

Referat fra møte i NUFA		
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)	
<i>Dato</i>	31. januar – 1. februar 2017	
<i>Tid</i>	31. januar kl. 10.00 – 1. februar kl. 15.50	
<i>Sted</i>	Thon Hotell Airport, Gardermoen	
Medlemmer		
<i>Tilstede</i>	Inga Nordberg (Direktoratet for e-helse) Per Meinich (Helse Sør-Øst RHF) Meetali Kakad (Helse Sør-Øst RHF) Per Olav Skjesol (Helse Midt RHF) Randi Brendberg (Helse Nord RHF) Henrik Andreas Sandbu (Helse Midt RHF) Thore Thomassen (Helsedirektoratet) Kirsten Petersen (Helsedirektoratet) Anders Grimsmo (Norsk Helsenett) Ida Trældal Rystad (Diabetesforbundet) Arnfinn Aarnes (FFO) Eivind Kristiansen (NIKT) Geir Granerud (Helse Vest RHF) stedfortreder for Torgny Neuman	Bente Nedrebø (NIKT) Peter Holmes (FHI) Egil Rasmussen (KS) Bjørn Eivind Berge (KS) Kirsti Pedersen (KS) Ann-Kristin Smilden (KS) Grethe Almenning (KS) Helge Bang (Difi) Torgeir Fjermestad (Fastlege) Ola Vikland (Norsk Helsenett), stedfortreder for Axel Kvale Roger Schaeffer (FHI) stedfortreder for Marta Ebbing
<i>Ikke tilstede</i>	Torgny Neuman (Helse Vest RHF) Axel Kvale (Norsk Helsenett) Thor Johannes Bragstad (KS)	Marta Ebbing (FHI) Torun Risnes (KS)
<i>Øvrige</i>	Eirik Arnesen (Legeforeningen)	Tor Eid (HOD) Kathy Mølstad (NSF)
Direktoratet for e-helse	Vidar Mikkelsen Alfhild Stokke Hanne Merete Glad Bodil Rabben Norunn Elin Saure Hilde Lyngstad Marianne B. Van Os Tone Haadem Titland Espen Møller Mona H. Ofigsbø Siri Pernille Utkilen Anders Ravik Espen Stranger Seland Bjarte Aksnes Åsmund Ahlmann Nyre Truls Korsgaard Hallvard Lærum Espen Hetty Carlsen Kristin Bang Lene Skjervheim	Marianne Bille Idunn L. Kavlie Astrid Nyeng Jon Helge Andersen Hans Løwe Larsen Pernille Skogseth Konstantinos Tsilkos Øyvind Aasve Thomas Bjørnstad Andreas Grønbekk Anne Kristin Einarsrud Jarle Strømmen Kari Jørgensen Ronny Holten Olsen Caroline Cappelen Aina Blix Bjelde Nina Lunn Ulstein Berit Markestad Ben Asgeir Larsen Ingrid Anette Wulff

Sak	Tema	Sakstype
1/17	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 7. – 8. desember 2016	Godkjenning
2/17	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Godkjenning
3/17	Porteføljestytingsprosessen	Orientering

4/17	Velferdsteknologi	Drøfting
5/17	Nasjonal e-helsestrategi- og handlingsplan 2017-2020	Drøfting
6/17	Standarder, kodeverk og terminologi	Drøfting
7/17	Produktstrategier	Orientering
8/17	Eventuelt	

Sak	Tirsdag 31. januar
1/17	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 7. – 8. desember 2016
	Ingen kommentarer til innkalling og dagsorden, samt referat fra møtet 7. – 8. desember 2016.
	Vedtak: NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referat fra møte 7. – 8. desember 2016
2/17	Orientering fra Direktoratet for e-helse
	<p>Inga Nordberg, Direktoratet for e-helse, orienterte om at Nasjonalt e-helsestyre møtte statsråden den 23.januar 2017. Hensikten med møtet var å uttrykke helsetjenestens behov for én innbygger – én journal og spesielt behovene i kommunene.</p> <p>Idunn Løvseth Kavlie, Direktoratet for e-helse, orienterte om status for arbeidet med én innbygger – én journal i direktoratet. Prosjektet skal i fremover utarbeide et veikart for realisering av det nasjonale målbildet og videre planlegging av nasjonal kommunal løsning for EPJ. Det er etablert et samarbeid med programmet Helseplattformen i Helse Midt-Norge RHF på ulike særtema, i tillegg til at det er nasjonale innspill til konkurransegrunnlaget.</p> <p>Norunn Saure, Direktoratet for e-helse, orienterte kort om arbeidet i helse- og omsorgssektoren knyttet til Modernisert Folkeregister. Prosjektet er i ferd med å ferdigstille en konseptrapport med målbilde for hvordan helsesektoren skal forholde seg til modernisert folkeregister, herunder digital innmelding av fødsel og død til Folkeregisteret. Rapporten skal etter planen endelig godkjennes i prosjektets styringsgruppe i mars 2017. Prosjektet går over i planleggingsfase hvor konsept skal spesifiseres ytterligere i vår. Dersom NUFA-medlemmene ønsker å gi innspill på konseptrapporten kan man ta kontakt med virksomhetenes egne representanter i prosjektet (se foil), alternativt NUFA-sekretariatet.</p>
	Vedtak: NUFA tar saken til orientering
3/17	Porteføljestyingsprosessen
	<p>Kristin Bang, Direktoratet for e-helse, orienterte om den nasjonale porteføljestyingsprosessen for 2017. NUFA vil bli involvert for å sikre at gode faglige råd inkluderes i underlag til NUIT og Nasjonalt e-helsestyre.</p> <p>Det ble kommentert at det bør være rom i porteføljen for initiativ som er i en idefase, og som en aktør ser behov for og som en annen aktør bør vurdere å gjennomføre. Her vil NUFA være viktig for å bringe inn relevante behov.</p> <p>Det kom spørsmål om hvor detaljerte kost/nytte analyser bør være i prosjekter, og svaret var at dette vil variere basert på prosjektets omfang og kompleksitet.</p> <p>Det ble kommentert at porteføljestyingsprosessen med fordel kan være bedre koordinert med prosessen knyttet til satsingsforslag, som innebærer at prosjektforslag må fremmes enda tidligere enn porteføljeprosessen tilsier. Det ble videre kommentert at dette er krevende, og at en forutsetning for å lykkes er å samkjøre nasjonale prosesser med prosessene hos aktørene.</p>

	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse innarbeide innspill fremkommet i møtet.</p>
4/17	<p>Velferdsteknologi</p> <p>Jon Helge Andersen og Astrid Nyeng, begge fra direktoratet for e-helse, orienterte fra programmet. Velferdsteknologi er et satsningsområde med mål om å være en integrert del av helse- og omsorgstjenestene i 2020. De store utfordringene er implementering, omstilling og felles infrastruktur. Infrastrukturen må kunne knytte utstyr og forsystemer til applikasjoner hos responsentre og pasienten selv, og til EPJ. En felles plattform kan koble dette sammen, sørge for personvern og informasjonssikkerhet, meldingsutveksling og hendelsesforvaltning, og fungere som en utviklingsplattform også for 3.partsleverandører. Kommunene bør starte omstillingsarbeidet med å bruke velferdsteknologi nå, og lære av andre kommuner som har skaffet seg erfaring. Spredningsfasen initieres med egne tilskuddsmidler, spredning av kompetanse fra ressurskommuner og bistand for tjenesteutvikling fra lokale utviklingssentra for sykehjem og hjemmetjenester.</p> <p>Det ble kommentert om følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Velferdsteknologi er også aktuelt for spesialisthelsetjenesten, og prøves ut i dag. Dette bør inkluderes tydeligere i diskusjonen. • Effekten av avstandsoppfølging er usikker, og bør dokumenteres bedre. Internasjonalt ser man gode resultater på pilotene, men ikke ellers. Det er fare for sykeliggjøring, utrygghet hos pasienten og økt belastning for helsetjenesten. Tryggheten etter en undersøkelse varer kort, og kan gi økt usikkerhet senere. • Prosjektet bør gå i gang med modernisering av trygghetsalarmer, elektroniske låser og andre trygghetstjenester, men vente med å ta i bruk avstandsoppfølging til det er bedre dokumentert. • Følgeforskningen gjort i forbindelse med velferdsteknologiprogrammet bør publiseres i vitenskapelige tidsskrift (med peer review). • Breddingen av velferdsteknologi bør ta i bruk eksisterende kommunikasjonskanaler, ikke opprette nye. • Det er store overlapp i behov mellom nasjonal lagringstjeneste nevnt i velferdsteknologiprogrammet og i nasjonal laboratedatabase. Folkehelseinstituttet bør involveres her. • Velferdsteknologi er et langsiktig løp. Målbildet bør deles opp i ulike komponenter og fremstå som byggeklosser i et lengre løp.
	<p>Vedtak: NUFA tar statusrapporten til orientering. Innspill fra NUFA tas med i det videre planleggingsarbeidet.</p>
5/17	<p>Nasjonal e-helsestrategi- og handlingsplan 2017-2020</p> <p>Vidar Mikkelsen, Direktoratet for e-helse, innledet med å oppsummere prosessen som har vært forut for møtet hvor NUFA-medlemmene ble oppfordret til å komme med forankrede og skriftlige innspill på 0.7 versjonen av den Nasjonale e-helsestrategi- og handlingsplan 2017-2020. Spesielt er det bedt om innspill på mål i de strategiske områder 1-5 og tiltak i handlingsplanen.</p> <p>Mikkelsen orienterte om endringer i strategisk område 1-4 etter innarbeiding av innspill på 0.4 versjonen.</p> <p>Ved gjennomgang av endringer fra versjon 0.4 til versjon 0.7 ble det kommentert at ambisjonsnivået fortsatt er for høyt og at det favner for bredt. Samtidig kom det flere</p>

innspill til nye mål. Videre ble det kommentert at målene flere steder er formulert som tiltak, ikke som mål. Det ble også kommentert at det er forvirrende at det heter «strategisk område 1-6» hvis det ikke er ment å stå i en prioritert rekkefølge.

Det ble uttrykt at det er vanskelig å skille mellom strategi og handlingsplan. Videre påpekes det at planleggingen for 2020-2023 burde begynne allerede nå, og at plan for denne perioden savnes i handlingsplanen. Direktoratet for e-helse kommenterte at strategien peker fremover i tid gjennom langsiktige dokumenter, som f.eks. Stortingsmeldinger, som strategien er bygget på. I tillegg har handlingsplanen flere «utredningstiltak», noe som vil konkretisere til videre planer for 2020-2023.

Det ble også kommentert at kortversjonen ikke har en tydelig oppbygging.

Strategisk område 1: «Helse på nye måter»

Det ble kommentert at strategisk område 1 oppfattes til å dreie seg om velferdsteknologi, men at det også bør inneholde forebygging. Området bør også rette seg mot de som ikke er så velfungerende, og bidra til tidlig identifisering av sykdom, risikoklassifisering og deretter avstandsoppfølging kan være til god hjelp i samarbeidet mellom spesielt fastlege og hjemmetjeneste. Det bør videre legges mer vekt på oppfølging av pasienter i team.

Strategisk område 2: «Digitalisering av arbeidsprosesser»

Innledningsvis orienterte Direktoratet for e-helse om at det i 0.4 versjonen kom tilbakemeldinger på at kommunenes rolle må tydeliggjøres og at dette er forsøkt innarbeidet i 0.7 versjonen.

Det ble kommentert at det er viktig å ha fokus på legemiddelkjeden. Det ble oppfordret til å samordne teksten i dokumentet med en publisert utredning av felles legemiddelliste. De største feilene innenfor dette området ligger i skriving av resepter.

Det kom innspill på at det er valgt å sette inn tiltak som berører spesialisthelsetjenestens IT-tjeneste. Det bes om at Direktoratet for e-helse ser nærmere på hvilke konsekvenser dette kan skape for spesialisthelsetjenesten.

Det ble spesifikt kommentert følgende:

- Mål #2.1.4 «Sikre entydig legemiddelliste og – plan i helseforetak uavhengig av system» er vagt. Direktoratet for e-helse er enig i dette og utdyper at dette er et bevisst valg.
- Fremdeles savnes fokus på kommunene. Direktoratet for e-helse påpeker at mål #2.2.3 «Planlegge nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste, jf. mål om Én innbygger – én journal» omhandler kommunene.
- Mål #2.3.1 «Tilrettelegge for at helsepersonell har tilgang til IKT verktøy for pasientrettet arbeid ved bruk av mobile enheter» er ikke helt dekkende for helheten. Mobile enheter er viktige, men andre teknologier som elektroniske tavler understøtter også sentrale deler av arbeidsprosessene.

Strategisk område 3: «Bedre sammenheng i pasientforløp»

Direktoratet for e-helse orienterte om at den viktigste endringen fra 0.4 versjonen til 0.7 versjonen er at innsatsområde 3.1 «Involvere innbygger i planlegging og gjennomføring av helsehjelp» også er innrettet mot pasientrettigheter og prioriteres høyt. I tillegg er «team-dimensjonen» innen strategisk område 3 tatt ut.

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.

Det ble kommentert at for fastleger er det mest nyttig å ha tilgang på epikriser og henvisninger i EPJ i spesialisthelsetjenesten, samt radiologi svarrapporter. Tilgang til laboratoriedata uten at de er satt i en klinisk sammenheng kan være misvisende. Det er nærliggende å gjøre epikriser tilgjengelige i kjernejournal.

Det ble spesifikt kommentert følgende:

- Digital dialog mellom helsepersonell er viktig, og bør legges til som mål.
- Mål 3.1.1 «Tilrettelegge for digital dialog mellom innbygger og helsepersonell i pasientforløpet» blir utfordrende å få gjennomført. Direktoratet for e-helse påpekte at det også er kommet et nytt mål på Digital dialog mellom helsepersonell etter innspill på 0.4 versjonen (mål #3.2.3).
- Ordet «tilrettelegge» er brukt mye og er for vagt, for eksempel i mål #3.1.1 «Tilrettelegge for digital dialog mellom innbygger og helsepersonell i pasientforløpet». Det foreslås heller å skrive «ha implementert ferdig system i alle EPJ'er».
- Tiltaket «Ta i bruk felles hjelpenummer i akuttmedisinsk kjede» i mål 3.6.3 «Ta i bruk felles hjelpenummer i helsetjenesten» er overlappende med andre strategier. Det fokuserer på utbredelse, og er svært krevende. Målet bør flyttes til et annet innsatsområde, eller fjernes fra dokumentet.

Strategisk område 4: «Bedre bruk av helseopplysninger»

Det ble kommentert at primærformålet må være veldig tydelig med underbyggende informasjon. Det savnes også et større fokus på reservasjonsrett og personvern mot at data rapporteres.

I forhold til KPR ble det kommentert at de fleste fastleger ikke vet at diagnosene de setter går inn i et slikt system. En mer ensrettet kvalitetssikret input er nødvendig for at dataene skal ha verdi.

Hva gjelder incentiver knyttet til kvalitetsindikatorer er det to grunner til å redusere omfanget av datainnsamling: 1) konfidensialitet og 2) brukere oversvømmes av informasjon. Informasjonen som samles inn må være målrettet mot et spesifikt formål. Helsepersonell skal være førsteprioritet og få igjen for det de har levert.

Det ble spesifikt kommentert følgende:

- Modernisering av Folkehelseregisteret bør inkluderes i innsatsområde #4.1. Direktoratet for e-helse kommenterte at dette ligger i strategisk område 5 samt i handlingsplanen.
- Strategisk område 4 har en kobling mot referansearkitekturprosjektet samt Helseregisteret. De første to målene #4.1.1 «Gjennom standardiserte tekniske grensesnitt, etablere en standardisert måte for helseregistrene å utveksle helsedata med hverandre, med andre aktører og med primærkilder» og #4.1.2 «Gjennom etablering og videreutvikling av tekniske fellestjenester muliggjøre enklere innrapportering, bedre kvalitetssikring og frigjøre ressurser til helseregisterets kjerneoppgaver» er sammenfallende med de første to anbefalingene fra referansearkitekturprosjektets sluttrapport.
- Innsatsområde #4.2 har gode mål, særlig 4.2.6 «Tilrettelegge for at helsepersonell kan lese sammenlignende rapporter om kvalitetsindikatorer fra egen virksomhet og tilsvarende data nasjonalt og internasjonalt».
- Det kom innspill på at mål #4.2.1 «Etablere nasjonale fellestjenester for å gi tilgang

til personentydige helsedata» bør ende med «... fra Helseanalyseplattform» slik at det ikke er duplikat av mål #4.1.2 «Gjennom etablering og videreutvikling av tekniske fellestjenester muliggjøre enklere innrapportering, bedre kvalitetssikring og frigjøre ressurser til helseregisterets kjerneoppgaver».

- Det ble kommentert at mål #4.2.2 «Prøve ut Helseanalyseplattform som nyttiggjør seg av data og opplysninger fra f.eks. Folkeregisteret, Dødsårsaksregisteret, Norsk pasientregister (NPR), Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og personidentifiserbare legemiddeldata» er vagt og at det også bør inkludere «Infeksjonsregister».

Strategisk område 5: «Kritiske IKT-infrastrukturer og felles byggeklosser»

Mona Holsve Ofigsbø, Direktoratet for e-helse, orienterte om status og endringer i strategisk område 5.

Innsatsområde #5.1 «Bedre styring, tilrettelegging og oppfølging av meldingsutveksling»:

Det ble spesifikt kommentert følgende:

- Innsatsområde #5.1 er viktig og det ble uttrykt tilfredshet rundt at meldingsutveksling er prioritert høyt.

Innsatsområde #5.2 «Tilrettelegge for identitets- og tilgangsstyring for personell og innbygger»:

Det ble spesifikt kommentert følgende:

- Innsatsområde #5.2 kan tydeliggjøres noe og det må ikke gå på akkord med det som gjøres i Helse-Midt.
- Det kom innspill på om mål #5.2.2 «Utrede behov for felles påloggingsløsning for nasjonale tjenester» bør være en felles påloggingsløsning eller om det kan være samhandlende påloggingsløsninger. Direktoratet for e-helse poengterer at dette er et bevisst valg da dette er et stort område, og at det er gjort et forsøk på å være målbar.

Det påpekes at utfordringen for kommunehelsetjenesten er større enn for spesialisthelsetjenesten da man ikke har grunnsystemene i kommunehelsesektoren. Videre ble det kommentert at det er viktig å skille på pålogging mellom personell og innbygger. Innbyggere bør få tilgang via Helsenorge.

Innsatsområde #5.3 «Bruk av felleskomponenter i utvikling av nye tjenester»:

Det ble spesifikt kommentert følgende:

- Mål #5.3.1 «Etablere felles rutiner for bruk av felleskomponenter» gjelder mer enn rutiner og det etterlyses et bedre begrep.
- Felleskomponenter bør være selvstendige slik at man ikke begrenses av et bakenforliggende rammeverk.

Innsatsområde #5.4 «Tilrettelegge for høy tilgjengelighet ved bruk av mobile tjenester og enheter»:

Det ble spesifikt kommentert følgende:

- Innsatsområde #5.4 er vanskelig å forstå og kan formuleres bedre.

Innsatsområde #5.5 «Tilrettelegge for at data og funksjoner tilgjengeliggjøres for andre applikasjoner og tjenester»:

Det ble spesifikt kommentert følgende:

- Det ble foreslått å slå sammen innsatsområde #5.5 og #5.3 da de begge er relatert til å tilgjengeliggjøre data.
- Det kom innspill på at det er litt vanskelig å se dette innsatsområdet i forhold til helheten og hvordan dette passer sammen med dagens arkitektur og neste

generasjons samhandlingsarkitektur.

Innsatsområde #5.6 «Tilrettelegge for moderne IKT-løsninger ved å forberede innføring av nye helsefaglige kodeverk og standarder» gjennomgås 01.02 på egen sesjon. Det kom likevel innspill på at det mangler noe om masterdata på en enhetlig måte på dette området, og at det bør være et eget mål under #5.6 som omhandler dette.

Til slutt kommenteres det at det bør legges til et innsatsområde som har med Folkehelseregister å gjøre. Dette er også hovedanbefalingen fra sluttrapporten fra Referansearkitekturprosjektet. Direktoratet for e-helse kommenterer at mye av dette er ivaretatt i innsatsområde #5.3 samt i handlingsplanen. Dette kan vi tydeliggjøre ved å slå sammen innsatsområde #5.3 og #5.5.

Gruppearbeid

Det ble gjennomført gruppearbeid der hensikten var å vurdere ambisjonsnivå og få innspill på prioritering av mål.

Strategisk område 1: «Helse på nye måter»

De tre målene som bør prioriteres høyest er følgende:

- Prioritet 1: #1.2.1 «Tilrettelegge for at innbyggere benytter verktøy som bidrar til riktig bruk av legemidler»
Det foreslås at ordet «verktøy» byttes ut mot ordet «medisineringsstøtte». Videre kommenteres det at legemiddelområdet burde vært synliggjort på en annen måte enn det er gjort i handlingsplanen per nå.
- Prioritet 2: #1.2.3 «Tilgjengeliggjøre kvalitetssikret kunnskap om forebygging som kan bli integrert i innbyggertjenester»
Forebygging bør prioriteres høyt.
- Prioritet 3: #1.1.1 «Etablere og prøve ut en nasjonal plattform for raskere innovasjon og mer kostnadseffektiv innføring av velferdsteknologi»

De to målene som bør prioriteres lavest er følgende:

- #1.2.2 «Tilrettelegge for avstandsoppfølging og mobile undersøkelsesenheter»
Dette er et mål som ønskes nedtones da det ligger i en gråsoner. Det foreslås også en omskriving av målet til «Videre utprøving og evaluering av avstandsoppfølging av kroniske sykdommer». I tillegg etterlyses det også noe om telemedisin.
- #1.2.4 «Prøve ut digitale tjenester for symptomavklaring»
Dette målet kan foreslås tatt ut da det ikke er nødvendig med nasjonalt fokus på dette.

Strategisk område 2: «Digitalisering av arbeidsprosesser»

Det ble kommentert i gruppen at vi burde heller ha diskutert prioriteringskriterier, og at det var vanskelig å gjøre direkte prioritering på så kort tid. Gruppen kom likevel frem til en prioritering av målene:

- Prioritet 1: #2.2.2 «Fullføre anskaffelse og starte tilpasning for innføring av Helseplattformen i Midt-Norge, som en felles løsning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Helseplattformen er regional utprøving av nasjonalt mål bilde» og #2.2.3 «Planlegge nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste, jf. mål om En innbygger – en journal»
Det er viktig å få gjennomført de store nasjonalt vedtatte programmene.
- Prioritet 2: #2.1.1 «Fullføre implementering av elektronisk kurve i helseforetak», #2.1.2 «Utvikle og innføre forbedret funksjonalitet for legemidler i EPJ i kommunale helse- og omsorgstjenester», #2.1.4 «Sikre entydig legemiddelliste og -plan i helseforetak uavhengig av system» og #2.1.5 «Implementere beslutningsstøtte som bidrar til å redusere feil ved forordning og oppfølging av legemidler»

Alle mål som omhandler legemiddelbruk er viktig for å sikre bedre bruk av legemidler og mindre feil. Derfor er disse fire målene samlet her.

- Prioritet 3: #2.2.1 «Fortsette konsolidering og oppgradering av de regionale EPJene i spesialisthelsetjenesten»
- Prioritet 4: #2.3.1 «Tilrettelegge for at helsepersonell har tilgang til IKT verktøy for pasientrettet arbeid ved bruk av mobile enheter»
- Prioritet 5: #2.1.3 «Prøve ut lukket legemiddelsløyfe i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste»

Det må generelt fokuseres mer på det grunnleggende, som standarder, infrastruktur og rammeverk.

Strategisk område 3: «Bedre sammenheng i pasientforløp»

Følgende prioriteres høyest:

- Prioritet 1: #3.3.1 «Tilrettelegge for at helsepersonell på tvers av helsetjenesten har oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker»
Alt som omhandler legemidler bør prioriteres høyt.
- Prioritet 2: #3.2.1 «Avvikle papir i utlevering av helseopplysninger i pasientforløp (meldingsutveksling)»
Graden av elektronisk meldingsutveksling må økes da papirbrev ikke har samme sikkerhet.
- Prioritet 3: #3.4.1 «Tilrettelegge for at helsepersonell kan gjøre nødvendige oppslag i journaldokumenter og svarrapporter i andre virksomheter enn der de selv er ansatt»
Det tekniske bør være på plass og fungere, spesielt epikriser som bør prioriteres i denne sammenheng.
- Prioritet 4: #3.2.3 «Tilrettelegge for digital dialog mellom helsepersonell»
Det vil være hensiktsmessig med økt dialog mellom fastlege og sykehus.
- Prioritet 5: #3.1.4 «Tilrettelegge for at innbygger får innsyn i egne helseopplysninger inkludert legemidler i bruk»
Man er godt i gang med dette arbeidet, spesielt på Helse Nord RHF og Helse Vest RHF. Samtidig er det andre aktører som burde få tilgang til egne helseopplysninger. Det er viktig å øke kvaliteten selv om det kan bety merarbeid.
- Prioritet 6: #3.1.2 «Tilrettelegge for at innbygger har digital oversikt over henvisningsstatuser og timer»
- Prioritet 7: #3.5.1 «Tilrettelegge for økt elektronisk deling av helseopplysninger gjennom svangerskaps-, fødsels og barselsforløp» og #3.5.2 «Raskere tildeling av fødselsnummer»
Den elektroniske epikrisen må på plass. Det stilles også spørsmål til om vi trenger mål #3.5.2.
- Prioritet 8: #3.1.1 «Tilrettelegge for digital dialog mellom innbygger og helsepersonell i pasientforløpet»
Pårørende skal kunne være med i den digitale dialogen.
- Prioritet 9: #3.6.3 «Ta i bruk felles hjelpenummer i helsetjenesten»

De målene som ikke er nevnt ovenfor ble prioritert ned. Dette gjelder følgende mål:

- #3.1.3: «Tilrettelegge for enklere klageadgang ved brudd på pasientrettigheter»,
- #3.1.5: «Tilrettelegge for at innbygger kan gi fullmakt til å dele egne tjenester»,
- #3.2.2: «Tilrettelegge for elektronisk overføring av nødvendige pasientadministrative data mellom behandlingssteder i hele pasientforløpet»,
- #3.4.2: «Tilrettelegge for én felles sannhetsskilde for kritisk informasjon»,
- #3.6.1: «Tilrettelegge for økt digitalisering og gjennomgående elektronisk deling av helseopplysninger i den akuttmedisinske kjeden» og
- #3.6.2: «Ta i bruk ny teknologi i den medisinske nødmeldetjenesten»

Strategisk område 4: «Bedre bruk av helsedata»

Følgende prioriteres høyest:

- Prioritet 1: #4.2.3 «Etablere organisatoriske og tekniske tjenester som forenkler søknadsprosessen for å få tilgang til personentydige helsedata», #4.2.4: «Etablere forvaltningsmodell for kvalitetsindikatorer og resultatmål», #4.2.5 «Tilgjengeliggjøre kvalitetsindikatorer på flere områder for helsepersonell og innbyggere» og #4.2.6 «Tilrettelegge for at helsepersonell kan lese sammenlignende rapporter om kvalitetsindikatorer fra egen virksomhet og tilsvarende data nasjonalt og internasjonalt»
Det er viktig å få opp kvalitetsindikatorer for innbygger og helsepersonell. Det er utfordrende og tidkrevende å få koblet data fra forskjellige registre.
- Prioritet 2: #4.1.1 «Gjennom standardiserte tekniske grensesnitt, etablere en standardisert måte for helseregistrene å utveksle helsedata med hverandre, med andre aktører og med primærkilder»
I dag er det ikke mulig å registrere så detaljerte data i elektronisk pasientjournal. Det blir derfor viktig å tilrettelegge de dataene vi har i dag best mulig.
- Prioritet 3: #4.1.2 «Gjennom etablering og videreutvikling av tekniske fellestjenester muliggjøre enklere innrapportering, bedre kvalitetssikring og frigjøre ressurser til helseregisterets kjerneoppgaver»
Dette vil ikke hjelpe helsepersonellet da det vil fortsatt vil være dobbeltregistrering.
- Prioritet 4: #4.2.2 «Prøve ut Helseanalyseplattform som nyttiggjør seg av data og opplysninger fra f.eks. Folkeregisteret, Dødsårsaksregisteret, Norsk pasientregister (NPR), Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og personidentifiserbare legemiddeldata»
Det foreslås å senke ambisjonsnivået, være konkrete og sette lovverk og sikkerhet først.

Strategisk område 5: «Kritiske IKT-infrastrukturer og felles byggeklosser»

Gruppen fikk ikke tid til å prioritere målene da de prioriterte tid på diskusjon og omformulering. Ingen av målene ble vurdert til å kunne tas ut. Gruppen så heller på gruppering av mål og innsatsområdene.

- #5.1.1 «Sikre riktig bruk av samhandlingsarkitektur for meldingsutveksling» og #5.1.3 «Sikre enhetlig bruk av eksisterende standarder for meldingsutveksling og adressering» er veldig like bortsett fra at #5.1.1 handler om samhandlingsarkitektur og #5.1.3 er mer presis med tanke på meldingsutveksling. Det foreslås også at #5.1.1 omformuleres til «Fastsette foretrukken samhandlingsarkitektur».
- #5.1.2 «Etablere den vedtatte forvaltningsmodellen for meldingsutveksling» burde henge sammen med #5.1.4 «Sikre at riksrevisjons funn og anbefalinger er fulgt opp» da #5.1.4 er et utfall av #5.1.2. Det foreslås at disse målene slås sammen til «Etablere den vedtatte forvaltningsmodellen for meldingsutveksling som sikrer at riksrevisjonens funn og anbefalinger er fulgt opp».
- Det foreslås at «påloggingsløsning» byttes ut med «påloggingstjeneste» i mål #5.2.2 «Utrede behov for felles påloggingsløsning for nasjonale tjenester».
- Det foreslås at «rutiner» byttes ut med «regime» i mål #5.3.1 «Etablere felles rutiner for bruk av felleskomponenter»..
- Det foreslås at «helse- og omsorgssektoren» byttes ut med «samhandling, API og felleskomponenter» i mål #5.3.2 «Etablere felles arkitekturprinsipper for helse- og omsorgssektoren».
- Det foreslås at «utgjør en liten risiko for kvaliteten i tjenesten» byttes ut med «skal være sikker, pålitelig og intuitiv/enkel» i mål #5.4.1 «Mobilkommunikasjon brukt i helsetjenesten utgjør en liten risiko for kvaliteten i tjenesten».

Målene #5.1.1, #5.3.1, #5.5.1, #5.5.2, #5.5.3, #5.3.2 og #5.4.1 er relatert til arkitekturstyring.

	<p>Innsatsområde #5.3 og #5.5 er like med tanke på at begge skal tilgjengeliggjøre data. Det foreslås også et nytt innsatsområde «Tilgjengeliggjøre data for andre applikasjoner og tjenester». Dette har med APIer og felleskomponenter å gjøre.</p> <p>Handlingsplan 2017-2020 Vidar Mikkelsen, Direktoratet for e-helse, innledet med en orientering om sammenhengen mellom mål, virkemidler og tiltak.</p> <p>Det ble kommentert at de strategiske alternativene som ble presentert virker som en fornuftig inndeling.</p> <p>Videre prosess Vidar Mikkelsen og Inga Nordberg informerer om frist for skriftlige tilbakemeldinger på 0.7 versjonen.</p> <p>Det kommenteres at det i seks år har foregått et prosjekt på Norsk Helsenett som har hatt ansvar for å få ut løsninger til kommunene og det har vært ganske suksessfullt. Denne type organisering bør videreføres med tanke på handlingsplanen. Det presiseres også at det blir viktig å ha et tydelig fokus på mandatet i arbeidet med tiltakene fremover. NUFA registrerer at det i Strategi og handlingsplan 2017-2020 er et betydelig antall mål og tiltak som alle er viktige og bør gjennomføres. Samtidig ser man at omfanget er så stort at det ikke er realistisk å få gjennomført alt i denne planperioden. NUFA anbefaler at to områder tillegges særskilt vekt,</p> <ul style="list-style-type: none"> • legemiddelområdet, for å bidra til økt pasientsikkerhet • infrastruktur og felleskomponenter, som grunnlag for alle andre tiltak det er behov for å gjennomføre i sektoren.
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse innarbeide innspill fremkommet i møtet.</p>

Sak	Onsdag 1. februar
6/17	Standarder, kodeverk og terminologi
	<p>Alfhild Stokke, Direktoratet for e-helse, orienterte om standarder, kodeverk og terminologi i forhold til Nasjonal e-helsestrategi- og handlingsplan 2017-2020. Øyvind Aassve, Direktoratet for e-helse, orienterte om e-helsestandarder i dag, da spesielt meldingsutveksling og e-helsestandarder for samhandling.</p> <p>Helsefaglig kodeverk og terminologi har vært i bruk i flere tiår i kliniske IKT-systemer, men man mangler fremdeles standarder på mange områder. Videre er kvaliteten på kodingen dårlig. Det er derfor behov for et løft innenfor kodeverk. Program kodeverk og terminologi (PKT) er bidragsyter for helseplattformen og EIEJ, samt referansearkitektur for helseregisterfeltet. Etablering av IKT-støtte for kodeverk og terminologi er en grunnleggende forutsetning for å oppnå overnevnte. PKT skal være en nasjonal satsning mot 2020 og målbildet for denne satsingen passer godt med Nasjonal e-helsestrategi- og handlingsplan 2017-2020.</p> <p>Det kom frem følgende kommentarer til dette innsatsområde (#5.6) i strategi og handlingsplan:</p> <p><i>Informasjonsmodeller med helhetlig registreringsperspektiv</i> Det er bekymring om antall standarder som blant annet kan føre til inkonsistent bruk. Det er på den ene siden nødvendig å kombinere kodeverk og terminologier med både informasjonsmodeller og tekniske standarder for å sikre gjenbruk. På den andre side er det</p>

	<p>viktig å identifisere og forstå alle formål og hensikter bak de ulike registreringer med tanke på både primær- og sekundærbruk. Klinikere som registrerer må også forstå og dermed begrense seg til å registrere hva som blir etterlyst av data i klinikken og for sekundærbruk. Dette bør ha større fokus jf. innsatsområde 5.6.</p> <p><i>Standarder, kodeverk og terminologi må forvaltes som masterdata:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Legge opp til at en leser mest mulig direkte fra kilden, og unngår å bruke kopier. • Slå fast kilden til masterdata, hvem som eier dem og hvem som forvalter dataene. • Forvalte alle masterdata etter de samme prinsippene. • Ivareta all historikk av dataene, bl.a. når nye koder erstatter gamle. <p>Direktoratet for e-helse opplyste at en del av punktene over blir håndtert i målbilde for terminologi og kodeverk.</p> <p><i>Tiltaksområde #1 - Samordning og utvikling av standarder, terminologier og kodeverk</i> Det er viktig å fokusere på å gjennomføre en avgrenset, men realiserbar plan innen avgrensede områder. Hvor funksjonelle er standarder i en klinisk hverdag, og hvem skal få styre dette? Kvalitet i pasientbehandling består av effektivitet og sikkerhet og det må være styrende for tiltaket.</p> <p><i>Tiltaksområde #2 - Styrke forvaltning og formidling av nye og etablerte standarder</i> Med økt styring må det også forenkles. Det må utvikles og innføres forvaltningsmodeller som inkluderer metodikk for å velge bl.a. kodeverk. Man må sikre at standardisering er del av dette tiltaket så det ikke går en egen vei. Gode nasjonale kodeverk må styrkes og fokus må være på masterdata, og å understøtte primærbruken. Forenklet forvaltning gir en større og lettere realiserbar gevinst enn å fokusere på avanserte terminologier. Et forslag til å få kontroll over dette domenet er å lage noen brukertilfeller og identifisere hvor en kartlegger og tester ut koding, registrering og dermed avdekker hva behovet er.</p> <p><i>Tiltaksområde #3 - Velge standarder, terminologier og kodeverk på områder med helsefaglig betydning</i> Innspill om å lage brukertilfeller for å teste ut informasjonsmodeller som utvikles.</p> <p>NUFA oppfatter innretningen av prosjektet som god.</p>
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse innarbeide innspill fremkommet i møtet.</p>
	<p>6A: Prosjekt terminologi Marianne B. van Os, Direktoratet for e-helse, orienterte om planer for utforskning og innføring av SNOMED CT.</p> <p>Øyvind Aassve, Direktoratet for e-helse, orienterte om rammeverket for å velge standarder. Han presiserte at kodeverk og terminologi vil få en mer kritisk rolle i målbildeperioden ettersom dette er et naturlig utgangspunkt.</p> <p>Det ble stilt spørsmålstegn til hvor egnet foreslåtte standarder er til å gjenspeile pasientens behov. For eksempel vil en diagnosekode kun dokumentere et endepunkt og ikke behandling eller tiltak. Direktoratet for e-helse svarer at man vurderer ulike standarder i disse dager.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terminologiene som skal tas i bruk må både være egnet til å gjenspeile pasientens tilstand og være mulig for pasienten å forstå selv. • Lag brukerhistorier for god og relevant utredning

	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan involveres helsevesenet i dette arbeidet? <ul style="list-style-type: none"> ○ Involverer aktører via en referansegruppe for prosjektet ○ Programstyret til program Kodeverk og terminologi utgjør en tverrsektoriell representasjon ○ Prosjektet henter inn klinisk kompetanse spesifikt for de ulike domener som skal utredes. <p>Det å la registrene anvende et kodeverk som for eksempel mapping mot SNOMED CT ville gitt en stor gevinst.</p>
	<p>Vedtak: NUFA tilslutter seg rammeverket som er utarbeidet for evaluering av kandidater for fremtidens helsefaglige kodeverk og terminologi, og ber Direktoratet for e-helse innarbeide innspill fremkommet i møtet.</p>
	<p>6B: Helhetlig IKT-støtte for kodeverk og terminologi Thomas Bjørnstad, Direktoratet for e-helse, orienterte om konseptutredningen og slutfasen i forvaltningsmodellen for kodeverk og terminologi.</p> <p>Ulike konsepter for forvaltning ble gjennomgått. Konsept 4 er mer omfattende, men man kan starte med konsept 2 og supplere for å nå konsept 4 ved en senere anledning.</p> <p>Direktoratet for e-helse kommenterer at konsept 4 er et ambisjonsnivå, men ønsker tilbakemelding på hvor mye vi skal gjøre i første fase med tanke på de begrensninger som måtte finnes hos dagens leverandører.</p> <p>Kommentarer og innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er ikke nødvendig å ta alt på en gang. Man kan eks. starte med eDår. • Denne løsningen kan forenkle og sentralisere vedlikehold og formidling av kodeverk, og tilby hjelp til å bruke kodeverkene riktig. • Oversikt over relasjoner mellom kodeverk vil være en nyttig funksjonalitet. • Det er behov for å drøfte spesialisthelsetjenestens behov på tvers av helseregionene, og Nasjonal IKT vil invitere prosjektet til et arbeidsmøte. • Teknisk kravspesifikasjon legger opp til å kunne få all funksjonalitet, men god ibrukstakelse er vel så viktig.
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse innarbeide innspill fremkommet i møtet.</p>
	<p>6C: Nasjonal forvaltningsmodell for e-helsestandarder og fellestjenester for elektronisk samhandling Anne Kristin Einarsrud, Direktoratet for e-helse, presenterte de overordnede linjer i dokumentasjonen rundt forvaltningsmodellen, hvor Direktoratet for e-helse har ansvaret, mens Norsk helsenett er utfører. Modellen beskriver kun mange-til-mange meldingsutveksling, ikke utveksling til rapporteringsformål eller register. Det har tidligere kommet ønske om å utvide modellen til også å inkludere dette. Det videre arbeidet består av å etablere produktstyret, tilpasse SamUT s mandat og representasjon, samt sikre samarbeid mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett.</p> <p><i>Kommentarer og innspill:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prosjektet burde vært utvidet til å kunne benyttes også overfor annen trafikk fra registerfeltet, skatt og andre aktører. • NHN må sørge for fremdrift i dette arbeidet. De må etablere en felles forvaltningsprosess, deretter evaluere og forbedre etter en periode. • SAMUT må ha et tydelig mandat og rolle, samt en rapporterings- og eskaleringsvei. Dette må besluttes tidlig i prosjektet. • KOMUT er tenkt å være en del av forvaltningen, kommunene ser positivt på det.

	Det er et håp om videreføring av KOMUT i denne konteksten.
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber om at innspill fremkommet i møtet tas med i det videre arbeidet med innføring og videreutvikling av forvaltningsmodellen.</p>
	<p>6D: Nasjonal arkitekturstyring Inga Nordberg, Direktoratet for e-helse, orienterte om Arkitekturprosjektet. Prosjektet skal deles inn i fire underliggende prosjekt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Felles arkitekturmodell: Etablere felles utgangspunkt, språk og modeller for videre arbeid med arkitektur i sektoren. 2. Målbilde samhandlingsarkitektur: Etablere felles målbilde og referansearkitekturer som utgangspunkt for videre arbeid med samhandlingsarkitektur i sektoren 3. Arkitekturstyring: Avklare formålet med arkitekturstyring og hvilke områder som bør omfattes av nasjonal arkitekturstyring. Utarbeide prosesser, møteplasser, metodestøtte m.m. for nasjonal arkitekturstyring. 4. Målbilde for realisering av helsepersoneltjenester (kort/mellomlang sikt): Utrede et felles grunnlag for realisering av helsepersoneltjenester på kort og mellomlang sikt. <p><i>Kommentarer og innspill:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Arkitekturstyring er et for snevert begrep i denne saken. Virksomhetsarkitektur er et mer dekkende begrep. • Hvordan skal arkitektur-, portefølje- og prosjektstyring kobles sammen? • Når en skal realisere samhandlingsarkitektur bør en fokusere mer på arbeidsprosess og hvilken type teknologi som skal benyttes for å understøtte prosessene, enn omvendt. Ellers blir perspektivet for teknisk.
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse innarbeide innspill fremkommet i møtet.</p>
7/17	Produktstrategier
	<p>Hilde Lyngstad, direktoratet for e-helse, innledet og informerte om at arbeidet med produktstrategiene har gått parallelt med e-helsestrategien.</p> <p>Produktstrategiene skal gjelde i perioden 2017-2020. De omfatter ikke leverandør- eller finansieringsmodeller, dette vil bli tatt i neste omgang. Vi er avhengig av innholdet i e-helsestrategien på dette området, Likevel er det behov for samfinansiering for å kunne realisere leveransene fra produktstrategiene.</p> <p>Arbeidet er basert på innspill fra leverandørmarkedet. For hvert produkt er det vurdert tre alternative retninger og anbefalt en. Deretter har man sett på fokusområder og foreslått tiltaksområder. Innspill fra NUFA innarbeides før saken skal opp i Direktoratets ledermøte 14. februar. Det er ønske om innspill på om produktstrategiene ivaretar sektors viktigste behov i perioden 2017-2020.</p> <p><i>Kommentarer og innspill:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Økonomi, finansiering og nytte må vurderes for hver av strategiene - Alle strategiene bør ha tydelige veikart mot 2020. <p>7A: Grunndata Ronny Holten Olsen, Direktoratet for e-helse, orienterte om grunndata som en sikker, tilgjengelig, kvalitetssikret og autoritativ datakilde. Det har blitt en viktig komponent i alle virksomheter i helsesektoren og andre offentlige etater. Strategiens anbefalte retning på kort sikt, B «Økt kvalitet i registre», legger vekt på å forbedre grunndata med økt kvalitet av forvaltning, økt styring og utvikling, og utvidet innhold. På lengre sikt er retning «C kjernekomponent» mer aktuelt. Visjonen er å sikre tilgang til lik informasjon på tvers av</p>

	<p>systemer og aktører</p> <p><i>Kommentarer og innspill:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Begrepet «pasientopplysninger» i presentasjonen bør endres til «helseregister» • Det bør skille mellom teknisk og faglig forvaltning av grunddata. • Forvaltning av grunddata har mange likheter med forvaltning av kodeverk og standarder, og dette bør vurderes utnyttet samlet. • Det er behov for å hente ut historikk for grunddata • Det er behov for et kontaktregister og for arbeidsgiverinformasjon i grunddata. • Det behov for å registrere organisasjonstilknytning for helsepersonell for kommunene i grunddata • Det er behov for et RESH for kommunene, og at det bør vurderes å prioritere foran mange av de andre behovene. • Det pågår et arbeid for rammeverk for informasjonsforvaltning i <i>Skate</i> (difi.no), som anbefales å se i sammenheng med. • Det etterspør om vi har grunddata for å nå målet om at helsepersonell få tilgang til helseopplysninger på tvers av organisasjoner? • Det nevnes også at det er behov for et felles register for fraværsassistent for avtalespesialister. Når henvisninger skal sendes til en avtalespesialist for vurdering må avsender vite om vedkommende er til stede eller ikke og at henvisningen kan behandles innen rimelig tid. Videre har fastleger har behov for tilgang til et felles register over pasienters mottatte vaksiner (f.eks. via SYSVAK). <p>Direktoratet for e-helse følger opp hvilke registre som skal opprettes via FIA-programmet.</p>
	<p>7B: E-resept</p> <p>Caroline Cappelen, Direktoratet for e-helse, presenterte produktstrategi for e-reseptløsningen, som spenner over store deler av legemiddelfeltet. Det formidles et svært høyt antall resepter via løsningen, og det er mange leverandører inne i bildet. Løsningen krever oppfølging innen drift, forvaltning og styring.</p> <p>Den anbefalte retningen for strategien innebærer én autoritativ kilde for pasientenes legemiddelopplysninger – e-resept skal være sentral kilde til pasientens legemiddelopplysninger.</p> <p><i>Kommentarer og innspill:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Det bør vurderes konsekvensene for pasientsikkerheten i de tilfeller der pasienten ikke samtykker til at andre leger kan lese reseptene i reseptformidleren. Det bør vurderes muligheten for bruk av reservasjon. Direktoratet for e-helse ser på dette i arbeidet med FLL. • Flest feil skjer ved forskriving av medikamenter og ved inntak av medikamenter. Det bør legges opp til automatisering for hele kjeden mellom person, diagnose og legemidler. Ved beslutningsstøtte må det ikke bare sjekkes for interaksjon mellom legemidler, men også mellom legemidler og sykdom. • E-resept og legemiddelliste er ikke utbredt i kommunal helse- og omsorgstjeneste eller hos tannleger. Dette bør tas tydelig inn i strategien. • Hva er sammenheng mellom legemiddelprosjektet og produktstrategien? Det er viktig at det ikke blir to styringslinjer som går i hver sin retning • Meldingstyper må brukes på rett måte med dertil forvaltning, både teknisk og administrativ. • Det bør sees på kostnader ved bruk av e-resept og dens verdikjede
	<p>7C: Kjernejournal</p> <p>Aina Bjelde og Bent Larsen presenterer kjernejournal strategien. Kjernejournal er et</p>

	<p>helseregister som gir mulighet til oppslag og innsyn i viktig informasjon om pasienten. Kjernejournal skal være pålitelig, enkel å bruke, nyttig og trygg for både helsepersonell og innbygger.</p> <p>Retningen for strategien anbefaler at kjernejournal skal være en nasjonal tjeneste for vesentlig pasientinformasjon. Strategiske fokusområder for denne retningen er forenklet tilgang til data, heve bruk og nytt innhold for bedre samhandling på tvers av nivåer.</p> <p><i>Kommentarer og innspill:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vil primærhelsetjenesten være en del av denne strategien? Direktoratet for e-helse svarer at det i første omgang er tenkt for spesialisthelsetjenesten - Kjernejournal bør innføres i pleie- og omsorgstjenesten i strategiperioden. Dette understøtter etablering av «pasientens legemiddelliste», noe som også ble påpekt fra Helsedirektoratet. • FHI: ønsker dialog om løsningsvalg og standarder mht labsvar, vaksiner mv. • Viktig å presisere hvilke journaldokumenter man ser for seg å dele - ikke alle er skrevet med tanke på deling. • Det bør gjøres en utredning på behovet for henvisning og epikrise, og hva gevinstene er. • Hvordan forholder helsekort for gravide og kjernejournal i forhold til hverandre? Direktoratet for e-helse svarer at det juridisk sett ikke er mulig å se dette som ett, men gjenbruk av deler av de tekniske løsningene vil kunne være mulighet • Det er vanskelig å forstå sammenhengen mellom helsenorge, kjernejournal og én innbygger – én journal. • Strategien er ambisiøs, og det er usikkert om en klarer å realisere strategien innen 2020.
	<p>7D: API-strategi</p> <p>Helge Blindheim, Direktoratet for e-helse, presenterte API strategien. Det bør tilrettelegges for å kunne erstatte gamle komponenter med nye uten at det må gjøres store endringer i systemene. Det er behov for å se på en felles måte å tilgjengeliggjøre data, enten det er med kodeverk eller grunndata. Behovsbeskrivelsen er gjennomført. Videre plan er å lage et forslag til strategi. Det ønskes en sterk involvering av eksterne.</p> <p><i>Kommentarer og innspill:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Det arbeides også med API-strategier regionalt i spesialisthelsetjenesten. Disse aktørene bør trekkes inn i arbeidet. • Det vil være behov for samordnet styring og forvaltning av dette
	<p>7E: Helsenorge.no</p> <p>Nina Ulstein, Direktoratet for e-helse, presenterte produktstrategi for helsenorge. Det orienteres om at helsenorge har etablert et produktstyre, og at det har vist seg vanskelig å gå fra pilot til realisering. Et målbilde at innbygger skal oppleve én samlet helsetjeneste på nett, og at helsenorge.no skal være veien inn til helhetlige, fremtidsrettede, digitale helsetjenester, for effektiv samhandling og bedre helse.</p> <p>Anbefalt retning i strategien er «C» - å øke nedslagsfeltet og bruksmuligheten, og å la pasienten kunne dele informasjon aktivt.</p> <p><i>Kommentarer og innspill:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva betyr å analysere egne helseopplysninger? Direktoratet for e-helse svarer at tanken er at innbygger skal kunne ha muligheten til selv å bruke analyseverktøy å analysere sine helsedata • Bruk av leverandørmarkedet bør komme tydeligere frem i strategien • Utbredelse er en viktig del av strategien

	<ul style="list-style-type: none"> • Det er mye overlapp mellom helsenorge.no og prosjekt Nettløsning for spesialisthelsetjenesten. Dette bør samordnes, slik at vi får <i>en</i> nettportal for innbyggerne. Direktoratet for e-helse svarer at det er samarbeid mellom de to prosjektene. • Det er viktig å opprettholde fastlegen som et første behandlingspunkt, og unngå å lage veier forbi prinsippet om omsorg på laveste nivå. • Det anbefales en diskusjon rundt strategien på hvordan informasjonen skal gis innbyggerne, om det er fra spesialisthelse • Strategien bør inneholde et tydeligere veikart • Det bør vurderes hvem som skal finansiere å tilrettelegge innbyggertjenester på helsenorge i fremtiden
	Vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse innarbeide innspill fremkommet i møtet.
8/17	Eventuelt
	Ingen saker til eventuelt.