

Referat fra møte i NUFA		
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)	
<i>Dato</i>	29. - 30. januar 2020	
<i>Tid</i>	29. januar kl. 10:00 – 30. januar kl. 14:00	
<i>Sted</i>	Radisson Blu, Gardermoen	
<i>Medlemmer</i>	Inga Nordberg, Direktoratet for e-helse Karl Vestli, Direktoratet for e-helse Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF Per Olav Skjesol, Helse Midt-Norge RHF Kristian Onarheim, Helse Midt-Norge RHF Randi Brendberg, Helse Nord RHF Heidi Slagsvold, KS Egil Rasmussen, KS Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune Kirsti Pedersen, Oslo Kommune Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune	Mona Pedersen, Lenvik kommune Thore Thomassen, Helsedirektoratet Børge Myrland Larsen, Helsedirektoratet Sindre Solem, Norsk Helsenet Peter Holmes, Folkehelseinstituttet Mohammad Nouri Sharikabad, Folkehelseinstituttet Pål Brekke, Legeforeningen Rune Karlsen, Digitaliseringsdirektoratet Arnfinn Aarnes, Funksjonshemmede Fellesorganisasjon Sverre Ur, Diabetesforbundet
<i>Ikke til stede</i>	Mona Pedersen Peter Holmes Rune Karlsen Sverre Ur	Randi Brendberg (del dag 1) Geir Granerud (dag 1) Kirsti Pedersen (del dag 1) Heidi Slagsvold (del av dag 2) Darlén Gjølstad (dag 2)
<i>Observatører</i>	Darlén Gjølstad, HOD	
<i>Stedfortreder</i>		
Direktoratet for e-helse	Siv Ingebrigtsen Hans Løwe Larsen (tilstede dag 2)	Sonja Turøy Brugman Karen Lima

Sak	Tema	Sakstype
1/20	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 6. - 7. november 2019	Godkjenning
2/20	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
3/20	Nasjonal e-helseportefølje	Orientering
4/20	Hva er ID-porten, Helse ID og felles tillitsmodell – og hvorfor er det viktig for tilgang til helseinformasjon?	Drøfting
5/20	Utredning om kunstig intelligens – funn og veien videre	Orientering
6/20	Nasjonalt felles hjelpenummer i helsetjenesten	Drøfting
7/20	Veileder for "International Patient Summary"	Drøfting
8/20	Felles plan for EPJ - 2019	Orientering
9/20	Helseplattformen	Orientering
10/20	Et innblikk i pågående arbeid på legemiddelområdet	Drøfting
11/20	Eventuelt	

Sak	Onsdag 29. januar
1/20	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 6. – 7. november 2019
	Tre nye medlemmer ble introdusert: <ul style="list-style-type: none"> - Børge Lund Larsen, Helsedirektoratet, erstatter Kirsten Petersen - Pål Brekke, Legeforeningen, erstatter Torgeir Fjermestad (fastlege). - Darlén Gjølstad, Helse- og omsorgsdepartementet, erstatter Tor Eid. <p>Ingen kommentar til innkalling og referat.</p>
	Vedtak:

	<p>NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referat fra møte 6. – 7. november 2019.</p>
2/20	Orientering fra Direktoratet for e-helse
	<p>Inga Nordberg, Direktoratet for e-helse, orienterte NUFA om følgende saker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nye e-helseorganisering - status - Budsjett Direktoratet for e-helse – status - Akson - Områdeutvalg Digital samhandling - Teknisk beregningsutvalg - Nasjonal e-helsestrategi – Gap-analyse handlingsplan - Dialogmøter med NUIT- og NUFA-representanter vår 2020.
	<p>Vedtak: NUFA tar sakene til orientering.</p>
3/20	Nasjonal e-helseportefølje
	<p>Siv Ingebrigtsen, Direktoratet for e-helse, presenterte saken. Saken bestod av følgende tema:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Overordnet beskrivelse av nasjonal e-helseportefølje 2020 2. Portefølje for Direktoratet for e-helse 2020 og organisering av denne med hensyn til ny tjenesteleverandør <p>Nasjonal e-helseportefølje består per januar 2020 av 54 prosjekter med et samlet budsjett i 2020 på 1,65 milliarder. Helseplattformen AS er kommet inn som ny aktør. I behandlingen av nasjonal e-helseportefølje i de nasjonale utvalgene fjerde kvartal 2019 kom det blant annet innspill om at sektorens samfinansiering- og ressursbidrag må synliggjøres bedre. Direktoratet viste i denne presentasjonen en oversikt over kostnadsfordelingen per aktør.</p> <p>Det ble lagt frem en oversikt over Direktoratet for e-helse sine prosjekter i nasjonal e-helseportefølje, budsjett for 2020 og planlagte leveranser. Et nytt tiltak i porteføljen er de grunnmurstiltakene som samfinansieres av RHF-ene.</p> <p>I diskusjonen ble det stilt spørsmål om konsekvensen av at budsjett til pasientens legemiddelliste (PLL) er lavere enn innmeldt behov. Direktoratet for e-helse svarte at PLL er høyt prioritert innenfor de frie midlene direktoratet har. Konsekvensen av noe lavere budsjett er at enkelte leveranser skyves ut i tid. Direktoratet påpekte at andre prosjekter i porteføljen, eksempelvis PKT, har store aktiviteter som vil gi nytte til legemiddelområdet. Det vil derfor være stor aktivitet på dette området, også i 2020.</p>
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering.</p>
4/20	Hva er ID-porten, HelseID og felles tillitsmodell – og hvorfor er det viktig for tilgang til helseinformasjon?
	<p>Direktoratet for e-helse la frem en temasak for NUFA for å belyse betydningen av tillit i et økosystem for å få til datadeling. Dette er viktig for at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til helseinformasjon. Saken ga en innføring ID-porten, Maskinporten, HelseID og felles tillitsmodell, med deltakelse fra Digitaliseringsdirektoratet, Norsk Helsenett SF i tillegg til Direktoratet for e-helse.</p> <p>1. Om ID-porten og Maskinporten, presentert av Jørgen Binningsbø, Digitaliseringsdirektoratet.</p> <p>Digitaliseringsdirektoratet orienterte om økosystemet for digital samhandling i offentlig sektor og hvilken rolle de har i dette landskapet. De presenterte fellesløsningene ID-porten og maskinporten som er utviklet og eies av dem, og hvordan de baserer seg på sertifikater fra leverandører av tillitstjenester ved autentisering. Fokus for tjenestene er å viderefremme sikker identitet for person og virksomhet og tilrettelegge for at offentlig</p>

sektor kan bruke identiteten så effektivt som mulig. Digitaliseringsdirektoratets mål er å lage "tynne" felleskomponenter og ønsker ikke inkludere sektorspesifikke behov for å unngå unødvendig kompleksitet i løsningene. HelseID samspiller derfor med ID-porten for å løse helsesektorens spesifikke behov for sikker identifikasjon.

2. Hva er HelseID – og hva er det ikke, presentert av Steinar Noem, Norsk Helsenett SF.

HelseID er en felles løsning for helse- og omsorgstjenesten for autentisering av helsepersonell. Løsningen bidrar til at dataansvarlig kan vurdere om man kan gi helsepersonell tilgang til helseopplysninger. Teknisk tillitsmodell for HelseID ble også presentert.

Det ble spurt om HelseID vil ivareta helsepersonells tjenstlige behov for tilgang til informasjon. Svaret er at den autoritative avgjørelsen må tas i dataansvarlig sine systemer basert på informasjon om helsepersonellet og helsepersonellens kontekst. HelseID avgjør ikke om helsepersonellet skal gis tilgang, men bidrar med en beskrivelse av sluttbrukerens kontekst ved å hente kontekstuell informasjon fra egne datakilder, autoritative register og ved å viderefremde relevant informasjon fra fagsystemet som sluttbrukeren benytter i forbindelse med autentiseringen. Helse- og omsorgstjenesten er kompleks på den måten at man har plikt til å dele informasjon samtidig som man må ivareta personvernet. For å sikre mot utilsiktet tilgang etablerer HelseID et teknisk tillitsforhold til systemene som helsepersonellet benytter på vegne av datadelingsgrensesnittene disse systemene konsumerer. Datadelingsgrensesnittene må stole på at tillitsforholdet mellom HelseID og fagsystem er godt nok til å kunne bruke informasjonen som kommer fra HelseID i en tilgangskontroll.

For at man skal ha tillit til løsningen for HelseID, må man være trygg på at virksomhetene presenterer enheter og underenheter korrekt i virksomhetsregistrene. NUFA ga tilbakemelding om at man i spesialisthelsetjenesten har erfart at dette er vanskelig å vedlikeholde. Det er også manglende kompetanse om dette i sektoren. NUFA ønsker at man tar denne utfordringen med på et nasjonalt nivå som et område som krever tiltak. Kommunerepresentantene i NUFA påpekte at det i kommunesektoren, i motsetning til spesialisthelsetjenesten, ikke eksisterer noe virksomhetsdata som kan benyttes for tilgangsstyring. NUFA mener dette må prioriteres nasjonalt.

3. HelseID strategiarbeid – innledning til gruppearbeid, presentert av Simone Vandeberg Norsk Helsenett SF.

Norsk Helsenett SF har startet et strategiarbeid for HelseID. Det ble gjennomført gruppearbeid hvor NUFA, på en skala fra 1 til 5, vurderte hvor enig/uenig de var med 4 sentrale spørsmål:

1. I hvor stor grad vil det være behov for å dele informasjon i sanntid mellom virksomheter fremover?
 - behov for deling av informasjon i sanntid er større innenfor helse- og omsorgssektoren enn deling av informasjon på tvers av sektorer.
2. I hvilken grad ser dere behov for en sentral tjeneste for identitet- og tilgangsstyring ved deling av informasjon?
 - en sentral tjeneste som HelseID kan skape størst verdi for sektoren ved å muliggjøre tilgang til informasjon i nasjonale e-helseløsninger og registre, og tilgang til informasjon mellom virksomheter i sektoren. NUFA belyste at deling av informasjon på tvers av sektorer er avhengig av flere faktorer som for eksempel aktører som er involvert i arbeidsprosess, verdien av å effektivisere arbeidsprosessen, finansiering av et eventuelt initiativ, mulighet for et felles token på tvers av sektorer, osv.
3. I hvor stor grad ser dere gevinster/verdi av HelseID?

	<p>- HelseID kan skape størst verdi for helse- og omsorgssektoren ved 1) å gi tilgang til informasjon som øker kvalitet i helsetjenester, 2) å effektivisere helsepersonells hverdag og 3) å skape sikkerhet og tillit ved deling av informasjon. NUFA belyste at det er også verdi i å effektivisere administrativ personells hverdag.</p> <p>4. Hvilke egenskaper vil være viktig for HelseID som tjeneste for identitet- og tilgangsstyring?</p> <p>Det er viktig for HelseID å utvikle seg som: 1) en standard tjeneste, basert på beste praksis og standarder innen sikkerhet, 2) å være alltid tilgjengelig og 3) å tilby engangspålogging på tvers av systemer og datakilder. Andre viktige egenskaper men på et lavere prioritert nivå er at HelseID: 1) gjør det enkelt å administrere oppsett for deling av informasjon mellom to parter og 2) har stor fleksibilitet i hvilke eID løsninger som kan benyttes av helsepersonell.</p> <p>Norsk Helsenett SF vil ta med innspillene i det videre arbeidet med strategiprosess for HelseID.</p> <p>5. Felles tillitsmodell, presentert av Helge Bjærtnes og Roy Sigvartsen, Direktoratet for e-helse.</p> <p>Helsepersonell har i dag i liten grad tilgang til helseopplysninger utenfor egen virksomhet. Det er mange årsaker til at dette er vanskelig. En sentral utfordring er at man må ha tillit til den enkelte person og virksomhet for at man skal kunne gi tilgang til informasjon. Felles tillitsmodell vil bidra til enklere tilgang. Visjon, forslag til omfang og anbefalt organisering av styring og forvaltning av Felles tillitsmodell ble presentert.</p> <p>I diskusjonene var det ulike synspunkt blant medlemmene om forslag til Felles tillitsmodell vil løse tilgang til informasjon basert på tjenstlig behov. Direktoratet svarte at man nasjonalt må bli enige om på hvilket nivå man skal ha oppdatert oversikt over helsepersonells tjenstlige behov for tilgang. Det er dette som er kjernen i arbeidet.</p> <p>Direktoratet for e-helse spurte NUFA om innspill på hvem som bør involveres i det videre arbeidet med Felles tillitsmodell og fikk tilbakemelding om at klinikere, kompetanse på helsejus, kommuner og pasient- og brukerorganisasjoner må inviteres til å delta i arbeidet.</p>
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill som fremkom i møtet i det videre arbeidet.</p>
5/20	<p>Utredning om kunstig intelligens – funn og veien videre</p>
	<p>Siv Fjellkårstad, Helsedirektoratet og Nils Gullhaug, Direktoratet for e-helse, orienterte NUFA om utredningsoppdrag knyttet til kunstig intelligens i forbindelse med ny helse- og sykehusplan.</p> <p>Oppdraget var å ta utgangspunkt i tjenestens planer og behov og derfra utrede muligheter og utfordringer knyttet til bruk av kunstig intelligens. I 2020 vil man velge prosjekt som skal få veiledning, implementere tiltak fra felles plan samt fortsette utredninger og justering av tiltak.</p> <p>Det er en målsetning at kunstig intelligens skal bidra til å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Internasjonalt bruke kunstig intelligens i all hovedsak innen fire områder; virtuell helseassistanse, støtte til diagnostisk tolkning, predikasjon og risikokartlegging samt ved helsemonitorering.</p>

	<p>Rapporten er til gjennomgang av NUFA/sektor, og er tilgjengelig på NUFA sine sider på ehelse.no (lenke). Innspill kan sendes til nasjonalt.portefoljekontor@ehelse.no innen 26. februar 2020.</p> <p>I diskusjonen kom følgende innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NUFA synes det er positivt at man tar utgangspunkt i pågående prosjekter, prøver ut i liten skala for å gjøre seg erfaringer. • Kommunene etterlyste plan for hvordan kommunesektoren kan inkluderes og bidra i arbeidet. • Det ble påpekt at kompetanse på kunstig intelligens er en mangelvare i helse- og omsorgstjeneste. • Et annet kjerneproblem er tilgang til data til bruk i kunstig intelligens. • Flere påpekte at EU/EØS-regelverk legger føringer for bruk av kunstig intelligens (regelverk om medisinsk utstyr). Egenutviklede algoritmer er underlagt samme krav til godkjenning som kommersielle aktører. Det vil antagelig være mer bærekraftig å satse på allerede utviklede løsninger som har vært igjennom en godkjenningssprosess og som er CE-merkede.
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering</p>
6/20	<p>Nasjonalt felles hjelpenummer i helsetjenesten</p>
	<p>Rune Røren, Direktoratet for e-helse, presenterte den foreløpige kartleggingen av behovene for et felles nasjonalt register for felles hjelpenummer i helsetjenesten. Oppdraget er gitt av Helse- og omsorgsdepartementet. Forslag til prosjektbeskrivelse og prosjektbegrunnelse var lagt ved saksgrunnlaget. Direktoratet for e-helse ønsker innspill fra NUFA på begge dokumenter.</p> <p>NUFA stilte spørsmål om anbefalt løsning er den riktige. Mange av problemene med hjelpenummer antas å kunne løses i den enkelte region. Kommunene påpekte at det er mye fokus på spesialisthelsetjenestens behov. Dagens situasjon gir også utfordringer for bl.a. meldingsutvekslingen. Dette må også tas med i den totale vurderingen.</p> <p>NUFA påpekte at det i presentasjon av omfang og rekkefølge er vanskelig å se hva kostnadene i sektoren blir for å ta anbefalt løsning i bruk. NUFA ønsker at Direktoratet for e-helse gjør en konsekvensanalyse for å unngå at kostnadene blir for store ved innføring.</p> <p>Direktoratet for e-helse påpekte at det eksisterer en nasjonal standard for hjelpenummer som er godkjent av Skatt. Dersom man fortsetter som i dag, vil alle måtte administrere egne tjenester for hjelpenummer. Det anses som mer hensiktsmessig å gjøre dette nasjonalt.</p>
	<p>Vedtak: NUFA ber Direktoratet for e-helse ta innspill fra møtet med i det videre arbeidet.</p>
7/20	<p>Veileder for "International Patient Summary"</p>
	<p>Georg Ranhoff, Direktoratet for e-helse, la frem status på tilnærming til standardiseringsarbeid hvor EU er pådriver.</p> <p>International Patient Summary (IPS) er betegnelse for et minimumsett av pasientdata som klinikere har identifisert som relevante ved mange ulike samhandlingsformål. Formålet med IPS er utveksling av helseopplysninger mellom virksomheter ved planlagt og uplanlagt behandling på regionalt, nasjonalt nivå og på tvers av landegrensler. Norge skal nå styrke sin følge-med-rolle og sikre en gradvis tilnærming til dette arbeidet.</p> <p>I diskusjonen ble det spurt om utveksling av bilder. Direktoratet svarer at EU har startet opp tre nye løp som pågår samtidig når det gjelder utveksling av helseopplysninger;</p>

	<p>laboratorieresultater, epikriser og medisinske bilder. Det er i en veldig tidlig fase. Man vil bruke XDS til å utveksle informasjon.</p> <p>På spørsmål om hvordan vi ser at dette arbeidet påvirker vår observasjonsrolle når det gjelder dokumentutveksling, svarte direktoratet at Snomed CT og FHIR er i en tidlig fase. Vi skal gjenbruke internasjonale profiler når det skal lages norske profiler.</p> <p>Når det gjelder direktoratets tilnærming til deling på tvers av landegrensene så har 22 land i Europa forpliktet seg å til å dele e-prescription og/eller IPS informasjon. Norge har ikke forpliktet seg og har kun en følge-med-rolle. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt beskjed om at vi skal tilnærme oss dette samarbeidet, slik at våre nasjonale føringer er mest mulig i tråd med det andre land i Europa velger.</p> <p>Det ble stilt spørsmål om formålet med å dele e-reseptinformasjon på tvers av landegrensene. Direktoratet svarer at det er et behov som oppstår med blant annet turisme og flytting i Europa.</p> <p>På spørsmål om det er gjort en mapping av IPS mot kritisk informasjon i kjernejournal svarte direktoratet at det er gjort en førstevurdering som avdekket mye sammenfallende informasjon.</p> <p>Veilederen skal innen kort tid sendes ut for en innspillsrunde i sektoren.</p>
	<p>Vedtak: NUFA ber om at Direktoratet for e-helse tar med seg innspill fra møtet i det videre arbeidet med veileder for bruk av e-helsestandard "International Patient Summary" i Norge.</p>
<p>8/20</p>	<p>Felles plan for EPJ - 2019</p>
	<p>Per Olav Skjesol, Helse Midt Norge RHF, presenterte RHF-enes arbeid med "Felles plan – neste generasjon PAS/EPJ".</p> <p>I 2019 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag om å levere en felles beskrivelse av tiltak knyttet til etablering av felles grensesnitt mot nasjonale tjenester og en felles tilnærming til arbeidet med overgang til strukturert journal.</p> <p>Når det gjelder grensesnitt mot nasjonale løsninger har RHF-ene relativt likt utgangspunkt, samsvarende behov og felles planer for grensesnitt mot nasjonale løsninger. RHFene ønsker et sterkt Direktoratet for e-helse som kan sørge for utvikling av nasjonale standarder og fremdrift på arbeidet med Pasientens legemiddelliste. Videre ønsker RHFene at kjernejournal blir autorativ kilde til kritisk informasjon og at det blir mulig å dele journalinformasjon på tvers av virksomheter. Dessuten må helsenorge.no videreutvikles slik at det kan bli integrert i eksisterende løsninger.</p> <p>RHF-ene mener uttrykket "overgang til strukturert journal" er noe misvisende da det kan gi tanker om omlegging i en begrenset periode. Det å strukturere journal er en endring som krever modning hos både organisasjonene og hver enkelt fagperson. Strukturert journal kan ikke lages av Direktoratet for e-helse eller RHF-ene, men må utvikles sammen med klinikere. Direktoratet er enige i denne vurderingen og mener samtidig at det er viktig å ha et felles målbilde selv om innføring skjer i ulik takt.</p> <p>I diskusjonen ble det sagt at det er viktig å prioritere brukervennlighet, og ikke strukturere for mye.</p> <p>Det ble stilt spørsmål om det er områder der strukturering i HF er sammenfallende for behovene i kommunene. Svaret er ja, og rapporten inneholder informasjon om dette. Behovene for informasjonen som ligger i IPS er ganske likt i sykehus og kommune.</p>

	<p>Det ble også stilt spørsmål om det er mulig å generere et empirisk grunnlag for hva et minimumsnivå på standardisering bør være til bruk i læringsprosesser. Helse Midt RHF svarte at det finnes noe. Epic bidrar med et sett med standarder, men det disse dekker ikke alle behovene vi har i Norge.</p>
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering.</p>
	<p>Slutt dag 1</p>

Sak	Torsdag 30. januar
9/20	Helseplattformen
	<p>Per Olav Skjesol, Helse Midt Norge RHF og Hilde Grimnes Olsen, Helseplattformen AS orienterte om status for arbeidet i Helseplattformen. Det ble orientert om</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeidet med konfigurering • Forberedelser i helseforetak og kommuner • Arbeidet med Snomed CT og strukturert journal • De viktigste utfordringene i tiden fremover <p>Det ble stilt spørsmål om det blir likt kodeverk i kommune og RHF med tanke på strukturert journal. Helseplattformen svarte at de jobber med kodene sammen med kommunene. SNOMED CT brukes i bunnen, men vil ikke nødvendigvis vises for sluttbruker.</p> <p>Det ble også stilt spørsmål om gevinstarbeidet som var presentert også gjelder i kommunene. Helseplattformen svarte at de samarbeider tett med kommunene om gevinster.</p>
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering</p>
10/20	Et innblikk i arbeidet med legemiddelområdet
	<p>Dag to av NUFA var viet temaet " Et innblikk i pågående arbeid på legemiddelområdet ". Espen Hetty Carlsen, Direktoratet for e-helse, orienterte om pågående arbeid på legemiddelområdet. Nasjonal e-helseportefølje rommer konkrete tiltak som skal bidra til å realisere målsetningene innenfor innsatsområder knyttet til digitalisering av legemiddelkjeden.</p> <p>Under overskriften "Digitalisere legemiddelkjeden innenfor hver virksomhet" ble det holdt fire innlegg. Temaet ble avslutte med gruppediskusjon.</p> <p>"Ansvarsovergang og brudd i informasjonsflyt", presentert av Håkon Larsen, Direktoratet for e-helse</p> <p>I dette innlegget ble det med utgangspunkt i EIF-modellen sett på samhandlingsevnen i sektoren på legemiddelområdet. Det er identifisert brudd på samhandlingsevnen i alle lag av modellen. Dette gjør det utfordrende å få til en sammenhengende legemiddelkjede.</p> <p>"SAFEST gjennomføring", presentert av Åsa Waldemar, Statens legemiddelverk</p> <p>SAFEST er nasjonal database med legemiddelinformasjon. Prosjektet finansieres av RHF-ene og leverer løsning til sykehusene og sykehusapotekene. Gevinstene ved SAFEST ble presentert, samt en beskrivelse av hva prosjektet leverer og hva det ikke leverer.</p> <p>Dersom det er et brudd mellom SAFEST og FEST vil man få problemer ved overføring av legemiddelinformasjon mellom sykehus og primærhelsetjeneste. Statens legemiddelverk (SLV) svarte at det vil bli en mapping mellom SAFEST og FEST for å unngå dette.</p>

<p>Direktoratet påpekte at det er viktig at HFene tar løsningen i bruk for at vi skal få en enhetlig strukturert legemiddelinformasjon. Det er derfor ønskelig at RHFene legger frem sine planer for innføring av SAFEST. RHF-ene svarte at innføringen av Metavision er en driver for satsningen på SAFEST. Det er viktig at løsningen gjør at man slipper manuelle rutiner på sykehus. SLV svarte at man kommer et godt stykke på vei med å automatisere mappingen, men at man ikke vil klare å løse alt.</p> <p>Fastleger er en hovedrekvirent i Norge. Det ble stilt spørsmål om det er tatt noen spesielle hensyn ift regulering av SAFEST med tanke på hva det vil koste fastleger å ta SAFEST i bruk. Direktoratet for e-helse svarte at RHFene har gjennomført en kost-nytteevaluering før igangsetting av SAFEST prosjektet. Hvis SAFEST på sikt skal brukes som grunndata for legemiddelinformasjon, vil det være behov for å kartlegge omfang, kostnader og nytte for tilpasninger i alle de systemene som i dag benytter FEST, deriblant systemene hos fastlegene.</p> <p>"Bruk av SNOMED CT i legemiddel grunndata", presentert av Åsa Waldemar, Statens legemiddelverk</p> <p>Terminologi er en nødvendig komponent i informasjonsmodeller. I innlegget ble det presentert hvordan man bruke SNOMED CT for å sikre kvalitet på forordning på virkestoff. SNOMED CT er viktig for økt kvalitetssikringen i den kliniske behandlingen. I tillegg er det sterke insentiver for å bruke SNOMED CT i nye nasjonale prosjekter. Det ble påpekt at RHFene ikke må ha full implementering av SNOMED CT for å kunne bruke SAFEST.</p> <p>"Beslutningsstøtte: Noen rammer", presentert av Dag R. Jordbru, Statens legemiddelverk</p> <p>Det foregår en internasjonal standardisering av tjenester for beslutningsstøtte for legemiddelbruk. Elektronisk beslutningsstøtte vil også i stor grad bli kategorisert som medisinsk utstyr. Standardiseringsprosessene vil danne grunnlag for et kommersielt marked for beslutningsstøtte som baserer seg på felles krav til datagrunnlag, krav til redaksjonelle prosesser, implementering og bruk. ISO-IDMP er en samling av fem standarder for beskrivelse og identifikasjon av legemiddelprodukter. Denne standarden vil høyst trolig bli lag til grunn. Produktdata i ISO-IDMP vil legge til rette for innkjøp og bruk av beslutningsstøtte for legemidler. Legemiddelverket vil i SAFEST og senere prosjekter legge til rette for at norske produktdata for legemidler kan leveres på ISO-IDMP format. Implementering av ISO-IDMP i e-resept/Akson/spesialisthelsetjenesten kan bli nødvendig for å understøtte innføring av ISO-sertifisert (og CE-merket) beslutningsstøtte i kliniske arbeidsverktøy (og cross-border prescriptions).</p> <p>Kunnskap og beslutningsstøtte på legemiddelområdet ", presentert av Liv Johanne Wekre, Helseplattformen</p> <p>Helseplattformen la frem status for arbeidet med beslutningsstøtte på legemiddelområdet. Målsetningen er å redusere legemiddelrelaterte pasientskader med 80 % de første tre årene, både på sykehus og i kommunene. Helseplattformen har behov for å etablere en strukturert plan for oppdatering av kunnskapsgrunnlaget som bygges inn i løsningen og etablere avtaler mht «hvem har ansvar for hvilke kunnskapsleveranser og hvem leverer/oppdaterer hva».</p> <p>Gruppediskusjon:</p> <p>Følgende spørsmål ble diskutert i grupper</p> <ul style="list-style-type: none">• Hvordan kan arbeidet som Helseplattformen gjør, tas videre og gi nasjonal verdi?• Hvilken retning bør sektoren ta i forhold til en balanse av markeds-, regional-, nasjonal- og myndighetsstyring på området.

- Hvilken rolle kan/bør myndighetene ta i forhold til f.eks. standardisering, arkitekturstyring, retningslinjer, kunnskaps- og regel forvaltning, validering av løsninger, innføring, mm.
- Trinn fra kunnskap oppstår til «publisering» i klinikken nå og i fremtiden. Hva er ønskelig fra et midt-norsk/nasjonalt ståsted?
- Midt-Norge har anskaffet Epic med «foundation». Hva betyr dette for kunnskapsgrunnet i regionen og nasjonalt?

Innspillene tas med i det videre arbeidet i programmet Digitalisering av legemiddelområdet.

Under overskriften "**Dele oppdaterte legemiddelopplysninger**" ble det holdt fem innlegg.

"Innledning og status i programmet digitalisering av legemiddelområdet", ved Espen H. Carlsen, Direktoratet for e-helse

Finansieringen av programmet er noe lavere enn planlagt. Samtidig er programmet i en fase hvor det er behov for å justere eksisterende planer. Status er at man fortsetter med utvikling av Sentral forskrivningsmodul, utprøving av kjernejournal i pleie- og omsorgstjenesten, utprøving av multidose i e-resept samt understøtte Helseplattformen i deres arbeid.

Det ble stilt spørsmål om hva usikkerheten er i forhold til utprøving av pasientens legemiddelliste. Direktoratet svarte at de som bruker forskrivningsmodulen kan ta i bruk pasientens legemiddellister. Problemet er at man ikke har noen å dele den med da de fleste EPJ-systemene i fastlegemarkedet ikke har kapabilitet til å ta i bruk Pasientens legemiddelliste.

"En fastleges hverdag med SFM GUI", ved Ole Andreas Bjordal, Norsk Helsenett SF.

I presentasjonen ble utfordringsbildet med å få en komplett liste over pasientens legemidler vist. Han tok utgangspunkt i fire pasienthistorier som synliggjorde behovet for en autorativ kilde til legemiddelinformasjon. Han avsluttet med å vise hvordan dette kan løses med pasientens legemiddelliste og bruk av sentral forskrivningsmodul som virkemiddel.

Faktorer som påvirker sykehuslegens arbeid med å oppdatere reseptformidleren, ved Kathinka Svane, Helsedirektoratet.

Resultater fra masteroppgave i helse- og sosial informatikk ble presentert i denne saken. Studien viser at mangel på sømløs overføring av legemiddeldata mellom systemene som i spesialisthelsetjenesten. Dette fører til trippelføring av de samme legemiddeldata som både krever ekstra innsats og manuelt arbeid fra legene. Legene er presset på tid og de manuelle oppgavene kan gå ut over kvaliteten på dataene og dermed føre til fare for pasientsikkerheten.

En leges og sykepleiers hverdag i sykehjem og hjemmetjeneste, ved Kathinka Svane, Helsedirektoratet

Innlegget viste en fragmentert kommunal helsetjeneste og hvordan legemiddelbehandlingen foregår. Dette synliggjorde behovet for bedre IKT-støtte rundt legemiddelinformasjon og pasientens legemiddelliste som autorativ kilde.

Samfunnsøkonomisk analyse; dele oppdatert legemiddelinformasjon, ved Janne S. Hougen, Direktoratet for e-helse

Direktoratet for e-helse har startet arbeidet med å gjennomføre en samfunnsøkonomisk analyse av leveransene i programmet. Dette skal brukes som et beslutningsgrunnlag for

	<p>prioritering og rekkefølge av leveransene. Overordnet oversikt over kostnadene på et nasjonalt nivå ble presentert og det ble vist et eksempel på reduksjon av tidskostnader ved samstemning av legemidler ved tre ulike alternativer. Programmet vil lage en anbefaling på rekkefølge av leveranser for å optimalisere nytteverdien av pasientens legemiddelliste i beregningsperioden frem til 2030.</p> <p>I diskusjonen ble det påpekt at kostnader for dagens situasjon på sykehus er kraftig underestimert. Direktoratet tar dette innspillet med videre.</p> <p>I den avsluttende innspillsrunden ble følgende tema nevnt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Man har siden 2015 jobbet etter samme konsept for realisering av pasientens legemiddelliste. Det ble stilt spørsmål om forutsetningene i dag er de samme. Direktoratet for e-helse svarte at man skal gjøre en vurdering av dette i programstyret for program Digitalisering av legemiddelområdet. • Man har tidligere hatt sterkt fokus på formål og jus. Dette har gjort at løsningene har blitt fragmenterte. Pasientens legemiddelliste er et godt konsept og direktoratet har utarbeidet prosjektforslag for utprøving av konseptet og planlegger gjennomføring så fort aktørene i et geografisk område er klare. Utprøving vil gi nyttig kunnskap og erfaring for videre planlegging og beslutninger. • Legemiddelområdet er utfordrende. Alle virksomheter i helse- og omsorgstjenesten har ansvar for å drive så forsvarlig så mulig. Det er viktig å ha et balansert budskap. Legemidler er det viktigste verktøyet man har i pasientbehandlingen. Vi vet at det gjøres mange feil med legemidler. Helseplattformen har en målsetning om å redusere legemiddelrelaterte pasientskader med 80%. Det viser at det er tro på at det er mulig å bedre situasjonen.
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering og Direktoratet for e-helse tar med seg innspillene som frem i møtet i det videre arbeidet.</p>
<p>11/20</p>	<p>Eventuelt</p>
	<p>Intet til eventuelt.</p>
	<p>Slutt dag 2</p>