning, men reduserer ambisjonsnivået om å realisere målbilde</li> <li>2. Startpunkt for å ha fleksibilitet mot nasjonalt målbilde og eventuelle endringer strategiene til i kommunesektoren, fleksibilitet for nasjonal løsning</li> <li>3. Regionale realiseringer i et samarbeid mellom virksomheter</li> </ol> <p>Det gjøres vurderinger av de ulike alternativene og anbefalinger blir presentert for styringsgruppen og e-helsestyre før det oversendes HOD i desember 2017.</p> <p><b><u>Innspill og diskusjon:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemet er ikke hvor vi skal, men veien dit.</li> <li>- Klarer vi med det foreslåtte veikartet å bruke digitalisering som et virkemiddel til å fornye og forbedre helsetjenesten som helhet? Eller sementerer vi nå en fragmentert tjeneste?</li> <li>- Viktig at en ikke tvinger inn et system som ikke er modent.</li> <li>- Innføring av IKT prosjekt er mye organisasjonsutvikling. Skal man ta i bruk fellesløsning blir det viktig å også se på organisasjonsutvikling. Hva er potensiale for å standardisere pasientforløp?</li> <li>- Systemer som tar 6-7 år før det blir implementert vil være utdatert fra kravstillingen ble utarbeidet. Hvordan håndterer man dette?</li> <li>- Gode kommuneløsninger hjelper med kommunikasjon med nabokommuner, men det største behovet er å kommunisere bedre med helseforetakene. Hvordan vil en nasjonal kommunal løsning bidra til dette?</li> <li>- Spesialisthelsetjenesten er veldig internasjonal. Men innen kommunehelsetjenesten er det store nasjonale forskjeller.</li> <li>- Det er viktig å ha god samhandling, men det er også behov for modernisering. Kommunene har gamle, tungvinte og lite brukervennlige systemer.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA ber prosjektet om å ta med innspill i det videre arbeidet.</p>
<b>37/17</b>	<b>Arkitekturstyringsprosjektet</b>
	<p>Direktoratet for e-helse presenterte foreløpig arbeid i prosjekt Etablering av nasjonal arkitekturstyring. Innledningsvis orienterte Vidar Mikkelsen om bakgrunn for prosjektet og sentrale leveranser. Han informerte også om at prosjektet har sendt brev til</p>

	<p>aktørene med forespørsel om deltagere til møter for å diskutere prosjektets leveranser. Arbeidet med målbilde og veikart som er presentert i saken over, er en del av dette prosjektet.</p> <p>Mona Holsve Ofigsbø, Espen Møller og Anders Ravik orienterte om foreløpige mål for hvordan arkitekturstyring bør inngå i prosesser for statsforvaltning, strategi, porteføljestyling og forvaltningsstyring.</p> <p>Det ble stilt spørsmål om hvordan samstyringsmodellen, inkludert NUFA, blir involvert i nasjonal arkitekturstyring. Dette er spesielt relevant for kommunesiden som må håndtere arkitektur på tvers av helse og andre sektorer. Prosjektet svarte at arkitekturstyring blant annet skal inngå i de nasjonale prosessene knyttet til strategi, portefølje og forvaltning av nasjonale løsninger, og at det er NUFA involveres gjennom disse. Det ble kommentert at en viktig rolle for arkitekturstyring i porteføljeprosessen er å skaffe oversikt over avhengigheter og se initiativer i sammenheng.</p> <p>Bjarte Aksnes orienterte om forslag til en metode for å velge rett samhandlingsmodell. Metoden består av et forslag på generiske brukerscenarier hvor samhandling inngår, samt et forslag på egenskaper som kjennetegner behovet for samhandling.</p> <p>Det ble kommentert at metoden som ble presentert er god. Det kom innspill på mulige egenskaper som ikke var nevnt (forskjell på regelmessighet og frekvens, forskjell på om det er avsender eller mottaker som trigger samhandling). Det ble videre kommentert at man bør se samhandlingsmodeller og sikkerhetsmodeller (inkl. tillitsmodeller) i sammenheng.</p> <p>Viktighet av å se samhandling i helse- og omsorgssektoren i sammenheng med øvrig offentlig sektor ble presisert. Difi arbeider med generelle samhandlingsarkitekturer og ønsker tettere dialog rundt dette fremover.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering og ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet.</p>
<p><b>38/17</b></p>	<p><b>Helsedataprogrammet</b></p>
	<p>Bent Are Melsom og Børge Ellingsen Kristiansen, Direktoratet for e-helse, la frem saken om Helsedataprogrammet. Helsedataprogrammet ønsket å informere om absolutte krav og evalueringskriterier som er en del av konseptvalgutredningen for helseanalyseplattformen. Videre presenterte Helsedataprogrammet noen eksempelkonsepter for NUFA. Dette for å få NUFA sine innspill og for å holde NUFA orientert om arbeidet i programmet.</p> <p>De absolutte kravene som ble presentert var:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Føre til bedre datakvalitet</li> <li>B. Gi enklere og raskere tilgang til helsedata</li> <li>C. Gi bedre oversikt over data som finnes</li> <li>D. Gjøre det enklere å etterleve gjeldende regelverk</li> <li>E. Styrke personvernet</li> <li>F. Bidra til en effektivisering for registerforvalter og brukere av helsedata</li> </ul> <p>Evalueringskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Funksjonell måloppnåelse</li> <li>B. Strategisk måloppnåelse</li> <li>C. Informasjonssikkerhet og personvern</li> <li>D. Gjennomføringsrisiko</li> <li>E. Kostnad</li> <li>F. Strategiske gjenbruksverdi</li> </ul>

	<p>Det er gjennomført en spørreundersøkelse sendt forskere, hvorav tre svar var urovekkende mhp hvor lang tid det tar å hente ut data. Gjennomsnittiden for å hente ut data fra <i>to eller flere</i> registre er 17 måneder, mens for uthenting fra ett register tar 5 måneder.</p> <p><b>Innspill og diskusjon:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det blir etterspurt om prosjektet ser på hvordan innrapporteringen bør skje og om evalueringskriteriene er besluttet.</li> <li>- Det er noe usikkert hva som menes med beredskap mhp hastegrad. Dette bør fremkomme på en god måte</li> <li>- Ved bruk av sekundærdata til primærformål vil gi en helt annen verdi av sekundærregistrene, et eksempel er bruk av NPR i kjernejournal. Det kan brukes til preventiv "styring" for å få oversikt over ulike situasjoner i en kommune/distrikt som for eksempel at det er mange med samme diagnose i enkelte distrikt og deretter tilrettelegge for behovet for rett personell etc</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA er orientert om status og fremdriften i Helsedataprogrammet. Dette inkluderer en revidert versjon av planen for HAP. Videre er NUFA orientert om og har gitt sine innspill til absolutte krav, evalueringskriterier og er orientert om noen eksempel på konsepter som programmet arbeider med.</p>
<b>39/17</b>	<b>Personvernforordningen</b>
	<p>Birgitte Jensen Egset, Direktoratet for e-helse, orienterte om nye krav under EUs nye personvernforordning General Data Protection Regulation (GDPR).</p> <p>Ny lov om personopplysninger har vært på høring med frist 16. oktober 2017. Loven er planlagt å tre i kraft 25. mai 2018 i Norge. Formål med GDPR er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Felles regelverk for personvern i Europa</li> <li>- Styrke borgernes rettigheter – flere plikter på databehandlingsansvarlige</li> <li>- Styrke tilliten til digitale tjenester</li> </ul> <p>Det nye regelverket viderefører og utdyper gjeldene rett. Generelt er det mer detaljerte bestemmelser og flere krav til dokumentasjon. Blant de viktigste nye kravene er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Styrking av den registrertes rettigheter</li> <li>- Flere plikter for databehandlingsansvarlig og databehandler</li> <li>- Strengere krav til samtykke</li> <li>- Krav til innebygd personvern og personvern som standardinnstilling</li> <li>- Krav til vurdering av personvernkonsekvenser</li> <li>- Strengere krav til avvikshåndtering</li> <li>- Strengere sanksjoner</li> </ul> <p><b>Innspill og diskusjon:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det er behov for veiledning av GDPR i sektoren</li> <li>- Sektorlovgivningen gjennomgås nå av HOD for å ivareta tilpasninger til forordningen</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering.</p>
<b>40/17</b>	<b>MF Helse</b>
	<p>Inger Marie Finborud la frem saken om MF Helse. Den nasjonale felleskomponenten for persongrunndata i Norge, Folkeregisteret(DSF), eid av Skattedirektoratet, gjennomgår i tidsrommet 2016 – 2019 en større modernisering. Moderniseringen berører innhold og tjenester. Den eksisterende komponenten, PREG, skal - i et stegvis leveranseløp - erstattes av en ny komponent, FREG.</p>



	<p>Planer for utvikling og innføring, spesielle utfordringer i overgangsperioden frem til 2020, innhold og nye tjenester, og arkitektur for løsningen i helsesektoren er alle viktige områder som må kommuniseres effektivt og enhetlig til alle aktører i sektoren.</p> <p>Gjennomført konseptrapport er besluttet i styringsgruppen, det er over i gjennomføringsfase. Det er etablert og organisert som et program. Etablere programkontor og styre. Fire hovedområder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Digital melding om dødsfall</li> <li>- Digital melding om fødsel (spesialist har fulldigitaliserte melding fra 2017 og skal modernisere fra digitalt til digitalt)</li> <li>- Konsument</li> <li>- Forvaltning</li> </ul> <p><b><u>Innspill og diskusjon:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Helse Midt ønsker et eget møte for å vite hvordan MF vil treffe eksisterende systemer</li> <li>- Helse har behov for historikk. Det er ikke endelig avklart hvordan dette skal løses fra SKD eller i sektoren. Sektorens behov for historikk er et av flere argumenter for hvorfor helse ønsker å etablere egen sektorkopi</li> <li>- Grensesnitt mellom SKD og Helse gjøres i dialog med SKD</li> <li>- Grensesnitt innad i sektoren gjøres i dialog med sektoren</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> MF-Helse-programmet innarbeider fremkomne momenter i eksisterende planer, spesifikasjoner og løsninger.</p>
<b>41/17</b>	<b>Digital patologi</b>
	<p>Line Rodal Dokseth, Nasjonal IKT, orienterte om Digital Patologi. Det er i perioden februar 2016 – mai 2017 gjennomført en konseptfase som har utarbeidet et nasjonalt målbilde og veikart for «Digital patologi 2025». Prosjektet ønsket å gi NUFA en oversikt over foreslåtte tiltak og ønsker innspill til videre arbeid i planleggingsfasen.</p> <p><b><u>Innspill og diskusjon:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det er flere prosjekter i sektoren med lignende tematikk og/eller avhengigheter til tematikk, og det er viktig å gå i dialog med interessenter for å se på synergier, om løsningene kan brukes på flere områder og om noe bør koordineres og løses nasjonalt.</li> <li>- Viktig å få med fagpersonene. Patologene kan muligvis anse dette som en trussel, hvis f.eks. de digitale tjenestene kan flyttes over landegrensene på samme måte som innenfor radiologi. Det kan også være konkurranse fra kunstig intelligens, for tolkning av CT bilder.</li> <li>- Det jobbes med de Juridiske vurderinger, Endelig juridisk vurdering er ikke klar for endelig konsept for etablering av nasjonale databaser er utarbeidet, etter dialog med alle interessenter.</li> <li>- Den største risiko er beslutninger som tas av eksterne interessenter og finansiering.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA er orientert om innholdet i Nasjonal IKTs prosjekt Digital patologi. NUFA støtter målbildet og tiltakene, og ber prosjektet ta innspill fremkommet i møtet med i videre arbeid i planleggingsfasen.</p>
<b>42/17</b>	<b>En vei inn</b>
	<p>Vibeke Fraenkl, Helsedirektoratet, orienterte om status for arbeidet med pilot for En vei inn, og muligheter for etablering av en nasjonal løsning med oppstart i 2018.</p> <p>Det finnes i dag en rekke meldeordninger for uønskede pasientrelaterte hendelser i helsetjenesten, med ulike systemer for innrapportering, organisering og drift. Helse- og</p>



	<p>omsorgsdepartementet (HOD) har i tildelingsbrev gitt Helsedirektoratet i oppgave å fremme forslag om hvordan man kan forenkle innrapporteringen til disse meldeordningene gjennom et felles elektronisk meldesystem.</p> <p>Meldingsordningen eies av seks ulike etater og helsepersonell ønsker en enklere prosess for å melde inn avvik i helsetjenesten. Visjonen er at det skal være enkelt å melde og ikke kreve mye forkunnskap.</p> <p><b><u>Innspill og diskusjon:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det ble stilt spørsmål til om dette også omfatter kommunikasjonen mellom helsetjenester, f.eks mellom kommune og sykehus, når en uønsket hendelse er meldt. Det er pt utenfor scope for oppdraget, men prosjektet er klar over behovet og kan ta det med i det videre arbeidet.</li> <li>- Kilder som anvendes til beriking av ny løsning er i første omgang HPR. Ønsker å utrede NPR, men det er noen juridiske begrensninger. Bør koordinere arbeidet med API arbeidet som gjøres i Helsedataplattformen.</li> <li>- Piloten er å betrakte som en Proof of Concept for å verifisere om foreslått konsept fungerer og er realistisk å gjennomføre.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering.</p>
<b>43/17</b>	<b>Helsekrav til førerkort</b>
	<p>Espen Hetty Carlsen (Direktoratet for e-helse), Jan Robert Johannesen (Fastlege) og Heidi Dolven (Halogen) la frem saken om Helsekrav til førerkort.</p> <p>Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet deltar sammen med Vegdirektoratet og Politidirektoratet i prosjektet «Vilkår for førerrett» som er med i Stimuleringsordningen for innovasjon og tjenestedesign i regi av Difi. Prosjektet har utarbeidet modell for hvordan prosessen er knyttet til helse og førerrett kan forenkles og digitaliseres.</p> <p>Hensikten med denne saken er å orientere om prosjektet og hvilken rolle helsekrav spiller inn her.</p> <p><b><u>Innspill og diskusjon:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skjemaet er et av de vanligste fastlegene jobber med. Bør utvides til en generisk modul, som kan gi nytte for arbeidsprosessen.</li> <li>- Det gir også innsparing av reisetid for pasienter. Ønsket er at skjema også kan ta imot data som er på pasientens instrumenter på sikt.</li> <li>- Det er ikke mange grep som kreves for å iverksette det, da dialogmeldingen eksisterer allerede og kan aktiveres for dette formål. Synliggjøre nytten overfor HOD.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering og ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet.</p>

<b>Sak</b>	<b>Torsdag 2. november – Tema: «Bedre sammenheng i pasientforløp»</b>
<b>44/17</b>	<b>Bedre sammenheng i pasientforløp</b>
	<p><b>44A: Innledning – Kontekst Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan og porteføljestyring</b></p> <p>Vidar Mikkelsen, Direktoratet for e-helse, ga en innledning til temaet «Bedre sammenheng i pasientforløp» i konteksten nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan og porteføljestyring.</p>
	<p><b>44B: Behov</b></p> <p>Hva er de viktigste behov vedrørende bedre sammenheng i pasientforløp? Det ble orientert om perspektiv fra pasient og fastlege.</p> <p>Arnfinn Aarnes, FFO, presenterte brukernes behov og relaterte det til regjeringens</p>

overordnede mål for pasientens helsetjeneste. FFO har sett behov for en ny og styrket brukerrolle slik at brukerne kan delta aktivt inn i helsetjenestene. Ser at elektroniske løsninger kan bidra til å utvikle brukerrollen, men brukeren har behov for veiledning og råd for å ta i bruk elektronisk løsninger.

Pasienter og brukerne har behov for helhetlige forløp uten opphold. Det er i overgangene bruddene i pasientforløpet oppstår.

Utfordringer er at spesialist og kommune tenker forskjellig. Spesialist tenker diagnose, mens kommunen tenker funksjon og mer helhetlig. Det gis eksempler ved brukerhistorier.

#### **Innspill og diskusjon:**

- Ikke sikkert at spesialist og kommune tenker forskjellig, men har forskjellig ansvar og oppgaver i forløpene. I «Én innbygger – én journal» må forløpet beskrives på tvers av aktører og ikke bare innad i kommunene.
- Rollen til brukerorganisasjonene i forløpet: Brukerorganisasjonene har ofte et likemannsapparat som har erfaringer med forløpet som det kan henvises til, og sykehusene kan f.eks. vise til brosjyrer som forklarer hvordan det er å leve med sykdommen.
- Ansvarliggjøring av pasienten i de tilfeller pasienten er medregnelig, f.eks. ved å be pasienten om å kontakte fastlegen etter en bestemt periode, og at fastlegen går gjennom informasjonen i epikrisen med pasienten for å sikre at informasjonen er korrekt og ikke går tapt.

Ivar Halvorsen, fastlege, presenterte fastlegers behov. Ivar Halvorsen har ikke tro på at teknologi hjelper på alt, men at en må ha en god samhandling i bunn. Vi har laget gode rutiner for kontakt, har felles tilgjengelig epikriser og PLO-meldinger. Den viktigste delen som mangler er pasient legemiddelliste.

Han presenterte en brukerhistorie om en pasient som har en komplisert sammensatt sykdom, noe som utfordrer helsetjeneste pasientforløp. Utfordringen er at en har ikke definert de komplekse forløpene som koster samfunnet mye. Det er behov for å kunne gjenfinne informasjon enkelt, unngå duplisering, enkel pålogging, og ha mulighet for deling i EPJ. Det er en utfordring at en ikke har enkel oversikt over behandlingsplanen, systemene er ikke tilrettelagt for det.

#### **44C: Innsatsområde 2.1: Involvere innbygger i planlegging og gjennomføring av helsehjelp**

- Espen Møller, Direktoratet for e-helse, ga en innledning til innsatsområdet
- Nina Ulstein, orienterte om status basistjenester for innbygger dialog, inkl. bredding
- Harald Hjelde, Bærum kommune, orienterte om strategi for innbyggertjenester i kommunen
- Camilla Holm, Oslo kommune, orienterte om prosjekt for kommunale innbyggertjenester
- DNLF orienterte om status legepraksis – hvilke tjenester brukes og hva er behovet?
- Kort status fra RHF-ene (HV/Geir Granerud, HSØ/Ulf Sigurdsen, HN/Randi Brendberg, HMN/Per Olav Skjesol)
- Vurdering av dagens strategier

Espen Møller, Direktoratet for e-helse, innledet sesjonen og ga en oppsummering av de fem målene innen innsatsområdet 2.1, i tillegg til de tre tiltakene fra handlingsplanen.

Nina Ulstein, Direktoratet for e-helse, ga en status på produktstrategien til helsenorge.no. Mål for helsenorge.no er å bidra innen områdene:

- Helsefremming og forebygging
- Åpne verktøy og selvhjelp

- Bekymring og søke hjelp
- Kartlegging og utredning
- Behandling og oppfølging

Det vises til status for nåsituasjonen på hva helsenorge.no inneholder, det er informasjon:

- På de åpne sider som er kvalitetssikret informasjon om helse, rettigheter, sykdommer og forebygging
- Om sin egen helse ved å logge seg inn, da vil en få tilgang til en rekke e-tjenester for både selvbetjenings- og dialogfunksjoner

Viktige områder i 2017 er pleie og omsorgstjenesten i kommunen, løsninger for registre, forskning helseundersøkelser, pilot unge kronikere og forberedte fastlegetilbudet. Strategien for helsenorge.no i 2017-2020 er å gi innbygger én vei inn til basistjenester i et rikt økosystem. Da må alle behandlingssteder/behandlere bidra til å gi innbyggeren en felles kontekst på tvers av behandlingsstedene.

#### **Innspill og diskusjon:**

- Bør beskrive hvordan dialog mellom pasient og helsepersonell skal være og i tillegg bør det være fokus på forløpet. Eksempel på en dialog kan være felles behandlingsplan.
- Det finnes mange behandlingsplaner, hvor hver har sin forståelse av egen situasjon. Anbefaler å få en oversikt over behandlingsplaner som finnes og hva en behandlingsplan skal være – savner koordinering.
- Bør tilrettelegge for en felles plan
- Det er bekymring for at det går for langsomt med å utvikle tjenester på helsenorge.no

Harald Hjelde, Bærum kommune, presenterte innbyggertjenester i Bærum kommune og hvordan kommunen jobber med et reelt digitalt førstevalg for innbyggere. I kommunene er det ikke bare helsesektoren som trenger helsetjenester, men også andre sektorer som skole, pleie og omsorg osv. I kommunene er det behov for å både tenke sektorer og tjenester i sin helhet.

#### **Innspill og diskusjon:**

- God fokus på helhetsbilde i Bærum kommune
- Leverandørspørsmålet er utfordring mhp styringsmekanisme, finansieringsmodell, vanskelig systemlandskapet

Camilla Holm, Oslo kommune, orienterte om prosjekt for kommunale innbyggertjenester, prosjekt DigiHelse. Målsetning er å styrke samarbeidet mellom tjenestemottakere, pårørende og ansatte i hjemmetjenesten i forbindelse med daglig utførelse av tjenester i hjemmet. Prosjektet er et samarbeid mellom Oslo kommune, Bergen kommune og øvre Romerike.

#### **Innspill og diskusjon:**

- Er det erfaring fra hjemmetjenesten?

Torgeir Fjermestad og Ivar Halvorsen, DNLF, orienterte om innbyggertjenester fra legepraksis-perspektivet. I presentasjonen fremkommer det at bare ca. 105 legekontorer har tatt i bruk DDFL via Helsenorge. Helserespons sine løsninger er per i dag dominerende der ca. 1100 legekontorer har deres SMS-løsning. Synspunkter fra årsmøtet til DNFLs referansegruppe for EPJ presentert. Fra fastlegenes ståsted har helsenorge.no en del utfordringer. Eksempelvis er opplevelsen at leveransene er

	<p>langsomme og at legekantorenes hjemmesider med viktig informasjon blir mindre synlige.</p> <p>Geir Granerud, Helse Vest, presenterte vestlandspasienten.no som bygger på helsenorge.no. Selv om mye gjenstår på helsenorge.no, så er mange av utfordringene tilknyttet videreutvikling av EPJ-løsningen. EPJ løsningene henger etter i utviklingen på flere sentrale punkter som er viktig for å kunne realisere nye og gode tjenester på helsenorge.no. På portalen vil pasienten sitte med en (mer eller mindre) helhetlig oversikt over seg selv, mens helsepersonell sitter med et mer fragmentert bilde i sine respektive EPJ løsninger. Det er utfordringer med barn 12-16 år, da foreldre mister innsikt fra da barn fyller 12 år. Dette er et viktig fokusområde fremover. Det er bra at helsenorge.no tilrettelegger for ny sikkerhetsmodell som gjør det mulig å tilrettelegge for nye tjenester og integrerte 3.parts produkter.</p> <p>Randi Brendberg, Helse Nord, presenterte oversikt over status av tilgjengelige digitale pasienttjenester på helsenorge.no i helse nord.</p> <p>Ulf Sigurdson, Helse Sør-Øst, presentert et veikart for når digitale innbyggertjenester i helse sør-øst er tilgjengelig på helsenorgen.no. Det ble i 2016 vedtatt å etablere et utviklingsprosjekt for Digitale innbyggertjenester (DIT). De første tjenestene planlegges innført i hele foretaksgruppen i 2018 og inkluderer innsyn i journaldokumenter og logg samt elektronisk post. I tillegg arbeider Helse Sør-Øst med samvalgstjenester i et arbeid som er koordinert av Helse Nord.</p> <p>Per Olav Skjesol, Helse Midt, har mye fokus på helseplattformen og derav litt mindre på helsenorge.no. Det som er fokus av digitale tjenester på helsenorge.no er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Digitale løsninger for gravide kvinner i Midt-Norge</li> <li>- Visning av timeavtaler til terminbestemmelse</li> <li>- Endring av timeavtaler til terminbestemmelse</li> <li>- Elektronisk informasjonsskjema for gravide</li> <li>- MRS skjema for egenrapportering</li> <li>- Ta i bruk kunnskapsdelen av Helsenorge.no</li> </ul> <p>Dette gjør at Helse Midt får testet ganske mye funksjonalitet på en smal pasientgruppe. I tillegg fortsetter arbeidet med presentasjon av pasientforløpet via HF-ene sine hjemmesider bl.a. gjennom film og beskrivelser.</p> <p><b><u>Samlet innspill og diskusjon fra innleggene til de fire RHF innleggene:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oppsummert går det for sakte på dette området.</li> <li>- En burde fokusere mer på hvordan pasienten kan bruke informasjonen.</li> <li>- Det er ønskelig å få inn legemiddelbruket, hva skal pasienten bruke og hva tar pasienten av legemiddel.</li> <li>- Hvordan tilrettelegge informasjon på helsenorge.no slik at pasienten ikke trenger fysisk gå til helsetjenesten.</li> <li>- For å tilrettelegge for at pasienter skal slippe oppsøke helsetjenesten er det også behov for å endre finansieringsmodellen. P.t er finansiering knyttet til fysisk oppmøte hos fastlegen, sykehus etc.</li> <li>- Produktstyre for helsenorge.no har ansvar for å følge opp strategien og målbildet. Risikoen er at en ikke har sterke virkemidler som kan få dette realisert.</li> </ul>
	<p><b>44D: Innsatsområde 2.2: Sikre kontinuitet i ansvarsoverganger</b>        Hans Løwe Larsen, Direktoratet for e-helse, ga en innledning til innsatsområde #2.2 Sikre kontinuitet i ansvarsoverganger.</p>

Aslak Steinsbekk, NTNU, orienterte om utfordringsbildet vedrørende ansvarsoverganger. Helsetjenestens spesialisering innenfor helsefagene over tid er en viktig årsak til den store samhandlingskompleksiteten. Det har medført økt behov for utveksling av pasientopplysninger. Pasientforløp er informasjonsdrevne – informasjon går foran. Dersom ikke neste aktør blir varslet stopper prosessen. Oppgaver og ansvar gjennom meldinger. Det ble presisert at meldinger også kan overføres mellom helsepersonell i samme EPJ-system. Helsepersonell er opplært til at de skal være forsiktige med å dele helseopplysninger og at det kan være assosiert med lovbrudd og straff. Dermed kan helsepersonell være for tilbakeholdne med å dele pasientopplysninger selv om tjenstlig behov foreligger.

Roy Sigvartsen, Direktorat for e-helse, orienterte om tekniske utfordringer og muligheter. Det er behov for å understøtte den administrative prosessen for ansvarsoverganger med teknologien. Da er det behov for å definere en sammenhengende modell for ansvarsoverføringer som kan implementeres likt hos samhandlingspartene. I dag gjøres ansvarsoverføring som en implisitt del av dokumentutveksling hvor hendelsene i prosessene ikke er kjent mellom partene som samhandler, blant annet om mottaker har akseptert ansvaret eller om henvisningen avvises. En ansvarsovergang kan prosessuelt understøttes av en egen komponent for proseshendelser og en annen komponent for deling av klinisk dokumenter.

Det ble spurt om lovverket tillater nasjonale komponenter for data- og dokumentdeling på tvers av virksomheter. Direktoratet for e-helse svarte at det handler om måten informasjon deles på. Etablering av nasjonale databaser peker i retning av at det er behov for en forskrift.

Det ble kommentert at det også er viktig å ha med seg kommuneperspektivet, hvor samhandlingen skjer på en annen måte.

Georg Ranhoff, Direktoratet for e-helse, orienterte om forvaltning av meldingsstandarder. Prosjektet FIA Samhandling har bidratt til korrekt adressering og applikasjonskwittering og utviklet et verktøy for å verifisere at meldingene sendes i henhold til standard. I 2017 er det blitt innført ny forvaltningsmodell for e-helsestandarder som inkluderer etablering av produktstyret. Det er viktig ledd for å samle sektoren for videre prioriteringer av tiltak innen meldingsstandarder.

Per Meinich, Helse Sør-Øst, orienterte om strategi for ansvarsoverganger, inkl. henvisning 2.0. Ansvarsoverganger innenfor regionen er planlagt understøttet både av meldinger og deling, mens ansvarsoverganger understøttes med meldinger. Nasjonale løsninger som Kjernejournal kan supplere disse. Det er planlagt pilot for å sende henvisning som epikrise i 2018. Ulike alternativer for innføring av Henvisning 2.0 utredes nå.

Helse Sør-Øst har etablert en felles medikamentell kreftjournal mellom sykehus og sykehusapotek. På veien mot en regional DIPS arbeids det både med konsolidering og etablering av løsning for journaloppslag / deling av dokumenter på tvers av DIPS-installasjonene.

#### **Samlet innspill og diskusjon fra innleggene:**

- Vi må gjøre flere ting samtidig, og prioritere innsatsen i forhold til hva som gir mest gevinst. Må ha systematiske vurderinger i bunn. Eksempelvis savnes vurdering av alle meldingstallene vi har.
- Ansvarsovergangene som ikke er digitale; klarer vi å si noe om det? Fortsatt en del papirhenvisninger i HMN, og en stund til digitaliseringen er ferdig.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mye innsats på meldingsutveksling, men det går fortsatt for sakte</li> <li>- Viktig å ha fokus på hva gir effekt for meg som innbygger i møte med helsevesenet</li> </ul>
	<p><b>44E: Oppsummering og neste skritt</b>          Vidar Mikkelsen, Direktoratet for e-helse, ga en oppsummering og orienterte om neste skritt.</p> <p>Meldingsutveksling og tall som foreligger på dette ble kort drøftet. Det ble blant annet kommentert at en vurdering av tallene som foreligger for meldingsutveksling savnes. Det ble også stilt spørsmål til om det er mulig å si noe om ansvarsovergangene som ikke er digitale da det fremdeles eksisterer en del papirhenvisninger. Det ble også kommentert at det er hatt en positiv effekt at meldingsutveksling har blitt snakket om i NUFA.</p> <p>Det ble kommentert at det er viktig at det fokuseres på det som gir mest effekt for mange raskt, og at det fokuseres på dette opp mot arkitekturen.</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>45/17</b>	<b>Eventuelt</b>
	Ingen saker under eventuelt.