

<b>Referat fra møte i NUFA</b>		
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)	
<i>Dato</i>	27. – 28. oktober	
<i>Tid</i>	27. oktober kl. 10.00 – 17.00 og 28. oktober kl. 09.00 – 14.30	
<i>Sted</i>	Radisson Blu, Gardermoen	
<i>Medlemmer</i>	Lucie Aunan, Direktoratet for e-helse Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF Geir Granerud, Helse Vest RHF (dag 1) Ola Jøsendal, Helse Vest RHF Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF Kristian Onarheim, Helse Midt RHF Heidi Slagsvold, KS (dag 1) Egil Rasmussen, KS Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune Kirsti Pedersen, Oslo Kommune Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune Sunniva Rognerud, Steinkjer Kommune	Thore Thomassen, Helsedirektoratet Børge Myrland Larsen, Helsedirektoratet Peter Holmes, FHI Mohammad Nouri Sharikabad, FHI Petter Brelin, Legeforeningen Gorm Braarvig, Digitaliseringsdirektoratet Arnfinn Aarnes, FFO Maren Krogh, Apotekforeningen Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund
<i>Ikke til stede</i>	Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF Sverre Ur, Diabetesforbundet Hilde Smedhammer, Helse- og omsorgsdepartementet	Randi Brendberg, Helse Nord RHF Øyvind Broback, Helse Nord RHF Odd Martin Solem, Norsk helsenett SF Geir Granerud, Helse Vest RHF (dag 2) Heidi Slagsvold, KS (dag 2)
<i>Observatører</i>		
<i>Stedfortreder</i>	Anders Ravik for Odd Martin Solem, Norsk helsenett SF	
Direktoratet for e-helse	Hans Löwe Larsen Siv Ingebrigtsen	Vibeke Jonassen Wang Karen Lima

<b>Sak</b>	<b>Tema</b>	<b>Sakstype</b>
	<b>Dag 1</b>	
28/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 1. – 2. september 2021.	Godkjenning
29/21	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
30/21	Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren	Drøfting
31/21	Videre innretning av velferdsteknologiprogram i perioden 2022-2024, inkludert plan for arkitektur og infrastruktur	Drøfting
32/21	Ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023	Drøfting
33/21	Status NILAR	Orientering
34/21	Strategi for informasjonssikkerhet og personvern for program digital samhandling	Drøfting
35/21	Digitalisering og effektivisering for å understøtte helseinstitusjoners mulighet til å ivareta rapporteringsplikt til NAV	Orientering
36/21	Roller og ansvar internasjonale standarder	Drøfting
	<b>Dag 2</b>	
37/21	Versjon 1 av Felles språk	Orientering
38/21	Forvaltning av Felles språk	Drøfting
39/21	Nasjonal forvaltning av helsefaglig innhold i pleieplaner utviklet i Felles språk	Drøfting
40/21	Eventuelt	

Sak	Onsdag 27. oktober 2021
28/21	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møtet i NUFA 1. – 2. september 2021</b>
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 1. – 2. september 2021.
	<b>Vedtak:</b> NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referatet fra 1. – 2. september 2021.
29/21	<b>Orientering fra Direktoratet for e-helse</b>
	Hans Löwe Larsen, Direktoratet for e-helse, orienterte NUFA om status for forprosjekt steg 2 digital samhandling.
	<b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering.
30/21	<b>Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren</b>
	<p>Birgitte Jensen Egset og Jan Gunnar Broch, Direktoratet for e-helse, ga NUFA en oppsummering av arbeidet med strategien så langt, og ønsket innspill og faglige vurderinger til det videre arbeidet.</p> <p><b>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er krevende å se sikkerhetssituasjonen i sammenheng med for eksempel tilgangsstyring. Det er krevende å se helheten. Virksomhetene inngår avtaler, men støtter seg også på f.eks. Norsk helsenett SF. Hvis det er behov for å heve kompetansen, må det omtales i strategien. Direktoratet for e-helse kommenterte at kompetanse er viktig og sentralt og vil bli omtalt i strategien.</li> <li>• De mindre virksomhetene må få støtte og et apparat rundt slik at de kan håndtere sikkerhet riktig.</li> <li>• Det er viktig at vi klarer å plassere ansvar slik at man i en liten virksomhet er trygg på at dette er ivaretatt.</li> <li>• Det er en utfordring med at autorisasjon i egen organisasjon ikke er godkjent i en annen organisasjon. Dette forutsette gjensidig tillit og er et viktig aspekt når det gjelder samhandling i sektor.</li> <li>• Nasjonale godkjenningsordninger kan være en løsning for å sikre tilstrekkelig sikkerhet hos fastlegene. Videre ble det foreslått at man burde få hjelp til å teste og kontrollere den digitale sikkerheten, slik fastlegene fikk bistand til å kontrollere kvaliteten på lab.</li> <li>• I kommunal sektor er det store utfordringer med tilgjengelighet. Man får ikke tilgang til nødvendige dokumenter.</li> <li>• Tydelige krav rundt sikkerhet er viktig for å lykkes med dette.</li> <li>• Det er utfordrende å holde oversikt over hvordan endringer hos våre leverandører påvirker oss.</li> <li>• Tilgjengelighet er en stor trussel mot pasientsikkerheten. Man må kontinuerlig arbeide med sikkerhetskulturen – en kontinuerlig gjennomgang og bevisstgjøring av ansatte, i tillegg til teknisk testing. Et eksempel som var til god hjelp, var anskaffelse av videoløsninger i starten av pandemien. Da gikk Norsk helsenett SF gjennom ulike videoløsninger, kommenterte risiko og hva man måtte tenke på.</li> <li>• Det ble påpekt at datasikkerhet er viktig, spesielt med tanke på mer digital hjemmeoppfølging i kommunene.</li> <li>• Det er ikke det tekniske som stopper oss, men tillit mellom leverandørene som er et problem.</li> </ul> <p><b>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det ble stilt spørsmål om nå-situasjonen for digital sikkerhet har blitt vurdert. Direktoratet for e-helse svarte at vi vet mye om status for større virksomheter som</li> </ul>

	<p>HF og RHF, men mindre om de små virksomhetene. Det planlegges en vurdering av sikkerhetssituasjonen og behov i små virksomheter neste år. En antakelse er at det er behov for bistand i de mindre virksomhetene, men vi mangler kunnskap om hva som er de konkrete utfordringene.</p> <p>Virksomhetene må håndtere sikkerhet i lange komplekse digitale verdikjeder. Det ble stilt spørsmål om det er kommunene eller fastlege som adresseres. Direktoratet for e-helse svarte at det er alle virksomhetene som har dataansvar som adresseres.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
<b>31/21</b>	<b>Videre innretning av velferdsteknologi i perioden 2022-2024, inkludert plan for arkitektur og infrastruktur</b>
	<p>Bjørnar Andreassen, Helsedirektoratet, og Avrinder Bajwa, Direktoratet for e-helse, orienterte NUFA om videre innretning av velferdsteknologi i perioden 2022-2024, og hvordan dette henger sammen med tidligere anbefalte nasjonale tiltak for datadeling knyttet til digital hjemmeoppfølging.</p> <p><b>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• For Helseplattformen er velferdsteknologi viktig. Når det gjelder digital hjemmeoppfølging må vi være partnere med Helseplattformen, og legge til rette for felles tekniske løsninger og fjerne barrierer på teknologi og juss.</li> <li>• Det er positivt at det jobbes med konvergens mellom og at det er samarbeidsprosjekter i sektoren. Det er behov for støttende og veiledende ressurser og gi bistand til hvordan vi kan samhandle. Innkjøp- og finansieringsløsninger må være en del av dette.</li> <li>• Velferdsteknologisk knutepunkt er også interessant for RHF-ene ettersom dette blant annet bidrar til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.</li> <li>• Det fokuseres på kommunenes behov, mens det også å oppfatte som et felles behov. Det er et klart innspill at velferdsteknologisk knutepunkt bør være en nasjonal komponent.</li> <li>• Det ble påpekt at potensialet ved å flytte oppgaver til pasientene er undervurdert. Det er «glemt» område rundt gevinstrealisering.</li> <li>• Det ble gitt innspill om at god infrastruktur vil hjelpe til bedre utnyttelse, men at brukere i varierende grad er i stand til å ta teknisk utstyr i bruk. Det kan være at en samordning, gjerne via helsefelleskapene slik at det er mest mulig likt utstyr, vil gjøre det lettere å ta i bruk, i tillegg til tilstrekkelig opplæring.</li> <li>• Målhierarkiet har fokus på kommunene, og at kommunene skal "stå på egne ben" etter programmets avslutnings ved utgangen av 2024. Her bør det understrekes sterkere at målet går på tvers av tjenestenivåene, at pasienten skal følges opp på en helhetlig måte (også ved hjelp av teknologi) uavhengig av hvilket tjenestenivå som til enhver tid har behandlingsansvaret.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA støtter foreslått innretning av velferdsteknologi i perioden 2022-2024, og målhierarki med tilhørende aktiviteter og leveranser i neste programperiode. NUFA ber Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet sørge for at innspill blir ivare tatt i det videre arbeidet.</p>
<b>32/21</b>	<b>Ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023</b>
	<p>Barbro Maria Mæland, Direktoratet for e-helse, orienterte om prosessen for ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023 og Lars Petter Ellefsen og Nils Gullaug la frem uttrekk fra en scenarioanalyse utført i forbindelse med utforming av kunnskapsgrunnlaget til strategiprosessen for ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023.</p> <p>Et scenario er en beskrivelse av et mulig fremtidig utfall i de eksterne omgivelsene som kan inntreffe – det er ikke et forsøk på å spå fremtiden. Scenarioene brukes til å</p>

konfrontere usikkerhet, og ved det fremheve muligheter og risiko, samt utfordre eksisterende antakelser/hypoteser. De fire scenarioene som ble presentert har blitt utviklet i en stegvis, strukturert prosess, sammen med en arbeidsgruppe bestående av ansatte i Direktoratet for e-helse, representanter fra aktører i sektor, næringsliv og forskning. I det videre arbeidet med nasjonal e-helsestrategi vil scenarioene brukes som et verktøy og et kunnskapsgrunnlag, og gi innsikt til utarbeidelse av strategiske områder og mål, samt bidra med å gjøre strategien robust.

Scenarioene ble presentert og det ble stilt oppklarende spørsmål underveis i presentasjonen. Det ble presisert at scenarioanalysen er en analyse av mulige fremtidsstillinger, og en vurdering av hvilke implikasjoner det har for vår strategi i dag. Det handler *ikke* om å velge seg en fremtid som man skal jobbe mot. Det ble også stilt spørsmål om demografi, og om framskrivningen av den demografiske utviklingen er en variabel i analysen. Det ble svart ut at demografi er en variabel som kan variere per scenario. Det ble videre stilt spørsmål om analyse av nåsituasjonen, og det ble henvist til nåsituasjonsanalysen som ble presentert i NUFA i september 2021, som sammen med scenarioanalysen vil utgjøre kunnskapsgrunnlaget til strategiprosessen for ny nasjonal e-helsestrategi.

**Følgende ble notert fra presentasjoner av gruppeoppgaven om scenarioenes implikasjoner på e-helseområdet, suksesskriterier og strategisk viktige ressurser:**

- *En offentlig teknologirevolusjon* – I dette scenarioet har man kommet langt med digitalisering innen helse- og omsorg, og skiller i sektoren minimeres eller blir borte. Dataene flyter til de som trenger det. Samtidig har innbyggeren mindre myndighet da det offentlige er i førerretet, og det blir mindre skreddersøm til brukere. Scenarioet er avhengig av transparens og tillit i befolkningen. Det er også avhengig av høy digital kompetanse og systemer for å håndtere og sortere i et stort tilfang av data. Kunstig intelligens vil kunne få utnytte sitt potensial.
- *Helseøyene* – I dette scenarioet er det et fragmentert aktørlandskap som leverer helse- og omsorgstjenester, og det blir stor variasjon i tjenestene som leveres. Det blir behov for mer regulering, tekniske standarder mm. Samtidig er det et scenario der det private og internasjonale leder an, og det er mye å lære og muligheter for å dra nytte av fra det som utvikles der. Her vil innbyggeren og private eie dataene de genererer, og man bør legge til rette for mer datadeling.
- *Stein på stein* – I dette scenarioet er det en evolusjon i utvikling av digitalisering av helse- og omsorg. Folk er skeptiske – og med det som utgangspunkt må man bygge tillit. Det er stor trygghet i befolkningen fordi det offentlige kontrollerer utviklingen, men det er usikkert hvor mye teknologi som faktisk blir innført i møte mellom lege og pasient. Det vil kreve gode prosesser for kvalitetssikring og dokumentering av verdi for å få gjennomslag for implementering.
- *Innbyggeren velger* – I dette scenarioet har innbygger mer myndighet og frihet til å velge. Samtidig er det høy digitalisering, som kan gjøre det krevende for innbygger å navigere og finne frem til de tjenestene den trenger. Dette kan føre til utenforskap, så det er derfor viktig med mekanismer som ivaretar dette.

**Følgende innspill ble tatt i plenumsdiskusjon etter gruppeoppgaven**

- Det ble kommentert at det er vanskelig å se frem mot 2035 med «dagens øyne», og at vi derfor bør være åpne for at fremtidsbildene kan være mer ekstreme enn det som virker normalt i dag. Det ble videre diskutert og trukket frem at ingen klarer å si hvordan verden blir – men fleksibilitet er det viktigste vi bygger inn i strategien. Inn i diskusjonen ble det også presisert at vår tiltenkte respons til det som utspiller seg i scenarioet ikke alltid er hensiktsmessig å vurdere etter «dagens øyne». Eksempelvis hvis innbyggere eier egen data, kan det gi både

	<p>muligheter og trusler, og det er ikke nødvendigvis at strengere reguleringer er svaret.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det ble videre reflektert over at det uansett scenario vil genereres store mengder data fra pasienter og helsetjenesten. Det vil bli en utfordring med å håndtere dette og skille på hva som er interessant og ikke.</li> <li>• Det ble kommentert at beredskap og håndtering av pandemier ikke er vurdert i scenarioene. Dette må kunne håndteres i de ulike scenarioene.</li> <li>• Videre ble det trukket frem at det er viktig å også ha et tydelig blikk på nåsituasjonen, og det aktørene og helsepersonell tenker og trenger her og nå. Dette vil ivaretas gjennom nåsituasjonsanalysen i kunnskapsgrunnlaget.</li> </ul> <p>Det ble til slutt kommentert at vedtaket bør justeres fra «NUFA ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill til implikasjoner til fire scenarier for e-helseområdet som inngår i kunnskapsgrunnlaget til ny nasjonal e-helsestrategi» til «NUFA ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill til implikasjoner, suksesskriterier og strategisk viktige ressurser til fire scenarier for e-helseområdet som inngår i kunnskapsgrunnlaget til ny nasjonal e-helsestrategi»</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill til implikasjoner til fire scenarier for e-helseområdet som inngår i kunnskapsgrunnlaget til ny nasjonal e-helsestrategi.</p>
<p><b>33/21</b></p>	<p><b>Status NILAR</b></p>
	<p>Thomas Grimeland, Direktoratet for e-helse, orienterte NUFA om status i prosjektet NILAR og aktuelle problemstillinger prosjektet arbeider med som er relevante for sektor.</p> <p><b>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NILAR er positivt, men det er et spørsmål om den dekker hele behovet til sektoren?</li> <li>• Hvis kommunene på sikt skal inkluderes må personverninnstillingene ikke blokkere for det.</li> <li>• Pandemien har vist oss at innbyggere ikke nødvendigvis forstår prøvesvar. Arbeidet må derfor ta hensyn til presentasjonsflaten mot innbygger.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering.</p>
<p><b>34/21</b></p>	<p><b>Strategi for informasjonssikkerhet og personvern for program digital samhandling</b></p>
	<p>Knut Herje og Thomas Grimeland, Direktoratet for e-helse, presenterte retningen i det pågående arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern for program digital samhandling, samt redegjorde for prinsipper som er lagt til grunn, innretning, ambisjonsnivå og veien videre.</p> <p><b>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemstilling rundt hvorvidt strategien også tar høyde for behandling av opplysninger som faller inn under helseregisterloven m.m., og ikke utelukkende knyttet til ytelse av helsehjelp. Det er ulike hjemmelsgrunnlag.</li> <li>• Bruk av begrepene strategi vs. retningslinjer bør avklares nærmere.</li> <li>• Prinsipp 2 bør knyttes til tjenstlig behov, ikke taushetsplikt.</li> <li>• Det må være tilstrekkelig sammenheng mellom strategien og de produktleveransene som Norsk helsenett SF skal sørge for. Direktoratet for e-helse kommenterte at Norsk helsenett SF deltar i programmet, så de må utarbeide personvern vurderinger for hvert produkt.</li> <li>• Det bør vises til personvernforordningen også under prinsipper.</li> </ul> <p><b>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det ble stilt spørsmål om dette er informasjonssikring eller systemsikring. Direktoratet for e-helse svarte at begge omfattes.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ved eventuell hacking, hvilke rutiner har man? Hvordan begrenser man skadene? Direktoratet for e-helse svarte at det er allerede etablert regimer for dette i sektoren, herunder beredskapsplaner og rammeverk for varsling av IKT-hendelser. HelseCERT og NSM er blant aktørene.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar retning i strategiarbeidet for informasjonssikkerhet og personvern til orientering, og har i møtet gitt innspill til det videre arbeidet</p>
<b>35/21</b>	<p><b>Digitalisering og effektivisering for å understøtte helseinstitusjoners mulighet til å ivareta rapporteringsplikt til NAV</b></p>
	<p>Yana Boug, NAV, presenterte utfordringer med dagens rapporteringsform og praktisering av rapporteringsplikt knyttet til pasienters opphold på helseinstitusjon.</p> <p>De ulike løsningene for rapportering til NAV som ble diskutert i møtet var:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hente dataene fra kilden – Norsk pasient register</li> <li>Få dataene fra kanalen som populærere kilden med opplysninger om innleggelser</li> <li>Få dataene NAV trenger fra EPJ</li> </ul> <p>NUFA konkluderte med at beste løsning er å jobbe for å kunne hente dataene direkte fra kilden, Norsk pasient register. Dette kan møte juridiske hindringer som NAV må utrede. Det ble også påpekt at denne løsningen kan komme uheldig ut for noen grupper i samfunnet, da det for rammer de svakeste i samfunnet.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering.</p>
<b>36/21</b>	<p><b>Roller og ansvar internasjonale standarder</b></p>
	<p>Georg Ranhoff, Direktoratet for e-helse, orienterte NUFA om utvikling og etablering av en rolle- og ansvarsmodell for arbeidet med tilpasning og bruk av internasjonale standarder.</p> <p><b>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kodeverk er utviklet med et formål. Vi går glipp av ting underveis for å ivareta en informasjonsmodell. Vi må lande noen gode begreper sammen.</li> <li>Det er riktig å se til det internasjonale. Erfaringer fra Helseplattformen med utenlandsk leverandør har vist oss dette. Det medisinsk-faglig er ikke svært ulikt fra land til land.</li> <li>Internasjonale standarder er nyttige, men det er nasjonale og regionale forskjeller. Det bør være klinikere fra de største områdene med i arbeidet for å sikre at det lar seg implementere nasjonalt.</li> <li>Det å få internasjonale standarder på hvordan vi får inn dataene er viktig, samt å harmonisere dataene mellom registrene.</li> <li>Direktoratet for e-helse bør ta myndighets- og koordineringsrollen. Direktoratet for e-helse deltar på de internasjonale arenaene sammen med fagfolk, og må sikre at klinikerne involveres på innholds nivået.</li> <li>Det må skilles mellom virksomheter og leverandører.</li> </ul> <p><b>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Det ble stilt spørsmål om standardene kun adresserer semantikken, eller treffer det også organisatorisk? Direktoratet for e-helse svarte at det er begge deler, og at det organisatoriske treffer Helsedirektoratet sitt ansvarsområde i større grad.</li> <li>Det ble stilt spørsmål om hva fremdriftsplanen er. Direktoratet for e-helse svarte at det skal prøves ut i 2022, mest sannsynlig på digital hjemmeoppfølging.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA drøftet ansvarsdelingen mellom aktører på området internasjonale standarder. Direktoratet for e-helse tar med seg innspill som framkom på møtet i det videre arbeidet.</p>
	<p><b>Slutt dag 1</b></p>

Sak	Torsdag 28. oktober 2021
37/21	Versjon 1 av Felles språk
	<p>Mona Stedenfeldt og Liv Johanne Wekre, Helseplattformen, ga NUFA en demonstrasjon av deres EPIC-løsning for å vise hvordan Felles språk kan tas i bruk i en strukturert journal og understøtte helhetlig samhandling.</p> <p>Dette var en orienteringssak, men det kom likevel inn nyttige innspill til saken.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dette vil gi en stor forbedring for pasienten og for pasientsikkerheten. Det er gjennomgående og tydelig.</li> <li>• Den fulle gevinsten kommer først når alle aktører får inn felles terminologi, og det er viktig at den ballen begynner å rulle.</li> <li>• Ontologien i Snomed CT er kompleks, og uttrekk og rapportering er derfor en kompleks problemstilling som tar tid å lære seg, men som gir store muligheter. Mange system er basert på nåværende kodeverk og klassifiseringer, og selv om alle kodeverkene mappes til Snomed CT der så er det mulig risikoer i en overgangsfase fra eksisterende til nytt. Vi må kjenne dataene våre, det holder ikke at de ligger der og er tilgjengelig.</li> <li>• Et kodeverk for å beskrive en tilstand/sykdom blir vanskelig å bruke riktig jo mer granulert det er. Hvordan validere at klinikerne bruker kodeverket riktig? Helseplattformen kommenterte at for å unngå at vi blir for granulert for fastleger har de fagekspertene som har vært involvert lagt seg høyt oppe i hierarkiet. Snomed CT er satt opp slik at klinikerne skal kunne registrere funn på det nivået han kjenner sitt funn – uansett om det er på et høyt eller lavt nivå. Spesialistene vil ha behov for granuleringen som er mulig for Snomed CT. Terminlogien skal fange opp det samme, sagt på ulike måter ved å støtte bruk av synonymer og ulike detaljeringsnivåer. Det er også viktig å få data på om klinikere dokumenterer ting forskjellig, så vi kan se nærmere på det.</li> <li>• Det er fint å gå for virkestoff forordning da det gjør det lettere å bruke legemidlene riktig.</li> <li>• Det kommer en ny forskrift for rekvirering og virkestoff.</li> <li>• Clinicians fatigue er det viktig å ha fokus på. Det strukturerte har en pris. Det er viktig at det ikke blir for mange klikk. 'Et klikk for en venn' blir viktig å få aksept for.</li> <li>• Ledelsen i virksomhetene må forstå betydningen av dette. Det å skape etterspørselskompetanse hos beslutningstakerne er viktig.</li> <li>• Viktig at dette arbeidet gjenbrukes og at dette er starten på noe større. Vi her i NUFA er i posisjon til å etterspørre dette og bidra i arbeidet videre.</li> </ul> <p>Hør om samarbeidet mellom Helseplattformen og Direktoratet for e-helse i denne utgaven av programmet «Språksnakk» på NRK Radio.  <a href="#">Samkjørt helsespråk og lek på Østlandsk - Språksnakk - NRK Radio</a></p>
	<p><b>Vedtak:</b>            NUFA tar saken til orientering.</p>
38/21	Forvaltning av Felles språk
	<p>Jørn Andre Jørgensen, Direktoratet for e-helse, viste NUFA hvordan PKT etablerer og operasjonaliserer forvaltningsløsning for Felles språk gjennom en leveranse fra prosjekt Felles forvaltning – Felles språk.</p> <p><b>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Her trenger man tilgang på et koordineringsteam som kan semantikken og kodeverk godt. Direktoratet for e-helse bør ha det ansvaret.</li> <li>• Direktoratet for e-helse bør involvere bredere fra sektoren i prosjektet.</li> <li>• Det å forankre et Felles språk handler om nytten. Beslutningstaker i virksomhetene må forstå dette.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direktoratet for e-helse bør ha verktøy for å gi retningslinjer for hvordan helsetjenesten skal ta i bruk Felles språk. Det er en forutsetning for å få tempo i dette.</li> <li>• Det er mangel på kompetanse ute hos klinikerne, og vi trenger en generell utvikling blant de for å lettere kunne involvere de i dette arbeidet. Det fordrer at det er lett å bruke og gir de en fordel.</li> <li>• Det er viktig å gjenbruke den kunnskapen Helse Midt har på dette området.</li> <li>• Det å skape entusiasme rundt dette er viktig, lage kampanjer og engasjere beslutningstakerne.</li> <li>• Det etterlyses en klarere annonsering ut til sektor at vi nå innfører et felles språk.</li> </ul> <p><b>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det ble stilt spørsmål om Norsk Helsenetts rolle inn i dette arbeidet. Direktoratet for e-helse svarte at det ikke er vurdert enda, siden arbeidet har konsenteret seg rundt Helseplattformen.</li> <li>• Det ble spurt om hvor eierskapet til det som er normert skal ligge. Direktoratet for e-helse svarte at de eier den terminologifaglige delen, men ikke den helsefaglige delen.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar informasjonen til orientering. Program kodeverk og terminologi (PKT) tar innspill og tilbakemeldinger til orientering, og hensyntar disse i det videre arbeidet.</p>
<b>39/21</b>	<b>Nasjonal forvaltning av helsefaglig innhold i pleieplaner utviklet i Felles språk</b>
	<p>Hilde Grimnes Olsen, Ketil Hoven og Mona Stedenfeldt, Helseplattformen, ønsket å løfte opp og drøfte behovet for å klargjøre hvem og hvordan vi sikrer nasjonal forvaltning av helsefagliginnhold i pleieplaner utviklet i Felles språk.</p> <p>I drøftingen ble det diskutert om hvorvidt det skal etableres faglige arenaer i tjenesten, eller om vi skal bruke de faglige instansene som finnes til dette arbeidet.</p> <p>Flertallet i NUFA var enige om at Helsedirektoratet bør kunne ta et ansvar med å etablere en arena for dette, men at de ikke nødvendigvis vil ha det faglige ansvaret for innholdet. Helseplattformen må løfte dette behovet i sin styringsdialog, eventuelt sammen med øvrige RHF.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering og ber Helseplattformen ta med seg innspill i det videre arbeidet.</p>
<b>40/21</b>	<b>Eventuelt</b>
	Det kom ingen saker til eventuelt.
	<b>Slutt dag 2</b>