

Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre

<i>Møte</i>	2/2022	
<i>Dato</i>	30. mars 2022	
<i>Tid</i>	Kl. 10.00 – 15.30	
<i>Sted</i>	Radisson Blu, Gardermoen	
Medlemmer		
<i>Til stede</i>	Inger Cathrine Bryne (Helse Vest RHF) Terje Rootwelt (Helse Sør-Øst RHF) Mariann Hornnes (Direktoratet for e-helse) Jan Arild Lyngstad (Helsedirektoratet) Camilla Stoltenberg (Folkehelseinstituttet) Kristin W. Wieland (KS) Svein Lyngroth (Oslo kommune) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune)	Jan-Hugo Sørensen (Nordreisa kommune) Kjell Wolff (Bergen kommune) - video Mina Gerhardsen (Nasjonalforeningen for folkehelsen) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Steffen Sutorius (Digitaliseringsdirektoratet)
<i>Ikke til stede</i>	Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF) Cecilie Daae (Helse Nord RHF)	Lilly Ann Elvestad (FFO) Lill Sverresdatter Larsen (Norsk Sykepleierforbund)
<i>Stedfortreder</i>	Per Olav Skjesol for Stig Arild Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF)	Bengt Flygel Nilsfors for Cecilie Daae (Helse Nord RHF)
<i>Observatører</i>	Johan Ronæs (Norsk Helsenett SF)	
<i>Direktoratet for e-helse</i>	Karl Vestli Lucie Anun Siv Ingebrigtsen	Vibeke Jonassen Wang Mai Linn Kinstad (innleid)

Sak	Agenda Nasjonalt e-helsestyre	Sakstype
4/22	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
5/22	Godkjenning av referatet fra møtet 9. desember 2021 og ekstramøtet 4. februar 2022 i Nasjonalt e-helsestyre	Godkjenning
6/22	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
7/22	Ny e-helsestrategi fra 2023: Utkast til prioriterte mål og tiltak	Drøfting
8/22	Vekst i kostnader til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger	Orientering
9/22	Målbilde og veikart for Helsenorge og konsekvens for drifts- og forvaltningskostnader	Anbefaling
10/22	Digitale behandlings-, egenbehandlings- og veiledende planer	Anbefaling
11/22	Drifts- og forvaltningskostnader som følge av leveranser fra program digital samhandling	Drøfting
12/22	Presentasjon av arbeidet med innføring av Helseplattformen	Orientering
13/22	Iverksettelse av Felles språk på definerte områder	Drøfting
14/22	Videreføring av helsedatasatsingen etter Helsedataprogrammet	Drøfting
15/22	Eventuelt	

Sak	Tema
4/22	Godkjenning av innkalling og dagsorden
	Det kom ingen innspill til innkalling og dagsorden.
	Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjenner innkalling og dagsorden.
5/22	Godkjenning av referatet fra møtet 9. desember 2021 og ekstramøtet 4. februar 2022 i Nasjonalt e-helsestyre
	Det kom innspill til sak 37/21 i referatet fra 9. desember: vedtaket er korrekt, men referatteksten skal oppdateres etter diskusjon med KS.
	Ingen øvrige innspill.

	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjenner referatet fra møtet 9. desember 2021 og ekstramøtet 4. februar 2022.</p>
6/22	<p>Orientering fra Direktoratet for e-helse</p> <p>Mariann Hornnes, Direktoratet for e-helse, orienterte om status på følgende sak:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tildelingsbrev 2022 og orientering om direktoratets målkart for 2022 <p>Karl Vestli, Direktoratet for e-helse, orienterte om status på følgende sak:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prosess for ny leder i Nasjonalt e-helsestyre <p>Lucie Aunan, Direktoratet for e-helse, orienterte om status på følgende saker:</p> <ul style="list-style-type: none"> Strategi for digital sikkerhet – status Leveranse av SSD og programstruktur steg 2 <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> KS ønsker å komme med innspill til strategi for digital sikkerhet før den sendes på høring. I SSD for steg 2 som ble levert i januar ble det beskrevet at steg 2 skulle gjennomføres som 2 program. KS trakk frem at det burde sees på om det skal gjennomføres som 1 program. Direktoratet for e-helse svarte at det pågår en prosess i parallell med ekstern kvalitetssikring hvor dette vurderes. Ekstern kvalitetssikrer er også bedt om å se eksplisitt på dette i sin vurdering. Representant fra kommunesektoren stilte spørsmål om strategien for digital sikkerhet er lagt på et høyt nok sikkerhetsnivå, gitt trusselbildet som nå er i Europa. Direktoratet for e-helse svarte at Digitaliseringsdirektoratet har en sikkerhetsstrategi som vi avstemmer mot. Mange små virksomheter har et ekstra oppfølgingsbehov, og strategien fokuserer på spesielle områder og utfordringer som er spesifikke for helsesektoren. KS la til at det kommer en proposisjon til Stortinget om kort tid som gjelder digital sikkerhet i kommuner og behov for støtte til dette.
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar sakene til orientering.</p>
7/22	<p>Ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023: Utkast til prioriterte mål og tiltak</p> <p>Hensikt med saken var å få innspill til utkast til prioriterte seks mål, samt få innspill til viktigste tiltak som skal bidra til måloppnåelse av de ulike målene.</p> <p>Følgende innspill ble gitt i møtet: <i>Drøftingspunkt 1: Har Nasjonalt e-helsestyre innspill til vedlagte utkast til prioriterte mål som skal til for å nå visjonen?</i></p> <p><i>Generelle innspill:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Nasjonalt e-helsestyre er overordnet positive til målene. Det ble i hovedsak kommentert på momenter som bør komme tydeligere frem gjennom overskrifter og beskrivelser, samt at beskrivelsene bør tydeligere løfte effekten målene skal ha på helse- og omsorgssektoren. Utfordringsbildet knyttet til bærekraft må komme tydeligere frem. Det må komme frem at bærekraftighet i sektor er en viktig utfordring som alle målene skal bidra til å løse, i tillegg til at det bør komme tydeligere frem i de enkelte målbeskrivelsene. Det ble bemerket at FNs bærekraftsmål bør komme tydelig frem i målstrukturen og strategien, da dette er et felles rammeverk for arbeid mot de store samfunnsutfordringene vi står ovenfor. Det ble løftet frem at målene i strategien skal kunne måles, både de seks målene som ble diskutert, og effekten digitalisering i helse- og omsorgssektoren samlet sett bidrar til. Her vises det til overordnede mål for digitalisering, herunder at digitalisering skal føre til at sektoren jobber mer samordnet, mer effekt og bidrar til bedre kvalitet. Det må jobbes systematisk med oppfølging, og settes hensiktsmessige KPIer.

- Representant fra Spesialisthelsetjenesten tok opp en diskusjon om formuleringen av visjonen og at den er veldig generell. Det ble enighet i møtet om at digitaliseringsperspektivet kan trekkes tydeligere frem i misjonen for å dekke opp for dette behovet.
- Representanten fra Folkehelseinstituttet trakk frem at helsedata må løftes frem og få en tydeligere rolle i strategien, spesielt bruk av helsedata til sekundærbruk. Helsedata i sanntid er viktig for å sørge for overvåkning og gode beslutninger på befolkningsnivå, både under ordinære omstendigheter og i beredskapssituasjoner, samt for andre deler av samfunnet, langsiktig forskning m.m. I tillegg bør det legges mer vekt på tilgjengeliggjøring og kvalitet på helsedata. Det som allerede pågår, bør videreføres som sentrale satsingsområder. Det ble av representanten foreslått å ha helsedata som et eget mål i strategien, med konkret forslag til ny målformulering. Innspill tas med i det videre arbeidet.
- Representant for Nordreisa kommune mente at digital kompetanse, som nå ligger som en avhengighet i strategien, bør komme tydeligere frem.
- Det ble stilt spørsmål om «undersetningene» per mål blir for begrensende. I så fall må man være tydelig på at det er en begrensning som har en intensjon bak seg.

Innspill per mål:

Mål 1 – STYRKET SAMARBEID *gjennom styrket samarbeid i sektoren, på tvers av offentlig sektor og med forskning, næringsliv, innbygger og internasjonalt*

- Målet er en forutsetning for å kunne arbeide mot de andre målene i strategien og at det kan komme tydeligere frem at dette er et virkemiddel fremfor et effekt-mål.
- Det ble nevnt at dette målet var vurdert slått sammen med mål 6.

Mål 2 – ENKEL OG TRYGG HVERDAG *gjennom sikker og brukervennlig digital støtte*

- Overskriften for målet kan justeres for å få med kvalitetsaspektet tydeligere.

Mål 3 – AKTIV MEDVIRKNING *gjennom behovsstyrte tjenester og mulighet for involvering i egen og næres helse*

- Representant fra Legeforeningen trakk frem at innbygger som en mer aktiv medvirker vil føre med seg store konsekvenser. Når innbygger får mer informasjon, innsikt og muligheter for involvering kan dette medføre økt kontakt med tjenesten, fremfor mindre. Flere representanter stilte seg bak innspillet.
- Det ble også påpekt, blant annet fra representant fra Nasjonalforeningen for folkehelsen, at sosiale ulikheter og variasjon i digital kompetanse blir viktige momenter å håndtere i forbindelse med dette målet. Flere stilte seg bak dette og presiserte viktigheten av å tilpasse til ulike behov og forutsetninger.

Mål 4 – NYSKAPENDE HELSETJENESTE *der innsikt fra data utnytte til utvikling og innovasjon i helse- og omsorgstjenesten*

- Dette ble trukket frem som et svært viktig mål, men det ble etterspurt en mer eksplisitt representasjon av helsedata i dette målet. Dette gjelder både nært til pasienten, tilknyttet beslutningsstøtte m.m, og sekundærbruk som langsiktig forskning, utvikling og innovasjon, refusjoner, tiltaksvurderinger og overordnet styring hos myndigheter på alle nivåer. Flere andre representanter stilte seg bak innspillet og påpekte at det bør legges vekt på aktiv bruk av data og kunstig intelligens i målbeskrivelsen.
- Det ble trukket frem at folkehelse og beredskap bør tydeliggjøres mer eksplisitt som mål for datainnsamling og bruk av data under dette målet
- Det kom konkrete forslag til reformulering av målet, som tas med i det videre arbeidet.

Mål 5 – HELHETLIG DIGITAL SAMHANDLING *gjennom å sørge for at informasjon følger pasienten på tvers av aktører*

	<ul style="list-style-type: none"> • Representant fra Folkehelseinstituttet påpekte at økt kvalitet på data inn bør inngå som en del av dette målet. • Viktig av å vise til Kjernejournal og Helsenorge som sentrale løsninger for dette målet. Det samme gjelder Program digital samhandling som tiltak opp mot dokumentdeling. <p>Mål 6 – STYRKET GJENNOMFØRINGSKRAFT <i>gjennom tilpasning av sentrale virkemidler som regelverk og finansieringsmodeller</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dersom målet begrenses til finansieringsmodeller og regelverk er det i større grad et tiltak enn et mål. Det refereres likevel til som veldig viktige virkemidler for å nå de øvrige målene. • Det bør presiseres at helsedata kan og skal deles med aktører, men at delingen bør være målstyrt. Det krever et system som legger til rette for deling. <p><i>Drøftingspunkt 2: Hva mener Nasjonalt e-helsestyre er de aller viktigste nye tiltakene som skal til for å nå målene?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er viktig å ikke bare foreslå nye løsninger, men også organisatoriske grep. • Det er viktig at tiltakene legger til rette for å få ut effekt raskt, og at ikke tiltakene strekker seg for langt ut i tid. • Det savnes et konkret tiltak knyttet til arbeid med syntetiske test-data. Det er utfordrende å samhandle og sikre datadeling på tvers. Ved bruk av syntetiske data, eksempelvis ved å utvikle syntetiske borgere, helseforetak, kommuner mm., kan man få utført testing som er sentral for å kunne videreutvikle samhandlingsløsninger. • Deltakerne ble bedt om å legge inn konkrete forslag til tiltak i strategien i Mentimeter. Innspillene tas med i det videre arbeidet med utforming av forslag til tiltak i strategien.
	<p>Vedtak: Direktoratet for e-helse tar med seg Nasjonalt e-helsestyre sine innspill til prioriterte mål i ny e-helsestrategi, samt viktigste tiltak for å nå målene.</p>
8/22	Vekst i kostnader til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger
	<p>Karl Vestli, Direktoratet for e-helse, orienterte om oppdrag som Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF har fått knyttet til lov- og forskriftsendringene som pålegger virksomhetene å bruke de nasjonale e-helseløsningene og betale for forvaltning og drift.</p> <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det ble påpekt uklarheter i det vi skal gi tilslutning til i denne type saker, og at det er behov for mer informasjon og tydeliggjøring av konsekvenser. • KS spilte inn behovet for en modell som viser prosessen for sakene, og med en beskrivelse av de økonomiske konsekvensene. Her er det også viktig hvis mulig å synliggjøre de lokale konsekvensene slik at en får tatt høyde for det i de lokale budsjettene. • Videre påpekte KS at det er fastlegene i kommunene som er den primære brukergruppen av disse tjenestene, hvor flertallet er privatpraktiserende. At kommunene må betale for fastlegene er krevende. KS mener at Nasjonalt e-helsestyre ikke kan anbefale kostnader, men at det kan gis faglige støtte til investeringene. Kostnadene kan tas til etterretning. • Legeforeningen støttet innspillet til KS. Hvis kommunene får finansieringsansvaret, mens det er fastlegene som blir hovedaktøren vil det bli en utfordring. Legeforeningen mener den logiske bakgrunnen for brukerbetaling er de som er aktive brukere av tjenestene får innflytelse på utvikling av tjenestene. De mener fastlegene bør inneha denne rollen og bør både høres og gjøres ansvarlig, slik at sluttproduktet blir best mulig. • KS kom med innspill om at Norsk helsenett SF må utvikle tjenestepriksmodeller for at sektoren skal få et faktagrunnlag å diskutere på. Det vil gi større transparens. Norsk helsenett SF svarte at tjenestekost er en viktig parameter, og noe som skal behandles i teknisk beregningsutvalg. Det å følge med på enhetskost over tid er viktig.

	<ul style="list-style-type: none"> • Spesialisthelsetjenesten kommenterte viktigheten av å få oversikt over de samlede kostnadene, samt gode modeller for estimering. Når regionene gjør store investeringer lokalt og regionalt baserer de seg på en totaloversikt på regionalt nivå • Videre påpekte spesialisthelsetjenesten at når saker om kostnader knyttet til drift og forvaltning skal opp i Nasjonalt e-helsestyre må det foreligge mer bakgrunnsinformasjon enn det som presenteres i sakene til dagens møte. Nasjonalt e-helsestyre må kunne forstå tallene for å kunne gi en anbefaling. Det er viktig at tiltakseier er så konkret som mulig. • Som oppfølging til innspillet fra spesialisthelsetjenesten kommenterte Norsk helsenett SF at sammenhengen mellom det som tas opp i teknisk beregningsutvalg og det som tas opp i Nasjonalt e-helsestyre burde synliggjøres bedre. • Direktoratet for e-helse kom med innspill om at vi må ha større oppmerksomhet på formålet i satsningsforslagene i gjennomføringen. • Det ble påpekt at det er utfordrende å beslutte langsiktige planer da vi har valgt å jobbe etter en stegvis modell. Direktoratet for e-helse støttet å tydeliggjøre hva vi trenger av tallgrunnlag fra Norsk helsenett SF, samt hva vi skal drøfte i tekniske beregningsutvalg og hva som skal drøftes her i styringsmodellen. • Representant fra kommunesektoren påpekte at vi må definere prinsipper for å løse saker knyttet til drift- og forvaltningskostnader, hvis ikke kan dette bli vanskelig å administrere. Videre ble det understreket at finansieringen er helt avgjørende for kommunene. Her kan det komme store utgifter sektoren ikke har tilstrekkelig oversikt over. • Spesialisthelsetjenesten foreslo å få en årlig oversikt over kostnader, i god tid før budsjettarbeidet starter. Det må være en struktur slik at det blir mer forutsigbart. • KS poengterte at kommunene er ivrige etter å ta i bruk tjenester som gir nytte. Norsk helsenett SF må synliggjøre hvilke tjenester som kommunene bruker.
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering. Direktoratet for e-helse tar med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
9/22	<p>Målbilde og veikart for Helsenorge og konsekvens for drifts- og forvaltningskostnader</p>
	<p>Bodil Rabben og Nina Ulstein, Norsk helsenett SF, ønsket å gjøre Nasjonalt e-helsestyre kjent med målbilde og veikart for Helsenorge, og hvordan Produktstyret for Helsenorge ivaretar at utviklingen er i tråd med målbildet.</p> <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spesialisthelsetjenesten understreket at Helsenorge er viktig og at det er lett å finne løsninger sammen med Norsk helsenett SF, men at det er utfordrende å forstå det som legges frem. De kom med et ønske om å få en årlig sak med oversikt over investeringskostnader, drift- og forvaltningskostnader, slik at de kan ta det med tilbake til organisasjonene for forankring. Dette vil gjøre det mer forutsigbart for alle. • KS uttrykte at det er uproblematisk å betale for tjenestene som brukes i kommunene, men at det er utfordrende når investeringsbeslutningen tas av andre aktører enn de som skal bruke løsningen.. • Helsedirektoratet påpekte at det som legges frem av Norsk helsenett SF i saken er et erfaringsbasert investeringsnivå, at det er basert på alt vi tidligere har bedt om av utvikling. • Norsk helsenett SF supplerte med at de tror ikke det er nødvendig å være bekymret for at en tjeneste koster mer enn vi har nytte av, slik det er akkurat nå. Dette er en oversikt over hva som er den viktigste funksjonaliteten som skal utvikles fremover, og hva ligger innenfor målbildet til Helsenorge per nå. Dette baserer seg på prioriteringer i produktstyret for Helsenorge. • Legeforeningen minnet om at det er viktig å ivareta innbyggerperspektivet, og at det kan være en idé at kommunene ivaretar innbyggernes behov inn mot Helsenorge.
	<p>Vedtak: 1. Nasjonalt e-helsestyre støtter at Helsenorge må utvikles i tråd med innbyggernes og aktørenes behov.</p>

	<p>2. Estimerte kostnader tas til orientering.</p> <p>3. Det er viktig at økte drifts/forvaltningskostnader knyttet til ny funksjonalitet og økt bruk synliggjøres overfor de som skal finansiere løsningen.</p> <p>4. Kostnadene må inngå i en årlig samlet drøfting av forvaltnings- og driftskostnader.</p>
10/22	Digitale behandlings-, egenbehandlings- og veiledende planer
	<p>Ole Kristian Storlie, Helsedirektoratet, orienterte Nasjonalt e-helsestyre om status i prosjekt Digital behandlings- og egenbehandlingsplan (DBEP). Helsedirektoratet ønsket også en anbefaling fra Nasjonalt e-helsestyre om dekning av drifts- og forvaltningskostnader slik at løsningen kan tas i bruk av sektoren etter prosjektavslutning.</p> <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legeforeningen uttrykte at det er vanskelig å få tak i hvordan denne prosessen har vært. Det er viktig og et stort fremskritt å få dette på plass, og kan brukes til en mengde pasientkategorier. Det er viktig for Legeforeningen at behandlingsplanen ikke er for strukturert og er åpen for tilpasninger. Det er en oppfatning om at det som lages er retningslinjer, og utveksler måledata på pasienter, og legger opp et forslag til plan for behandlingen av en eksakt sykdom. Helsedirektoratet svarte at det ikke var ønskelig med diagnosespesifikke planer, og at man derfor har gått bort fra det. Det som utvikles er en generisk løsning, og man har mulighet til å legge til og fylle inn eget innhold. Legeforeningen var glade for å høre dette, og opplyser at det har vært en umoden prosess og at det er lite forankring i deres del av tjenesten, men at dette er en viktig løsning og at det er viktig at anvendbarheten blir bra. • Spesialisthelsetjenesten opplyste om at de i Midt-Norge har behandlingsplaner som settes i produksjon med Helseplattformen. De benytter felles språk for disse planene, og er opptatt av at den strukturen de har utviklet danner grunnlaget for en fremtidig nasjonal struktur slik at man kan utveksle planer i fremtiden. Det er finansielt krevende å i tillegg skulle investere i dette, da det allerede er investert mye i utvikling av planer gjennom Helseplattformen. Det er ønskelig at kostnadsfordelingen for dette er knyttet opp til bruk, og at det er viktig å ta med seg erfaringene fra Helseplattformen. • KS mente at tiltaket ikke er godt nok forankret i sektor. Det oppleves som umodent, og eierskap til tjenesten i kommunen er ikke helt på plass enda, noe som vil gjøre det vanskelig å ta ut de samlede gevinstene. De stilte også spørsmål om kostnadene og nytten som presenteres i saken inkluderer de lokale kostnadene, eller om det kun er sentrale kostnader. Helsedirektoratet bekreftet at det kun er de sentrale kostnadene som er inkludert. • Spesialisthelsetjenesten stilte spørsmål ved nytten av veiledende planer og hvordan det henger sammen med sykepleieprosedyrer. De har allerede nasjonale retningslinjer og prosedyrer som følges. Helsedirektoratet svarte at grunnen til at sykepleieprosedyrer ble trukket frem her er at prosjektet ble tidligere forvekslet med arbeid rundt veiledende planer som omhandler det sykepleiefaglige, mens deres prosjekt er en teknisk løsning for behandlings- og egenbehandlingsplaner. Løsningen legger også til rette for at de veiledende planene kan importeres i løsningen. • Videre påpekte spesialisthelsetjenesten at det må ligge et poeng med standardisering her, slik at en legger til rette for gjenbruk. Opplevelsen er prosjektets omfang er lite kjent, men det er flott at noen piloterer det. Det må gjøres juridiske avklaringer, tilsvarende som for dokumentdeling i kjernejournal. • Direktoratet for e-helse oppsummerte med at det er viktig at tiltakseier har svar på en del sjekkpunkter når saker tas inn Nasjonalt e-helsestyre, særlig om drift og forvaltningskostnader og juridisk hjemmelsgrunnlag. <p>Følgende svar ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oslo kommune spurte hvordan man kan beregne driftskostnader før utvikling er ferdig, og da fortsatt er i investeringsfasen. Helsedirektoratet svarte at det er en stegvis utvikling, og

	at løsningen prøves ut i år. Utviklingen vil fortsette frem til den er klar til nasjonal utrulling i midten av 2023.
	Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering, og ber Helsedirektoratet ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet. Hjemmelsgrunnlaget vurderes nærmere før det tas stilling til drift- og forvaltningskostnader.
11/22	Drifts- og forvaltningskostnader som følge av leveranser fra program digital samhandling
	Lucie Aunan, Direktoratet for e-helse, orienterte Nasjonalt e-helsestyre om drifts- og forvaltningskostnader for steg 1 i Program digital samhandling og den vurdering av hjemmelsgrunnlag som pågår.
	Følgende innspill ble tatt med fra møtet: <ul style="list-style-type: none"> • KS kommenterte at i det som legges frem, ser det ut som at drift og forvaltning skal dekkes av de aktørene som tar det i bruk. Det strider imot det Stortinget har lag til grunn, at det ikke er sammenheng mellom bruk og kostnader. • Representant fra spesialisthelsetjenesten stilte spørsmål om NILAR er ferdig besluttet og vedtatt, og det ble samtidig opplyst om at i Helse Sør-Øst er dette løst og det deles på tvers. Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF svarte at det har vært behandlet og besluttet tidligere, og at det er nødvending med en løsning for å dele lab og prøvesvar på tvers av sektor.
	Følgende spørsmål ble svart ut i møtet: <ul style="list-style-type: none"> • Representant fra kommunesektoren stilte spørsmål om hvem som definerer hva som er innenfor og utenfor i steg 1. Direktoratet for e-helse svarte at det i utgangspunktet er Norsk helsenett SF som vurderer det innenfor formålet for programmet, og dersom de trenger råd er det Direktoratet for e-helse som gir det.
	Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering, og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.
12/22	Presentasjon av arbeidet med innføring av Helseplattformen
	Per Olav Skjesol, Helse Midt-Norge RHF, orienterte Nasjonalt e-helsestyre om arbeidet med innføring av Helseplattformen i Midt-Norge.
	Nasjonalt e-helsestyre ønsker Helse Midt-Norge RHF og kommunene lykke til med innføringen. Det kom ingen øvrige innspill til saken.
	Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering.
13/22	Iverksettelse av Felles språk på definerte områder
	Lucie Aunan, Direktoratet for e-helse, ønsket gjennom saken å øke fokus på forankring og bruk av Felles språk i sektoren. Det ble kun tid til en kort introduksjon om saken.
	Saken kommer opp igjen i ekstra møte i Nasjonalt e-helsestyre 13. mai 2022.
14/22	Videreføring av helsedatasatsingen etter Helsedataprogrammet
	Det ble ikke tid til denne saken i møtet. Saken kommer opp igjen i ekstra møte i Nasjonalt e-helsestyre 13. mai 2022.
15/22	Eventuelt
	Det kom ingen saker til eventuelt.