

Møte i NUFA																													
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)																												
<i>Dato</i>	26. og 27. januar 2022																												
<i>Tid</i>	26. januar kl. 10.00 – 14.30 og 27. januar kl. 09.00 – 14.30																												
<i>Sted</i>	Videomøte																												
<i>Medlemmer</i>	<table border="0"> <tr> <td>Lucie Aunan, Dir. for e-helse</td> <td>Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune</td> </tr> <tr> <td>Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF</td> <td>Sunniva Rognerud, Steinkjer Kommune</td> </tr> <tr> <td>Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF</td> <td>Thore Thomassen, Helsedirektoratet</td> </tr> <tr> <td>Terje Bremnes, Helse Vest RHF</td> <td>Børge Myrlund Larsen, Helsedirektoratet</td> </tr> <tr> <td>Ola Jøsendal, Helse Vest RHF</td> <td>Peter Holmes, FHI</td> </tr> <tr> <td>Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF</td> <td>Mohammad Nouri Sharikabad, FHI</td> </tr> <tr> <td>Kristian Onarheim, Helse Midt RHF</td> <td>Odd Martin Solem, Norsk Helsenett SF</td> </tr> <tr> <td>Randi Brendberg, Helse Nord RHF</td> <td>Petter Brelin, Legeforeningen</td> </tr> <tr> <td>Øyvind Broback, Helse Nord RHF</td> <td>Gorm Braarvig, Digitaliseringsdirektoratet</td> </tr> <tr> <td>Heidi Slagsvold, KS</td> <td>Arnfinn Aarnes, FFO</td> </tr> <tr> <td>Egil Rasmussen, KS</td> <td>Sverre Ur, Diabetesforbundet</td> </tr> <tr> <td>Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune</td> <td>Maren Krogh, Apotekforeningen</td> </tr> <tr> <td>Kirsti Pedersen, Oslo Kommune</td> <td>Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund</td> </tr> <tr> <td>Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune</td> <td></td> </tr> </table>	Lucie Aunan, Dir. for e-helse	Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune	Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF	Sunniva Rognerud, Steinkjer Kommune	Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF	Thore Thomassen, Helsedirektoratet	Terje Bremnes, Helse Vest RHF	Børge Myrlund Larsen, Helsedirektoratet	Ola Jøsendal, Helse Vest RHF	Peter Holmes, FHI	Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF	Mohammad Nouri Sharikabad, FHI	Kristian Onarheim, Helse Midt RHF	Odd Martin Solem, Norsk Helsenett SF	Randi Brendberg, Helse Nord RHF	Petter Brelin, Legeforeningen	Øyvind Broback, Helse Nord RHF	Gorm Braarvig, Digitaliseringsdirektoratet	Heidi Slagsvold, KS	Arnfinn Aarnes, FFO	Egil Rasmussen, KS	Sverre Ur, Diabetesforbundet	Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune	Maren Krogh, Apotekforeningen	Kirsti Pedersen, Oslo Kommune	Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund	Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune	
Lucie Aunan, Dir. for e-helse	Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune																												
Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF	Sunniva Rognerud, Steinkjer Kommune																												
Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF	Thore Thomassen, Helsedirektoratet																												
Terje Bremnes, Helse Vest RHF	Børge Myrlund Larsen, Helsedirektoratet																												
Ola Jøsendal, Helse Vest RHF	Peter Holmes, FHI																												
Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF	Mohammad Nouri Sharikabad, FHI																												
Kristian Onarheim, Helse Midt RHF	Odd Martin Solem, Norsk Helsenett SF																												
Randi Brendberg, Helse Nord RHF	Petter Brelin, Legeforeningen																												
Øyvind Broback, Helse Nord RHF	Gorm Braarvig, Digitaliseringsdirektoratet																												
Heidi Slagsvold, KS	Arnfinn Aarnes, FFO																												
Egil Rasmussen, KS	Sverre Ur, Diabetesforbundet																												
Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune	Maren Krogh, Apotekforeningen																												
Kirsti Pedersen, Oslo Kommune	Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund																												
Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune																													
<i>Observatører</i>	Hilde Smedshammer, Helse- og omsorgsdepartementet																												

Sak	Agenda NUFA	Tidspunkt	Sakstype
	Dag 1		
1/22	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 27. – 28. oktober 2021	10:00	Godkjenning
2/22	Orientering fra Direktoratet for e-helse	10:05	Orientering
3/21	Kunstig intelligens – tilgang til data	10:20	Drøfting
	Pause	11:05	
4/22	Digital kompetanse og klinisk fatigue av IKT	11:15	Drøfting
	Lunsj	12:00	
5/22	Tryggere bruk av Helseapper	12:30	Orientering
6/22	Helsedirektoratets strategi for Helseregistre 2022-2026	13:00	Orientering
	Pause	13:30	
7/22	Referatform til møtene i NUFA	13:45	Drøfting
	Slutt dag 1	14:15	
	Dag 2		
	Velkommen og introduksjon til dagen	09:00	
8/22	Temadag om legemiddelområdet		Orientering
	Innledning	09:05	
	Grunndata og beslutningsstøtte:		
	Status for arbeidet med legemiddelgrunndata i SLV	09:15	
	Felles tjeneste for enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon	09:35	
	Diskusjon	09:50	
	Pause	10:00	
	Legemiddeldata for analyse og forskning	10:10	
	Normerende virkemidler for å understøtte områdeplanen, inkl. internasjonale standarder	10:30	
	Diskusjon	11:00	
	Lunsj	11:10	
	Arbeid i Helsedirektoratet	11:30	
	Beslutningsstøtte som Medisinsk Teknisk Utstyr (MTU)	12:00	

	Pause	12:30	
	Status for utprøving av PLL og praktisk erfaring fra arbeid med legemiddelliste:		
	Utprøving av PLL i Bergen	12:45	
	Status fra Program pasientens legemiddelliste	13:00	
	Tilnærming til PLL fra kommune og KS	13:15	
	Tilnærming til PLL i Helse Sør-Øst	13:30	
	Erfaring med legemiddelliste i Helseplattformen og arbeidet med SAFEST	13:45	
	Diskusjon og oppsummering	14:00	
9/22	Eventuelt	14:25	
	Slutt dag 2	14:30	
Sak	Onsdag 26. januar 2022		
	Start dag 1	10:00	
1/22	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 27. – 28. oktober 2021		Godkjenning
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 1. – 2. september 2021.		Vedlegg 1: Referat fra NUFA 27. – 28. oktober 2021.
	Forslag til vedtak: NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referatet fra 27. – 28. oktober 2021.		
2/22	Orientering fra Direktoratet for e-helse		Orientering
	Direktoratet for e-helse vil orientere NUFA om aktuelle saker.		Ingen toppnotat
	Forslag til vedtak: NUFA tar sakene til orientering.		
3/22	Kunstig intelligens – tilgang til data		Drøfting
	Direktoratet for e-helse vil presentere innsikt fra kartlegging av behov for data til kunstig intelligens i helse- og omsorgssektoren. Videre ønsker Direktoratet for e-helse å drøfte om det finnes ytterligere behov som ikke er dekket i innsiktsrapporten, og hvilke behov og problemstillinger som er de viktigste å utrede videre.		Vedlegg 2: Toppnotat Kunstig intelligens – tilgang til data
	Forslag til vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.		
4/22	Digital kompetanse og klinisk fatigue av IKT		Drøfting
	Direktoratet for e-helse inviterer NUFA til drøfting og refleksjon om hva slags digital kompetanseheving som er nødvendig for å redusere helsepersonellens belastning ved bruk av IKT-løsninger.		Vedlegg 3: Toppnotat Digital kompetanse og klinisk fatigue av IKT
	Forslag til vedtak: NUFA tar saken til orientering. Innspillene brukes til å fremme en ny sak om: a) Status på arbeidet med Reducing Clinician burden i Norge b) En bredere anlagt sak om digital kompetanse i løpet av 2022		
5/22	Tryggere bruk av Helseapper		Orientering
	Helsedirektoratet vil presentere prosjektet «Tryggere helseapper» for NUFA. Helsedirektoratet ønsker å sikre videre forankring av den nasjonale modellen for evaluering av helseapper, og få innspill til styringsmodell.		Vedlegg 4: Toppnotat Tryggere bruk av Helseapper

	Forslag til vedtak: NUFA tar saken til orientering.	
6/22	Helsedirektoratets strategi for Helseregistre 2022-2026	Orientering
	Helsedirektoratet ønsker å informere NUFA om strategi for sentrale helseregistre vedtatt i Helsedirektørens ledermøte den 9. november og overlevert Helse- og omsorgsdepartementet den 23. november.	Vedlegg 5: Toppnotat Helsedirektoratets strategi for Helseregistre 2022-2026
	Forslag til vedtak: NUFA tar informasjon om Helsedirektoratets strategi for sentrale helseregistre til orientering.	
7/22	Referatform til møtene i NUFA	Drøfting
	Direktoratet for e-helse ønsker å drøfte med NUFA form og detaljeringsnivå på referatene etter møtene i utvalget. Det er også ønskelig at det utveksles erfaringer og informasjon om hvordan referatet følges opp i etterkant av møtene hos de ulike aktørene. Målsetningen er å enes om referatform med medlemmene i NUFA.	Vedlegg 6: Toppnotat Referatform til møtene i NUFA
	Forslag til vedtak: NUFA drøftet saken og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i arbeidet med å ferdigstille retningslinjer oppsettet for referatet.	
	Slutt dag 1	14:30

Sak	Torsdag 27. januar 2022	Sakstype
	Start dag 2	09:00
	Velkommen og introduksjon til dagen	
8/22	Temadag om legemiddelområdet	Orientering
	NUFA vil få en orientering om aktiviteter knyttet til digitalisering av legemiddelområdet. Direktoratet for e-helse har invitert mange aktører med til møtet for å vise bredden i aktiviteter som pågår. Alle sakene som legges frem er orienterings saker. Det er likevel ønskelig at medlemmene gir innspill, drøfter og reflekterer over temaene som legges frem	Vedlegg 7: Toppnotat Temadag om legemiddelområdet
	Forslag til vedtak: NUFA tar saken til orientering.	
9/22	Eventuelt	
	Slutt dag 2	14:30

Referat fra møte i NUFA		
<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

Sak	Tema	Sakstype
	Dag 1	
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
	Dag 2	
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	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møtet i NUFA 1. – 2. september 2021
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 1. – 2. september 2021.
	Vedtak: NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referatet fra 1. – 2. september 2021.
29/21	Orientering fra Direktoratet for e-helse
	Hans Löwe Larsen, Direktoratet for e-helse, orienterte NUFA om status for forprosjekt steg 2 digital samhandling.
	Vedtak: NUFA tar saken til orientering.
30/21	Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren
	<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>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • De mindre virksomhetene må få støtte og et apparat rundt slik at de kan håndtere sikkerhet riktig. • Det er viktig at vi klarer å plassere ansvar slik at man i en liten virksomhet er trygg på at dette er ivaretatt. • Det er en utfordring med at autorisasjon i egen organisasjon ikke er godkjent i en annen organisasjon. Dette forutsetter gjensidig tillit og er et viktig aspekt når det gjelder samhandling i sektor. • 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. • I kommunal sektor er det store utfordringer med tilgjengelighet. Man får ikke tilgang til nødvendige dokumenter. • Tydelige krav rundt sikkerhet er viktig for å lykkes med dette. • Det er utfordrende å holde oversikt over hvordan endringer hos våre leverandører påvirker oss. • 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. • Det ble påpekt at datasikkerhet er viktig, spesielt med tanke på mer digital hjemmeoppfølging i kommunene. • Det er ikke det tekniske som stopper oss, men tillit mellom leverandørene som er et problem. <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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

	<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>Vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
31/21	Videre innretning av velferdsteknologi i perioden 2022-2024, inkludert plan for arkitektur og infrastruktur
	<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>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. • Velferdsteknologisk knutepunkt er også interessant for RHF-ene ettersom dette blant annet bidrar til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. • 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. • Det ble påpekt at potensialet ved å flytte oppgaver til pasientene er undervurdert. Det er «glemt» område rundt gevinstrealisering. • 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. • 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.
	<p>Vedtak: 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 ivaretatt i det videre arbeidet.</p>
32/21	Ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023
	<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 førersetet, 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"> • 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. • Det ble kommentert at beredskap og håndtering av pandemier ikke er vurdert i scenarioene. Dette må kunne håndteres i de ulike scenarioene. • 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. <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>Vedtak: 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>33/21</p>	<p>Status NILAR</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>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NILAR er positivt, men det er et spørsmål om den dekker hele behovet til sektoren? • Hvis kommunene på sikt skal inkluderes må personverninnstillingene ikke blokkere for det. • Pandemien har vist oss at innbyggere ikke nødvendigvis forstår prøvesvar. Arbeidet må derfor ta hensyn til presentasjonsflaten mot innbygger.
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering.</p>
<p>34/21</p>	<p>Strategi for informasjonssikkerhet og personvern for program digital samhandling</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>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Bruk av begrepene strategi vs. retningslinjer bør avklares nærmere. • Prinsipp 2 bør knyttes til tjenstlig behov, ikke taushetsplikt. • 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. • Det bør vises til personvernforordningen også under prinsipper. <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det ble stilt spørsmål om dette er informasjonssikring eller systemsikring. Direktoratet for e-helse svarte at begge omfattes.

	<ul style="list-style-type: none"> 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.
	<p>Vedtak: NUFA tar retning i strategiarbeidet for informasjonssikkerhet og personvern til orientering, og har i møtet gitt innspill til det videre arbeidet</p>
35/21	<p>Digitalisering og effektivisering for å understøtte helseinstitusjoners mulighet til å ivareta rapporteringsplikt til NAV</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"> Hente dataene fra kilden – Norsk pasient register Få dataene fra kanalen som populærere kilden med opplysninger om innleggelser Få dataene NAV trenger fra EPJ <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>Vedtak: NUFA tar saken til orientering.</p>
36/21	<p>Roller og ansvar internasjonale standarder</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>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kodeverk er utviklet med et formål. Vi går glipp av ting underveis for å ivareta en informasjonsmodell. Vi må lande noen gode begreper sammen. 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. 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. Det å få internasjonale standarder på hvordan vi får inn dataene er viktig, samt å harmonisere dataene mellom registrene. 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. Det må skilles mellom virksomheter og leverandører. <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 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.
	<p>Vedtak: 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>Slutt dag 1</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"> • Dette vil gi en stor forbedring for pasienten og for pasientsikkerheten. Det er gjennomgående og tydelig. • Den fulle gevinsten kommer først når alle aktører får inn felles terminologi, og det er viktig at den ballen begynner å rulle. • 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. • 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. • Det er fint å gå for virkestoff forordning da det gjør det lettere å bruke legemidlene riktig. • Det kommer en ny forskrift for rekvirering og virkestoff. • 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. • Ledelsen i virksomhetene må forstå betydningen av dette. Det å skape etterspørselskompetanse hos beslutningstakerne er viktig. • 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. <p>Hør om samarbeidet mellom Helseplattformen og Direktoratet for e-helse i denne utgaven av programmet «Språksnakk» på NRK Radio. Samkjørt helsespråk og lek på Østlandsk - Språksnakk - NRK Radio</p>
	<p>Vedtak: 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>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Her trenger man tilgang på et koordineringsteam som kan semantikken og kodeverk godt. Direktoratet for e-helse bør ha det ansvaret. • Direktoratet for e-helse bør involvere bredere fra sektoren i prosjektet. • Det å forankre et Felles språk handler om nytten. Beslutningstaker i virksomhetene må forstå dette.

	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. • Det er viktig å gjenbruke den kunnskapen Helse Midt har på dette området. • Det å skape entusiasme rundt dette er viktig, lage kampanjer og engasjere beslutningstakerne. • Det etterlyses en klarere annonsering ut til sektor at vi nå innfører et felles språk. <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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.
	<p>Vedtak: NUFA tar informasjonen til orientering. Program kodeverk og terminologi (PKT) tar innspill og tilbakemeldinger til orientering, og hensyntar disse i det videre arbeidet.</p>
39/21	Nasjonal forvaltning av helsefaglig innhold i pleieplaner utviklet i Felles språk
	<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>Vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Helseplattformen ta med seg innspill i det videre arbeidet.</p>
40/21	Eventuelt
	Det kom ingen saker til eventuelt.
	Slutt dag 2

Til	Møte 1/22
Dato	26.12.2022
Saksnummer	3/22
Type	Drøfting

Fra	Norunn Saure
Saksbehandler	Hilde Lovett

Kunstig intelligens – tilgang til data

Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Hensikten med denne saken er å presentere innsikt fra kartlegging av behov for data til kunstig intelligens i helse- og omsorgssektoren, drøfte om det finnes ytterligere behov som ikke er dekket i innsiktsrapporten, og hvilke behov og problemstillinger som er de viktigste å utrede videre.

Bakgrunn

Helsedirektoratet er ansvarlig for det nasjonale koordineringsprosjektet «[Bedre bruk av kunstig intelligens](#)». Det er et samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Statens legemiddelverk, de regionale helseforetakene, Kommunesektorens organisasjon (KS) og Helsetilsynet.

Direktoratet for e-helse bidrar inn i de prioriterte tiltakene, og er ansvarlig for tiltaket «KI – data og algoritmer».

«KI – data og algoritmer» skal tydeliggjøre sektorens behov og vurdere eventuelle anbefale tiltak knyttet til tilgang til data til KI. Det er hittil utarbeidet en innsiktsrapport om behov for tilgang til data. Behovene er samlet inn i dialog med aktører som jobber med forskning, utvikling, implementering og kommersialisering tilknyttet KI, herunder helseforetak og regionale helseforetak, kommunal helse- og omsorgstjeneste, sentral helseforvaltning, academia og næringslivsaktører. Versjon 0.9 av [innsiktsrapporten](#) ligger åpent på nett for innspill.

Videre arbeid skal analysere behovene og vurdere eventuelle tiltak for å støtte oppunder helsesektorens behov for tilgang til data for KI formål.

Til Møte 1/22
Dato 26.01.2022
Saksnummer 4/22
Type Drøfting

Fra Georg Ranhoff og Norunn Saure
Saksbehandler Minna Maria Hernandez og Jon- Torgeir Lunke

Digital kompetanse og klinisk fatigue av IKT

Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering. Innspillene brukes til å fremme en ny sak om:

- a) Status på arbeidet med Reducing Clinician burden i Norge
- b) En bredere anlagt sak om digital kompetanse i løpet av 2022

Føremålet med saka

Digital kompetanse er ein kritisk faktor for offentlege verksemders evne til digital transformasjon.

Innføring av og bruk av IKT- løysingar, endrings- og omstillingsprosessar og løysingar som ikkje passar godt inn i helsepersonells arbeidsflyt og helsehjelp skapar frustrasjon og meirbelastning i kvardagen. Internasjonalt går fenomenet under namnet Reducing Clinician Burden eller (forslag norsk erstatningsord):

Redusert helsepersonellbelastning ved IKT.

Direktoratet vil seinare i 2022 gjerne legge fram sak om digital kompetanse med breiare palett. Med den tid vi har til rådvelde i dagens møte, inviterer NUFA til drøfting og refleksjon om kva slags digital kompetanseheving som er naudsynt for å redusere helsepersonellens belastning ved bruk av IKT-løysningar.

Vi bruker dømet «**Redusert helsepersonellbelastning ved IKT**» for drøfting i NUFA;

- Kva er relevante læringsutbytte og kompetansebehov for å redusere helsepersonellbelastning frå IKT?
- Helsepersonells involvering er viktig, men også utfordrande på grunn av ulike behov, ulike faggrupper og ulike fagområde i helse- og omsorgssektor. Korleis får ein til ein breiare / meir tilpassa involvering av helsepersonell for å imøtekoma behovet for redusert helsepersonellbelastning?
- Gjenbruk av internasjonale standardar / påverke det internasjonale arbeidet som pågår for å redusere helsepersonellbelastning?
- Tydeleggjera nasjonale føringar gjennom normerande produkt?

Bakgrunn

Reducing Clinician Burden – Redusert helsepersonellbelastning ved IKT

Det pågår mye forskningsprosjekter om Redusert helsepersonellbelastning ved IKT (Reducing Clinician Burden) internasjonalt. utfordringer som helsepersonell opplever med dagens IKT- løsninger er ganske like mange steder i verden. Det utvikles flere IKT – løsninger, som samlet gir en fragmentert digital hverdag for helsepersonell. Helsepersonell må, for eksempel, benytte ulike påloggingsmetoder, samme opplysninger må registreres flere ganger, og varsler mottas i ulike løsninger og verktøy. Når det gjelder helsedatarapportering har flere registereiere utviklet løsninger som dekker deres egne behov for innrapportering. Forankring og avklaring av mulighet for innsamling av primærdata hos den som skal registrere informasjonen er mangelfull. Det mangler integrasjoner mellom løsninger. Dette hindrer gjenbruk av registrert data.

Alle faktorer som påvirker negativt på pasientbehandling, enten direkte eller indirekte bør reduseres. «Klinisk byrde» kan oppleves som økt stressnivå, økt fysisk arbeidsbelastning, økt kognitiv belastning, utmattelse, redusert produktivitet, effektivitet og motivasjon for læring. Redusert pasientkontakt på grunn av dokumentasjonskrav, kan oppleves som belastende.

Tidligere forskning skisserer tre hovedmål for å redusere helsepersonells belastning:

- 1) Redusere tiden helsepersonell må bruke for å registrere informasjon til EPJ.
- 2) Redusere tiden helsepersonell må bruke for å oppfylle innrapporteringskrav.
- 3) Forbedre EPJs funksjonalitet og brukervennlighet.

EU har i senere tid jobbet mer målrettet for å forbedre digitale ferdigheter og kompetanse i Europa. Det gjøres bl.a. gjennom prosjektet med målsetning å gi støtte til utforming av veikart for helsepersonells digitale kompetanse for den digital transformasjon av helse- og omsorgssektoren.

Helsepersonell bør involveres tett i arbeidet med å forbedre funksjonaliteten og brukervennligheten av IT- løsningene. Dårlig brukervennlighet skaper frustrasjoner hos helsepersonell, misfornøyde brukere og bidrar dermed til økt belastning. Helsepersonells tilfredshet med IKT – verktøy har en positiv effekt på pasientbehandlingen. For å redusere belastningen på helsepersonell, bør man benytte brukervennlige utformings- prosesser i utviklings- og forbedringsarbeid.

Det norske engasjementet om redusert helsepersonellbelastning har økt noe det siste året. Bl.a. Standard Norge har tatt initiativ til et samarbeid med Sverige (Svenska Institutet för Standarder) Arbeidsgruppen består av helsepersonell fra ulike virksomheter, representanter fra standardiserings- organisasjoner og representanter fra Direktoratet for e- helse. Presentasjoner og etterfølgende diskusjoner i arbeidsmøtene har handlet om hvordan kan man redusere belastningen på helsepersonell ved å bruke ulike metoder i design, forbedre funksjonaliteten av IKT- løsninger og klinisk beslutningsstøtte osv. gjennom bl.a. bruk av standarder. Ved å samarbeide med andre nordiske land, som har flere likhetstrekk med det norske helsevesenet og utfordringer med helsepersonellbelastning av IKT, kan man påvirke i det europeiske og internasjonale standardiseringsarbeid om Reduced Clinician Burden.

I det internasjonale arbeidet pekes det på bruk av standarder som viktig virkemiddel for å redusere byrdene for helsepersonell ved utvikling av løsninger. Det innebærer både generelle prinsipper og konkrete tiltak ved utvikling av standarder. Det jobbes med RCB i pågående standardiseringsarbeid hos HL7 International og utvikling av e-helsestandarder i ISO. Direktoratet for e-helse ønsker å drøfte muligheten for å gjenbruk det internasjonale standardiseringsarbeidet for å sette mer tydelige nasjonale føringer gjennom normerende produkter.

Om digital kompetanse i helse- og omsorgssektoren

Direktoratet for e-helse har i tildelingsbrev frå Helse- og omsorgsdepartementet i oppdrag å:

- Direktoratet skal bidra til økt digital kompetanse i alle ledd av helse- og omsorgssektoren

Vårt bidrag kan sjåast primært i tråd med direktoratets fag- og pådrivarrolle, men viktigare er arbeidstakars, arbeidsgjevarar og undervisningssektorens ansvar for læring og kompetanseheving.

I grunnutdanning og vidaregåande opplæring er digital dugleik (ferdigheit) ein av seks grunnleggjande dugleikar. Høgare utdanning, vidare- og etterutdanning byggjer vidare på dette bl.a. via nye nasjonale retningslinjer og (felles) obligatoriske læringsutbytte for alle helse- og sosialfagutdanningane. Vårt nasjonale dugleiksnivå er godt samanlikna med andre land.

Helse- og omsorgssektoren har om lag 300.000 tilsette. Skilnader i kognitive, sosiale og emosjonelle evner, ulik sosiodemografisk og økonomisk bakgrunn for læring, svært samansett kompetanseprofil og mange ulike helseprofesjonar i helse- og omsorgssektoren, gjer at digital kompetanseheving må skje systematisk og med omsyn til desse utgangspunkta. Ei slik differensiert tilnærming ser vi for eksempel er implementert i dei nasjonale forskriftsfesta retningslinjene (e.g. sjukepleie, psykologi, radiograf og medisin).

Det finst eit rikt kjeldegrunnlag med tanke på framtidige digitale kompetansebehov i helse- og omsorgssektoren. Dette gjeld for helse- og omsorgsprofesjonane, på mellomleiarnivå og strategisk nivå, og på nasjonalt nivå i helseforvaltninga. Lenger ned viser vi til eit utval av kjelder.

I arbeidet har Direktoratet for e-helse fått tilbakemelding frå sektor, helsepersonell og verksemder at dei på mange område meiner å ha god digital dugleik og kompetanse. Vår hypotese er at dette stemmer noko på veg, men er kanskje avgrensa til bruk av eigne fagsystem og medisinsk teknologi innanfor eigne fagområde.

I digitaliseringsstrategien for offentlege verksemder (2019-2025) er digital kompetanse ein kritisk faktor for offentlege verksemders evne til digital transformasjon.

Om digital transformasjon seier Digitaliseringsdirektoratet¹:

- ein prosess der verksemda endrar korleis ho utfører sine oppgåver, tilbyr betre tenester, jobbar meir effektivt eller skapar heilt nye tenester
 - kor brukarfokus og brukaroppleving er sjølve kjernen i endringa
 - som baserer seg på å nytte digital teknologi
- ein grunnleggjande og omfattande endring, og ikkje ei mindre justering
- redesign av verksemda på alle nivå – folk, prosessar, teknologi og styring

Direktoratet for e-helse har gjort ei vurdering av omgrepet digital kompetanse for bruk på helse- og omsorgsområdet, og som kan lyda:

- Digital kompetanse er ei forståing av korleis digitalisering er til nytte i helse- og omsorgshjelpa
 - Basis IKT- kompetanse som er felles for alle (e.g. bruk av data og personvern, pasient-, brukar- og pårørandeinvolvering, maskinlæring/kunstig intelligens og digital samhandling i pasientforløp)
 - Spesifikk IKT- kompetanse som er kontekstuell og relatert til spesifikke arbeidsprosessar, helsehjelp, helseteneste- og organisasjonsutvikling (e.g. høgspesialiserte tenester som inkluderer bruk av stordata og digitalt heimesjukehus/ digital heimeoppfølging).

¹ [Digitaliseringsdirektoratet- Om digital transformasjon](#)

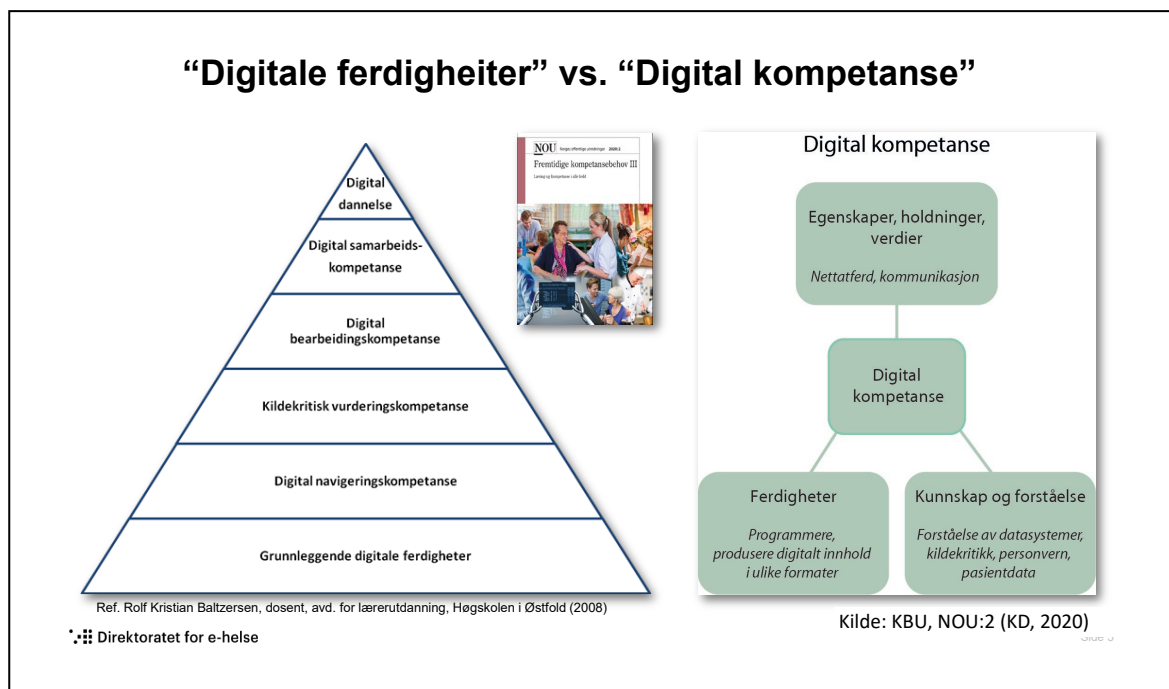
Vi inviterer NUFA til å drøfte ulike aspekt med omsyn til digital kompetansebehov relatert til *Redusert helsepersonellbelastning av IKT*. Kompetansebehovet eller -heving på dette spesifikke temaområdet kan diskuteres i ljøs av eit *kontekstueelt bakteppe*:

- Frå ein strategisk posisjon (e.g. digital transformasjon m.m.)
- Frå ein mellomleiarers posisjon (e.g. digital endrings- og omstillingskompetanse m.m.)
- Frå ein klinisk posisjon (kompetansebehov, medverknad, involvering, brukarfokusering og nye digitale måtar å tilby helsehjelp m.m.)

Drøftinga av digitale kompetansebehov relatert til *Redusert helsepersonellbelastning av IKT*, kan også dra veksle på Kompetansebehovsutvalets arbeid med å presisere omgrepet digital kompetanse. I NOU:2 (2020) seier utvalet:

- *Digital kompetanse rommer mye, både evnen til å ta i bruk digitale teknologier, men også forståelse av personvern, informasjonssikkerhet og andre forhold knyttet til problemløsning i et digitalt miljø.*
- *KBU definerer kompetanse som et samlebegrep på kunnskap, forståelse, ferdigheter, egenskaper, holdninger og verdier (sjå figur nedanfor).*
- *De fleste arbeidstakere tror at innføring av nye digitale løsninger på arbeidsplassen vil føre til at de må styrke sine digitale ferdigheter, at det vil gi dem nye arbeidsoppgaver og at det vil føre til at mengden kompetansekrevede jobber øker.*

I litteraturen og i grunnskuleopplæringa nyttast *digitale ferdigheter* som omgrep. Figuren under illustrerer digital kompetanse som omgrep i dag har eit breiare tilfang med omsyn til kunnskapsbehov.



Regjeringa Støre 1, har nyleg nedsett *Helsepersonellkommissjonen*² som skal levere ein NOU 1. februar 2023. Helse- og omsorgsministeren skriv:

- *En av de største oppgavene vi står overfor er å utdanne, rekruttere og beholde nok kvalifisert fagfolk i helse- og omsorgstjenesten.*
- *Helsepersonellkommissjonens hovedoppgave er å gi en helhetlig og kunnskapsbasert vurdering av behovene for personell og kompetanse fram mot 2040. Kommisjonen skal blant annet vurdere hvordan innovasjon gjennom digitalisering, teknologi og nye arbeidsformer kan påvirke det framtidige personellbehovet og kartlegge frafall i tjenestene.*

Kjelder med omtale av digital kompetanse og fremtidige kompetansebehov i sektor

Kompetansebehovsutvalet (KBU) har i sin tredje utgreiing, NOU:2 (KD,2020) *om Fremtidige kompetansebehov III Læring og kompetanse i alle ledd* ei grundig gjennomgang av omgrepet kompetanse³. Det er eigen omtale av omgrepet digital kompetanse under dette (e.g. kap. 2.4). I dette offentlege blir framtidige kompetansebehov på grunn av den digitale transformasjon særskilt omtalt både i grunn- vidare- og etterutdanning. Ny kompetanse må ivareta den raske teknologiske utvikling, innbyggjar behov for helsehjelp på nye måtar og helsepersonells behov for parallelle kompetanseheving. KBU bruker plass til å definere omgrepet kompetanse (frå *ferdighet* til eit utvida omgrep; *kompetanse*). Direktoratet for e-helse tilrår bruk av denne definisjonen, der vi tidlegare bruke omgrepet «e-helsekompetanse».

NHS England v/ Health Education England⁴ (HEE) har etablert eit utdanningsprogram for alle tilsette (om lag 1,6 mill for perioden 2019-2026. Prioriterte læringsytbytte er e-helse (digital medicine), kunstig intelligens, robotics, genomics og digital leiarutdanning (av helsepersonell)

Forskrift *Retningsliner for helse- og omsorgsfag* frå 2017 (Kunnskapsdepartementet: RETHOS I+II +III⁵) gir nye obligatoriske læringsutbytte for helse- og omsorgsfag på bachelor- og mastergradsnivå (inkl. profesjons-utdanningane). Digital kompetanse, teknologiforståing, entreprenørskap og innovasjon er læringsutbytte under dette rammeverket. I rapporten *Kartlegging av teknologi, innovasjon og entreprenørskap i helsefaglig høgere utdanning i Norge* (KPMG, 2020⁶) viser at det er behov for å styrke utdanning og innhald til desse læringsutbyttene. Studiestadane har i stor grad introdusert kunnskap om teknologi i sine utdanningar, men med behov for ytterlegare systematisk tilnærming. De helsefaglege utdanningane som i størst grad har integrert helse og teknologi er tverrfaglege miljø, som velferdsteknologi og helseteknologi.

SINTEF Helse har kartlagt digitale kompetansebehov blant 13 yrkesgrupper tilslutta organisasjonen *Hvordan påvirker digitalisering i akademikeryrkene? En kikk inn i glasskulen*⁷. Kartlegginga om kompetansebehov er i samsvar med samsvar med hovudtema frå NHS England også. Auka teknologikompetanse hjå leiarar og tilsette, medverknad i arbeidslivet og livslang læring er viktige funn. Arbeidstakarane i samarbeid med arbeidsgjevar ber om tilrettelagte utdanningstilbod og tid til kompetanseheving både internt i verksemda, men etterlyser også undervisningstilbod i høgskole- og universitetssektoren.

*Én digital offentlig sektor (Digitaliseringsstrategien for offentlig sektor 2019-2025*⁸, kap. 8) peikar på at digital kompetanse er grunnleggjande vilkår for digital transformasjon. Digital transformasjon,

² [Helsepersonellkommissjonen, HOD \(17.12.2021\)](#)

³ [NOU 2:2020 Framtidige kompetansebehov \(KD, 3/2020\)](#)

⁴ [The Topol Review, Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future NHS 3/2019](#)

⁵ [Nasjonal retningsliner for helse- og sosialfagutdanningane \(RETHOS\)](#)

⁶ [KPMG. Rapport 9/2020](#)

⁷ [Sintef Helse. Rapport 4/2020](#)

⁸ [Én digital offentlig sektor \(Regjeringen 6/2019\)](#)

digitalisering og digital kompetanse er nært knytte til kvarande. Det handlar i dei fleste samanhengar om å forstå korleis og kor digitalisering er til nytte⁹ (i helse- og omsorgshjelpa).

*Delstrategi i HSØ RHF*¹⁰ (19. august 2021) og *Strategi for digital omstilling i universitets- og høyskolesektoren 2021-2025*¹¹ har eit felles føremål om å legge til rette for at helse- og digital kompetanse hos tenesteytarar møter behov i befolkninga i tråd med demografiske endringar, medisinsk-teknologisk utvikling og nye kostnadseffektive måtar å tilby helsehjelp på. Verksemdene i sektor, i nært samarbeid med utdanningsinstitusjonane, skal utvikle gode læringsarenaer og studietilbod som støttar grunnutdanning, vidare- og etterutdanning i eit livsløpsperspektiv i denne samanheng («Lære heile livet»).

Helsetilsynet seier i rapporten *Hvor har feil og mangler ved bruk av IKT-systemer størst konsekvenser for pasientsikkerheten? En risikoanalyse* (Htil, rapport 2021/11¹²):

For at helsepersonell skal kunne yte forsvarlig helsehjelp av god kvalitet, er de avhengige av sikre og brukervennlige IKT-verktøy som legger til rette for digital samhandling og bidrar til sammenhengende tjenester mellom de ulike nivåene i tjenesten. I en digital helsetjeneste henger brukervennlighet, pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid nøye sammen.

De som arbeider med IKT ute i helsetjenesten må få en bedre forståelse av at deres aktiviteter og prioriteringer har direkte konsekvenser for helsehjelpen som ytes. Fra et pasientsikkerhetsperspektiv er det viktig å sikre at arbeidet med IKT er mer pasientnært, at de som arbeider med IKT har nødvendig kunnskap om hva helsehjelp er og risikoene forbundet med ytelsen av helsehjelp, slik at de innretter sitt arbeid på en måte som understøtter helsepersonell

⁹ *Nytte* = Pasient-, medisinsk-, økonomisk-, prioritering-, med meir.

¹⁰ [Regional delstrategi for utdanning og kompetanseutvikling, HSØ RHF](#) (2021)

¹¹ [Strategi for digital omstilling i universitets- og høyskolesektoren](#) (KD 2021)

¹² [Helsetilsynet, Rapport 7/2021](#)

Til Møte 1/22
Dato 26.01.2022
Saksnummer 5/22
Type Orientering

Fra Helsedirektoratet
Saksbehandler Arve Paulsen

Tryggere bruk av Helseapper

Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering.

Hensikt med saken

1. Presentere prosjekt "Tryggere helseapper"
2. Sikre videre forankring av den nasjonale modellen for evaluering av helseapper
3. Få innspill til styringsmodell

Bakgrunn

Prosjekt "Tryggere helseapper" skal gi innbyggere og pasienter tilgang til trygge apper og andre digitale hjelpemidler som bringer helse- og omsorgstjenesten hjem til dem. Helseapper kan være et ledd i behandling, selvhjelp eller sette brukerne i stand til å ta bedre vare på egen helse. Prosjektet har i første omgang fokus på apper som ikke er medisinsk utstyr.

Prosjektet er ledet av Helsedirektoratet i tett samarbeid med Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF.

Norge henger langt etter mange europeiske land på å verifisere apper til bruk i helsetjenesten. Innen Q1 2022 skal prosjektet – på kort sikt - pilotere et evalueringsrammeverk på minst fem helseapper innenfor brukervennlighet, datasikkerhet, personvern og helsenytt, samt teste hvordan appene best kan gjøres tilgjengelig for pasientene. Når pilotprosjektet er gjennomført, vil man ha både et evalueringsrammeverk og en utprøvd plattform for å tilby helseapper (verktøykatalogen på helsenorge.no).

På mellomlang sikt er målet å få opp et nasjonalt appbibliotek som kan brukes av både innbyggere, helsepersonell og leverandører til å finne trygge og effektive helseapper til sine behov. På lang sikt er målet å muliggjøre "app på resept" slik man har f.eks. i Tyskland, fortrinnsvis også integrert med EPJ.

Prosjektet skal utvikle noe som skal være så nyttig for både RHF/HF og kommuner at de velger å ta det i bruk.

Til Møte 1/22
Dato 26.01.2022
Saksnummer 6/22
Type Orientering

Fra Helsedirektoratet
Saksbehandler Håkon Haaheim

Helsedirektoratets strategi for Helseregistre 2022 - 2026

Forslag til vedtak

NUFA tar informasjon om Helsedirektoratets strategi for sentrale helseregistre til orientering.

Hensikt med saken

Helsedirektoratet informere om strategi for sentrale helseregistre vedtatt i Helsedirektørens ledermøte den 9. november og overlevert HOD den 23. november.

Bakgrunn

Helsedirektoratets helseregisterstrategi er utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i Tildelingsbrev for 2021. Departementet tydeliggjorde den grunnleggende verdien i direktoratets sentrale helseregistre ved å peke på at "Strategien skal synliggjøre hvordan helseregistrene understøtter Helsedirektoratets øvrige oppgaver, og Innrettes med sikte på bedre samlet måloppnåelse for direktoratet".

Helsedirektoratet arbeider for at alle i Norge, uavhengig av alder, kjønn, etnisitet, utdanning og inntekt skal ha god helse og et så godt liv som mulig. Helsedirektoratet skal bidra til:

- Bedre kvalitet i helse- og omsorgssektoren
- Redusere forskjellene i helse og levekår
- Fremme faktorer som gir god helse i befolkningen
- Utvikle en helhetlig nasjonal helseberedskap

Helsedirektoratets omfattende samfunnsoppdrag, der data og informasjon fra våre sentrale helseregistre er en forutsetning for direktoratets måloppnåelse på flere områder.

Sentrale helseregistre er opprettet med hjemmel i helseregisterloven paragraf 8-11. Registrene er etablert av den sentrale helseforvaltningen for å ivareta landsomfattende funksjoner. Det finnes 18 slike registre i Norge, der 16 er underlagt Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) styring, mens Forsvarsdepartementet og Riksarkivet har de resterende. Helsedirektoratet har med Norsk pasientregister (NPR fra 2008) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR fra 2017) de to mest omfattende sentrale helseregistre med hensyn til aktivitetsdata fra norske helse- og omsorgstjenester.

NPR og KPR er opprettet med hjemmel i helseregisterlovens paragraf 11 og kan derfor samle inn og behandle direkte personidentifiserbare helseopplysninger uten krav til samtykke (med noen unntak for KPR). NPR og KPR har videre hjemmel i egne forskrifter, hhv. Norsk pasientregisterforskriften og Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister.

Registerstrategien er utarbeidet av Divisjon digitalisering og helseregistre. Den er bredt forankret i direktoratet og besluttet av Helsedirektøren i ledermøte den 09.11.21. Helsedirektoratets helseregisterstrategi har tre hovedområder:

- Brede kunnskapsgrunnlag
- Hyppigere oppdaterte data
- Dokumentert datakvalitet

Helsedirektoratets sentrale helseregistre skal videreutvikles på disse hovedområdene ved å utnytte moderne datahåndterings- og analysemetoder og verktøy. I tillegg skal vi styrke direktoratets prosesser og kunnskap om bruk av helsedata i alle deler av organisasjonen.

Helseregisterstrategien berører primært våre samfunnsoppgaver og er derfor innrettet på aktører med ansvar for styring, beslutningsstøtte, finansiering og beredskap. Samtidig treffer registerstrategien innrapporterende enheter og deres leverandører, da direktoratet har en myndighetsrolle som både peker på hva som skal rapporteres og iverksetter tiltak når rapportering ikke er i henhold til myndighetenes standarder.

Strategien er også relevant for andre brukere av helsedata, spesielt innen forskning og næringsutvikling. Dette skal primært ivaretas i regi av Helsedataservice (HDS) og Helseanalyseplattform (HAP) ved Direktoratet for e-helse, samtidig som Helsedirektoratet stiller helseregisterdata til rådighet for HDS og HAP i form av egne dataprodukt. Her bidrar strategien med en tydelig sammenheng til etableringen av HDS og HAP.

Helsedirektoratet har allerede etablert automatisk innrapportering og har mandat til å høste data fra alle offentlig finansierte helsetjenester. Videre utvikling innebærer økt samarbeid om innhold i registrene og en satsing på tilgang til et bredt kunnskapsgrunnlag for hele Helsedirektoratet og andre brukere innen helseforvaltningen. Samlet sett gir strategien retning for våre nasjonale helseregistre de neste fem år. Strategien gir også grunnlag for Helsedirektoratets forslag til Store satsinger ("Helseregister 2026"), som beskriver økonomiske og administrative konsekvenser.

Myndighetenes evne til å anvende data fra helsesektoren er avgjørende for å treffe gode beslutninger og gi retning. Dette forutsetter at sentrale helseregistre har fullmakter til å samle inn og anvende data som er relevante for ulike deler av myndighetsutøvelsen, finansiering, virkemiddelbruk, kvalitetsindikatorer og tilsyn mv. Koronapandemien har videre vist hvor viktig det er å ha mulighet til å samle data fra ulike områder der styringsinformasjon ikke utelukkende har sin kilde i aktivitetsdata, men også i data om tjenestenes kapasiteter og kapabiliteter for beredskapsformålet.

Til Møte 1/22
Dato 26.01.2022
Saksnummer 7/22
Type Drøfting

Fra Siv Ingebrigtsen
Saksbehandler Vibeke Jonassen Wang

Referatform til møtene i NUFA

Forslag til vedtak

NUFA drøftet saken og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill gitt i møtet i arbeidet med å ferdigstille retningslinjer for referatet.

Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse ønsker å drøfte med NUFA detaljeringsnivå på referatene etter møtene i utvalget. Det er også ønskelig at det utveksles erfaringer og informasjon om hvordan referatet følges opp i etterkant av møtene hos de ulike aktørene. Målsetningen er å enes om retningslinjer for referatet med medlemmene i NUFA.

Mandatet som er gitt NUFA medfører ikke alltid at diskusjonene og samtalene rundt alle tema gir et godt grunnlag for referatføring. Aspekter som læring, åpne spørsmål og en fri dialog tilsier at veien til konklusjon ikke alltid er knyttet til konkret sak eller posisjon. Sekretariatet ønsker derfor å begrense referatføringen til mer konkrete forhold rundt sak og konklusjon.

Bakgrunn

Direktoratet for e-helse har sekretariatsfunksjonen for utvalgene i den nasjonale styringsmodellen for e-helse, og ansvaret for at det ferdigstilles et referat fra utvalgsmøtet.

Direktoratet for e-helse foreslår at referatet etter møtene i NUFA blir en kort oppsummering av hovedpunktene som kom frem i møtet, samt eventuelle aksjonspunkter relatert til tema. Ved drøftingssaker hvor NUFA blir bedt om en uttalelse blir denne referatført med eventuell dissens.

Direktoratet for e-helse foreslår videre at utfyllende informasjon om temaene i møtet lenkes i referatet og blir tilgjengelig på nettsiden for NUFA.

Videre saksprosess

Ved enighet i NUFA iverksettes nye retningslinjer for referatet med virkning fra og med dette møtet.

Til Møte 1/22
Dato 27.01.2022
Saksnummer 8/22
Type Orientering

Fra Ivar Thor Jonsson
Saksbehandler Espen Hetty Carlsen og Sonja Turøy
Brugman

Temadag om legemiddelområdet

Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering.

Hensikt med saken

Hensikten med saken er å orientere og vise NUFA bredden i aktiviteter knyttet til digitalisering av legemiddelområdet. Det er ønskelig at medlemmene drøfter og gir sine refleksjoner knyttet til sakene som legges frem.

Bakgrunn

Legemiddelområdet er et komplekst og høyt prioritert område knyttet til digitaliseringstiltak i helse- og omsorgstjenesten. Dette området har flere ganger vært tema i NUFA (september og desember 2015, desember 2016, september 2017 samt januar og oktober 2020, og januar 2021). Et av de viktigste tiltakene som pågår på dette området er utprøvingen av pasientens legemiddelliste (PLL) i Bergen. Samhandlings- og digitaliseringsbehovene på dette området strekker seg lengre enn PLL. På temadagen i NUFA 27. januar har Direktoratet for e-helse invitert mange aktører for å vise bredden i aktiviteter som pågår. Alle sakene som legges frem er orienteringssaker. Det er likevel ønskelig at medlemmene gir innspill, drøfter og reflekterer over temaene som legges frem.

Innleggene som legges frem kan, med noen unntak, deles inn i to tema:

- Grunndata og beslutningsstøtte
- Status for utprøving av PLL og praktisk erfaring fra arbeid med legemiddelliste

Her er en oversikt over innleggene etterfulgt av en kort beskrivelse av hensikt og innhold av innleggene.

Grunndata og beslutningsstøtte
Status for arbeidet med legemiddelgrunndata i Statens legemiddelverk <i>SLV ved Helga Festøy</i>
Felles tjeneste for enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon <i>Direktoratet for e-helse ved Espen Hetty Carlsen</i>
Legemiddeldata for analyse og forskning <i>FHI ved Mohammad Nouri Sharikabad</i>
Normerende virkemidler for å understøtte områdeplanen, inkl. internasjonale standarder <i>Direktoratet for e-helse ved Håkon Larsen og Martha Schei Hynne</i>
Arbeid i Helsedirektoratet <ul style="list-style-type: none">• Oppnevning av et offentlig utvalg (NOU) som skal utrede fremtidens apotek <i>Helsedirektoratet ved Børge Myrlund</i>• Digitalisering av Helsedirektoratet sin veileder og annet normerende innhold med veileder for Antibiotikabruk i sykehus som eksempel <i>Helsedirektoratet ved Thore Thomassen</i>
Beslutningsstøtte som Medisinsk Teknisk Utstyr (MTU) <i>SLV ved Petter Alexander Strømme</i>
Status for utprøving av PLL og praktisk erfaring fra arbeid med legemiddelliste
Utprøving av PLL i Bergen <i>Helse Vest, Erik M. Hansen</i>
Status fra Program pasientens legemiddelliste <i>Direktoratet for e-helse ved Rune Røren</i>
KS/kommunenes arbeid på legemiddelområdet <i>KS ved Heidi Slagsvold</i>
Tilnærming til PLL i Helse Sør-Øst <i>Helse Sør-Øst ved Ulf Sigurdson</i>
Erfaringer med legemiddelliste i Helseplattformen og arbeidet med SAFEST <i>Helse Midt-Norge ved Per Olav Skjesol</i>

Status for arbeidet med legemiddelgrunddata i Statens legemiddelverk

SLV ved Helga Festøy

Hensikt og innhold:

Legemiddelverket har forvaltet FEST-tjenesten siden 2008. Data i FEST-meldingen er grunnlag for de 27 millioner e-reseptene som skrives hvert år og som ekspederes i apotek. Sykehusene har imidlertid flere behov og ønsker om strukturert legemiddelinformasjon enn FEST for e-resept kan oppfylle. Derfor startet SAFEST-prosjektet opp i 2019, hvor helseforetakene, Direktoratet for e-helse og Legemiddelverket samarbeider om å utvikle en tjeneste for spesialisthelsetjenesten. I neste sak på programmet er forholdet mellom FEST og SAFEST beskrevet noe mer detaljert,

I 2019 startet Legemiddelverket også opp DELE-prosjektet, Digital endring i Legemiddelverket. I DELE-prosjektet skal alle Legemiddelverkets fagsystemer flyttes over på ny teknisk plattform. Legemiddelverket presenterer tjenestene/prosjektene og sammenhengen mellom dem.

Felles tjeneste for enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon

Direktoratet for e-helse ved Espen Hetty Carlsen

Hensikt med saken:

Statens Legemiddelverk distribuerer i dag strukturert legemiddelinformasjon gjennom FEST (M30-meldingen), som er en nasjonal kilde til legemiddelinformasjon i e-resept.

Selv om FEST er utviklet for å understøtte e-resept, benyttes det også som grunnlagsdata i kliniske systemer på sykehus. Som beskrevet i saken over har sykehusene behov for innhold og detaljer i informasjonsgrunnlaget som går utover det dagens FEST tilbyr. Sykehus har derfor per i dag ikke tilgang til én komplett og oppdatert nasjonal kilde for legemiddelgrunddata som fullt ut dekker behovene i forbindelse med ordinerings, administrasjon, kontroll og lagerstyring av legemidler. Helseregionene kompenseres ved å selv komplettere, strukturere og kvalitetssikre data fra dagens FEST for internt bruk i foretakene. Det er et løpende forvaltningsarbeid som må gjøres for å holde de «lokale» registrene som finnes i helseregionenes IKT-løsninger oppdatert for blant annet kurve/medikasjon.

SAFEST prosjektet har til formål å etablere og tilgjengeliggjøre én kilde til strukturert legemiddelinformasjon for de regionale helseforetakene.

I hovedsak redigeres legemiddelinformasjon manuelt mellom EPJ, kurve, spesialiserte fagsystemer og de nasjonale løsningene internt i helseforetakene. De regionale helseforetakene er i ulike faser og benytter ulike systemer for legemiddelbehandling. Det blir to kilder for legemiddelgrunddata for ulike formål.

1. FEST som støtter e-reseptkjeden for rekvirering av legemidler
2. SAFEST som støtter ordinerings og administrasjon av legemidler internt i sykehus (heldøgnsinstitusjon)

Dette medfører at spesialisthelsetjenesten må forholde seg til begge settene av grunddata og håndtere overgangene mellom omsorgsnivåene ved inn og utskrivning fra heldøgnsinstitusjon(sykehus). Det oppstår "brudd" i informasjonsflyt og prosesser mellom e-reseptkjeden og RHF-ene sin håndtering av legemiddelbehandling.

Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag i tildelingsbrevet for 2022:

«ID: TB2022 – Felles grunddatatjeneste for legemiddelinformasjon

Direktoratet skal utarbeide en oppdatert og forankret analyse av aktørenes samlede behov for en felles

grunndatatjeneste for legemiddelinformasjon, og definere omfanget av legemiddelinformasjonen som må være konsistent, oppdatert, kvalitetssikret og tilgjengelig for sektoren. Oppdraget skal gjennomføres i samarbeid med Statens legemiddelverk, Norsk helsenett SF, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene og KS.»

Formålet med denne saken, er å orientere om bakgrunn og arbeidet som igangsettes tidlig i 2022.

Legemiddeldata for analyse og forskning

FHI ved Mohammad Nouri Sharikabad

Hensikt og innhold:

Legemidler representerer en viktig intervensjon i diagnostisering, forebygging, behandling og pleie av mange sykdommer, og mer enn 70 % av nordmenn får minst ett reseptbelagt legemiddel utlevert årlig. Legemiddelmarkedet utvides, ettersom nye terapeutiske strategier og nye medikamenter utvikles. Det er et økende behov for å bruke populasjonsbaserte legemiddeldatabaser for å overvåke legemiddelbruken for å gi evidensbasert informasjon som er verdifull i en lang rekke områder. Datadrevet forskning og utvikling, og beslutningstaking blir stadig viktigere for helsepersonell, helsemyndigheter og legemiddelutviklere.

FHI vil i innlegget orientere NUFA om det pågående arbeidet med å modernisere Reseptregisteret til et nytt og moderne register i løpet av 2022. Registeret vil hete Legemiddelregisteret (LMR). Dette nye registret vil inkludere alle historiske data fra Reseptregisteret og lever opp til standardene til et moderne register. LMR samler data på legemidler som utleveres fra apotek til individer i Norge.

Data på individnivå fra innlagte pasienter i sykehus og omsorgsinstitusjoner anses som det mest verdifulle tillegget som bør samles i Legemiddelregisteret i fremtiden. Grossistbasert legemiddelstatistikk vil fortsatt eksistere og gir det totale salgstallet for alle solgte legemidler uten tilknytning til individer. LMR og Grossistbasert legemiddelstatistikk vil fortsette å være grunnleggende for å samle og utlevere data på legemiddelbruk i Norge og bør brukes mer utstrakt for å forbedre helsen, hos enkeltmennesker og i samfunnet.

Normerende virkemidler for å understøtte områdeplanen, inkl internasjonale standarder

Direktoratet for e-helse ved Håkon Larsen og Martha Schei Hynne

Hensikt og innhold:

I den strategiske områdeplanen for digitalisering av legemiddelområdet er Direktoratet for e-helse ansvarlig for utarbeidelse av normerende produkter for å understøtte tiltakene. Områdeplanen er tidligere presentert i NUFA.

De normerende virkemidlene dekker et vidt spekter av produkter fra obligatoriske standarder i lov/forskrift, via anbefalte standarder til retningslinjer og veiledere. Hensikten er å sikre enhetlig samhandlingsevne i helse- og omsorgssektoren. På legemiddelområdet skal de normerende virkemidlene blant annet understøtte innføringen av PLL, arbeidet med standardisert håndtering av kritisk informasjon relatert til legemiddelinformasjon, samt bidra til forbedring av forvaltning av e-reseptkjeden og arbeidet med enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon.

Hensikten med saken er at NUFA skal få kjennskap til dette arbeidet.

Vi vil i tillegg orientere om veileder for internasjonale standarder for legemiddelinformasjon som er på høring med frist 12. februar 2022. Formålet med veilederen er å gjøre helse- og omsorgssektoren kjent med hvilke internasjonale standarder som finnes for legemiddelinformasjon, og hvor disse kan brukes.

For å kunne ta ut gevinsten som ligger i å bruke internasjonale standarder, er vi avhengig av at disse innføres på lik måte i hele helse- og omsorgssektoren. Fra NUFA ønsker vi høringsinnspill på anbefalingene og foreslåtte tiltak:

- Hva skal til for å følge anbefalingene i veilederen?
- Er det er andre og viktigere tiltak enn de vi har foreslått som vil forbedre samhandlingen?

Anbefalingene i veilederen er basert på erfaringer fra internasjonalt arbeid og prosjekter som omhandler samhandling med legemiddelinformasjon. Dette inkluderer UNICOM, ISO, HL7, SNOMED International og JIC. I tillegg har vi fått innspill fra Legemiddelverket, FHI og Standardiseringsutvalget for internasjonale standarder underveis i arbeidet med veilederen.

Arbeid i Helsedirektoratet;

- **Oppnevning av et offentlig utvalg (NOU) som skal utrede fremtidens apotek**
Helsedirektoratet ved Børge Myrlund

Hensikt og innhold:

En kongelig resolusjon om å oppnevne et offentlig utvalg som skal utrede hvordan fremtidens apotek skal innrettes ble vedtatt d. 3. september 2021 ([lenke](#)). Utvalget skal levere sin rapport senest 1. januar 2023. Utvalget ledes av jusprofessor Tore Bråthen, BI.

Utvalget skal vurdere regelverk som knytter seg til apotekvirksomhet. Utredningen omfatter apotekvirksomhet generelt, men utvalget skal spesielt vurdere behovet for reguleringer som skal legge til rette for økt konkurranse og nye apotekløsninger. Sentralt i utredningen er en samlet gjennomgang av erfaringer med gjeldende apotek- og grossistregelverk som vil danne grunnlag for utvalgets vurdering av og forslag til ny eller endret lovregulering og eventuelt andre tiltak. Problemstillinger innen marked- og konkurransesituasjon, samhandling, rammevilkår og roller skal kartlegges, utredes og vurderes.

- **Digitalisering av Helsedirektoratet sin veileder og annet normerende innhold med veileder for Antibiotikabruk i sykehus som eksempel**
Helsedirektoratet ved Thore Thomassen

Hensikt og innhold:

Helsedirektoratets jobber med å strukturere og digitalisere veileder og annet normerende innhold med veilederen for "antibiotika bruk i sykehus" som eksempel. Presentasjonen vil gå gjennom hvordan vi strukturerer veilederen og koder konkrete anbefalinger med SNOMED CT og tilgjengeliggjør dette gjennom API slik at anbefalingene kan konsumeres elektronisk. Ambisjonen er å tilrettelegge for at veilederen kan inngå som en integrert del av helsepersonells arbeidsprosesser og danne grunnlag for eventuell beslutningsstøtte.

Beslutningsstøtte som Medisinsk Teknisk Utstyr (MTU)

SLV ved Petter Alexander Strømme

Hensikt og innhold:

Legemiddelverket leverer interaksjonsvarsling som del av FEST-tjenesten. Beslutningsstøtte-tjenesten benyttes i de fleste EPJ-systemer og sikrer at forskriver blir varslet dersom hen forskriver legemidler som påvirker hverandre, slik at effekten av legemidlene ikke blir som forventet. Da EU vedtok nytt regelverk om medisinsk utstyr, inkludert ny veileder om programvare, vurderte Legemiddelverkets fagfelt for medisinsk utstyr om interaksjonsvarslingen er å anse som et medisinsk utstyr. Denne informasjon kan hjelpe NUFA sine medlemmer i å vurdere om programvare de eier eller bruker omfattes av regelverket for medisinsk utstyr.

Utprøving av PLL i Bergen

Helse Vest, Erik M. Hansen

Hensikt og innhold:

Utprøvingen av PLL startet i Bergen høsten 2021. Målet er at både fastleger, legevakt, sykehus, sykehjem, hjemmetjenesten og enkelte avtalespesialister skal ha tilgang til og samhandle om PLL. Utprøvingen skjer stegvis med tett samarbeid mellom virksomhetene, fagressurser og statlige organer. NUFA vil få presentert Helse Vest sin tilnærming til og foreløpige erfaringer fra utprøvingen.

Status fra Program pasientens legemiddelliste

Direktoratet for e-helse ved Rune Røren

Hensikt og innhold:

Program pasientens legemiddelliste vil etablere én felles digital oversikt over pasientens legemidler. Dette vil bidra til å redusere sannsynlighet for legemiddelfeil, spesielt når ansvaret for pasienten overføres mellom virksomheter i helsetjenesten. Direktoratet for e-helse har fått oppgaven å koordinere innføringen av PLL. PLL realiseres gradvis gjennom flere tiltak. Programmet vil orientere om status og læringspunkter.

KS/kommunenes arbeid på legemiddelområdet

KS ved Heidi Slagsvold

Hensikt og innhold:

Hensikten med saken er å orientere NUFA om arbeidet KS og kommunene gjør på e-helse-området, med fokus på legemiddelområdet. KS vil orientere om etableringen av et felles plan- og rammeverk i kommunal sektor og prinsipper for planlegging, utvikling, utbredelse og innføring av nasjonale e-helseløsninger.

Bergen kommune deltar i utprøvingen av PLL i Bergen, og vil orientere om dere erfaringer fra prosjektet så langt.

Tilnærming til PLL i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst ved Ulf Sigurdson

Hensikt og innhold:

I Helse Sør-Øst er det Prosjekt klinisk legemiddelsamhandling i Helse Sør-Øst som skal bidra til bedre legemiddelhåndtering. Gjennom dette prosjektet legges det til rette for mer enhetlig samhandling mellom EPJ og regional kurve- og medikasjon. I prosjektet skal det også sikres sømløs overføring av legemiddelinformasjon mellom ulike fagsystemer i regionen og nasjonale løsninger som e-resept, kjernejournal og PLL. Prosjektet er i gjennomføringsfase og NUFA vil få presentert erfaringer fra og status og planer for prosjektet.

Erfaringer med legemiddelliste i Helseplattformen og arbeidet med SAFEST

Helse Midt-Norge ved Per Olav Skjesol

Hensikt og innhold:

Oppstart av Helseplattformen skjer etter planen 30. april 2022. NUFA vil få en oppdatert status rundt arbeidet med legemiddelliste i Helseplattformen. Gjennom dette arbeidet legger man til rette for en enhetlig samhandling rundt legemiddelliste i Helse Midt-Norge. I innlegget vil NUFA få informasjon om status og utfordringer knyttet til oppkobling til nasjonale løsninger. Helse Midt-Norge er hovedsamarbeidspartner for SAFEST, og vil gi en status for å ta i bruk SAFEST i Helseplattformen og øvrige regioner. I tillegg vil det gis kort orientering om arbeidet med H-resept.