

Referat fra møte i NUFA		
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)	
<i>Dato</i>	23. – 24. april 2025	
<i>Tid</i>	23. april kl. kl. 10.00 – 16.00 og 24. april kl. 08.30 – 14.30	
<i>Sted</i>	Radisson Blu Royal Hotel, Bergen	
<i>Medlemmer</i>	Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet Erik Hedlund, Helsedirektoratet Knut Berglund, Helsedirektoratet Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF Einar André Brevik, Helse Sør-Øst RHF Terje Bremnes, Helse Vest RHF Micaela Thierley, Helse Vest RHF Tarald Sæstad, Helse Nord RHF Øyvind Broback, Helse Nord RHF Mette Røhne, KS Kjetil Løyning, KS e-helse Kristoffer Hansen, Bergen kommune Christoffer Boge, Kommunene i Hallingdal/Digiviken Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune Eva Tone Fosse, Stavanger kommune Line Andreassen Sæle, FHI Mohammad Nouri Sharikabad, FHI Jan Robert Johannessen, Legeforeningen Jim J. Yang, Digitaliseringsdirektoratet Sverre Ur, Diabetesforbundet Maren Krogh, Apotekforeningen Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund Gro Berntsen, Nasjonalt senter for e-helseforskning Elin Thygesen, Universitetet i Agder	
<i>Ikke til stede</i>	Jacob Holter Grundt, Helsedirektoratet Ronny Holten Olsen, Norsk helsenett SF Lars Henrik Hegrenæs, Helse Midt RHF Stine Slørdal, Helse Midt RHF Arnfinn Aarnes, FFO Anne-Marit Rennemo, Oslo Kommune	
<i>Stedfortreder</i>	Øyvind Kvennås, Norsk helsenett SF, stiller for Ronny Holten Olsen	
<i>Helsedirektoratet</i>	Siv Ingebrigtsen Vibeke Jonassen Wang	
	Karen Lima	

Saksnr.	Tittel på sak	Sakstype
	Dag 1	
9/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 22. -23. januar 2025	Godkjenning
10/25	Helse Vest RHF sin datastrategi	Drøfting
11/25	EU-HIP prosjekt – Behovsanalyse leveranse	Orientering
12/25	Samtykkereglene for Kjernejournal	Drøfting
13/25	Anbefaling om videre innføring av pasientens kritiske informasjon	Drøfting
14/25	Digital hjemmeoppfølging	Drøfting
15/25	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	
	Dag 2	
16/25	Temadag – Digitalisering i vest	Drøfting
17/25	Eventuelt	

Sak	Onsdag 23. april 2025
9/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 22. – 23. januar 2025
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 22. – 23. januar 2025. På grunn av tett tåke på Flesland flyplass var flere av medlemmene forhindret i å delta denne gangen grunnet innstilte og kraftig forsinkede fly.
	Vedtak: NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referatet fra møtet 22. – 23. januar 2025.
10/25	Helse Vest RHF sin datastrategi

	Sissel Marie Børthus, Helse Vest RHF, orienterte NUFA om arbeidet som er gjort med datastrategi i Helse Vest og ønsket å drøfte hvordan informasjonsforvaltning i sektoren kan utvikles videre gjennom nasjonalt samarbeid og koordinering. Innspill: • Det er viktig med et tett samarbeid om dette i sektoren. I regionene, mellom regionene, og også mellom nivåene. • Målene for strategien bør være tettere knyttet til pasientforløp, arbeidsflyt og konsepter som ligger i en klinisk hverdag. Hvordan kan dataene gjenbrukes i en klinisk hverdag som gjør at en kliniker får et bedre beslutningsgrunnlag? Målene i Helse Vest sin datastrategi er også basert på å forbedre klinisk hverdag, men det er viktig at dette kommer tydeligere frem i kommunikasjonen om strategien. • Dataene må være adskilt fra systemene de lagres i, hvis ikke kan det bli lock in. Vi må ha tilgang til våre egne data, til det beste for våre pasienter. • Det må og skal være barrierer for tilgang til data. Tilgangen må dokumenteres. Samtidig må det ikke iverksettes en struktur som lager barrierer for tilgang. Tilgang til data må gjøres riktig, men enkelt. Strategien har ikke som formål å lage barrierer for tilgang, og flere av innsatsområdene, som innsatsområde 1 om "Oversikt over egne data" kan bidra til å forenkle tilgang ved å synliggjøre hvilke data som er tilgjengelig til hvilket bruk. • Apotekforeningen informerte om at apotekbransjen har en modell som fungerer med tanke på samarbeid på tvers i apotek. Apotekene har valgt "Én innbygger, én apotekjournal", altså felles dataansvar. Det felles dataansvaret ivaretas av Samarbeidsstyret. Det er et felles "Ledelsessystem for personvern og informasjonssikkerhet". Det er etablert et felles "Produktteam" som bestemmer hva som skal lages av funksjonalitet i felles løsning (Eik), et "Arkitekturforum" som ivaretar arkitekturen i løsningen og et felles "Personvern og informasjonssikkerhetsforum" som ivaretar sikkerhet og personvern. Det er etablert en egen styringsmodell. • Informasjonsforvaltning er stort og krevende, og mange kommuner skal nå anskaffe journalløsninger. På eKommune konferansen før påske var samarbeid fellestrekket i dette. Hver kommune kan ikke løse dette alene. • I forhold til samarbeid så bør det rundt innsatsområde 1 "Oversikt over egne data" være mye å gjenbruke. Det vil være mye av de samme dataene. • Det er viktig å gå opp roller og ansvar knyttet til datadeling. Hvem er dataeier for de samme dataene som deles flere steder? • Sektor har en felles utfordring som burde ha en felles løsning, og som krever samarbeid. AD-er, IKT-direktører og regionalansvarlige omfavner dette. Men har de omfavnet dette i en offentlig setting, slik at alle rundt bordet i NUFA forstår deres entusiasme? Dette må fremsnakkes av medlemmene i NUFA i egne virksomheter. • Vi må ha to tanker i hodet samtidig; operasjonalisering og samtidig sette det i en kontekst. Det er viktig for å skape tillit mellom teknologi og klinikermiljøene. Vi må fjerne barrierene rundt tilgang til data for utvalgte caser, slik at vi kan selge denne strategien videre og oppover i systemet.
	Vedtak: Helse Vest RHF tar med seg innspillene fra drøftingen i det videre arbeidet med å operasjonalisere datastrategien, og vil vurdere hvordan dette best kan følges opp i samarbeid med relevante aktører og arenaer.
11/25	EU-HIP prosjektet
	Line Andreassen Sæle, FHI, orienterte om prosjektet EU-HIP og behovsanalysen som er gjennomført. Innspill: • Det var usikkerhet blant medlemmene i NUFA om omfanget av konsekvensene for de som produserer dataene det er behov for er vurdert, og hvor mye dette vil koste for regionene.

	• En tidslinje over når dette vil treffe sektoren ble etterspurt. • Arbeidet med nasjonalt genomsenter må kunne gjenbrukes. • Det var ønskelig å vite om dette arbeidet har en sammenheng med MyHealth@EU. • Løsninger som bare brukes i kriser, må også kunne gjenbrukes i en normalsituasjon. • Det er viktig at kommunal sektor og kommunelegene involvert i arbeidet. Line Andreassen Sæle, FHI, svarte at prosjektet jobber nå med flere av spørsmålene som ble stilt, så det må prosjektet komme tilbake med svar på. Prosjektet kommer til å gjenbruke det de kan. Dette har ikke noe med EHDS eller MyHealth@EU å gjøre, men det vil ha et fellesskap til det og vi skal ikke gjøre samme ting flere ganger. Vi vil hente data fra andre steder, men må ha dataene et sted for å analysere de.
	Vedtak: NUFA tar saken til orientering. EU-HIP tar med seg innspill videre inn i prosjektet.
12/25	Samtykkebestemmelser for Kjernejournal Håkon Larsen, Helsedirektoratet, og Nina Nordberg og Kristin Lyng, Norsk helsenett SF, gikk gjennom utfordringsbildet knyttet til samtykkebestemmelsene for Kjernejournal med medlemmene i NUFA. Det var ønskelig å få en avklaring på om sektor har en omforent forståelse av konsekvensene ved å avvente en regelverksendring av selve samtykkekravet. Videre presenterte Helsedirektoratet sine vurderinger. Det var ønskelig å få NUFAs innspill til det videre arbeidet. Innspill: • Lovverket er komplisert, og klinikere sitter med valgene og er redde for å gjøre noe ulovlig. Det å ha flere regler kan gjøre situasjonen mer krevende. • Flere tok til ordet for å få lovverket på plass med en gang, en lovverksendring om samtykkekravet i pasientjournalloven og en klarhet nå. • Det å få leverandørene til å tilpasse seg samtykkebestemmelsene vil koste sektoren mye penger og ressurser. • Det er blitt nevnt at Norge ikke skal være best i klassen rundt tilpasninger til EHDS. Men hva med kostandene rundt unntakene som da må gjøres? • Legeforeningen har behandlet denne saken og ønsker velkommen en vurdering av dette. Jo flere hindringer og ulemper som kan fjernes så raskt som mulig jo bedre. Fastlegene blir satt i en vanskelig situasjon da de vil ende opp med å bryte loven hvis de gjør oppslag i Kjernejournal. • Apotekforeningen dro frem at unntaksbestemmelsene for kritisk informasjon, og da legemiddelreaksjoner, er viktig for dem. • Når regelverket blir for komplisert oppstår rettslig usikkerhet og fare for ulik praksis. • Det å videreføre og forsterke en modell som bygger på samtykke, vil kunne øke forskjellen mellom oss og Europa. • Digitaliseringsdirektoratet stilte seg til rådighet, på forespørsel, til å bistå de aktuelle parter med faglige drøftinger på dette området i fortsettelsen. • Unntaksbestemmelsene som beskrives i Kjernejournalforskriften, over hvem som ikke behøver samtykke for å gjøre oppslag i Kjernejournal, overensstemmer stort sett med ønskene fra sektoren. Det bør også vurderes om flere i helsetjenesten i kommunene bør inn i unntaksbestemmelsen, og initiativet helsekort for gravide. • Norsk helsenett SF kommenterte at det er snakk om å endre en lovbestemmelse i en lov, og at det er snakk om ett år med vilje og pågangsmot for å få til det. • Helsedirektoratet sin holdning er at samtykkebestemmelsene er noe som vil bli utfaset, men at det er en vei å gå før det. Det er viktig at sektor forstår hva en lovendring krever. Helse- og omsorgsdepartementet er tydelige på at de vil starte et stort lovarbeid nå, og ønsker minst mulig endring på dagens lovverk. Endringer som ikke medfører stort ekstra arbeid, og som er i overensstemmelse med EHDS-innføringen i lovverket, vil ha større mulighet til å bli behandlet i parallell.

	Vedtak: NUFA stiller seg bak det beskrevne utfordringsbildet knyttet til samtykkebestemmelsene i kjernejournal, og ber Helsedirektoratet ta med seg innspillene fra møtet i det videre arbeidet, og dialogen med helse- og omsorgsdepartementet for å løse de konkrete behovene som er knyttet til innretningen av samtykkekravet.
13/25	Anbefaling om videre innføring av pasientens kritiske informasjon Helsedirektoratet jobber for at kritisk informasjon oftere blir delt med kjernejournal, og at opplysningene er lett tilgjengelige for helsepersonell med tjenstlig behov. Dette skal bidra til å redusere risiko for feil behandling og redusere tiden helsepersonell bruker på å lete etter slik informasjon. Ole Kristian Losvik, Helsedirektoratet, la frem saken for drøfting med NUFA. Innspill: • Vi må få primærhelsetjenesten til å legge inn informasjon i kritisk informasjon, samtidig må vi få spesialisthelsetjenesten til å ta i bruk denne informasjonen. • Dette illustrerer behovet for beslutningsstøtte. Vi må løse hvordan kritisk informasjon som er tilgjengelig faktisk blir lest. API løser lite om ikke informasjonen blir benyttet. • Apotek er en aktør som ikke bruker kjernejournal, på grunn av manglende tilgang. Multidose apotekene har kritisk informasjon, men det vil de miste når det går over til kjernejournal. Det er viktig at apotekansatte får tilgang til informasjon. • Det må avklares hvem det er som har tilgang til informasjonen, hva tjenstlig behov er, og hvem som definerer hva tjenstlig behov er. Det er mange i pleie og omsorg i kommunal sektor som ikke har høyt sikkerhetsnivå. • Vi trenger at leverandørene tar i bruk API-et og legger det inn i det lokale arbeidsverktøyet. Bør det stilles krav til leverandørene om at de skal eksponere det som er kritisk informasjon til helsearbeiderne? • Vi må jobbe sammen på flere nivåer for å kunne gå i takt. Intensiver som gode informasjonsmodeller er sentralt, og intensiver for selve virksomhetene. • Erfaringer er at EPJ-anskaffelsene har krav fra 20 år tilbake i tid. Det er en betydelig andel kommuner som i år skal gå til anskaffelse av EPJ-system, så her bør kravene tydeliggjøres. • Vi trenger en mer langsiktig arkitekturtenkning i forhold til kjernejournal.
	Vedtak: 1. NUFA støtter anbefalingen om videre innføring av tjenesten Pasientens kritiske informasjon. 2. NUFA ber helsevirksomhetene om å vurdere økt utbredelse av HelseID i egne virksomheter for å sikre at helsepersonell kan bruke nasjonale e-helseløsninger på en god måte.
14/25	Digital hjemmeoppfølging Siw H. Myhrer, Helsedirektoratet, ga NUFA en status og informerte om erfaringer fra det nasjonale prosjektet for spredning av digital hjemmeoppfølging. Det var ønskelig å få innspill og råd til videre satsing på digital hjemmeoppfølging. Innspill: • Fra klinisk side opplever enkelte helseforetak utfordringer i forhold til de systemene som blir berørt der hjemmeoppfølging er en del av systemet. Arbeidsflyt på tvers må forenkles. • Det er viktig å få med alt helsepersonell inn i arbeidet med digital hjemmeoppfølging. • Sektor har et takstsystem som ikke er tilrettelagt for god samhandling. Gevinstene kommer andre steder. • Pasienter som får personlig måleutstyr i sitt hjem blir i noen tilfeller veldig opptatt av måleenhetene sine – de blir sin sykdom. Noe som kan være problematisk. • Forskning viser at det er fornøyd brukere av digital hjemmeoppfølging. Det som er mer usikkert er konsekvensene for helsepersonell, og hvem det er som høster gevinstene.

	Det en sparer på sykehusene kommer fort som belastning på kommunehelsetjenesten. Her må det bli et tettere samarbeid og en opprydning i det. • Vi må finne bedre løsninger for hvordan vi skal måle effektene av digital hjemmeoppfølging. • Begrepsbruken bør tydeliggjøres. Løsninger i digital hjemmeoppfølging varierer fra datainnsamlingsløsninger, og til å være enkle meldingsutvekslinger. Strukturen blir utfordrende å diskutere da en diskuterer forskjellige ting. • Leverandørmarkedet er sentralt for å få til en skalering av digital hjemmeoppfølging. Erfaring og utprøving rundt brukere og helsepersonell, og retningslinjer for skalering, blir viktig. Helsetjenesten må omorganiseres og jobbe annerledes. • Det er en del ting rundt avtaleverket til digital hjemmeoppfølging som ikke er avklart. • Det er viktig å ha en tett dialog med KS, på hvordan ivareta skalering og innføring, etter at det nasjonale velferdsteknologiprogrammet er lagt ned. • Fra et sykehusperspektiv er det viktig å få bistand til et kunnskapsgrunnlag som viser hvor dette har størst effekt, slik at midler og ressurser blir bruk riktig. I tillegg må spesialisthelsetjenesten gå i takt med primærhelsetjenesten. • Det er viktig at sektor tenker pasientforløp og ikke tjenester når vi jobber med digital hjemmeoppfølging. Vi må få til felles helhetlig informasjonsflyt i pasientforløpet.
	Vedtak: NUFA drøftet og ga råd til innretning av videre satsing på digital hjemmeoppfølging gjennom Helseteknologiordningen. Innspill fra drøftinger og råd fra NUFA tas med i videre arbeid i 2025 og plan for 2026.
15/25	Evaluering av nasjonal rådsmodell for e-helse
	Helsedirektoratet gjennomfører en evaluering av nasjonal rådsmodell for e-helse. Siv Ingebrigtsen orienterte NUFA om tilbakemeldingene som er kommet fra medlemmene så langt, og det var ønskelig å drøfte ulike forslag til endringer av modellen og hvilken rolle NUFA kan ta. Helsedirektoratet ønsket i tillegg å drøfte eventuelle ressursbesparende tiltak for NUFA. Innspill: • NUFA har utviklet seg i en positiv retning, fra å følge opp enkeltstående tiltak til å drøfte felles utfordringer og temaer. NUFA ønsker å ta et steg videre. • Rådsmodellen skal være et virkemiddel for å styrke gjennomføringsevnen av digitaliseringen i helse- og omsorgstjenesten. De fremlagte alternativene med fordeler og ulemper, kan gi inntrykk av at ressursbruken er viktigere enn gjennomføringsevnen. • Evalueringen bør fokusere på hvilken effekt rådsmodellen skal gi. • NUFA anerkjenner behovet for å samles på tvers. Sektoren står ovenfor store utfordringer fremover, der vi må jobbe sammen. • Målet med rådsmodellen bør være at den i størst mulig grad blir førende for aktørene. • I en revidert struktur må hvert utvalg ha en unik verdi. • Mandatene må tydeliggjøres, og vi må være tro til disse. • Hvis en sak skal behandles i flere utvalg, må saken innrettes og tilpasses hvert utvalgs mandat og oppgaver. • Det var ulike meninger om alternativene som ble presentert. Noen kommenterte at det er mulig å ta utgangspunkt i alternativ 1, men at modellen kan være mer fleksibel, både ved å avlyse møter og arrangere kortere og mer hyppige videomøter. • Det ble også kommentert at det er behov for å gjøre endring for å få modellen til å fungere bedre fremover. • Flere mente at forslaget om etablering av en form for arbeidsutvalg for Nasjonalt e-helseråd er godt.
	Vedtak:

	NUFA har gitt sine tilbakemeldinger på ulike forslag til endringer av nasjonal rådsmodell for e-helse, og NUFAs rolle i modellen. Helsedirektoratet tar med innspillene til videre drøfting i NUIT og Nasjonalt e-helseråd.
--	---

Sak	Torsdag 24. april 2025
16/25	Temadag – Digitalisering i vest
	Helse Vest i samarbeid med Bergen kommune orienterte NUFA om ulike grep for å styrke digitaliseringsarbeidet. Gjennom presentasjon av noen av resultatene var det ønskelig med diskusjon om utvalgte utfordringer og aktuelle problemstillinger som også treffer det nasjonale nivået og bredden i sektor. Det vises til sakspapirene og presentasjonene som ligger på NUFA sine sider på helsedirektoratet.no for informasjon om det som ble presentert i møtet. Temaer som ble presentert i møtet: • Digitalisering i Helse Vest: Fra siloer og store prosjekter til helhet og kontinuerlig forbedring ○ Bakgrunn for og ambisjoner med ny organisering v/ Ole Jørgen Kirkeluten, Adm.dir. Helse Vest IKT ○ Erfaringer hittil – hvilke gevinster ser vi? v/ Gunn Synnøve Dahl, leder Digitaliseringssekretariatet ○ Arkitekturstyring for helhet og felles retning v/ Terje Bremnes, Områdeleder Arkitektur- og datastyring, og Micaela Thierley, Områdearkitekt i Pasientbehandling ○ Innspill: ▪ En må balansere mellom det å utvikle selv inhouse, og det å kjøpe fra leverandører. Det er krevende å se 4-5 år frem i tid, noe som gjør kravspesifikasjoner ut til leverandører vanskelig. ▪ Helse Vest nevnte de er blitt mer offensive til å utvikle mer selv, for å møte klinikerne på deres brukerbehov. I tillegg er markedsdialog med leverandørene viktig. ▪ Det er viktig å koble sammen helsefag og IT på en god måte. Det tverrfaglige er kjernen i å lykkes. ▪ Sektor er tjent med at det er så lik struktur som mulig mellom regioner slik at vi kan styre utviklingen sammen. ▪ Det er viktig å ivareta det helhetlige pasientforløpet, også ut mot kommunene. Det er viktig å tenke innbygger i sentrum. • Digitalisering i Bergen kommune ○ Fra kreativt kaos til portefølje v/Kristin Brekke, Seksjonssjef Seksjon for e-helse, og Elise C. D. Haferstrom, Digitaliseringskoordinator og prosjektleder ○ Domenearkitektur i Bergen kommune v/ Kristoffer Hansen, Virksomhetsarkitekt ○ Innspill: ▪ Helse Vest RHF har Helse Vest IKT. På spørsmål om kommunene har noe tilsvarende ble det nevnt at de har Diginettverkene, i tillegg til IKT-samarbeid på operativt plan som en del kommuner har rundt omkring i landet, og en intern driftsorganisasjon som også gjør utvikling. Men det er ikke på nivå med det som helseforetakene har. ▪ Klinikere må involveres i arbeidet. Det er viktig å forstå deres behov. ▪ Hvordan få til felles pasientforløp ved bruk av blant annet ulike språk, konsepter og perspektiv.

	▪ Brukerperspektivet er viktig, i tillegg til pasientsikkerhet og personvern. ▪ Politisk ledelse styrer kommunene, og det utfordrer noe av det vi prøver å løse. Vi har flere nasjonale felles samhandlingsløsninger, som forutsetter en form for porteføljestyling; mellom sykehus og kommuner, og mellom kommuner. Det er en utfordring. • Tilgang til kritiske pasientopplysninger i akutte behandlingssituasjoner ○ Fra behov til app v/ Else Wilhelmsen, Delområdeleder Journaldokumentasjon ○ Med journalen i lomma – erfaringer fra klinikken v/ Jonas Fevang, Avdelingssjef Haukeland Universitetssykehus ○ Innspill: ▪ Ved utvikling av nye digitale løsninger er det viktig å finne ut hva dette gir av verdi for virksomheten, og hvordan få til bruk og en kollektiv endring. ▪ Det er viktig å formidle nytteverdien ut til brukerne. ▪ Det er enklere å endre vaner når noe gir en umiddelbar gevinst. Som det var med DIPS Arena Mobil. ▪ Nye funksjoner inn i løsningen må veies opp mot kompleksiteten, slik at det ikke ødelegger brukervennligheten. ▪ En bør se om brukergrensesnittet til DIPS Arena Mobil kan gjenbrukes andre steder. • I trygge omgivelser – digitale helsetjenester i hjemmet ○ Fra fragmentert til samlet: En ny felles retning for DHO v/ Preben Ahnen, Prosjektleder Digital hjemmeoppfølging ○ Innspill: ▪ Det er viktig at digital hjemmeoppfølging tenkes inn i et helhetlig pasientforløp, og ikke som en tjeneste. ▪ Sektor må få en felles forståelse for hvordan et pasientforløp ser ut. Et felles teoretisk konsept vil kunne lette dialogen om alle barrierene som finnes. ▪ Den dokumenterte nytteeffekten er størst for sykehusene. Vi må også få dokumentert den eventuelle og potensielle nytten i kommunene. ▪ Fastlegene må enda tydeligere inn i arbeidet, og synliggjøres i alle ledd. Fastlegene må vite om en pasient har hjemmesykepleie eller hjemmesykehus, og hva som gjøres i hjemmet. Vi må samhandle, men med dagens systemer er det for krevende. ▪ Hva vil kostnaden være ved å bemanne opp, i stedet for digital hjemmeoppfølging? Et sted å begynne er å estimere hva et forventet hjelpebehov ville vært hvis vi ikke hadde digital hjemmeoppfølging. Hvor nøyaktig et slikt regnestykke vil bli er usikkert. ○ Initiativ og utfordringer rundt digitale helsetjenester i Helse Vest v/ Geir Granerud, Delområdeleder Digitale helsetjenester ○ Innspill: ▪ Samfunnsgevinster bør regnes inn i dette. Digital hjemmeoppfølging er forebyggende folkehelse. ▪ Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner er et område som viste seg å gi gevinst. Vi må få mer kraft på politisk ledelse for å få opp slike tiltak.
--	--

	▪ En bør vurdere å se bort fra innsatsstyrt finansiering og heller mot behovsstyrt belønning. ▪ Digital hjemmeoppfølging og digitale helsetjenester; det handler om helsetjenesten som etter hvert vil ha et digitalt element, for alle. Stortingsmelding 23 for allmennlegetjenesten, som legger opp til at alle fastlegene skal kunne følge opp alle sine pasienter digitalt. ▪ Det er krevende å jobbe med anskaffelser knyttet til digital hjemmeoppfølging. Vi kan ikke ha lang varighet da vi ikke vet hva som kommer på nasjonalt nivå. • Digital hjemmeoppfølging: Vi tror vi har svaret, men har vi forstått behovet? ○ Diskusjonssak om ulike problemstillinger
	<u>Vedtak:</u> NUFA drøftet sakene som ble presentert i møtet. Helse Vest og Bergen kommune tar med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.
17/25	Eventuelt
	Avslutningsvis i møtet så informerte Erik Hedlund, Helsedirektoratet, om at departementet starter et lovarbeid knyttet til EHDS nå. De vurderer da samtidig om det er endringer som kan tre i kraft før 2029 når EHDS kommer. Samtykke er en del av dette.