

Referat fra møte i NUFA		
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)	
<i>Dato</i>	24. – 25. januar 2024	
<i>Tid</i>	24. januar kl. kl. 10.00 – 16.15 og 25. januar kl. 09.00 – 14.30	
<i>Sted</i>	Radisson Blu Gardermoen	
<i>Medlemmer</i>	Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet Jacob Holter Grundt, Helsedirektoratet Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF Terje Bremnes, Helse Vest RHF Ola Jøsendal, Helse Vest RHF Lars Henrik Hegrenæs, Helse Midt RHF Randi Brendberg, Helse Nord RHF Øyvind Broback, Helse Nord RHF Kjetil Løyning, KS e-helse Anne-Marit Rennemo, Oslo Kommune Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune Thore Thomassen, Helsedirektoratet	Børge Myrlund Larsen, Helsedirektoratet Line Andreassen Sæle, FHI Mohammad Nouri Sharikabad, FHI Ronny Holten Olsen, Norsk helsenett SF Petter Brelin, Legeforeningen Jim J. Yang, Digitaliseringsdirektoratet (dag 2) Arnfinn Aarnes, FFO (dag 1) Sverre Ur, Diabetesforbundet Maren Krogh, Apotekforeningen Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund (dag 1) Stein Olav Skrøvseth, Nasjonalt senter for e-helseforskning Elin Thygesen, Universitetet i Agder
<i>Ikke til stede</i>	Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF Stine Slørdal, Helse Midt RHF Heidi Slagsvold, KS Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund (dag 2)	Arild Iversen, Bergen Kommune Jim J. Yang, Digitaliseringsdirektoratet (dag 1) Arnfinn Aarnes, FFO (dag 2)
<i>Stedfortreder</i>	Yvonne Garshol, Helse Sør-Øst RHF, stiller for Jon Gupta Kristian Bergem, Digitaliseringsdirektoratet, for Jim J. Yang (dag 1)	
<i>Helsedirektoratet</i>	Norunn Saure	Karen Lima Vibeke Jonassen Wang

Saksnr.	Tittel på sak	Sakstype
	<b>Dag 1</b>	
1/24	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 25. – 26. oktober 2023	Godkjenning
2/24	Helsedirektoratet ved Mariann Hornnes orienterer	Orientering
3/24	Implementering av registerstrategi og den nye registerplattformen	Drøfting
4/24	FHI's erfaringer fra pandemien	Drøfting
5/24	Videre arbeid med felles journalløft	Orientering
6/24	Norsk medlemskap i IHE	Drøfting
7/24	Status og veien videre med Helseteknologiordningen	Drøfting
8/24	Strategisk retning for felles legemiddelgrunndata	Drøfting
	<b>Dag 2</b>	
9/24	Fagdag om kunstig intelligens (KI): trygg og effektiv bruk av KI i helsetjenesten med hovedvekt på validering og store språkmodeller	Drøfting
10/24	Eventuelt	

Sak	Onsdag 24. januar 2024
1/24	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 25. – 26. oktober 2023</b>
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 25. – 26. oktober 2023.
	<b>Vedtak:</b>

	<p>NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referatet fra møtet 25. – 26. oktober 2023.</p>
<b>2/24</b>	<b>Helsedirektoratet ved Mariann Hornnes orienterer</b>
	<p>Mariann Hornnes, Helsedirektoratet, orienterte NUFA om aktuelle saker.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Noen høydepunkter fra 2023</li> <li>• Nytt kapittel i historien om digitalisering: Direktoratet for e-helse er slått sammen med Helsedirektoratet og FHI fra 1.1.24</li> <li>• Det nye Helsedirektoratet ble etablert fra 1. januar 2024</li> <li>• Utviklingsområder</li> <li>• Nytt organisasjonskart</li> <li>• Helsedirektoratet skal gjennomføre evaluering av nasjonal rådsmodell for e-helse</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering.</p>
<b>3/24</b>	<b>Implementering av registerstrategi og den nye registerplattformen</b>
	<p>Marte Kjelvik og Jørgen Brenner, FHI, orienterte NUFA om arbeidet med implementering av registerstrategien, den nye registerplattformen og samarbeidet med sektoren, og ønsket innspill til det videre arbeidet.</p> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er ønskelig for helsetjenesten å få tilgang til innlevert data i form av rapporter, som igjen kan brukes som insentiver for å gjøre mulige endringer i praksis og arbeidsprosesser. Et dashboard av daglig innsamlet data.</li> <li>• Helsesektoren må også kunne stille krav til registrene, ikke bare slik dagens praksis er hvor registrene stiller krav til klinikerne. Klinikerne har brukerkrav som må møtes. Klinikerne må se nytten av dette for å motivere og prioritere å bidra.</li> <li>• Vi må få til automatisk innrapportering av data der det er mulig.</li> <li>• I dette arbeidet er det viktig å få presentert hvorfor vi gjør dette, hvilke behov er i dag udekket, hva er det vi trenger å forbedre, og hvilken data bør prioriteres.</li> <li>• Det er viktig å være ydmyk ovenfor endring av arbeidsforhold og praksis. Endringsevne i systemene er en ting, og endring i kliniske arbeidsprosesser er noe annet.</li> <li>• Dette arbeidet må kobles på samarbeid for internasjonale standarder. Standardisering blir viktig her.</li> <li>• Forskningsmiljøene bør være med i referansegruppene til dette arbeidet.</li> <li>• Er det mulig å vurdere bruk av mer automatisert innrapportering ved bruk av AI og språkmodell.</li> <li>• Det ble referert til 3 nasjonale initiativ ifbm 'innfangst til registrene'; Helse-NIM (nasjonal informasjonsmodell helse / begrepharmonisering), Helseregistrene – rapportering innen helse og omsorgsfeltet (HOM), samt Implementering av registerstrategi og den nye registerplattformen med fokus på NPR og KPR rapportering(sfrekvens). Helse Midt-Norge sitt redskap her er Helseplattformen, som forventes å bidra nasjonalt, på alle 3 initiativ. Det er viktig å harmonisere disse initiativene på innhold og leveranseplaner slik at vi ikke gjør samme arbeid om igjen/flere ganger.</li> <li>• Det er viktig å tenke på tvers av flere registre i dette arbeidet. Dette er det behov for i mange registre. Viktig å dra med de andre registermiljøene i FHI. FHI jobber med å kunne dele data tilbake til tjenesten. Forskriftene gjør det noe utfordrende å lykkes med dette.</li> <li>• Det er mange som ønsker seg automatisk innhenting av data fra EPJ-systemene. Det må besluttes hvordan og hvem som skal gjøre prioriteringene i dette arbeidet.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak</b> NUFA drøftet arbeidet knyttet til implementering av registerstrategien, den nye registerplattformen og samarbeidet med sektoren. FHI tar med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>

4/24	<b>FHI's erfaringer fra pandemien</b>
	<p>Eirik Frønæs Vikum, FHI, orienterte NUFA om deres vurdering av viktige lærdommer fra pandemien, og ønsket innspill til videre arbeid med det digitale økosystemet for helseberedskapen.</p> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ute i helsetjenesten var det et stort behov for å enkelt kunne få tilgang på de daglige oppdateringene fra FHI som kom under pandemien. Det å ha et dashboard med løpende og kontinuerlig oppdateringer er det behov for.</li> <li>• Det å samle data er viktig, og registrene må håndtere både høyt og lavt trykk. Det å integrere registrene, og å kunne gi ut mer data, er veldig viktig.</li> <li>• Det er viktig å bruke de systemene vi har som fungerer godt i dag. Samtidig er det krevende å forutse alt vi trenger. Helsesektoren har derfor behov for rask utvikling ved kriser som oppstår. Det krever endringsevne i systemene. Det må vi sette på kartet, når vi jobber med systemene våre. FHI kommenterte at én tilnærming er å bygge løsninger som fungerer som plattformer som kan brukes til flere formål, for mest mulig fleksibilitet.</li> <li>• Løsninger og systemer må kunne fungere både i normale og unormale tider. Det var mangel på gode løsninger når pandemien kom. Da ble det laget løsninger som kun tjente ett formål, løsningene ble lagt ned når krisen var over.</li> <li>• Fastlegene fikk lite informasjon via kommunen under pandemien. Informasjonen kom ofte først via VG og andre medier. Informasjonen kom via aktører som ikke hadde noe med myndighetene å gjøre. FHI kommenterte at mediene i en fase av pandemien klarte å mobilisere ressurser til å samle visse typer informasjon og lage visuelle fremstillinger som FHI eller andre myndigheter ikke nødvendigvis hadde kapasitet til å gjøre, og at det er nødvendig å tenke smart om arbeidsdeling i samfunnet i kriser.</li> <li>• Det er ønskelig at FHI sine erfaringer fra pandemien blir tatt med inn i oppfølgingen av helseberedskapsmeldingen.</li> <li>• Betydningen av det som skjedde i kommunene er for lite omtalt. Befolkningen syntes det var krevende å forstå at man i to kommuner opererte forskjellig.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA drøftet saken og ba FHI ta med seg innspill i møtet i videre arbeid med det digitale økosystemet for helseberedskapen. NUFA ber om å bli holdt informert om videre utvikling.</p>
5/24	<b>Videre arbeid med felles journalløft</b>
	<p>Stine Drengsrud Eivindson og Ellen Normannseth, KS, ga NUFA en oppdatering på aktiviteter fra KS sin side for å støtte opp under arbeidet med nye journalløsninger og bedre samhandling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, inklusive konkrete anbefalinger for anskaffelser.</p> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er viktig at rammer for felles journalløft i kommunene nyttiggjør de erfaringene som er gjort og gjøres i Helseplattformen.</li> <li>• I tillegg til en journaløsning er det et etterlatt inntrykk at det også er ønskelig å få på plass en løsning for å utveksle informasjon med NAV, skoler og andre aktører i kommunen i neste omgang. Det kan være behov for å se på en kommunikasjonsløsning. KS kommenterte at kjernepunktet i konseptet felles journalløft, er tanken om å få frigjort informasjon fra journaløsningene. Deling av informasjon innad og mellom kommuner, og på sikt med spesialisthelsetjenesten.</li> <li>• Beskrivelse av sekundærbruk er savnet i denne strategien.</li> <li>• Det er ønskelig at forskningsmiljøene kobles på i dette arbeidet, og at en også ser mot mål 3 i e-helsestrategien – "Helsedata til fornying og forbedring". KS sa seg enig i at følgeforskning er et viktig område og vil ta med dette innspillet tilbake i videre arbeid.</li> <li>• Dialogen ut mot leverandørene er viktig. KS kommenterte at leverandørene er positive til innretningen i felles journalløft.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det ble også nevnt fra Helsedirektoratet at det må ses mot samarbeidsmodellen for internasjonale standarder her.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering og gir innspill til det videre arbeidet med felles journalløft for kommunene.</p>
<b>6/24</b>	<b>Norsk medlemskap i IHE</b>
	<p>Morten Bakken og Ingvar Sørlien, Helsedirektoratet, orienterte NUFA om arbeidsgruppen som i høst jobbet med å utrede et mulig norsk medlemskap i den internasjonale organisasjonen <i>Integrating the Healthcare Enterprise (IHE)</i>, som fremmer koordinert bruk av ulike e-helsestandarder for interoperabilitet. Det ble presentert ulike alternativer for medlemskap, og det var ønskelig at NUFA tilsluttet seg alternativet som synes mest hensiktsmessig.</p> <p>Arbeidsgruppens oppsummering:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Null-alternativ:</b> som i dag, ingen internasjonal deltakelse i IHE, og ingen direkte kostnader.</li> <li>- <b>Alternativ 1:</b> enkeltorganisasjoner melder seg direkte inn i IHE, ingen nasjonal koordinering av initiativer, hver enkelt organisasjon betaler medlemsavgift avhengig av størrelse.</li> <li>- <b>Alternativ 2:</b> IHE Norge etableres som nasjonalt medlem i IHE Europa, aktører i sektoren i Norge kan melde seg inn i IHE Norge og få tilgang til IHEs ressurser, IHE Norge koordinerer den norske sektorens interesser og deltakelse, IHE Norge driftes av medlems-avgifter.</li> </ul> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helse Sør-Øst RHF har deltatt inn i arbeidsgruppen og er i kontakt med IHE. Deres erfaring er at det gir god nytte i arbeidet knyttet til samhandling, det har vært verdifullt. Helse Vest RHF ga støtte til at dette er kjærkomment.</li> <li>• Det er viktig å ha IHE Norge, samtidig er det helt avgjørende med forankring fra ledelsesnivå slik at arbeidstid kan brukes til dette. Helsedirektoratet kommenterte at det vil bli viktig med medlemsavtaler som tydelig forplikter.</li> <li>• Det er viktig å se til standardiseringsutvalget og andre utvalg, for å se synergier og representasjon. Det er behov for en totaloversikt.</li> <li>• Det er usikkerhet knyttet til hvilken myndighet, i tillegg til å overføre læring, IHE vil ha. Helsedirektoratet svarte at dette er en konsensusmodell.</li> <li>• Norsk helsenett SF støtter alternativ 2, som er viktig for å komme videre med kommunal sektor som kilde for å dele helseopplysninger.</li> <li>• Helse Midt-Norge og Helseplattformen støtter alternativ 2. Det vil være behov for å øke kompetanse på området.</li> <li>• Det er positivt at vi får en aktør som kan forene standarder, få et mer helhetlig bilde.</li> <li>• Det ble foreslått å ha en delt ledelse mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, for å sikre de ulike perspektivene. Dette treffer begge delene av tjenesten. Helsedirektoratet kommenterte at delingen er mellom industri og sektor. En leder skal representere sektor, og en leder skal representere leverandør.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA stiller seg bak arbeidsgruppens forslag til organisering. Medlemmer i NUFA som ønsker å bidra i et interimsstyre bes finne egnede kandidater i sin organisasjon.</p>
<b>7/24</b>	<b>Helseteknologiordningen – status og videre utvikling av ordningen</b>
	<p>Per Ludvig Skjerven, Helsedirektoratet, orienterte NUFA om status på etablering av helseteknologiordningen. Videre ble det en drøfting rundt hvordan ordningen bør videreutvikles.</p> <p><b>Innspill:</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi må være bevisste på hva måloppnåelsen i dette er, og hvordan summere opp gevinstene. Gevinstene må være målbare. Helsedirektoratet kommenterte at de ønsker innspill på kilder til måling av nytteeffekter, noe som så vil sammenstilles. Direktoratet ser behov for konkrete tilbakemeldinger fra de som jobber med dette ute i sektoren.</li> <li>• Det ble spurt om forpliktelser og krav til søknadene. Helsedirektoratet svarte at det stilles krav, og at det er tøffe prioriteringer for hvem som mottar tilskudd.</li> <li>• Det ble kommentert at er lurt å se på helsefellesskapene som en samlende regional utviklingsarena, for utvikling av ordningen. Kommunene må være like og forutsigbare ovenfor sykehusene, at det ikke lages flere ulike systemer i kommunene.</li> <li>• Det ble spurt om ambisjonsnivået for når noe skal være innført. Helsedirektoratet svarte at kommunenes arbeid med behovskartlegging, samordning, leverandørdialog, anskaffelser, implementering og innføring er prosesser som tar tid. Det er ønskelig for Helsedirektoratet som tilskuddsforvalter å få innsikt i hele prosjektets levetid, pluss noen år frem mtp gevinster. Vi aksepterer at disse prosjektene går over flere år og at effektene ikke kommer med det samme. Det kan kun tildeles midler for et år av gangen, men ubrukte midler kan søkes overført til nytt år.</li> <li>• Forskning og følgeforskning må inn i arbeidet med Helseteknologiordningen. Helsedirektoratet kommenterte at det er dialog med forskningsmiljøer.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA drøftet saken og ga innspill til hvordan helseteknologiordningen bør videreutvikles. Helsedirektoratet tar med seg innspillene gitt i møte i det videre arbeidet.</p>
8/24	<p><b>Strategisk retning for felles legemiddelgrunndata</b></p>
	<p>Jon Tysdahl, Helsedirektoratet, orienterte NUFA om arbeidet med den strategiske retningen for legemiddelgrunndata, inkludert forslag til målarkitektur og et overordnet veikart. Resultatet av arbeidet ble presentert for NUFA.</p> <p><b>Innspill:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FEST er mer enn bare legemiddelgrunndata, og SAFEST er mer enn ISO IDMP. Det må avklares hvem som skal ha ansvaret for legemiddelgrunndata. Helsedirektoratet svarte at DMP har en viktig rolle, men ikke nødvendigvis må være integrator for eller ha ansvaret for alle legemiddelgrunndata.</li> <li>• Det er viktig med samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og vi må over på virkestofforskrivning. Nasjonal legemiddelberedskap må inkluderes.</li> <li>• Det er viktig at alle interessentene er inkludert.</li> </ul> <p><b>Innspill fra gruppeoppgaven:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det må være en god transisjonsplan fra FEST til SAFEST.</li> <li>• Det er avgjørende med koordinering ettersom RHF-ene har ulik tilnærming på legemiddelområdet.</li> <li>• Det bør være en nasjonal finansiering.</li> <li>• Arbeidet bør baseres på europeiske standarder.</li> <li>• Det må være 100 % oppslutning om målbilde.</li> <li>• Små steg i rett prioritert rekkefølge.</li> <li>• Realiser fortløpende helt ute i tjeneste.</li> <li>• Det må være en tydelig beslutning på valg av informasjonsmodeller.</li> <li>• Finansiering knyttet til overgangsarkitektur må avklares.</li> <li>• Kommunesektoren må involveres og det gir utfordringer for finansiering.</li> <li>• Det er viktig med en pragmatisk sammensatt informasjonsmodell.</li> <li>• Berørte aktører må involveres og konsekvenser og behov må kartlegges.</li> <li>• Det er kanskje ikke så stor forskjell på behovet for forskrivning i helsetjenesten lenger. I det videre arbeidet kan man ha fokus på doser, ikke pakninger.</li> <li>• Finansiering er et offentlig ansvar.</li> <li>• Sekundærbruk er også viktig</li> </ul>

	<b>Vedtak:</b> NUFA støtter den strategiske retningen for legemiddelgrunddata, og ba om at innspillene tas med i det videre arbeidet.
--	--

Sak	Torsdag 25. januar 2024
9/24	<b>Fagdag om kunstig intelligens (KI): trygg og effektiv bruk av KI i helsetjenesten med hovedvekt på validering og store språkmodeller</b>
	<p>På temadagen i NUFA orienterte det nasjonale KI-prosjektet om arbeidet i koordineringsprosjektet. Det var ønskelig å få innspill på utvalgte tema knyttet til kvalitetssikring og validering av KI-løsninger og mulige tiltak knyttet til store språkmodeller.</p> <p>Det vises til sakspapirene og presentasjonene som ligger på <a href="https://ehelse.no">NUFA sine sider på ehelse.no</a> for informasjon om det som ble presentert i møtet.</p> <p><b>Agenda for temadagen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduksjon til KI – Hilde Lovett, Helsedirektoratet</li> <li>• Om arbeidet med rammer for kvalitetssikring – Maja Gran Erke, Helsedirektoratet</li> <li>• Hvordan validere og overvåke et KI-system – Ishita Barua, Livv Health</li> <li>• Om arbeidet med store språkmodeller – Ole Våge, Helsedirektoratet</li> <li>• Case 1: ClinCode-prosjektet – Hercules Dalianis, Nasjonalt senter for e-helseforskning</li> <li>• Case 2: Bruk av språkmodeller til publikumsrettet informasjon – Christian Goullignac (innleid), Helsedirektoratet</li> <li>• Språkmodeller og det nasjonale perspektivet – Yngvil Beyer, Nasjonalbiblioteket</li> </ul> <p><b>Kort oppsummering av diskusjonene i løpet av dagen:</b></p> <p>Temaer som ble diskutert knyttet til validering og kvalitetssikring var:          Ansvar; spesielt hvis KI-systemet og helsepersonellet er uenige, hvordan føre tilsyn med dette, kan vi gjenbruke noe av metodikken fra kvalitetssikring av legemidler, mulighet for diskriminering, behov for større datasett til validering og monitorering, trengs en systematikk for gjenbruk av data til dette, når er det behov for lokal validering og når er det ikke nødvendig, hva med nye versjoner, mange små KI-modeller eller trenger vi å tenke helhet.</p> <p>Temaer som ble diskutert knyttet til store språkmodeller var:          Kan det "gjemme seg" sensitiv informasjon i språkmodeller, kan modellene gjenbrukes på tvers av foretak eller land, hva trengs av tillatelser, trenger vi en nasjonal modell, eller er det for store forskjeller i språk mellom sykehus, hvordan forvalte modellene, hva med en katalog over modeller.</p>
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA drøftet saken og ba Koordineringsprosjektet for KI ta med seg NUFA sine innspill i det videre arbeidet.
10/24	<b>Eventuelt</b>
	Det var ønskelig at Helsedirektoratet vurderte på nytt muligheten til å legge frem saker digitalt via Teams i møtene i NUFA.