

Referat fra møtet i NUFA		
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)	
<i>Dato</i>	31. august – 1. september 2022	
<i>Tid</i>	31. august kl. 10.00 – 16.30 og 1. september kl. 09.00 – 14.30	
<i>Sted</i>	Radisson Blu, Gardermoen	
<i>Medlemmer</i>	Hans Löwe Larsen, Direktoratet for e-helse Karl Vestli, Direktoratet for e-helse (dag 1) Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF Terje Bremnes, Helse Vest RHF 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 Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune Sunniva Rognerud, Steinkjer Kommune	Thore Thomassen, Helsedirektoratet Børge Myrlund Larsen, Helsedirektoratet (dag 1) Line Andreassen Sæle, FHI Mohammad Nouri Sharikabad, FHI Odd Martin Solem, Norsk helsenett SF Petter Brelin, Legeforeningen (dag 1) Arnfinn Aarnes, FFO Maren Krogh, Apotekforeningen Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund Stein Olav Skrøvseth, Nasjonalt senter for e-helseforskning
<i>Ikke til stede</i>	Karl Vestli, Direktoratet for e-helse (dag 2) Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF Randi Brendberg, Helse Nord RHF Gorm Braarvig, Digitaliseringsdirektoratet Heidi Slagsvold, KS (dag 2)	Øyvind Broback, Helse Nord RHF Kirsti Pedersen, Oslo kommune Sverre Ur, Diabetesforbundet Petter Brelin, Legeforeningen (dag 2) Børge Myrlund Larsen, Helsedirektoratet (dag 2)
<i>Stedfortreder</i>	Lucie Aunan for Karl Vestli, Direktoratet for e-helse (dag 2) Øystein Berg-Sletteng for Øyvind Broback, Helse Nord RHF Tove Sørensen for Randi Brendberg, Helse Nord RHF (dag 2)	
Direktoratet for e-helse	Elin Høyvik Kindingstad (dag 2) Siv Ingebrigtsen (dag 1)	Vibeke Jonassen Wang Karen Lima

Sak	Tema	Sakstype
	Dag 1	
23/22	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 27. – 28. april 2022	Godkjenning
24/22	Legemiddel grunndata – behov og omfang	Drøfting
25/22	Samarbeidsmodell for internasjonale standarder	Drøfting
26/22	Kunstig intelligens	Drøfting
27/22	Forordningsforslag om et europeisk helsedataområde	Drøfting
28/22	Persontilpasset medisin	Drøfting
29/22	Ny nasjonal e-helsestrategi, målindikatorer	Drøfting
	Dag 2	
30/22	Fagdag om digital hjemmeoppfølging	Drøfting
31/22	Eventuelt	

Sak	Onsdag 31. august 2022
23/22	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møtet i NUFA 27. – 28. april 2022
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 27. – 28. april 2022.
	Vedtak: NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referatet fra 27. – 28. april 2022.

24/22	Legemiddel grunndata – behov og omfang
	<p>Espen Hetty Carlsen, Aleksander Skøyeneie og Sonja Turøy Brugman, Direktoratet for e-helse, orienterte NUFA om arbeidet med å kartlegge og analysere helsesektorens samlede behov for strukturert legemiddelinformasjon, samt omfanget av informasjonen.</p> <p>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientsikkerhet og pasientperspektivet bør fremheves tydelig som en viktig begrunnelse for arbeidet med legemiddel grunndata • Behovet for standardisering og gjenbruk av legemiddel grunndata gjennom hele kjeden bør komme tydelig frem. Det ble etterspurt en definisjon av grunndata sett i sammenheng med øvrig grunndata som blir benyttet i e-helse. Videre ble det presisert viktigheten av å bruke internasjonale standarder i så stor grad som mulig. Direktoratet for e-helse kommenterte at en tydelig definisjon kan være begrensende, og foreslo derfor at dataelementer blir vurdert i henhold til noen kriterier/momentene. • Det ble påpekt at forvaltning av grunndata ikke er adressert i saken. Det å sikre en bærekraftig forvaltning av dataene som skal inngå i grunndata bør være et viktig mål og at byrden for forvaltning av grunndata ikke blir liggende hos klinikere. Direktoratet for e-helse kommenterte at forvaltning ikke er en del av oppdraget, men at man i det videre arbeidet ta dette med i vurderingen.. • NUFA har tidligere drøftet strategisk områdeplan for digitalisering på legemiddelområdet. Legemiddel grunndata er et av tiltakene i områdeplanen og er en forutsetning for alle de andre tiltakene. Det ble derfor stilt spørsmål om legemiddel grunndata og områdeplan begynner å bli det samme. Direktoratet for e-helse bekreftet at legemiddel grunndata er en forutsetning for å få realisert den strategiske områdeplanen på legemiddelområdet. Det er et område som krever eget fokus og er derfor beskrevet som eget tiltak. • Det ble stilt spørsmål om EPJ-leverandører har vært involvert i arbeidet. Det er de som gjør data tilgjengelig i fagsystemene. Direktoratet for e-helse svarte at leverandører ikke har vært involvert i denne fasen, men vil bli en del av stegene videre. • I prioriteringsarbeidet er det viktig at man viser gevinster og muligheter på kort og mellomlang sikt og sikre at dataene faktisk gjøres tilgjengelig for sektoren. Direktoratet kommenterte at dette er tenkt ivaretatt ved en stegvis tilnærming med prioriteringer og utarbeidelse av veikart. • KS kommenterte at de har vært invitert inn i arbeidet med behov for legemiddel grunndata. Arbeidet med oppdraget er usynkront i tid i forhold til de prosessene som pågår i KS. De jobber med å etablere et prosjekt for beskrivelse av funksjonalitet for klargjøring av legemidler i kommunen. KS og kommunene vil gi innspill til behov i høringen som skal gjennomføres. Direktoratet for e-helse påpekte at de har hatt en god dialog med KS. Direktoratet ønsker særlig innspill på om det er behov som er kommet frem i kartleggingen som kommuner ikke har, og om det er behov som ikke er kommet frem.
	<p>Vedtak: NUFA drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med innspill gitt i møtet i det videre arbeidet med legemiddel grunndata.</p>
25/22	Samarbeidsmodell for internasjonale standarder
	<p>Georg Ranhoff, Direktoratet for e-helse, la frem for drøfting med NUFA samarbeidsmodell for internasjonale standarder og tiltak for å operasjonalisere modellen.</p> <p>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NUFA ga tilbakemeldinger om at dette er blitt en god rapport. • Det er viktig at sektor bidrar inn i arbeidet, og opplæring blir et viktig element. Opplæringen må komme inn i en tidlig fase.

	<ul style="list-style-type: none"> • Hvis vi følger de internasjonale standardene kan det kreve tilpasninger på IKT her i Norge, noe som kan bli kostbart. Vi må lytte til de internasjonale leverandørene. Det er økende behov for interoperabilitet. • Det er viktig å skille mellom standarder og standardisering. En standard er noe alle skal eller bør følge, enten gjennom pålegg eller anbefaling. En nasjonal informasjonsmodell kommer ikke til å dekke alt, men den vil dekke noen utvalgte områder. Vi må være bevisst på at vi bruker internasjonale standarder der vi kan, av forvaltningshensyn. • Standarder på e-helseområdet er positivt, men det handler om å få med seg leverandørene også. • Vi kan bli enda bedre på å utfordre leverandørene tidlig. Synliggjøre deres rolle og ansvar. • Det er en bekymring knyttet til EUs konkurransedirektiv. Den gir en del føringer for å kunne åpne opp for internasjonal konkurranse.
	<p>Vedtak: NUFA støtter iverksettelse av modellen og utprøving av foreslåtte tiltak og ba Direktoratet for e-helse ta med innspill fra møtet i endelig utarbeidelse av samarbeidsmodell for internasjonale standarder i helse- og omsorgssektoren.</p>
26/22	Kunstig intelligens
	<p>Hilde Margrethe Lovett, Direktoratet for e-helse, presenterte for drøfting forslag til tiltak knyttet til tilgang til data, som kan hjelpe og veilede helsetjenesten med å ta i bruk kunstig intelligens på en trygg måte.</p> <p>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det ble stilt spørsmål om direktoratet har sett på det å etablere strukturerte data fra ustrukturerte datasett. Direktoratet for e-helse svarte at det er et potensiale der og at det må vi se nærmere på. Bruken og risikovurderingen er viktig her. • Utfordringen nå er at vi har mye forskning på kunstig intelligens, men lite implementering. Det gapet må tettes. Forskere får ikke tak i data, systemet er ikke laget for det. Det å få en struktur på det er helt avgjørende for å lykkes. • Samarbeid med leverandørene blir viktig. Leverandørene har kommet lenger enn oss. Vår egen kompetanse og evne som trengs for å gå inn i de ulike områdene er begrenset. Det vil være viktig at vi ikke legger større begrensninger på oss selv enn det vi legger på de leverandørene som skal utlevere disse dataene. • Det er viktig at vi som sektor klarer å samordne innsatsen for å løse problemene som oppstår, da de er like i flere prosjekter. Tiltak er vi gode på, det er ønskelig å se flere resultater. • Skal vi bruke kunstig intelligens på nasjonale databaser og registre kan det være en videreføring av en helseanalyseplattform, og der gjenstår en del arbeid. Det juridiske er ikke på plass, noe som gjør videre steg, som å ta i bruk kunstig intelligens, stort. • De ble stilt spørsmål om kunstig intelligens er tiltenkt rettet mot arbeidsprosesser som sårt trenger effektivisering i kommunene. Direktoratet for e-helse svarte at i kommunehelsetjenesten ser de kunstig intelligens er brukt på flere områder, som blant annet til å planlegge sykehusinnleggelse, og hvem som bør få vaksine tidlig. Det er flere områder kunstig intelligens kan tas i bruk. • «Helsedata er vår nye olje». Men helsedata alene er ingenting verdt, det er bruken av det som har stor verdi.
	<p>Vedtak: NUFA tok saken til orientering og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
27/22	Forordningsforslag om et europeisk helsedataområde
	<p>Marianne Bårtvedt van Os, Direktoratet for e-helse, orienterte NUFA om innholdet, konsekvenser og muligheter som følger av forordningsforslaget, og ønsket å drøfte dette</p>

	<p>med NUFA.</p> <p>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lovverket må det jobbes med. • Det må jobbes videre med en helseanalyseplattform for å få til dette. Den problematikken må tas tak i. • Det er bekymring knyttet til det å opprette et indre marked for digitale helsetjenester- og produkter. Det får konsekvenser for hvordan vi organiserer vår egen helsetjeneste. • Det er viktig med tidlig involvering av sektor. Det er noe særnorsk regelverk som må hensyntas, som for eksempel e-resept i forhold til utlevering og rekvirering. • Forordningen er ambisiøs. Det er mange som er bekymret for dette og med et så kort tidsperspektiv. Det er stor forskjell mellom landene i Europa. •
	<p>Vedtak: NUFA drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med innspill fra møtet med i det videre arbeidet med å vurdere konsekvenser og muligheter av EHDS forordningsforslaget.</p>
28/22	Persontilpasset medisin
	<p>Just Haffeld, Direktoratet for e-helse, orienterte NUFA om innretning av fagfeltet persontilpasset medisin og oppdragene direktoratet har på området. Direktoratet ønsket så å drøfte med NUFA</p> <p>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deling av genomdata foregår i dag mellom land. Her er det muligheter til å bygge på det andre har fått til. Kunnskapsutveksling er viktig. • Flere forskningsprosjekter holder på med dette. Det er viktig å støtte opp under de etablerte strukturene. • Rundt tillitsmodeller er det ønskelig at behov konkretiseres der det er avklart kost/nytte. • Helsetjenesten identifiserer i dag ut ifra kunnskap, mens her tas det utgangspunkt i genomdata. Faren for overbehandling og omdirigering av ressursbruken vår er noe som må vurderes og hensyntas. • Ditt genom er ikke bare ditt, det er din slekts genom. Det ble stilt spørsmål om hvordan det er tenkt å håndtere samtykke og personvern til bruk av genomdata. Direktoratet for e-helse svarte at dette er noe som diskuteres nå. Videre nevnte direktoratet at det må være en dynamisk samtykkeløsning, hvor en kan se på et juridisk samtykke og et etisk samtykke. • Presisjonsmedisin kan være et mer passende begrep enn persontilpasset medisin. • Det er forventninger til at satsningsområdene som er løftet frem i strategien er plukket ut på bakgrunn av at dette gir stor gevinst.
	<p>Vedtak: NUFA drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill fra møtet i det videre arbeidet med persontilpasset medisin for 2022/2023.</p>
29/22	Ny nasjonal e-helsestrategi, målindikatorer
	<p>Anne Greibrokk og Inger Anette Finrud, Direktoratet for e-helse, ønsket å drøfte med NUFA og få innspill til foreslåtte målindikatorer for mål 1. <i>Aktiv medvirkning i egen og næres helse</i> og mål 2. <i>Enklere arbeidshverdag</i> i ny nasjonal e-helsestrategi. Saken var også en forberedelse til et arbeidsmøte med NUFA- og NUIT- medlemmer 29. september 2022.</p> <p>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det ble sagt at det er mye bra arbeid og at strategien begynte å ta form. <p><u>Målindikatorer mål 1</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Det er ønskelig med informasjon om hvordan forutsetninger adresseres. Videre ble det presisert at det må ligge til grunn at en skal kunne måle punkt 1.3, <i>Utbredelse av digital hjemmeoppfølging</i>. Punkt 1.4 indikatoren blir noe upresis, ved å kun måle <i>utbredelse av velferdsteknologi</i>. Enkelte kommuner er kommet godt i gang med velferdsteknologiske løsninger, andre ligger etter. Det bør komme en tydeligere presisering på hvordan dette punktet skal måles.. • Begrepet digital hjemmeoppfølging gir unødvendige begrensninger. Det bør ses mer på <i>digitale helsetjenester</i> da teknologien også kan brukes utenfor hjemmet. • Det savnes en målindikator på <i>likeverdig tilgang til digitale helsetjenester</i>. Det er stor variasjon i tjenestetilbudet i forhold til hvor man bor i landet. • Det er ønskelig med flere tjenester og forbedret funksjonalitet på Helsenorge. Det er fint å ha alt på et sted. • Pasient- og brukerforeningene melder om at Helsenorge er viktig for deres medlemmer, men at det kan tilkomme flere tjenester og de eksisterende kan bli bedre slik at man kan delta mer aktivt. Nå er det mer monolog. • Det er ikke nok å måle bruk av velferdsteknologi. Nyttien er også viktig å måle. • Utbredelse sier ikke noe om effekt og bruk. Det kan være lurt å involvere forskningsmiljøene. • Det savnes en målindikator på ressursbruk og bærekraft. <p><u>Målindikatorer mål 2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Det bør være en målindikator for samhandlingsverktøy mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og internt mellom fagområdene i spesialisthelsetjenesten. Måle tidsbruk, «Ta tiden tilbake». • Det er viktig å måle hvorvidt en e-helseløsning faktisk er implementert og tatt i bruk. • Det er en utfordring at innsats og gevinst ikke nødvendigvis skjer på samme sted. Noen kan nok akseptere å bruke tid på dokumentasjonsarbeid hvis det gir verdi, selv om det er hos en annen aktør i pasientløpet. Å få dette perspektivet inn i arbeidet kan være nyttig. • Bør vi ha en målindikator på hvorvidt myndighetene leverer på innføring av de nasjonale løsningene? Direktoratet for e-helse kommenterte at det handler om hva myndighetene kan tilrettelegge, men også aktørene i sektor sin evne til å ta løsningene i bruk. Bør vi da også ha målindikatorer på hvordan ny teknologi tas i bruk? • Kommunene og sykehusene har ulike prioriteringer. I kommunene skal de blant annet forholde seg til pasienten i lengre tid. Når myndighetene lager digitale løsninger er det viktig å sikre at hele sektoren blir dekket. • Det er bra med HIMSS EMRAM, men viktig å også dekke primærhelsetjenesten, ikke bare sykehusene • Det kom innspill om å måle hvorvidt det er helsepersonell eller pasient som bidrar til dokumentasjonsarbeidet. Det kan være nyttig å tilrettelegge for at innbygger for eksempel kan dokumentere via egenregistreringer slik at ressursene brukes mer effektivt • Samarbeidet om utvikling av digital hjemmeoppfølging mellom primærhelsetjenesten og spesialist bør styrkes og videreføres. • Det bør være en målindikator på i hvilken grad utdanningene understøtter nye måter å jobbe på.
	<p>Vedtak: NUFA drøftet målindikatorer og ba Direktoratet for e-helse ta med innspill fra møtet i det videre arbeidet med målindikatorer for ny nasjonal e-helsestrategi.</p>
	<p>Slutt dag 1</p>

30/22	Fagdag om digital hjemmeoppfølging
	<p>Til fagdagen om digital hjemmeoppfølging i NUFA ønsket Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet å få innspill til pågående arbeid fra myndighetssiden med tilrettelegging for spredning av digital hjemmeoppfølging (DHO), inkludert tilhørende arbeid med arkitektur og infrastruktur.</p> <p>Det vises til sakspapirene og presentasjonene som ligger på NUFA sine sider på ehelse.no for informasjon om det som ble presentert i møtet. Innspillene som kom inn gjengis i korte trekk under her til hver presentasjon.</p> <p><u>Del 1 – Erfaringer med digital hjemmeoppfølging fra ulike perspektiv med refleksjon rundt fremlagte tema med fokus på samhandling ved Siw Helene Myhrer fra Helsedirektoratet, Vibeke Tellmann fra Bodø kommune og Bendik Hegna fra Akershus universitetssykehus:</u></p> <p>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utfordringsbildet i Helsesektoren er kjent, og helsetjenester må ytes på andre måter fremover. Digital hjemmeoppfølging kan være en av de smarte tingene og det trengs flere og store prosjekter med tilhørende forskning og kunnskapsinnhenting for å finne svar selv om det er et krevende område å drive forskning på. • Digital hjemmeoppfølging er en helsetjeneste, og det er det viktig å presisere i kommunikasjonen. Tekstkonsultasjon kan være en effektiv måte for konsultasjon og må finansieres på lik linje med en fysisk konsultasjon. Det blir ikke en reduksjon i behov for helsetjenester, men digital hjemmeoppfølging vil kunne tilby helsetjeneste til langt flere med god kvalitet. • Den største utfordringen knyttet til digital hjemmeoppfølging er plassering av og ansvar for kostnadene. Hvor skal dette legges, hvem skal ha ansvaret for kostnadene? • Behovet for digital hjemmeoppfølging er belyst og at det er gevinster, men det mangler fortsatt noe på rammene for tjenesten rundt integrasjoner, finansiering og det juridiske. • Helsetjenesten skal yte bedre helsetjenester, samtidig som pasientene befinner seg på forskjellige geografiske områder. Det er noe som må kommuniseres. • Det er viktig at digital hjemmeoppfølging går inn som en tjeneste i den ordinære driften. • Det som skjedde på digitalisering knyttet til pandemien har gitt oss en metodikk som kan tas i bruk i denne sammenhengen. Dialogen med politikerne er viktig. <p><u>Del 2 – Drøfte pågående arbeid fra myndighetssiden med tilrettelegging for spredning av digital hjemmeoppfølging ved Bjørnar Andreassen og Siw Helene Myhrer fra Helsedirektoratet, og Thor Steffensen fra Direktoratet for e-helse:</u></p> <p>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er viktig å få avklaringer knyttet til forvaltning, finansiering og det juridiske for digital hjemmeoppfølging. • Området dreier seg om tjenesteutvikling, noe det er viktig å få frem her. Målet er å få en lavere ressursbruk per pasient der digitale verktøy er viktig i tillegg til tjenesteutvikling. • Det er viktig å få frem de gode historiene og ikke kun fokusere på barrierene i kommunikasjonen. Barrierene klarer vi å overvinne hvis gevinsten er stor nok. • Det kommer ikke tydelig nok frem at det mangler en helhetlig finansieringsmodell for digital hjemmeoppfølging. • Det er mye som gjøres lokalt og regionalt. Er vi for tidlig ute med å engasjere oss nasjonalt? Hva er ansvaret på et nasjonalt nivå og hva er ansvar lokalt? Verdien ved felles rammeverk kommer når alle stiller seg bak en felles retning.

	<ul style="list-style-type: none"> Digitale helsetjenester fortjener samme finansiering som andre helsetjenester. <p><u>Del 3 – målarkitektur for digital samhandling innen DHO ved Thomas Tveit Rosenlund og Thor Steffensen fra Direktoratet for e-helse:</u></p> <p>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> Det er viktig å få enighet om felles vilkår, og det å få et sentralt nav som tar seg av avhengighetene. Vårt oppdrag er å søke å gjøre det vi kan innenfor gjeldende rett. Når teknologi møter politisk virkelighet så er det politisk virkelighet som trumfer. Det er viktig at aktørene i helsesektoren blir involvert i dette arbeidet fremover. Det at alle her sitter med et ansvar må synliggjøres. Innovasjonen må skje ute i tjenestene. Det må legges til rette for innovasjon som skal skje ute lokalt og regionalt.
	<p>Vedtak: NUFA drøfter og gir råd til pågående arbeid fra myndighetssiden med tilrettelegging for spredning av digital hjemmeoppfølging og arbeid med konsept og målarkitektur for datadeling innen digital hjemmeoppfølging. Innspill fra drøftinger og råd fra NUFA tas med i videre arbeid.</p>
32/22	Eventuelt
	Det kom innspill om at evalueringsskjema for møtet i NUFA blir sendt ut i forkant av samlingen. Sekretariatet følger opp dette.
	Slutt dag 2