

Referat fra møtet i NUFA		
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)	
<i>Dato</i>	26. – 27. april 2023	
<i>Tid</i>	26. april kl. 10.00 – 16.40 og 27. april kl. 09.00 – 14.30	
<i>Sted</i>	Radisson Blu, Gardermoen	
<i>Medlemmer</i>	Hans Löwe Larsen, Direktoratet for e-helse Jacob Holter Grundt, Direktoratet for e-helse (dag 2) Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF Terje Bremnes, Helse Vest RHF Ola Jøsendal, Helse Vest RHF Randi Brendberg, Helse Nord RHF Øyvind Broback, Helse Nord RHF Heidi Slagsvold, KS Egil Rasmussen, KS Henrik Næss, Oslo Kommune Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune Thore Thomassen, Helsedirektoratet	Børge Myrland Larsen, Helsedirektoratet Line Andreassen Sæle, FHI Mohammad Nouri Sharikabad, FHI Petter Brelin, Legeforeningen Gorm Braarvig, Digitaliseringsdirektoratet Arnfinn Aarnes, FFO Sverre Ur, Diabetesforbundet Maren Krogh, Apotekforeningen Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund Stein Olav Skrøvseth, Nasjonalt senter for e-helseforskning
<i>Ikke til stede</i>	Stine Slørdal, Helse Midt RHF Per Olav Skjesol, Helse Midt-Norge RHF Elin Thygesen, Universitetet i Agder	Odd Martin Solem, Norsk helsenett SF Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune
<i>Stedfortreder</i>	Sunniva Rognerud, Helse Midt-Norge RHF, for Stine Slørdal Lars Henrik Hegrenæs, Helse Midt-Norge RHF, for Per Olav Skjesol Ronny Holten Olsen, Norsk helsenett SF, for Odd Martin Solem	
Direktoratet for e-helse	Norunn Saure (dag 1) Elin Høyvik Kindingstad (dag 2)	Vibeke Jonassen Wang Karen Lima

Sak	Tema	Sakstype
	Dag 1	
12/23	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 25. – 26. januar 2023	Godkjenning
13/23	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
14/23	Portaler for rapportering for helsepersonell	Drøfting
15/23	Informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten	Drøfting
16/23	EHDS betydning for nasjonale e-helsesatsinger	Drøfting
17/23	IT-infrastruktur for forskning	Drøfting
18/23	Målarkitektur for datadeling innen digital hjemmeoppfølging	Anbefaling
19/23	Helsedata – omfattende regulering og svak styring?	Drøfting
20/23	Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre 2023	Drøfting
	Dag 2	
21/23	Temadag – Legemiddelområdet	Orientering
22/23	Kvalitet i e-resept	Drøfting
23/23	Eventuelt	

Sak	Onsdag 26. april 2023
12/23	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møtet i NUFA 25. januar – 26. januar 2023
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 25. – 26. januar 2023.
	Vedtak: NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referatet fra 25. – 26. januar 2023.
13/23	Orientering fra Direktoratet for e-helse
	Saken utgikk fra agendaen.
	Vedtak: NUFA tar saken til orientering.
14/23	Portaler for rapportering av helsepersonell
	<p>Merete Lassen, Direktoratet for e-helse, la frem for drøfting med NUFA oppdrag i tildelingsbrev for 2023 «Portaler for rapportering for helsepersonell». Det var ønskelig å få NUFA sine innspill til arbeidet og hva det spesielt er viktig å hensynta i den videre prosessen.</p> <p>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er viktig i valg av portal at personopplysninger behandles på en trygg måte. • Arbeidsbyrden for klinikerne må reduseres. Prinsipielt er det enighet om at det skal være mulig å hente ut data automatisk. Hvis data ikke kan hentes ut automatisk er det interessant å se mot én portal hvor all data kan hentes fra. Her er det viktig å definere behovet. Kvaliteten på dataene må være god, høy innrapporteringsfrekvens, og dataene må komme til nytte for tjenesten. Det må være strenge krav til nye data myndighetene ønsker oversikt over og som skal inn i et slikt system. • Helsepersonell bruker mye tid på portaler. Det som kan automatiseres må automatiseres. Det vil gi en samfunnsøkonomisk gevinst, og i tillegg er det mangel på helsepersonell og fastleger. • Myndighetskravene er laget slik at data kan legges over til en annen portal. Det er ikke ønskelig fra myndighetssiden, men det er per dags dato den måten vi får ut data på. Utdringer knyttet til kvaliteten i EPJ-systemene gjør at det likevel må være en dialog mellom myndighetene og fastlegene. I mangel på at vi klarer å automatisere dette så må vi ha en portal. • Legeforeningen mener at én portal er bedre enn at all informasjon skal inn i EPJ-systemet. Dette fordi det stadig kommer noe nytt inn i EPJ-systemet. • Midlertidige løsninger blir ofte permanente i vår sektor. Det skal ikke være synlig for helsepersonell at myndighetene henter ut data, det bør skje automatisk. Hvis det tar for lang tid å ta det inn via EPJ-leverandørene så blir det ofte midlertidige løsninger. • Det arbeides med forbedring av EPJ-systemene i alle regionene. Det er spesielt viktig å dra nytte av den erfaringen som gjøres i Helseplattformen. • I dette arbeidet må alt av helsepersonell inkluderes, ikke bare fastlegene. <p>Merete Lassen, Direktoratet for e-helse, svarte at Helseplattformen er invitert inn i arbeidet, men de har ikke fått prioritert dette enda. Det er viktig å få validert inn mot Helseplattformen. I arbeidet så langt har direktoratet konsentrert seg om fastlegene. Det tenkes som et indeksbase som det kan valideres opp mot annet helsepersonell.</p> <p>Mulighetsrommet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deling av informasjon til pasienten på Helsenorge vil avlaste fastlegene da pasienten ikke behøver å ta kontakt med fastlegen for å få denne informasjonen. • De tekniske mulighetene er store, men prioriteringene må gjøres først. Det er mye rapportering, derfor er det viktig å forstå nytten av dataene som samles inn. Hvis dataene ikke lar seg automatisere må en se på nytten av den dataen.

	<ul style="list-style-type: none"> • Mulighetsrommet bør være bygget på prioritet av data. • Det er lurt med én portal, men kravene til EPJ-leverandørene må høynes. Legeforeningen ønsker seg alt integrert i EPJ-ene. • Kostnadsvurdering på utvikling og implementering. Vi er prisgitt tempoet til EPJ-leverandørene. Det bør etableres en rigg som kan bistå på tvers av EPJ-leverandørene og som driver dette fremover. • Det anbefales å prioritere å komme raskt i gang. Én portal med alt det er behov for og tilbakeskriving til EPJ-systemet. • Det ble stilt spørsmål om man har sett på sammenhengen mellom mulighetsområdene. Governance, styring og koordinering er viktig. Digitaliseringsdirektoratet har noen gode prinsipper.
	<p>Vedtak: NUFA drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill fra møte i det videre arbeidet.</p>
15/23	Informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten
	<p>Henrik Linnestad, Direktoratet for e-helse, ønsket å drøfte med NUFA de største utfordringene for helsesektoren i informasjonsutvekslingen med NAV per i dag, og hva det er viktig å hensynta i moderniseringen av samhandlingen med NAV.</p> <p>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gevinstene her er en reduksjon av rapporteringsbyrden. Det ble gitt innspill om å involvere klinikere i validering av arbeidsbyrden, få til god arbeidsflyt og brukervennlige løsninger. Det bør ikke fokuseres på teknologi i innledningen av dette arbeidet. • Det er viktig at vi har et godt samarbeid med NAV. • Organisasjonsutvikling i NAV er sentralt i utviklingen. Vi får til mye med enkle meldinger, men helsesektoren trenger å få mer informasjon tilbake fra NAV. Informasjon begge veier er viktig. • Annet helsepersonell utover fastlegene må være representert i arbeidet. • EPJ-leverandørene nevnes her. De må prioriteres og involveres. • Har man hjemmelsgrunnlag til å bruke opplysningene innhentet i NAV til behandling av ytelser? • Økonomisk sosialhjelp som NAV forvalter på vegne av kommunene; kontorene i kommunene som jobbet med dette tidligere hadde et tett samarbeid. Når dette ble skilt ut til NAV ble det utfordringer. Kommunikasjon om tjenester til brukerne som har kontakt med både NAV og kommunen ble vanskeligere. Her bør det komme på plass løsninger for bedre kommunikasjon med NAV. • Det er mangel på avstemming av hva slags informasjon som er viktig. I den kliniske journalen er det til dels overlappende med det NAV etterspør. Det må på forhånd gjøres en avstemming av informasjonsbehovet til NAV. Man blir veldig ofte repetitivt spurt om de samme spørsmålene av NAV i dag. • Dette handler om modernisering av samhandling og må ikke bare bli et prosjekt om teknologi og plattform i NAV.
	<p>Vedtak: NUFA drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill fra møtet i det videre samarbeidsprosjektet med NAV.</p>
16/23	EHDS betydning for nasjonale e-helsesatsinger
	<p>Idunn Løvseth Kavlie og Marianne Bårtvedt van Os, Direktoratet for e-helse, la frem for drøfting med NUFA konsekvenser og muligheter av EHDS forordningsforslaget for den nasjonale utviklingsretningen innen primær- og sekundærbruk av helsedata.</p>

Innspillene som gjengis i referatet er det som ble presentert muntlig i møtet. De skriftlige innspillene er videresendt til prosjektet.

Gruppe 1 – Hvilke muligheter og konsekvenser vil EHDS kunne gi for Norge – Primærbruk.

- Forordningen kan gi større innovasjon, e-helsenæringen i Norge får et større marked å spille på.
- Leverandørene kan få en større forutsigbarhet ved at det stilles samme obligatoriske krav til interoperabilitet.
- Det vil gi bedre informasjonstilgang til alle, noe som er bra når vi nå flytter hyppigere mellom landegrensene.
- Forordningen kan gi bedre pasientsikkerhet.
- Forordningen kan resultere i en «overtvungen» regulering og langs flere akser når det gjelder primærbruk av helsedata. Det er både en mulighet og en utfordring med hensyn til hvordan vi finansierer nødvendige endringer.
- Det kan også gi en harmonisering i lovverk om tilgang til informasjon på tvers av landegrensene. Men forstår det slik at reguleringen ikke berører lovgivning for tilgang og deling av helsedata nasjonalt. Eksempelvis regulerer kjernejournalforskriften varighet på hvor lenge ulike data kan være lagret.

Gruppe 3 – Hvordan kan EHDS påvirke nasjonale e-helsesatsinger - Primærbruk

- Behovet for utveksling av helsedata på tvers av landegrensene er lite sammenlignet med andre behov i sektoren, men viktig å delta i det europeiske arbeidet. Fordelen er en sterkere normering og standardisering som også kan hjelpe annet arbeid hjemme.
- Det kan være en ulempe at det kommer en forventning om å koble oss på, hvis dette går ut over egne tiltak og prosjekter i sektoren. Det kommer an på om vi bare kan koble oss til et knutepunkt eksempelvis via kjernejournal eller om dette endrer samhandling mellom alle aktørene. Det kan gi utfordringer med flere aktører og fragmenterte løsninger.

Gruppe 2 – Hvilke muligheter og konsekvenser vil EHDS kunne gi for Norge – Sekundærbruk

- Det er en fordel å få tilgang til mer data internasjonalt gjennom forordningen. Det vil øke datagrunnlaget for bedre forskning og kan styrke samarbeidet på tvers av landegrensene.
- Datakvaliteten kan bli en utfordring. Det må gjøres en harmonisering av datamodellene i Norge. Det foregår et arbeid med automatisert innrapportering i Norge, og kvalitet i EPJ påvirker kvalitet i innrapportering.
- Dagens skille innen KI og persontilpasset medisin er i ferd med å gjøre skillet mellom primær- og sekundærbruk av helsedata mindre.
- Det er vanskelig å få en oversikt over alle aktuelle EU-prosjekter. Det er viktig at det ikke blir laget én løsning til hvert per prosjekt, men at vi får en helhetlig arkitektur for EU-prosjektene. Tenke bredt og tenke gjenbruk.

Gruppe 4 – Hvordan kan EHDS påvirke nasjonale e-helsesatsinger – Sekundærbruk

- I hovedsak er denne forordningen i tråd med de nasjonale strategiene og satsningene. Dette kan bidra til en forsterket fremdrift i våre egne satsninger. Det kan også styrke standardiseringen i vår sektor.
- Det kan imidlertid kreve mye ressurser av oss. Vi er organisert annerledes enn ellers i Europa. Det vil bli en del administrasjon/og økte kostnader til nødvendige tilpasninger/endringer.

	<p>Tanker rundt videre involvering</p> <p>Oppfordrer til å gjennomføre 1:1 møter med regionene i spesialisthelsetjenesten slik at vi kan involvere de som sitter med spisskompetanse på berøringsområdene.</p>
	<p>Vedtak:</p> <p>NUFA drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med innspill fra møtet i det videre arbeidet med å vurdere konsekvenser og muligheter av EU-kommisjonens forslag til forordning om det europeiske helsedataområdet (EHDS).</p>
17/23	<p>IT-infrastruktur for forskning</p> <p>Stein Olav Skrøvseth, Nasjonalt senter for e-helseforskning, la frem for drøfting med NUFA IT-infrastrukturen for forskning i det norske e-helsefeltet. Det er et uttrykt ønske om å ha kunnskapsbasert utvikling, men infrastrukturen ligger ikke til rette for fremoverrettet forskning.</p> <p>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FHI ønsker å drøfte hvilke komplekse behov som forskning har med NSE. Analyserommet hos FHI er ikke helt optimalt, og vi burde se på nye løsninger sammen. • Det ble stilt spørsmål om denne type forskning trenger mer avansert IKT. NSE svarte bekræftende på det. • På myndighetssiden er det standarder på hvordan infrastrukturen settes opp, slik at det skal bli lettere å komme til mål. Det arbeides mye med å se på syntetiske data slik at vi blant annet omgår personvern. Det gjør ting noe enklere. • Det ble stilt spørsmål om det er gjort noen betraktninger om hva som kan løses sammen med de ulike aktørene, i en nasjonal setting. NSE informerte om at det er blitt gjort noen vurderinger og det er jobbet mye med distribuerte systemer. Men det er likevel behov for en infrastruktur. • Det ble stilt spørsmål om vurderinger og erfaringer fra andre forskningsmiljøer i Norge eller fra tilsvarende i andre nordiske land. Kompetanse er viktig her, det er et krevende område. Kompetanseutveksling er derfor viktig. Gjenbruk bør kunne være sentralt her. NSE svarte at vi ikke har den felles satsningen i Norge for å få dette til. Det er mange deløsninger der ute, som bør kunne gjenbrukes. • Det ble stilt spørsmål til Direktoratet for e-helse om de kan etablere en felles arena for å se på gjenbrukssporet. Sektoren må sammen forsøke å begrense antall løsninger. • Det ble stilt spørsmål om hva behovet er; er det tilgang til data eller er det tilgang til EPJ-løsningen. Det ble også spurt om hvor en ser for seg infrastrukturen. NSE svarte at de trenger tilgang til data sammen med infrastrukturen. Videre er det ingen forventning om direkte tilgang til systemet hos helseaktørene. For eksempel har vi et godt samarbeid med DIPS. Vi går ikke inn i kodene deres, men vi er med i løpene de har. • Det er stor forskjell mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I primærhelsetjenesten er det en rekke EPJ-system å forholde seg til og ingen sterke føringer. Dette endrer seg hele tiden, vi flytter oss opp i skyen blant annet. Når det gjelder inn mot primærhelsetjenesten så må dere ta styringen rundt infrastrukturen. NSE kommenterte at det er en krevende øvelse å bygge en infrastruktur som kan vare i flere år i en verden som endrer seg hele tiden.
	<p>Vedtak:</p> <p>NUFA diskuterte saken og ba Nasjonalt senter for e-helseforskning jobbe videre med problemstillingen i samarbeid med andre aktører iht diskusjonen i møtet.</p>
18/23	<p>Målarkitektur for datadeling innen digital hjemmeoppfølging</p> <p>Direktoratet for e-helse har sammen med virksomheter som er involvert i utprøving og spredning av digital hjemmeoppfølging utarbeidet en målarkitektur for hvordan datadeling kan etableres mellom virksomheter og omsorgsnivå for å understøtte sammensatte pasientforløp best mulig.</p>

	<p>Thomas Tveit Rosenlund og Erik Hedlund, Direktoratet for e-helse, la frem saken for NUFA og ønsket NUFA sin anbefaling for å arbeide videre med utprøving og spredning av datadelingsløsninger innen DHO i tråd med løsningsmønster som er beskrevet i målarkitekturen.</p> <p>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det ble stilt spørsmål om de juridiske betraktninger knyttet til pasient informasjon lokalisator (PIL), om direktoratet har en avklaring på om vi har hjemmel i lov for dette. Direktoratet for e-helse svarte at det foreløpig er uavklart om det er behov for denne felleskomponenten. Per dags dato er det ingen konkrete behov for PIL. Direktoratet har fokusert på å avklare at dataene kan deles via en tredjepart som databehandler slik at utprøvingen kan gjennomføres. • Det ble etterspurt informasjon om hvilke vurderinger som er gjort, og hva som eventuelt er valgt bort. Direktoratet for e-helse svarte at de ulike konseptene er presentert for NUFA ved en tidligere anledning. • Det ble kommentert at dette forslaget ikke er kontroversielt, og stilte spørsmål ved om det er noe alternativ til det som ble fremlagt. Direktoratet for e-helse svarte at et alternativ er å velge ett løsningsmønster fremfor fleksibilitet, noe vi ikke vil anbefale siden det ikke er tilstrekkelig erfaring med datadeling til å ta et slik valg. • Det ble stilt spørsmål om felles semantiske spesifikasjoner, som fra Program for kodeverk og terminologi, og felles språk, om det er med i dette arbeidet. Direktoratet for e-helse svarte bekreftende på det. • Det ble kommentert at det er vanskelig å fange opp hva vi egentlig velger her, og at det er vanskelig å ta stilling til hva konsekvensen av dette er. Direktoratet for e-helse svarte at vi på dette nivået er på prinsipper, og at det er viktig for det videre arbeidet med arkitekturen og utprøvingene av datadeling. Det viktigste med prinsippene er at de legger til rette for ulike aktører og ulikt modenhetsnivå, og at vi unngår å låse oss til ett løsningsmønster for tidlig. • Det ble spurt om arbeidet kommer ut på høring, noe det har vært snakk om tidligere. Direktoratet for e-helse svarte at det vil bli en høring, men ikke på denne versjonen. Når vi vet hva som fungerer så lander vi en versjon som blir sendt på høring. • Det ble nevnt at utprøving er en god måte å jobbe på. Samtidig er det enormt utviklingshastighet på dette i sektoren. En må derfor tenke litt på hvor lang tid en bruker på å lande noe her, vi kan ikke bruke for lang tid. • Norsk helsenett SF ser det som positivt at Direktoratet for e-helse går i en retning av mer utprøving, og læring basert på det. Videre ble det nevnt at de har andre oppfatninger knyttet til fremstillingen rundt pasient informasjons lokalisator (PIL). Norsk helsenett SF skulle gjerne sett at den var fjernet og kan derfor ikke støtte målarkitekturen slik den står nå. Direktoratet for e-helse svarte at det ikke er behov for pasient informasjons lokalisator (PIL) i tilknytning til de første utprøvingene av målarkitekturen, og at vi tar med dette spørsmål tilbake til samarbeidsgruppen. Vi tror imidlertid at det er behov for kapabiliteten om hvem som har informasjon om pasienten når vi skal bredde datadeling. Det må i så fall utredes videre når behovet er avklart.
	<p>Vedtak: NUFA drøftet saken og anbefaler å arbeide videre med utprøving og spredning av datadelingsløsninger innen DHO i tråd med arkitekturvalgene som er beskrevet i målarkitekturen.</p>
19/23	<p>Helsedata - omfattende regulering og svak styring?</p>
	<p>Ola Jøsendal, Helse Vest RHF, la frem saken for å drøfte med NUFA status for hvordan helsedata blir til, hvilke reguleringer som gjelder lagring og forvaltning av helsedata, og hvorfor det synes å være svak styring av lagring og forvaltning av helsedata.</p>

	<p>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan skal vi komme tettere på det som ligger i EPJ-systemene når alle har forskjellig informasjonsmodell. Hvordan skal vi få tilgang til den dataen som ikke ligger strukturert i en journal. • Det er vanskelig å tro det er mulig å få til krav knyttet til standardisering i en EPJ-løsning. Det kan være enklere å standardisere på andre områder enn å gå ned i løsningene. Det å få på plass klare krav for kodeverk blir viktig, da blir det mer strukturerte data. • Det er viktig å skille ut data fra funksjonalitet. Det kopieres mye data fra et register til et annet. Som pasient vet jeg ikke hvor mine data ligger og hva de brukes til. Det er en bekymring. • Det å sette krav til leverandørene er viktigere enn at en skal ha en database alle skal ha tilgang til. • Data lever et liv og struktur lever et annet liv. Vi har flere strukturer på de samme dataene. Vi må skille mellom forvaltningen av dataene. Det vi må ta stilling til er om dataen er strukturert nok for formålet. Tilstrekkelig struktur for formålet. • Utveksling av data ved skifte av EPJ-system er veldig krevende. Det burde helsesektoren jobbe med for å forenkle. • Fra en pasient sitt perspektiv. I spesialisthelsetjenesten er dataene godt strukturert. Hva som befinner seg i systemet til fastlegen er mer uklart. De som ønsker å levere EPJ-løsninger må ha visse krav på seg for struktur. • Mye av det som noteres inn i en journal går ut på dato. Det er viktig å definere hva vi skal utveksle, hva er nyttig informasjon for neste behandler. • Data vi ikke lenger har bruk for må slettes. Det må gjøres en jevnlig ryddejobb.
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering, med de innspill som kommer fram under møtet.</p>
20/23	<p>Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre 2023</p>
	<p>Kjersti Smeland, Direktoratet for e-helse, ga NUFA en orientering om oppdraget «Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre 2023», hovedleveranser og involvering av sektoren i arbeidet.</p> <p>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det ble stilt spørsmål om hvem som definerer behovene, og hvordan dette arbeidet skal bidra til redusert dokumentasjonsbyrde for klinikerne. Videre vises det til at det er en utfordring at mye registrering flyttes over til klinikerne. Direktoratet for e-helse svarte at vi har et felles mål om å redusere dokumentasjonsbyrden. Det er sektoren selv som må uttrykke behovene for endring. defineres av, og at direktoratet har i oppgave å samordne og koordinere behovene som en del av dette arbeidet. Direktoratets oppgave er å og koordinere Videre viser direktoratet til at formålet nettopp er å redusere byrden knyttet til innrapportering, og trekker frem fangst av data som sentralt. • Det ble kommentert at de forskriftsbaserte helseregistrene er de som definerer krav til hva som skal innrapporteres i forskrift, hvor innrapporterende virksomhet er lovpålagt å rapportere på dette. • Det ble også tatt til orde for at kvaliteten på data som rapporteres ikke er god nok, og at dette igjen gir dårlig kvalitet på data som skal hentes ut. • Videre kom det innspill om at arbeidet Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF gjør rundt kreftjournalarbeidet bør være en god pilot å høste erfaring fra i det videre arbeidet. • Det ble for øvrig pekt på at dialogen rundt behov og prioriteringer i dette rådet understreker nødvendigheten av samarbeid på tvers mellom berørte aktører for å komme i mål. • Direktoratet oppsummerte med at innspillene som ble gitt i møtet tilsier at aktørene stiller seg bak innholdet som ble presentert og at det gis støtte til det videre arbeidet.

	Vedtak: NUFA tar saken til orientering og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.
	Slutt dag 1

Sak	Torsdag 27. april 2023
21/23	Temadag – Legemiddelområdet
	<p>Til temadagen inviterte Direktoratet for e-helse flere aktører for å orientere NUFA om aktiviteter knyttet til Plan for digitalisering på legemiddelområdet.</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. Hver sak nevnes under her, og eventuelle innspill gjengis under her til hver presentasjon.</p> <p><u>Plan for digitalisering på legemiddelområdet ved Mildrid Ræstad, Direktoratet for e-helse</u></p> <p>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det ble stilt spørsmål om hvorfor normerende produkter for digital samhandling ble fjernet som tiltak. Direktoratet for e-helse svarte at normering er avgjørende for digital samhandlingsevne både med tanke på nasjonale arkitekturbilder, kodeverk og terminologi og informasjonsmodeller. Normering kan gripe inn i alle tiltaksområdene og er en forutsetning for å lykkes, og anses som en myndighetsoppgave som direktoratet skal ha ansvar for. <p><u>Data om legemiddelbruk ved Mohammad Nouri Sharikabad, FHI</u></p> <p>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det ble kommentert at RAK rapporten oppleves som nyttig og gir en god kontroll på antibiotikabruken. Videre ble det nevnt at avhengighetsskapende medisin øker, noe som er bekymringsfullt. Det var ønskelig å få vite når den statistikken kommer. FHI svarte at det nok vil skje i løpet av høsten. FHI har startet et faglig samarbeid med Helsedirektoratet på dette. • Det ble etterspurt informasjon om når dette vil bli integrert mot elektronisk kurve. FHI svarte at de håper å kunne levere noe i år. FHI har fått 10 mill i år til dette arbeidet, men det vil være behov for 60-70 mill over flere år. Videre nevnte FHI at det må ses nærmere på hvorvidt integrasjon mot kurveløsningen er det beste stedet å hente ut data fra. FHI håper på samarbeid med alle regionene fremover på dette. <p><u>Digital legemiddelhåndtering i kommunal helse- og omsorgssektor ved Heidi Slagsvold, KS</u></p> <p>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det ble spurt om KS går i den retning av å anskaffe én elektronisk løsning for å løse utfordringene med digital legemiddelhåndtering. KS svarte at det ikke er avklart enda, hvilken løsning dette blir. Men KS er tydelige på at noe må gjøres. KS nevnte videre at de kan ende opp med å utvikle det de har og at dette arbeidet vil ende opp i en kravspesifikasjon i forhold til deres krav i EPJ--systemene. • Det ble gitt støtte til at behovet for digitale verktøy i kommunene er økende, sammen med digital kompetanse. Det ble også nevnt at det den siste tiden har vært en positiv utvikling knyttet til digitale verktøy. Det blir da viktig å bredde det kommunene har fått til i større grad fremover. • Det ble gitt positive tilbakemeldinger på at det ses på tiltak utover det digitale. Sektoren vil ha færre helsepersonell i fremtiden, og færre da til å kunne håndtere legemidler.

Legemiddelgrunndata / strukturert legemiddelinformasjon ved Aleksander Skøyeneie, Direktoratet for e-helse, Therese Wardenær, Helsedirektoratet og Kristine Aasen, SLV

Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:

- Det kom spørsmål om SAFEST tar med seg både ATC-kodene og DDDer. Er ikke det tilfelle så faller grunnlaget for å kvantifisere legemiddelbruken ned. SLV svarte at ATC-kodene vil bli importert og distribuert gjennom SAFEST-prosjektet. SLV ser at det å koble seg til den egentlige kilden til dataen vil gi raskere tilgang til ATC-kodene. Detaljene må diskuteres nærmere.
- FHI påminnet viktigheten av at definerte døgndoser (DDDer) må være med SAFEST i likhet med i FEST ellers faller grunnlaget bort for å kunne kvantifisere legemiddelbruken.

Status fra Program pasientens legemiddelliste ved Rune Røren, Direktoratet for e-helse

Erfaring med felles legemiddelliste i Helseplattformen ved Janne Kutchera Sund, Helseplattformen

Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:

- Det ble uttrykt ønske om at etter hvert som Helseplattformen gjør seg erfaringer knyttet til felles legemiddelliste, så deles det med resten av sektoren. Det å høste deres erfaringer blir viktig. Helseplattformen kommenterte at det er viktig vi tar de praktiske erfaringene og bruker de i det videre arbeidet også på nasjonalt nivå, de vil ikke bli så annerledes andre steder. Videre nevnte Helseplattformen at de ikke har noe tallgrunnlag som kan deles enda, men at det kan deles etter hvert som de blir kvalitetssikret. Det er et behov for og ønske om direkte samarbeid og erfaringsutveksling mellom PLL-piloten og Helseplattformen, både på prosjektnivå og mellom klinikerne som bruker løsningen.
- Det ble spurt om Helseplattformen har dialog med fastlegene knyttet til dette med kvalitet i e-resept. Helseplattformen mener det er vanskelig å få en hardt presset gruppe til å gjøre mer uten en økonomisk kompensasjon slik fastlegene som deltar i PLL-piloten i Bergen får.

Utprøving av PLL i Bergen ved Tom Verner Karlsen, Norsk helsenett SF

Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:

- Det ble spurt om apotek og farmasøyter har mulighet til å kommentere i pasientens legemiddelliste. Norsk helsenett SF svarte at det er ikke mulig i dag. De ser kun informasjonen. Gjelder det multidose så kan multidoseapoteket kommunisere med multidoseansvarlig lege.
- Apotekforeningen kommenterte at apotekene ikke har tilgang til PLL i dag, men at apotek iht. regelverket kun kan ha lesetilgang i pasientens legemiddelliste. De utreder nå hvilke behov apotekene har knyttet til pasientens legemiddelliste og tilkoblingsalternativer.
- Det ble spurt om det er en god dialog mellom Helseplattformen og det arbeidet som nå gjøres i Bergen knyttet til pasientens legemiddelliste. Både Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse svarte bekreftende på at det er et samarbeid mellom dem og at det er godt koordinert. Helseplattformen kommenterte at dette samarbeidet kan med fordel intensiveres noe. Ikke bare inn mot Helseplattformen, men også med deres klinikere.

Erfaringer i en fastlege- og avtalespesialist perspektiv ved Torgeir H. Skavøy, Fastlege, Bønes Legesenter

	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering.</p>
22/23	<p>Kvalitet i e-resept</p> <p>Norsk helsenett SF forvalter hele e-resept sin samhandlingskjede etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Dette omfatter koordinering av alle aktører og leverandører som samhandler om pasientens legemiddelopplysninger fra rekvirering, til utlevering og økonomisk oppgjør. Dette inkluderer e-resepter, e-multidose og pasientens legemiddelliste.</p> <p>Kari Jørgensen og Marianne Westeng, Norsk helsenett SF, la frem for drøfting med NUFA tiltak for å bedre kvalitet i e-resept verdikjede.</p> <p>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apotekforeningen tok til orde for at dette er noe de har vært opptatt av lenge. I FarmaPro har de gjort tilpasninger over tid for å kunne ta imot disse reseptene. Det er ønskelig med et større trykk på dette arbeidet, og at det gjøres valideringer i reseptformidleren. Resepten må sendes tilbake når den ikke er riktig. Enkelte resepter lar seg ikke laste ned fra RF andre må registreres som papirsept, noe som er en stor utfordring for apotekene. Apotekforeningen mener de ikke kan bli pålagt å endre feil som har oppstått tidligere i verdikjeden. • I en praktisk klinisk hverdag så går det ikke ann å ha «hard stops». Det kan fort gjøre ting verre. Denne verden er ikke perfekt, 80% er kanskje godt nok. Vi må ha en pragmatisk tilnærming til denne problemstillingen. • Det ble kommentert at dette er et lederansvar. Hvordan får vi budskapet klart nok, og til de som har ansvaret? • Det bør være krav i EPJ-systemene slik at reseptene blir fylt ut riktig. Alle må følge loven. Vil tro legene og ledelsen kommer fort på banen hvis pasienten ikke får medisinen sin. • Det er viktig vi høster erfaringer fra utprøvingene som går i Bergen og i Helse Vest RHF. • Fra en sykehuslege sitt perspektiv. Hensiktsmessig brukerfunksjonalitet er viktig på sykehus. På sykehusene er det press på tid. Det å påtvinge en innsats bør vi være litt forsiktig med til vi har de riktige verktøyene. Det bør fokuseres på funksjonalitet for å få sendt ut en PLL.
	<p>Vedtak: Norsk helsenett SF tar innspillene fra NUFA til etterretning.</p>
23/23	<p>Eventuelt</p> <p>Det kom ingen saker til eventuelt.</p>
	<p>Slutt dag 2</p>