

Referat fra møtet i NUFA	
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)
<i>Dato</i>	30. – 31. august 2023
<i>Tid</i>	30. august kl. 10.00 – 16.00 og 31. august kl. 09.00 – 14.30
<i>Sted</i>	Radisson Blu Royal Garden Hotel, Trondheim
<i>Medlemmer</i>	<p>Hans Löwe Larsen, Direktoratet for e-helse Thore Thomassen, Helsedirektoratet</p> <p>Jacob Holter Grundt, Direktoratet for e-helse Børge Myrlund Larsen, Helsedirektoratet</p> <p>Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF Line Andreassen Sæle, FHI</p> <p>Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF (dag 1) Mohammad Nouri Sharikabad, FHI</p> <p>Terje Bremnes, Helse Vest RHF Petter Brelin, Legeforeningen</p> <p>Ola Jøsendal, Helse Vest RHF Gorm Braarvig, Digitaliseringsdirektoratet</p> <p>Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF (dag 2) Arnfinn Aarnes, FFO</p> <p>Stine Slørdal, Helse Midt RHF Sverre Ur, Diabetesforbundet</p> <p>Randi Brendberg, Helse Nord RHF Maren Krogh, Apotekforeningen</p> <p>Øyvind Broback, Helse Nord RHF Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund</p> <p>Heidi Slagsvold, KS (dag 1) Stein Olav Skrøvseth, Nasjonalt senter for e-helseforskning</p> <p>Kjetil Løyning, KS e-helse Elin Thygesen, Universitetet i Agder</p> <p>Arild Iversen, Bergen Kommune</p> <p>Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune</p>
<i>Ikke til stede</i>	<p>Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF (dag 2) Ronny Holten Olsen, Norsk helsenett SF</p> <p>Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF (dag 1) Heidi Slagsvold, KS (dag 2)</p> <p>Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune</p>
<i>Stedfortreder</i>	<p>Lars Henrik Hegrenæs, Helse Midt RHF, for Per Olav Skjesol (dag 1)</p> <p>Hanne Mari Kjærem Hindklev, Norsk helsenett SF, for Ronny Holten Olsen</p>
Direktoratet for e-helse	<p>Norunn Saure Vibeke Jonassen Wang</p> <p>Karen Lima</p>

Sak	Tema	Sakstype
	Dag 1	
24/23	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 26. – 27. april 2023	Godkjenning
25/23	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
26/23	Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre 2023	Drøfting
27/23	Norsk medlemskap i IHE	Drøfting
28/23	FHIR Forvaltning	Drøfting
29/23	MyHealth@EU – nasjonalt kontaktpunkt for mottak	Drøfting
30/23	Digital infrastruktur for helseovervåking, analyse, statistikkproduksjon og deling – som del av helhetlig økosystem for den digitale helseberedskapen i Norge	Drøfting
31/23	Målarkitektur og overordnet plan for felles grunndatatjenester for legemiddelinformasjon	Drøfting
32/23	Kunstig intelligens: KI-forordningen og standardisering	Drøfting
	Dag 2	
33/23	Temadag – Helseplattformen	Orientering
34/23	Eventuelt	

Sak	Onsdag 30. august 2023
24/23	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møtet i NUFA 26. – 27. april 2023
	<p>Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 26. – 27. april 2023.</p> <p>Det kom innspill til endring av tekst på sak 19/23 «Helsedata – omfattende regulering og svak styring?». Følgende tekst «Det er vanskelig å tro det er mulig å få til krav knyttet til standardisering i en EPJ-løsning» rettes opp til «Det er trolig både lite hensiktsmessig og vanskelig å stille krav til standardisering av databasestrukturene i EPJ-løsningene».</p>
	<p>Vedtak: NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referatet fra 26. – 27. april 2023.</p>
25/23	Orientering fra Direktoratet for e-helse
	<p>Norunn Saure, Direktoratet for e-helse, orienterte NUFA om følgende sak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endringer i organiseringen i den sentrale helseforvaltningen.
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering.</p>
26/23	Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre 2023
	<p>Direktoratet for e-helse har i oppdrag å samordne og koordinere sektorens arbeid med de tiltak som inngår i utviklingsretning for automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre. Oppdraget omfatter også en utprøving av prosess for begrepsharmonisering og normering av registervariabler.</p> <p>Kjersti Smeland og Jon Stolpnessæter, Direktoratet for e-helse, ga NUFA en status på arbeidet og bad om innspill til status og forslag til videre prosess.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direktoratet for e-helse fikk tilbakemeldinger om at dette er et viktig og godt arbeid • Det pekes på at tverrsektorielle elementer må sees i sammenheng med dette arbeidet slik at vi realiserer verdi på tvers. Det påpekes at noen variabler har nytteverdi på tvers av sektorer • Arbeidet med begrepsharmonisering må stå høyt på prioriteringslisten fremover. Det kommenteres at det er viktig å vurdere hva som skal prioriteres; hva er viktigst, hvor skal en begynne, hvor er forbedringspotensialet. Det må være en systematisk og helhetlig tilnærming til dette. • Det er viktig at dette arbeidet også omfatter å utarbeide standardene og harmoniserte begreper som legger til rette for implementering og ibrugtagelse • Det stilles spørsmål om hvorvidt dette henger sammen med andre initiativ eller ikke, og hvorvidt det er for mange initiativ som realiserer felles behov, mål og tiltak. Det oppfordres til at det gjøres en vurdering av hvorvidt sammenfallende initiativ henger sammen med automatisert innrapportering eller ikke, samt at disse samordnes og koordineres. • I og med at ansvaret for innrapportering av korrekte data ligger hos klinikere, er det viktig å tenke medisinsk kvalitetssikring av opplysninger også dersom innrapporteringen automatiseres. <p>Direktoratet for e-helse kommenterte at det er viktig med god oversikt over aktuelle og sammenfallende initiativ som jobber på tilsvarende områder, enten det er redusert arbeidsbyrde, data inn til registre, begrepsharmonisering av variabler, informasjonsforvaltning m.m. Dette gjelder også i et tverrsektorielt perspektiv. Dette er en sentral del av arbeidet med samordning og koordinering. Når det gjelder utprøving av</p>

	<p>prosess for harmonisering og normering av registervariabler er arbeidet påbegynt. Det foreligger prioriteringskriterier som ligger til grunn for aktørenes prioritering av variabler som skal harmoniseres i utprøvingen. Etter endt utprøving vil prioritering av behov være en sentral del av arbeidet hvor sektoren vil ha en rolle i identifisering og prioritering av disse.</p>
	<p>Vedtak: NUFA drøfter den presenterte status og videre prosess for begge spor, og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill fra møtet i det videre arbeidet.</p>
27/23	Norsk medlemskap i IHE
	<p>Standardiseringsutvalget for internasjonale e-helsestandarder ønsker at helse- og omsorgssektoren i Norge skal engasjere seg bredere i arbeidet til den internasjonale organisasjonen «Integrating the Healthcare Enterprise» (IHE), samt ha en offisiell knytning til organisasjonen.</p> <p>Morten Bakken, Direktoratet for e-helse, presenterte saken i møtet på vegne av Standardiseringsutvalget, og ønsket en drøfting av dette med NUFA.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er viktig å først avklare hvem som har kapasitet til å ta på seg en slik rolle. Det kreves nok mer enn en ildsjel. Helsesektoren må bidra i det internasjonale arbeidet, noe som også vil bety reiser rundt i Europa. Det er viktig at sektor er med, og ikke bare oppretter en organisasjon. Gjør vi dette må det prioriteres og ha støtte fra ledelse. • Hva er det viktigste vi oppnår ved å være med, og hva går vi glipp av ved å ikke være med? Direktoratet for e-helse svarte at ved å være med får vi delta i arbeidsgrupper som er med på å utfordre hvordan disse profilene vil se ut. Er vi ikke med går vi glipp av den muligheten og blir mottakere med liten påvirkning. • Dette kan være nyttig. Likevel så er fokus for oss ofte på nasjonale behov. Det er ikke gitt at det som foregår lengre ned i Europa passer norske forhold? • Spørsmål vi må stille oss er; bruker vi standardene i dag? Hvor stort omfang kommer vi til å bruke standardene fremover? Hvor avhengig er vi av det internasjonale? Svarene på de spørsmålene vil påvirke en beslutning om å bli medlem og hva det krever av aktørene i helsetjenesten og om vi finner ressursene for å bidra inn her. • Vi må ta tak i det praktiske først. Profilene tilbyr oss en større variasjon, men vi evner ikke hurtig nok til å ta ut effekten av profilene. Vi har ikke tatt i bruk mulighetsrommet fullt ut. Vi må først se nytten av dette, og så se hva en må jobbe med for å kunne tilføre de internasjonale standardene. <p>Direktoratet for e-helse oppsummerte med at NUFA stiller seg positivt til IHE, og flere av aktørene vil delta i et arbeid med videre vurdering av dette før en kan se nærmere på bidrag med ressurser i et ev. medlemskap. Flere aktører må sammen se nærmere på omfanget, ambisjonsnivået og hva som konkret kreves av aktørene for å kunne bidra inn i dette, før det på nytt løftes til NUFA for ny behandling.</p>
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse om å videreformidle NUFA sine innspill til aktørene i Standardiseringsutvalget. Aktører som ønsker å vurdere norsk IHE medlemskap gir beskjed til Direktoratet for e-helse om sin deltakelse i et ev. utredningsarbeid. Når utredningen er utført bes det om at saken løftes til behandling i NUFA.</p>
28/23	FHIR Forvaltning
	<p>Direktoratet for e-helse har i årets tildelingsbrev fått i oppdrag å iverksette Samarbeidsmodell for internasjonale standarder. Et sentralt tiltak er å tydeliggjøre oppgaver og ansvars forhold mellom aktører for nasjonal forvaltning av FHIR-profiler.</p>

	<p>Georg Ranhoff, Direktoratet for e-helse, la frem saken for NUFA og ønsket å drøfte alternativer for dette med representantene.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • For at dette skal gi mening og være nyttig må vi kunne bruke det i hele kjeden, det bør være en del av EPJ-systemene. Noe som ikke er tilfelle i dag. Direktoratet for e-helse kommenterte at flere av de større EPJ-systemene har utviklet støtte for FHIR-profiler, men at flere av de mindre aktørene ikke er der enda. Det er noe bevegelse der, men direktoratet har ikke noen føringer på at alle må rigge opp for FHIR-profiler. • Hva legges i ordet datadeling? Direktoratet for e-helse svarte at det i hovedsak dreier seg om datadeling via API, men at det også kan være sending av data frem og tilbake. Eller at en aktør gjør data tilgjengelig. • Denne saken må ses i sammenheng med foregående sak om IHE, og sektor sin involvering i det arbeidet. Skal vi realisere standardene på dugnad, eller skal vi systematisk operasjonalisere standardene? • Norsk helsenett SF ga sin støtte til initiativet med forvaltning av FHIR-profiler. Videre er det viktig å kartlegge hvilke profiler som allerede er tatt i bruk. Vi har flere profiler på Norsk helsenett SF som kunne blitt løftet opp. • HL7 har forsøkt å få en oversikt over hvilke profiler som er i bruk og av hvem. Det er ingen plikt i å melde ifra om hvilken profil en bruker. Vi trenger hjelp fra hele sektoren til å melde ifra. Da får vi en bedre utnyttelse av de ressursene som jobber med dette. Det å koordinere det arbeidet klarer ikke HL7 med sine frivillige ressurser. • I Helse Nord RHF ser de at utvikling av profilene stort sett skjer ute i prosjektene, og så blir de der. Vi savner en nasjonal hub med oversikt over alle profilene. • Drift og forvaltning bør ligge sentralt da verdien en får ut av dette er ulikt. • Dette som diskuteres her kan også trigge en diskusjon om standarder i stort, ikke kun til FHIR.
	<p>Vedtak:</p> <p>NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet og i videre dialog med HL7 Norge.</p>
<p>29/23</p>	<p>MyHealth@EU – nasjonalt kontaktpunkt for mottak</p>
	<p>Gunnar Øiaas, Norsk helsenett SF, Anja Irene Ulseth-Skogan og Linn Brandt, Direktoratet for e-helse, informerte NUFA om det pågående arbeidet med å etablere det nye kontaktpunktet for mottak av helsedata for primærbruk (MyHealth@EU).</p> <p>NUFA fikk muligheten til å komme med innspill til arbeidet og videre involvering.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det ble spurt om hvilken internasjonal satsing det er på SNOMED CT terminologi? Direktoratet for e-helse svarte at SNOMED CT er en av kodesettene. Samtidig vil det alltid være andre kodesystem som også brukes, blant annet ved behov som SNOMED CT ikke dekker. • Det kom inn en betraktning om at selv om Norge i denne fasen kun skal motta data er det viktig at en oversettelse av helsetermer må tas vare på. Det kan være smart å dyrke det norske språket, for å få en rik oversettelse for oss i utlandet. • Apotekene melder om at utenlandske pasienter kommer inn med en QR-kode og forventer å få utlevert en resept. Det bør gå ut informasjon om at det ikke fungerer i Norge, å få den hjelpen hos apotekene. Norsk helsenett SF kommenterte at en utenlandsk turist må gå på et legekontor for å få hjelp, ikke til et apotek. • Patient summary inneholder mer informasjon og vil ha større nytte for vårt helsepersonell enn dagens innhold i Kjernejournal. Dette har verdi. Vi må allerede nå begynne å tenke på at vi skal tilby denne informasjonen i framtiden. Dette er et perspektiv vi må få inn nå.

	<ul style="list-style-type: none"> Helseplattformen har vært med på det nasjonale løftet med å ta i bruk SNOMED CT. De ser utfordringene med «mapping» mot andre kodeverk som presentert, spesielt gitt de foreløpige svake føringer innen EUs eHealth Network. Trondheim kommune støtter argumentene for å ikke oversette ytterligere p.t., men på sikt burde etablerte Felles språk mappinger kunne gjenbrukes. Det må gjøres noe med bruken av kjernejournal hos helsepersonell for å få klinisk nytte. Det er for få innbyggere som har sine data i kjernejournal. Det ble etterspurt hva er planene for dataflyten ut av Norge, med perspektiv om at å ikke ta stilling til hvordan vi skal håndtere data ut kan få konsekvenser for oss på et senere tidspunkt. Løser vi det å kunne dele data med Europa, er det en mulighet vi kan bruke til å også løse mye av utfordringene i Norge. <p>Direktoratet for e-helse kommenterte at omfanget det jobbes med nå er avgrenset. Alle utfordringene blir ikke løst i dette. Hovedmålet i denne omgang er å få testet ut løsningene mens det fortsatt er et relativt lavt omfang data som skal utveksles, lære av disse erfaringene og bruke disse, med tanke på utvidelse og en fremtid hvor vi deler data ut av Norge også.</p> <p>Når vi er klare til å sende data ut av Norge må vi bestemme oss for å oversette de nasjonale kodene til engelsk, mappe om, eller begynne å bruke noe nytt. Det blir en ny og stor diskusjon.</p>
	<p>Vedtak: NUFA er orientert om arbeidet knyttet til opprettelse av nasjonalt kontaktpunkt i MyHealth@EU, de har drøftet spørsmål og ber Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF om å ta med seg innspill fra møtet i det videre arbeidet.</p>
<p>30/23</p>	<p>Digital infrastruktur for helseovervåking, analyse, statistikkproduksjon og deling – som del av helhetlig økosystem for den digitale helseberedskapen i Norge</p>
	<p>FHI har sammen med KS fått medfinansiering fra Digitaliseringsdirektoratet på MNOK 50,0 over 3 år for å utvikle og ta i bruk en infrastruktur som skal benyttes i forbindelse med helseovervåking, analyse, statistikkproduksjon samt deling av statistikkprodukter.</p> <p>Trine Orten Groven, FHI, orienterte NUFA om prosjektet og ønsket innspill til arbeidet som skal starte opp i september 2023.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> Når vi sto i starten av pandemien hadde vi ingen rett til å be om utlevering av data. Det er et stort hull i lovverket. Det er ønskelig at spesialisthelsetjenesten blir oppført sammen med kommunene i oversikten over konsumentene. FHI svarte at vedlagt søknaden til Digitaliseringsdirektoratet lå det en uttalelse fra RHF-ene. FHI ser det som en naturlig og riktig videre utvikling av dette systemet, å få inn spesialisthelsetjenesten. PraksisNett gjør mye av dette knyttet til data i sanntid fra legekantor. Senere også utvidet til legevakt. Det er primærhelsetjenesten som har hovedfokus. Det er flere som har jobbet med noe lignende i lengre tid, det å hente inn data i sanntid fra alle norske fastleger. Vi må bruke den statistikken til flere ting. For eksempel å følge med på en sykdomsutvikling, det kan gi oss mer innsikt i ting vi går og lur på. Det bør ses nærmere på hva slags data det kan være interessant å sette sammen fra primær- og spesialisthelsetjenesten.
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Folkehelseinstituttet om å ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>

31/23	Målarkitektur og overordnet plan for felles grunndatatjenester for legemiddelinformasjon
	<p>Jon Tysdahl, Direktoratet for e-helse, la frem for NUFA status for arbeidet med målarkitektur og overordnet plan for felles grunndatatjenester for legemiddelinformasjon. Videre var det ønskelig med en drøfting av aktuelle hypoteser/mulige anbefalinger med sikte på å kunne støtte videre arbeid.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FHI kommenterte at ATC/DDD er en veldig viktig internasjonal grunndata for legemidler. FHI ber alle involverte i legemiddelforvaltningen / Direktoratet for e-helse sørge for at ATC/DDD brukes til sitt formål og fortsetter å være en del av FEST og er med i utviklingen av SAFEST/DELE. FHI ved WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology er samarbeidspartner i UNICOM prosjektet. UNICOM er kjent og enig i at ATC/DDD må kobles til IDMP nærmere bestemt PHPID. • Apotekforeningen støtter forslag til hypoteser. Det er positivt at det er fremhevet at det skal bli enklere for private aktører å bidra med grunndata. Det er bra at man har tydeliggjort ansvar mellom myndighetsorganer og private aktører. Viktig at det utarbeides prinsipper for finansiering, og vi forstår det slik at data levert av for eksempel Farmalogg/private virksomheter kan finansieres som i dag, gitt at data leveres til bruk som nasjonale grunndata. Nyttebetraktningene er dekkene p.t. Viktig at konsekvenser for e-resept utredes. En sentral suksessfaktor er langsiktig og forutsigbar finansiering. Risikoen for videre arbeid er manglende finansiering. • Helse Sør-Øst RHF støtter forslagene i stort og ser frem til å komme videre med arbeidet. • I Helse Vest RHF har de jobbet med PLL i en tid nå. Savner det å se hvor vi vil med dette. Det er ønskelig med en langsiktig plan hvor vi har en journal som inneholder både grunndata og gir oss muligheten til å skrive ut resepter. Finnes det en langsiktig målsetting som vi kan strekke oss frem mot? Det mangler en tydelig retning for å finne de gode strategiske grepene. • Legeforeningen mener dette høres fornuftig ut. Samtidig så fungerer det vi har i dag godt, e-reseptløsningen. Bekymringen når vi nå skal over til neste fase er at forbedringer ikke alltid oppleves som reelle forbedringer. Innføringsfasen blir da viktig. Direktoratet for e-helse uttrykte forståelse for bekymringen, og informerte samtidig om at de mener det ligger en god del fordeler for legene her også. • Helseplattformen støtter skissert overgang til bruk av IDMP og mener samtidig at også SNOMED CT må inkluderes i denne sammenheng, slik MyHealth@EU's document guidelines gjør. Det heies på initiativet, men vi må passe på at scoopet ikke har for store avgrensninger, eksempelvis med tanke på strukturert datagrunnlag nødvendig for klinisk beslutningsstøtte. Også her bør man søke å gjenbruke investeringer og verdier fra Felles språk arbeidet. • Kommunal sektor er opptatt av dette og melder inn sine behov. Det viktigste for kommunene er å få på plass e-resept hos fastlegene. Andre aktører har kanskje andre behov. <p>Direktoratet for e-helse sa at dette er et krevende, stort og konsekvensrikt område. Hvis vi skal komme videre så trenger vi at står sammen om det vi er enige om her, selv om det er nyanser som må sees nærmere på. Vi trenger å komme videre på dette området, og det er bra at NUFA kan gi tilslutning til hovedtrekkene.</p>
	<p>Vedtak: NUFA gir støtte til at de foreslåtte hypoteser blir anbefalinger i målarkitektur for legemiddelgrunndata, når innspillene gitt i møtet er innarbeidet.</p>
32/23	Kunstig intelligens: KI-forordningen og standardisering

	<p>Hilde Margrete Lovett, Direktoratet for e-helse, presenterte for NUFA hovedlinjene i utkast til den europeiske KI-forordningen og arbeidet med europeiske standarder som skal støtte implementeringen av KI-forordningen.</p> <p>Direktoratet ønsket så å drøfte hvordan helsesektoren kan involvere seg i standardiseringsarbeid fremover for å legge til rette for at kunstig intelligens tas i bruk på en trygg måte i helse- og omsorgstjenesten.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det ble spurt om det er gjort noen vurderinger knyttet til kjøremiljø for språkmodellene og lokasjon, hvordan de tjenestene blir eksponert ut og hvordan det treffer GDPR. KI er ikke bare maskinlæring, det er også andre former for teknologibruk. Eks. bruk av regelmotorer og regeldefinisjoner. Det er svært unyansert i dag. Direktoratet for e-helse svarte at det er mange spørsmål knyttet til dette som må vurderes nærmere. • Den store utfordringen knyttet til KI er tilgangen til og kvaliteten på data. Der har vi fortsatt store utfordringer. Kanskje det løser seg med EHDS. • Norsk helsenett SF kommenterte at de ønsker å bidra inn i arbeidet. • Fastlegene er usikre på hva det er de skal kjøpe inn, og hva er trygt. Flere selger noe de hevder er KI. Det er fare for at vi er i en tidlig fase hvor det kan være noen uærlige selgere en bør være oppmerksomme på. <p>Direktoratet for e-helse oppsummerte med at flere av problemstillingene som ble tatt opp i NUFA også adresseres i andre delprosjekt i det nasjonale koordineringsprosjektet til KI. Der jobbes det godt på tvers av flere aktører, både på tjeneste-, FoU- og myndighetssiden i sektoren. Koordineringsprosjektet tilbyr bl.a. tverretattlig regelverksveiledning og har igangsatt et delprosjekt om «Rammer for kvalitetssikring av KI i helse- og omsorgstjenesten.</p> <p>Direktoratet for e-helse tar imot forslag til deltakere i arbeidsgruppen for helse og KI-standardisering (i speilkomiteen for KI i Standard Norge) også etter NUFA-møtet.</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>
	<p>Slutt dag 1</p>

Sak	Torsdag 31. august 2023
33/23	Temadag – Helseplattformen
	<p>Til temadagen om Helseplattformen orienterte Helse Midt-Norge RHF, Helseplattformen, St. Olavs hospital, Trondheim kommune og Røros kommune om status på innføring av Helseplattformen.</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.</p> <p><u>Agenda for Temadagen:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Hvorfor Helseplattformen?</u> ved Ingvill Kvernmo, Helse Midt-Norge RHF, og Snorre Næss, brukerrepresentant 2. <u>Strukturert og prosessstøttende EPJ-fordeler og ulemper</u> ved Torill Kristiansen, Helseplattformen

Innspill:

- Det ble spurt om hva Helseplattformen opplever som den største utfordringen. Helseplattformen svarte at den største utfordringen har vært de store feilene, som for eksempel feilen rundt utveksling av e-meldinger. En del av de feilene har gjort det ekstra krevende og det har svekket tilliten til systemet. Det å jobbe i en strukturert journal er nytt og krever tilvenning og tilpasning, dette kan igjen føre til at brukervennligheten ikke oppleves som god nok. Det foregår det et løpende forbedringsarbeid av løsningen for å øke brukervennligheten og kompetanse på løsningen. Helse Midt RHF kommenterte at de nok har forventningsstyrt det litt lite, og at læreboka på iterativ utvikling ikke er fulgt helt. Det skulle ha vært mer fokus på opplæring og kompetanseheving etter overgangen til Helseplattformen.
- Det ble spurt om produktet i seg selv kanskje ikke er så lett å lære seg? At Epic er litt kronglete å bruke. Helseplattformen svarte at det er en veldig stor omstilling, og at det er mer struktur å forholde seg til i de nye systemene.
- Det ble spilt inn at det er uheldig med mye struktur dersom produktiviteten går ned. Helseplattformen viste til at de har en langsiktig plan for realisering av gevinster, men at det er viktig å jobbe med optimalisering av systemet slik at det oppleves som brukervennlig og effektivt..
- Strukturert journal vil gi nytte, men en må bruke det hensiktsmessig. Da må vi også spørre oss; hvor er det hensiktsmessig å bruke? Og om det er områder klinikerne opplever det som ikke hensiktsmessig.

3. Strukturert journal og Snomed CT – Hvorfor Snomed CT, hva har vi fått til og hvilke planer har vi fremover? ved Mona Stedenfeldt og Hilde Grimnes Olsen, Helseplattformen

Innspill:

- Helse Sør-Øst RHF kommenterte at de støttet bruk av SNOMED CT som fellesspråk, noe de fortsatt gjør.
- Helse Vest RHF støtter at dette er veien å gå, med SNOMED CT, men det tar litt tid før de andre helseregionene kommer opp i fart av bruken. Den sekundærgevinsten av det en gjør i Helseplattformen er formidabel.
- Helseplattformen kommenterte at det er viktig at de små stegene blir synliggjort. De store stegene vi har gjort i Midt-Norge kan ikke alle gjøre. Men vi må alle løfte de små fremskrittene.
- Helseplattformen nevnte at innenfor legemiddelgrunndata har de allerede gevinster å vise til. Samtidig er det viktig å huske på at det er en logikk i hvordan data brukes i IT-system. Når flere datasystem bruker samme data så vil det gi gevinster.
- Det ble spurt om det tilegnes tid til forskning på dette. Helseplattformen svarte at de har invitert til et forskerseminar, hvor det er ønskelig å forske på strukturert journal og SNOMED CT. Helseplattformen ønske å stimulere til at det blir et forskernett rundt Helseplattformen.
- Det ble spurt om det gjøres nok rundt det å vise gevinster og dele erfaringer. Helse Midt RHF kommenterte at det er ønskelig å dele mer, men de har ikke mer ressurser til å gjøre det nå. Det er begrenset av kapasitet slik situasjonen under dagens situasjon.

4. HelsaMi – Oppfølgingsprogram ved Kristine Holbø, St. Olavs hospital

Innspill:

- Det ble stilt spørsmål om fastlegene som får oppgaver av sykehuset, kan involveres i oppfølgingssystemet. Svaret var at fastlegene kan være med når de blir koblet på. Det er også et ønske om at hjemmetjenesten skal kobles på.

- I dag er det utfordringer med å hente inn data som ikke er definert som journaldata. Det som er bra med Helseplattformen er at alle data er en del av journalen.
- Her er det potensiale for å koble opp kommunehelsetjenesten, men en må være oppmerksom på hvem som er ansvarlig for mottak av varsel og hvordan varsel skal håndteres.
- Digital hjemmeoppfølging er en viktig satsing både i Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF. Det er forskjellige teknologivalg, men målbildet er det samme.
- Det ble stilt spørsmål om lock-in og om det er noen prosesser som ser på mulighetsrommet totalt. Svaret var at teknologien nok ikke vil sette begrensninger, men evnen til å gjøre det kan nok per nå sette begrensninger. Akkurat nå er det mest viktig å følge opp om tjenesteutviklingen.

5. Helsepersonellutfordringene – bruk av Helseplattformen til strategisk styring ved Øystein Døhl, Trondheim kommune

Innspill:

- Dette er nyttig styringsverktøy for kommunene.
- Dette betyr at vi nå har verktøy for å planlegge vår egen alderdom. Med dette verktøyet kan vi samarbeide med helsepersonellet om hvordan vi kan bli værende i eget hjem så lenge som mulig. Det ble stilt spørsmål om kommunene klarer å bringe dette opp til beslutningstakere og politikere. Kommunen svarte at ettersom det er først nå de har fått data, så har de ikke involvert politisk nivå enda.
- Det ble gitt innspill om at her ligger det et stort potensial og viktigheten av å formidle det. Hvilke data ser man spesielt nytte av, hvilke data som er relevant å sette sammen. Det er mange kommuner som skal kjøpe pasientjournaler og det kan være nyttig å vite dette når kravspesifikasjonene skal utformes for eksempel.

6. Samhandling – «Organisatoriske effekter av informasjonsdeling i sanntid» ved Vibeke Ansnes, Trondheim kommune

Innspill:

- Det ble gitt innspill om at dette var et godt innlegg som illustrerer hvordan helsetjenesten henger sammen
- Det ble stilt spørsmål om hvordan samhandling på tvers forløp seg. Svaret var at når pasienten er på sykehus, så ser sykehjemmet all informasjon. Vi forsøker imidlertid å unngå sykehusinnleggelse av sykehjemspasienter, så har ikke mye erfaring med dette. Men sykepleierne på St. Olavs hospital har tilgang til informasjon fra sykehjemmet.
- Dette er et stort fremskritt. Det har vært svak samhandling med sykehjem (primær) og sykehus tidligere. Det ble stilt spørsmål om sykehjemmet merker at det er bedre med strukturert informasjon. Sykehjemmet svarte bekræftende på dette. Tidligere fikk de ingen informasjon, eller bare et sammendrag, mens nå kan de følge pasienten sin behandling dag for dag.
- Det ble stilt spørsmål om hvordan fastlegenes journal er integrert i løsningen. Fastlegene er bekymret for at det kan bli for mye informasjon. Svaret er at det er noen skranker som skal beskytte pasienten mot at all informasjon er tilgjengelig for alle. Det er mulig å sortere informasjon etter tjenstlig behov.

7. Praktisk legemiddelhåndtering ved Janne Kutschera Sund, Helseplattformen, og Astrid Hageler, Trondheim kommune

	<p>8. <u>Røros kommunes erfaring med velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) ved Maj Britt Fjerdings, Røros kommune</u></p> <p>9. <u>Innføring av Helseplattformen ved St. Olavs hospital ved Knut Jørgen Rotabakk, St. Olavs hospital</u></p> <p>10. <u>Dagens status: evaluering og læringspunkt ved Per Olav Skjesol, Helse Midt-Norge RHF og Hilde Grimnes Olsen, Helseplattformen</u></p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det ble stilt spørsmål om dette kun var en revisjon av prosjektet. Det bekreftet Helse Midt-Norge RHF og Helseplattformen AS. • Det ble stilt spørsmål om hva Helseplattformen AS gjør for å få flere fastleger over på løsningen. Helseplattformen AS svarte at det er foretatt en full revisjon av løsningen sammen med Epic og at det er flere fastleger med som sørger for at deres behov i løsningen er tydelige. <p>11. <u>Samhandling og effektivitet i fremtiden ved Marte Walstad, Trondheim kommune</u></p>
	<p>Vedtak: NUFA tar sakene til orientering.</p>
34/23	<p>Eventuelt</p>
	<p>Det kom ingen saker til eventuelt.</p>
	<p>Slutt dag 2</p>