

| <b>Møte i NUFA</b>  |  |  |
|---------------------|--|--|
| <i>Møte</i>         | Fagutvalget (NUFA)   |  |
| <i>Dato</i>         | 27. og 28. april 2022  |  |
| <i>Tid</i>          | 27. april kl. 10.00 – 16.00 og 28. april kl. 09.00 – 14.30   |  |
| <i>Sted</i>         | Radisson Blu, Gardermoen   |  |
| <i>Medlemmer</i>    | Lucie Aunan, Dir. for e-helse<br>Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF<br>Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF<br>Terje Bremnes, Helse Vest RHF<br>Ola Jøsendal, Helse Vest RHF<br>Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF<br>Kristian Onarheim, Helse Midt RHF<br>Randi Brendberg, Helse Nord RHF<br>Øyvind Broback, Helse Nord RHF<br>Heidi Slagsvold, KS<br>Egil Rasmussen, KS<br>Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune<br>Kirsti Pedersen, Oslo Kommune<br>Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune | Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune<br>Sunniva Rognerud, Steinkjer Kommune<br>Thore Thomassen, Helsedirektoratet<br>Børge Myrlund Larsen, Helsedirektoratet<br>Peter Holmes, FHI<br>Mohammad Nouri Sharikabad, FHI<br>Odd Martin Solem, Norsk helsenett SF<br>Petter Brelin, Legeforeningen<br>Gorm Braarvig, Digitaliseringsdirektoratet<br>Arnfinn Aarnes, FFO<br>Sverre Ur, Diabetesforbundet<br>Maren Krogh, Apotekforeningen<br>Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund |
| <i>Observatører</i> | Hilde Smedshammer, Helse- og omsorgsdepartementet  |  |

| Sak   | Agenda NUFA   | Tidspunkt    | Sakstype    |
|-------|---|--------------|-------------|
|       | <b>Dag 1</b>  |              |             |
| 13/22 | <b>Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 26. – 27. januar og ekstramøte i NUFA 22. mars 2022</b> | 10:00        | Godkjenning |
| 14/22 | <b>Orientering fra Direktoratet for e-helse</b>   | 10:05        | Orientering |
| 15/22 | <b>Innbygger- og helsepersonellundersøkelsen om e-helse 2021</b>  | 10:20        | Drøfting    |
| 16/22 | <b>Samarbeidsmodell for bruk av internasjonale standarder i helse- og omsorgssektoren</b>   | 11:05        | Drøfting    |
|       | <b>Lunsj</b>  | 11:35        |             |
| 17/22 | <b>Innføring av ny samhandlingsplattform i apotek</b>   | 12:35        | Orientering |
| 18/22 | <b>Utveksling av helseopplysninger mellom NAV og helsesektoren</b>  | 13:15        | Drøfting    |
|       | <b>Pause</b>  | 14:00        |             |
| 19/22 | <b>Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre</b>   | 14:15        | Drøfting    |
|       | <b>Pause</b>  | 14:55        |             |
| 20/22 | <b>Strategisk reguleringsplan</b>   | 15:10        | Drøfting    |
|       | <b>Slutt dag 1</b>  | <b>16:00</b> |             |
|       | <b>Middag</b>   | <b>18:30</b> |             |
|       | <b>Dag 2</b>  |              |             |
|       | <b>Velkommen</b>  | 09:00        |             |
|       | <b>Introduksjon til dagen</b>   | 09:10        |             |
| 21/22 | <b>Helsepersonelldagen NUFA</b>   |              | Drøfting    |
|       | Helse- og omsorgspersonell sin rolle, bidrag og medvirkning i digital transformasjon  | 09:15        |             |
|       | Hva sier forskning om Redusert helsepersonellbelastning ved bruk av IKT   | 09:45        |             |
|       | <b>Pause</b>  | 10:15        |             |
|       | Fra kvalifisert synsing til gode beslutninger: alle må med  | 10:25        |             |
|       | Gruppearbeid: Hvordan kan vi arbeide med å redusere helsepersonells belastning i fellesskap   | 10:55        |             |
|       | <b>Lunsj</b>  | 11:30        |             |

|              |   |  |  |
|--------------|---|--|--|
|              | Hva tenker helsepersonell selv om Reducing Clinicians burden i dag?   | 12:30  |  |
|              | Erfaringer med etablering av løsninger for innrapportering og utveksling av data mellom helsepersonell, registre, kommunene og andre under pandemien  | 13:35  |  |
|              | Hvordan standardisering kan redusere helsepersonells belastning   | 13:50  |  |
|              | Oppsummering  | 14:20  |  |
| <b>22/22</b> | <b>Eventuelt</b>  | 14:25  |  |
|              | <b>Slutt dag 2</b>  | <b>14:30</b>   |  |
|              |   |  |  |
| <b>Sak</b>   | <b>Onsdag 27. april 2022</b>  |  |  |
|              | <b>Start dag 1</b>  | <b>10:00</b>   |  |
| <b>13/22</b> | <b>Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 26. – 27. januar og ekstramøtet i NUFA 22. mars 2022</b>  | <b>Godkjenning</b>   |  |
|              | Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 26. – 27. januar og ekstramøtet i NUFA 22. mars 2022.  | <b>Vedlegg 1:</b><br>Referat fra NUFA 26. – 27. januar 2022<br><br><b>Vedlegg 1A:</b><br>Referat fra ekstramøte NUFA 22. mars 2022 |  |
|              | <b>Forslag til vedtak:</b><br>NUFA godkjenner innkalling og dagsorden.<br>NUFA godkjenner referatet fra møtet 26. – 27. januar og ekstramøtet 22. mars 2022.  |  |  |
| <b>14/22</b> | <b>Orientering fra Direktoratet for e-helse</b>   | <b>Orientering</b>   |  |
|              | Direktoratet for e-helse vil orientere NUFA om aktuelle saker.  | Ingen toppnotat  |  |
|              | <b>Forslag til vedtak:</b><br>NUFA tar sakene til orientering.  |  |  |
| <b>15/22</b> | <b>Innbygger- og helsepersonellundersøkelsen om e-helse 2021</b>  | <b>Drøfting</b>  |  |
|              | Direktoratet for e-helse vil presentere for NUFA hovedfunn fra innbygger- og helsepersonellundersøkelsen om e-helse 2021, drøfte resultatene og hvordan disse bør følges opp.                                   | <b>Vedlegg 2:</b><br>Toppnotat Innbygger- og helsepersonellundersøkelsen om e-helse 2021   |  |
|              | <b>Forslag til vedtak:</b><br>NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.  |  |  |
| <b>16/22</b> | <b>Samarbeidsmodell for bruk av internasjonale standarder i helse- og omsorgssektoren</b>   | <b>Drøfting</b>  |  |
|              | Direktoratet for e-helse ønsker å drøfte med NUFA utkast til samarbeidsmodell for internasjonale standarder som skal leveres til Helse- og omsorgsdepartementet 30. september 2022.                             | <b>Vedlegg 3:</b><br>Toppnotat Samarbeidsmodell for bruk av internasjonale standarder i helse- og omsorgssektoren                  |  |
|              | <b>Forslag til vedtak:</b><br>NUFA drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med innspill fra møtet i det videre arbeidet med samarbeidsmodell for internasjonale standarder i helse- og omsorgssektoren. |  |  |

|              |  |   |
|--------------|--|---|
| <b>17/22</b> | <b>Innføring av ny samhandlingsplattform i apotek</b>  | <b>Orientering</b>  |
|              | Apotekforeningen vil orientere NUFA om pågående arbeid med etablering og innføring av ny samhandlingsplattform (Eik) og nye apoteksystem (PCA). Apotekforeningen og Difa vil gi en presentasjon av bakgrunn for etablering av ny samhandlingsplattform, hva Eik er, styringsmodellen og dele deres erfaringer fra samarbeid om pasientjournal iht. pasientjournalloven §9. | <b>Vedlegg 4:</b><br>Toppnotat Innføring av ny samhandlingsplattform i apotek   |
|              | <b>Forslag til vedtak:</b><br>NUFA tar saken til orientering.  |   |
| <b>18/22</b> | <b>Utveksling av helseopplysninger mellom NAV og helsesektoren</b>   | <b>Drøfting</b>   |
|              | NAV ønsker å redegjøre for sine planer knyttet til utveksling av helseopplysninger mellom NAV og helsesektoren, og ønsker nasjonal styringsmodell sine innspill på dette.  | <b>Vedlegg 5:</b><br>Toppnotat Utveksling av helseopplysninger mellom NAV og helsesektoren  |
|              | <b>Forslag til vedtak:</b><br>NUFA tar saken til etterretning og støtter videre samarbeid om organisering og gjennomføring av kjøp av utviklingskapasitet for implementering av HL7 FHIR-profiler hos EPJ-leverandørene.   |   |
| <b>19/22</b> | <b>Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre</b>  | <b>Drøfting</b>   |
|              | Direktoratet for e-helse vil orientere NUFA om direktoratets oppdrag for arbeidet med automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre i 2022. Det vil bli gitt en presentasjon av hovedtrekkene i utviklingsretningen fra 2021 samt innretning av arbeidet og planer for arbeidet inneværende år.   | <b>Vedlegg 6:</b><br>Toppnotat Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre<br><br><b>Vedlegg 6A:</b><br>Sammendrag fra notat «2021 Notat Utviklingsretning automatisert innrapportering til helseregistre» |
|              | <b>Forslag til vedtak:</b><br>NUFA drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med innspill gitt i møtet i det videre arbeidet med oppdraget om automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre.  |   |
| <b>20/22</b> | <b>Strategisk reguleringsplan</b>  | <b>Drøfting</b>   |
|              | Direktoratet for e-helse arbeider med en strategisk reguleringsplan som skal gjøre det enklere for aktørene i helse- og omsorgssektoren å ta gode beslutninger for digitalisering. Saken fremmes for NUFA for å orientere om reguleringsplanen, få innspill og kommentarer, og invitere til samarbeid.   | <b>Vedlegg 7:</b><br>Toppnotat Strategisk reguleringsplan   |
|              | <b>Forslag til vedtak:</b><br>NUFA drøfte saken og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill gitt i møtet i det videre arbeidet med reguleringsplan.  |   |
|              | <b>Slutt dag 1</b>   | <b>16:00</b>  |

| Sak          | Torsdag 28. april 2022  | Sakstype  |
|--------------|---|---|
|              | <b>Start dag 2</b>  | <b>09:00</b>  |
|              | Velkommen og introduksjon til dagen   |   |
| <b>21/22</b> | <b>Helsepersonelldagen NUFA</b>   | <b>Drøfting</b>   |
|              | NUFA inviteres til gjennom innlegg, drøfting og gruppearbeid å gi innspill til hva sektor og nasjonale aktører bør følge opp og ha av tiltak for å redusere belastning ved bruk av IKT/e-helseløsninger for helsepersonell. | <b>Vedlegg 8:</b><br>Toppnotat<br>Helsepersonelldagen<br>NUFA |
|              | <b>Forslag til vedtak:</b><br>NUFA ber Direktoratet for e-helse legge fram ny sak om nasjonalt og internasjonalt arbeid for å redusere helsepersonellbelastning ved digital transformasjon i helse- og omsorgssektoren.     |   |
| <b>22/22</b> | <b>Eventuelt</b>  |   |
|              | <b>Slutt dag 2</b>  | <b>14:30</b>  |

| Referat fra møte i NUFA  |   |   |
|--------------------------|---|---|
| <i>Møte</i>              | Fagutvalget (NUFA)  |   |
| <i>Dato</i>              | 26. – 27. januar  |   |
| <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>         | Lucie Aunan, Direktoratet for e-helse<br>Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF<br>Terje Bremnes, Helse Vest RHF (fra kl. 12.20 dag 1)<br>Ola Jøsendal, Helse Vest RHF<br>Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF<br>Kristian Onarheim, Helse Midt RHF<br>Randi Brendberg, Helse Nord RHF<br>Øyvind Broback, Helse Nord RHF<br>Heidi Slagsvold, KS<br>Egil Rasmussen, KS<br>Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune<br>Kirsti Pedersen, Oslo Kommune<br>Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune (dag 1) | Sunniva Rognerud, Steinkjer Kommune<br>Thore Thomassen, Helsedirektoratet<br>Peter Holmes, FHI<br>Børge Myrlund Larsen, Helsedirektoratet<br>Mohammad Nouri Sharikabad, FHI<br>Petter Brelin, Legeforeningen<br>Gorm Braarvig, Digitaliseringsdirektoratet<br>Arnfinn Aarnes, FFO<br>Sverre Ur, Diabetesforbundet (dag 1)<br>Maren Krogh, Apotekforeningen<br>Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund |
| <i>Ikke til stede</i>    | Odd Martin Solem, Norsk helsenett SF<br>Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune<br>Thor J. Bragstad, Trondheim kommune (dag 2)   | Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF<br>Sverre Ur, Diabetesforbundet (dag 2)<br>Peter Holmes, FHI (dag 2)   |
| <i>Observatører</i>      |   |   |
| <i>Stedfortreder</i>     | Ronny Holten Olsen for Odd Martin Solem, Norsk helsenett SF   |   |
| Direktoratet for e-helse | Hans Löwe Larsen<br>Siv Ingebrigtsen  | Vibeke Jonassen Wang<br>Mai Linn Kinstad Chuaynoo<br>Karen Lima   |

| Sak  | Tema   | Sakstype    |
|------|--|-------------|
|      | <b>Dag 1</b>   |             |
| 1/22 | Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 27. – 28. oktober 2021. | Godkjenning |
| 2/22 | Orientering fra Direktoratet for e-helse   | Orientering |
| 3/22 | Kunstig intelligens – tilgang til data   | Drøfting    |
| 4/22 | Digital kompetanse og redusert helsepersonellbelastning  | Drøfting    |
| 5/22 | Tryggere bruk av helseapper  | Orientering |
| 6/22 | Helsedirektoratets strategi for Helseregistre 2022-2026  | Orientering |
| 7/22 | Referatform til møtene i NUFA  | Drøfting    |
|      | <b>Dag 2</b>   |             |
| 8/22 | Temadag om legemiddelområdet   | Orientering |
| 9/22 | Eventuelt  |             |

| Sak  | Onsdag 26. januar 2022  |
|------|---|
| 1/22 | <b>Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møtet i NUFA 27. – 28. oktober 2021</b>  |
|      | Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 27. – 28. oktober 2021.              |
|      | <b>Vedtak:</b><br>NUFA godkjenner innkalling og dagsorden.<br>NUFA godkjenner referatet fra 27. – 28. oktober 2021. |

|      |   |
|------|---|
| 2/22 | <b>Orientering fra Direktoratet for e-helse</b>   |
|      | Det var ingen saker meldt inn til orientering, derfor utgikk saken denne gang.  |
| 3/22 | <b>Kunstig intelligens – tilgang til data</b>   |
|      | <p>Hilde Margrethe Lovett, Direktoratet for e-helse, presenterte innsikt fra kartlegging av behov for data til kunstig intelligens i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet for e-helse ønsket å drøfte med NUFA om det finnes ytterligere behov som ikke er dekket i innsiktsrapporten, og hvilke behov og problemstillinger som er de viktigste å utrede videre.</p> <p>Følgende spørsmål ble stilt til medlemmene for drøfting:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finnes det ytterligere behov som ikke er dekket i innsiktsrapporten.</li> <li>• Hvilke behov og problemstillinger er de viktigste – hva bør vektlegges i prioriteringen.</li> </ul> <p><b>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FHI anbefaler at prosjektet vurderer Nasjonale Medisinske Kvalitetsregistre som en mulig datakilde da de oppfyller mange av de utvalgsriteriene som ble presentert. Videre informerte FHI om at det kan iverksettes automatiserte tiltak for å unngå brudd på personvernreglene når kunstig intelligens brukes på kildedata som tilbys, brukes og/eller aggregeres.</li> <li>• Legeforeningens representant ønsket mer oppmerksomhet rundt de kliniske behovene, slik at dette ikke blir et teknologidrevet prosjekt. Fremstillingen må være tydelig slik at alle ser fordelene med strukturerte data og kunstig intelligens.</li> <li>• Helsedirektoratet nevnte det å tilrettelegge for kunstig intelligens har vært et tema i arbeidet med helseregisterstrategien.</li> <li>• Apotekforeningen informerte NUFA om at den nye bransjeløsningen for apotekene er tilrettelagt for bruk av kunstig intelligens. Det er ikke implementert enda, men det er gjort mye tanker og forberedelser for å kunne bruke kunstig intelligens etter hvert.</li> <li>• NUFA hadde ikke innspill til prioriteringskriterier.</li> </ul> <p><b>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helse Nord RHF spurte om hva som ligger i å løfte forvaltning av standardiserte kliniske informasjonsmodeller. Direktoratet for e-helse presiserte at det er kommet frem som et ønske fra sektoren. Prosjektet skal se nærmere på behovet.</li> </ul> |
|      | <p><b>Vedtak:</b><br/>         NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>   |
| 4/22 | <b>Digital kompetanse og redusert helsepersonellbelastning</b>  |
|      | <p>Jon-Torgeir Lunke og Minna Maria Hernandez, Direktoratet for e-helse, inviterte NUFA til drøfting og refleksjon om hva slags digital kompetanseheving som er nødvendig for å redusere helsepersonellens belastning ved bruk av IKT-løsninger.</p> <p>Følgende spørsmål ble stilt til medlemmene for drøfting:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva er relevante kompetansebehov for å redusere helsepersonellbelastning fra IKT?</li> <li>- Hvordan bør en involvere helsepersonell for å imøtekomme behovet for redusert helsepersonellbelastning?</li> <li>- Hva er relevansen til kompetanse og helsepersonellbelastning?</li> </ul> <p><b>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legeforeningens representant påpekte at det er mange aspekter i dette. Det er viktig å tenke på brukervennlighet og ytelse i programmene, så vel som klinikers digitale kompetanse. Det er viktig at designere og utviklere har kjennskap til sektoren for å</li> </ul>   |

|      |   |
|------|---|
|      | <p>lage løsninger som er brukervennlige. Ved å gjøre noen designprinsipper rådene, kan mye være gjort for å unngå lange kurs for å forstå programmene og løsningene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Representant fra kommunene støttet innspillene fra Legeforeningen. Informatikere og IT-utviklingsmiljøene må ha større forståelse for arbeidsprosessene til klinikerne. Når det bygges arbeidsprosesser i systemene, må en klare å utnytte digitaliseringen. Tjenestedesign er viktig og må brukes til bedre datafangst mellom systemer, ikke til å lage nye portaler.</li> <li>• KS sin representant påpekte at det fort blir veldig legefokusert, og at de ikke utgjør flertallet av helsepersonell. Designprinsippene trenger ikke være så forskjellige. Noen systemer kan øke stresset og belastningen for brukerne, og derfor ikke tatt i bruk.</li> <li>• Helse Sør-Øst RHF støtter innspillene fra Legeforeningen. I tillegg nevnes påloggingsproblematikk og at det er viktig med mulighet for single sign-on i applikasjonene. Automatisert datafangst fra utstyr som produserer data uavhengig av lokasjon, automatisert informasjonsflyt og betaling for dette ble også trukket frem som viktig å ta med seg videre. Fra et arkitekturperspektiv er det viktig å ha fokus på dette i større omfang enn det er i dag.</li> <li>• Representant fra kommunene påpekte at tilgjengelighet er noe av det viktigste. Ofte er det ikke opplæringen og det å forstå systemet som er problemet, men å ikke ha tilgang til informasjon/systemet når en trenger det. Det gas støtte til viktigheten av single sign-on.</li> <li>• Helse Midt-Norge RHF tilføyet at det å holde pasientkontekst på tvers av systemer er en viktig faktor å ha med seg i det videre arbeidet.</li> </ul>  |
|      | <p><b>Vedtak:</b><br/>       NUFA tar saken til orientering. Innspillene brukes til å fremme en ny sak om:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Status på arbeidet med Reducing Clinician burden i Norge</li> <li>b) En bredere anlagt sak om digital kompetanse i løpet av 2022</li> </ol>  |
| 5/22 | <p><b>Tryggere bruk av helseapper</b></p>   |
|      | <p>Arve Paulsen, Helsedirektoratet, presenterte prosjektet «Tryggere helseapper» for NUFA. Helsedirektoratet ønsket å sikre videre forankring av arbeidet med det som kan bli den nasjonale modellen for evaluering av helseapper, og få innspill til styringsmodell.</p> <p><b>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helse Midt-Norge RHF nevnte det er stor etterspørsel til markedsføring av apper på Helsenorge. Det bør være en diskusjon rundt hvem som skal godkjenne og gå god for det faglige innholdet som er på Helsenorge.</li> <li>• Legeforeningens representant informerte om at klinikere føler seg tryggere på å anbefale en app som ligger på en offisiell nettside lagt ut av myndighetene. Videre ble det understreket at realiseringen av dette er viktigere enn det å få all dataen fra appene inn i EPJ-systemene.</li> <li>• Helse Midt-Norge RHF spilte inn viktigheten av å reflektere over om vi hindrer eller stimulerer innovasjon i dette arbeidet.</li> </ul> <p><b>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direktoratet for e-helse spurte om det er tatt stilling til hvordan ivareta datasikkerhet og databehandleransvaret når noen ønsker å dele data i appen med helsevesenet. Helsedirektoratet svarte at dette er en krevende problemstilling, og noe som trolig ikke blir svart ut nå den første fasen hvor vi primært jobber med apper som ikke skal dele data. Videre informerte Helsedirektoratet om at datasikkerhet er en av de fire evalueringskriteriene de har med i rammeverket.</li> <li>• Representant fra kommunene stilte spørsmål om det ligger en avgrensning ved at appene rettes mot innbygger og pasient, og ikke mot helsepersonell, Det er noe uklart hvor rammene for arbeidet ligger. Helsedirektoratet svarte at de foreløpig kun har sett på det som treffer innbygger, men at de etter hvert også vil rette seg mot helsepersonell.</li> </ul> |

|             |  |
|-------------|--|
|             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Helse Sør-Øst RHF stilte spørsmål om hvordan en forholder seg til Schrems II og datafangst mellom appene. Helsedirektoratet svarte at de problemstillingene må berøres og vurderes nøyere i det videre arbeidet etter at første fase er unnagjort.</li> </ul>   |
|             | <p><b>Vedtak:</b><br/>NUFA tar saken til orientering.</p>  |
| <b>6/22</b> | <b>Helsedirektoratets strategi for Helseregistre 2022-2026</b>   |
|             | <p>Håkon Haaheim, Helsedirektoratet, informerte NUFA om strategi for sentrale helseregistre vedtatt i Helsedirektørens ledermøte den 9. november og overlevert Helse- og omsorgsdepartementet den 23. november.</p> <p><b>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>FHI så mange likhetstrekk mellom utfordringene som ble beskrevet og de som jobbes med i FHI for øyeblikket. FHI jobber med en strategi for digital beredskap for smittevern, hvor mange av problemstillingene går på tilgang og deling av data. Strategien publiseres om ca. en måned og det kan være nyttig å jobbe sammen rundt dette når den kommer ut. Det må blant annet lages rutiner for datautlevering til nye grupper. KS gjør også en jobb knyttet til dette.</li> <li>Helse Vest RHF ytret ønske om å kunne diskutere graden av delegering ut til tjenesten. Videre var det ønskelig med et tettere samarbeid for å få ut mest mulig nytte av data som leveres inn.</li> <li>Digitaliseringsdirektoratet opplyste om at EU har en datastrategi (med mye fokus på trussel på big tech), men at den kanskje likevel kan være nyttig.</li> </ul> <p><b>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Digitaliseringsdirektoratet stilte spørsmål om etikk-ansvaret, om det vil sentraliseres eller om en anvender kilderegistrene. Videre ble det stilt spørsmål om hvordan sikre seg mot fremtidens "compliance". Digitaliseringsdirektoratet påpekte også at det er mye snakk om GDPR/SCHREMS, og at man også må være herdet mot fremtidens krav til personvern og sikkerhet, og spurte videre hvordan man håndterer fremtidsscenario i så måte. Helsedirektoratet svarte at fremtidens compliance er en utfordring. De vet det skjer ting både i EU og internasjonalt som kommer til å påvirke oss. Det de gjør helt konkret i registrene, er at de har tyngde på jurister med kunnskap om internasjonal GDPR som jobber med informasjonssikkerhet og personvern, i tillegg til deres Personvernansvarlige. Det er stort fokus på dette. Et av de interne tiltakene er å se på fremtidig informasjonssikkerhet rundt registrene.</li> <li>Apotekforeningen spurte om det er riktig forstått at denne strategien kun omfatter NPR/KPR. Helsedirektoratet svarte at det var Helsedirektoratets helseregistre som ble utlyst i oppdraget, men de antar at strategien kan brukes videre til andre registre også.</li> </ul> |
|             | <p><b>Vedtak:</b><br/>NUFA tar informasjon om Helsedirektoratets strategi for sentrale helseregistre til orientering.</p>  |
| <b>7/22</b> | <b>Referatform til møtene i NUFA</b>   |
|             | <p>Hans Löwe Larsen, Direktoratet for e-helse, la frem til drøfting i NUFA om hvilket detaljeringsnivå referatene etter møtene i utvalget bør ha. Det ble utvekslet erfaringer og informasjon om hvordan referatet følges opp i etterkant av møtene hos de ulike aktørene.</p> <p><b>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Det var bred enighet om at dagens detaljeringsnivå på referatene er gode.</li> <li>Det er ønskelig at sakene blir plassert i en kontekst, gjerne med henvisning til tidligere saker i styringsmodellen og informasjon om den videre prosessen.</li> </ul>  |



|  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Når det i vedtaket står at innspillene blir tatt med i det videre arbeidet er det viktig at innspillene referatføres. Det er ønskelig at innspill til orienteringssaker også referatføres.</li> <li>Medlemmene i NUFA kan være tydeligere i hva de ønsker skal være med i referatet når de kommer med innspill.</li> <li>Det er viktig å tydeliggjøre aksjonspunkter som kommer ut av møtet.</li> <li>Det er ønskelig at det referatføres hvem som kommer med de ulike innspillene.</li> <li>Det viktigste er å legge energi i sakspapirene og saksfremleggene.</li> <li>Det er fint med lenker til mer informasjon og kortere punktvis referat.</li> <li>I enkelte sammenheng er det viktig med et detaljeringsnivå for distribuering av referatene videre i organisasjonen.</li> </ul> |
|  | <p><b>Vedtak:</b><br/>NUFA drøftet saken og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i arbeidet med å ferdigstille retningslinjer oppsett for referatet.</p>   |
|  | <p><b>Slutt dag 1</b></p>   |

| Sak  | Torsdag 27. januar 2022   |
|------|---|
| 8/22 | <b>Temadag om legemiddelområdet</b>   |
|      | <p>Til temadagen om legemiddelområdet inviterte Direktoratet for e-helse mange aktører for å vise bredden i aktiviteter som pågår knyttet til digitalisering av legemiddelområdet.</p> <p>Det vises til sakspapirene og presentasjonene som ligger på <a href="#">NUFA sine sider på ehelse.no</a> for informasjon om det som ble presentert i møtet. Innspillene som kom inn gjengis under her til hver presentasjon.</p> <p><u>Status for arbeidet med legemiddelgrunndata i SLV ved Helga Festøy.</u></p> <p><b>Følgende innspill og spørsmål kom inn i diskusjonen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Helse Midt-Norge RHF påpekte at SLV har gjennomført en digital reise i arbeidet med SAFEST. Det er viktig at erfaringene fra dette arbeidet tas med inn i arbeid med grunndata for legemiddelinformasjon som Direktoratet for e-helse har gått i oppdrag gjennom tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2022</li> <li>Helse Vest RHF etterspurt oversikt over hvilke kilder FEST og SAFEST får data fra. SLV svarte dette delvis ut i møtet.</li> </ul> <p>Som en oppfølging av denne saken er det i etterkant av NUFA innhentet lenker til kilder som brukes i <a href="#">FEST</a> og <a href="#">SAFEST</a>.</p> <p><u>Felles grunndata for legemiddelinformasjon ved Sonja Turøy Brugman, Direktoratet for e-helse.</u></p> <p><b>Følgende innspill og spørsmål kom inn i diskusjonen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Legeforeningen og Helse Midt-Norge RHF støttet metodikken som er foreslått for å få kartlagt og analysert det samlede behov for grunndata på legemiddelinformasjon. Representant fra kommunene uttrykte også støtte til arbeidet, men er bekymret for at behovene kan være utømmelige dersom man går for bredt ut når man skal innhente behov fra interessentene. Alle som uttalte seg, mener det er viktig at man fokuserer på det som gir klinisk nytte.</li> <li>Digitaliseringsdirektoratet savnet at man i metodikken jobber agilt, med fokus på fortløpende leveranser, realisering av gevinster og fortløpende evaluering og justering av tiltak.</li> <li>Helse Midt-Norge RHF spilte inn at det kan være flere rammebetingelser som legger føringer for realisering av behov. Det er viktig å ha med riktig fagkompetanse når man</li> </ul> |

skal vurdere hva som er kliniske og teknologiske behov for å utvikle gode grunndata-tjenester.

- SLV foreslo at de tekniske utfordringene ved at flere grunndatakilder eksisterer parallelt utredes konkret. Kost og nytte ved å slå kildene sammen bør også utredes konkret

Legemiddeldata for analyse og forskning ved Mohammad Nouri Sharikabad, FHI.

**Følgende innspill og spørsmål kom inn i diskusjonen:**

- Fastlegenes representant uttrykte ønske om at legemiddelstatistikken prioriteres tilgjengeliggjort hos de som forskriver legemidler. Tilgang til sanntidsinformasjon vil bidra til å øke kvaliteten i pasientbehandlingen. FHI svarte at de erkjenner viktigheten av at innsamlet data bør brukes mest mulig og nevnte RAK-antibiotika prosjektet som et eksempel.
- Helse Vest RHF spurte om man i et lengre perspektiv ser på mulighet for at all legemiddelhåndtering samles i en felles nasjonal legemiddeljournal. FHI svarte at det er et spørsmål som ligger utenfor deres mandat. FHI fokusere på det å få systemene til å snakke sammen og vil gjerne samle data på legemiddelbruk fra alle systemer på innlagte pasienter i legemiddelregisteret. Direktoratet for e-helse kommenterte at erfaringene fra Helseplattformen i denne sammenhengen er viktig å følge med på.
- Helse Vest RHF informerte om at de har hatt en lignende prosess knyttet til interregionalt oppdrag for implantater. Faktoren for å få et nasjonalt implantatregister var at man samlet disse dataene nasjonalt.

Normerende virkemidler for å understøtte områdeplanen, inkludert internasjonale standarder ved Håkon Larsen og Martha Schei Hynne, Direktoratet for e-helse.

**Følgende innspill og spørsmål kom inn i diskusjonen:**

- Helsedirektoratet kom med innspill om å invitere Helsetilsynet til NUFA for å presentere deres rapporter som er laget på dette området.
- Digitaliseringsdirektoratet inviterte Direktoratet for e-helse til tettere samarbeid knyttet til dette arbeidet.

Arbeid i Helsedirektoratet ved Børge Myrlund Larsen og Thore Thomassen.

Det kom ingen innspill på presentasjonen av NOU-arbeidet som skal utrede fremtidens apotek. Innspillene er knyttet til digitalisering av veiledere/normerende produkter hvor veileder for Antibiotikabruk som eksempel.

**Følgende innspill og spørsmål kom inn i diskusjonen:**

- NUFA gav støtte til arbeidet og mener det er riktig retning å gå.
- Helse Midt-Norge RHF nevnte viktigheten av å ha en god dialog med forvaltningen i dette arbeidet. Fordelene med å få korrigeret informasjon oppstår først når informasjonen blir tilgjengelig hos klinikerne. Da kan vi få til en mer iterativ prosess.
- Helse Midt-Norge RHF var positive til at hele EIF-modellen er brukt inn i arbeidet. Videre ble det spurt om når API-et kan være tilgjengelig. Helsedirektoratet svarte at API-et vil være tilgjengelig i løpet av 2022, men at det er testversjoner i drift nå.
- Helse Vest RHF gav innspill om at det vil være hensiktsmessig å få den faglige og tekniske forvaltningen sammen, for å sikre kontinuerlig oppdaterte veiledere. Helsedirektoratet kommenterte at den tekniske forvaltningen er mye bedre, mens den faglige forvaltningen må det jobbes videre med.
- Fastlegenes representant påpekte at nytten av arbeidet først kommer når det er implementert i EPJ og spurte om det er planer om en aktiv tilnærming til EPJ-

|      |  |
|------|--|
|      | <p>leverandørene slik at dette blir innført og gir klinisk nytte. HelseDirektoratet svarte de er i tett dialog med flere EPJ-leverandører.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HelseDirektoratet kommenterte avslutningsvis at de er avhengige av å gjøre dette sammen med sektoren og at de har hatt et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Sektoren uttrykker sterkt behov for dette.</li> </ul> <p><u>Beslutningsstøtte som Medisinsk Utstyr (MU) ved Petter Alexander Strømme, SLV</u></p> <p><b>Følgende innspill og spørsmål kom inn i diskusjonen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helse Vest RHF spurte om det er sett på nytteverdi dersom FEST interaksjonsvarslingssystemet hadde blitt vurdert som Medisinsk Utstyr. SLV svarte at det ikke er gjort. Det er kun vurdert hvorvidt det er Medisinsk Utstyr eller ikke.</li> <li>• Helse Sør-Øst RHF stilte spørsmål om det er forskjellig vurdering på om en maskin eller programvare er MU, dersom produktet er produsert for internt bruk eller om det er produsert for salg. SLV svarte at det er egne krav for kommersiell bruk, men at vurderingene generelt sett er like. Man må gjennom software-veilederen uansett.</li> </ul> <p><u>Status for utprøving av PLL og praktisk erfaring fra arbeid med legemiddelliste</u></p> <p>Følgende innlegg ble holdt under temaet status for utprøving av PLL og praktisk erfaring fra arbeid med legemiddelliste. Kommentarer og diskusjon ble gjort etter gjennomgang av alle innleggene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Utprøving av PLL i Bergen ved Erik M. Hansen, Helse Vest RHF.</i></li> <li>• <i>Status fra Program pasientens legemiddelliste ved Rune Røren, Direktoratet for e-helse.</i></li> <li>• <i>Tilnærming til PLL fra kommune og KS ved Heidi Slagsvold og Lars Nedrelid, KS</i></li> <li>• <i>Tilnærming til PLL i Helse Sør-Øst ved Ulf Sigurdson, Helse Sør-Øst RHF</i></li> <li>• <i>Erfaring med legemiddelliste i Helseplattformen og arbeidet med SAFEST ved Janne K. Sund og Per Olav Skjesol, Helse Midt-Norge RHF.</i></li> </ul> <p><b>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legeforeningen takket Helse Vest og Bergen kommune for å gå først i dette viktige arbeidet. Det ble påpekt at det er en kompleks situasjon i kommunene, og foreslått at man rigger et nasjonalt prosjekt når dette skal innføres, og at sykehusene leder arbeidet for å hjelpe kommunene med innføring. Som innspill til at det i stor grad vil være fastlegene som oppretter PLL, ble det påpekt at det er ca. 200.000 nordmenn som mangler fastlege. Det er viktig at også disse får PLL.</li> <li>• Helse Vest RHF påpekte at «stafettpinne-prinsippet» kanskje bør vurderes som en ny digital samhandlingsmodell som kan fungere på andre områder, for eksempel sykemelding. Videre ble det påpekt at terminologien må være presis, og at man bør unngå å bruke begrepet «legemiddelliste» ved inn- og utskrivning. Det ble foreslått å heller bruke «kvalitetssikring av inngående og utgående PLL».</li> <li>• Helse Midt-Norge RHF minnet om at det er viktig å fokusere på klinikerens rolle, tilpasse de tekniske løsningene til klinikerens behov og arbeidsflyt og anerkjenne at det er forskjellige lokale behov. Det er derfor viktig å ikke generalisere for mye, og bevare fleksibiliteten i de tekniske løsningene. Det er viktig å ha nasjonale prinsipper for arkitektur og at disse følges opp for å få løsninger til å spille sammen.</li> </ul> |
|      | <p><b>Vedtak:</b><br/>NUFA tar saken til orientering.</p>  |
| 9/22 | <p><b>Eventuelt</b><br/>Ingen saker til eventuelt.</p>   |
|      | <p><b>Slutt dag 2</b></p>  |

| Referat fra ekstramøte i NUFA |  |   |
|-------------------------------|--|---|
| <i>Møte</i>                   | Fagutvalget (NUFA)   |   |
| <i>Dato</i>                   | 22. mars   |   |
| <i>Tid</i>                    | Kl. 14.30 – 16.30  |   |
| <i>Sted</i>                   | Videomøte  |   |
| <i>Medlemmer</i>              | Lucie Aunan, Direktoratet for e-helse<br>Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF<br>Ola Jøsendal, Helse Vest RHF<br>Randi Brendberg, Helse Nord RHF<br>Øyvind Broback, Helse Nord RHF<br>Heidi Slagsvold, KS<br>Egil Rasmussen, KS<br>Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune<br>Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune | Thore Thomassen, Helsedirektoratet<br>Peter Holmes, FHI<br>Mohammad Nouri Sharikabad, FHI<br>Odd Martin Solem, Norsk Helsenet SF<br>Petter Brelin, Legeforeningen<br>Gorm Braarvig,<br>Digitaliseringsdirektoratet<br>Maren Krogh, Apotekforeningen<br>Sverre Ur, Diabetesforbundet |
| <i>Ikke til stede</i>         | Terje Bremnes, Helse Vest RHF<br>Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF<br>Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF<br>Kristian Onarheim, Helse Midt RHF<br>Kirsti Pedersen, Oslo Kommune  | Sunniva Rognerud, Steinkjer Kommune<br>Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune<br>Børge Myrlund Larsen, Helsedirektoratet<br>Arnfinn Aarnes, FFO<br>Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund  |
| <i>Observatører</i>           |  |   |
| <i>Stedfortreder</i>          |  |   |
| Direktoratet for e-helse      | Hans Löwe Larsen<br>Siv Ingebrigtsen   | Vibeke Jonassen Wang<br>Mai Linn Kinstad  |

| Sak   | Tema  | Sakstype    |
|-------|---|-------------|
| 10/22 | Godkjenning av innkalling og dagsorden.                         | Godkjenning |
| 11/22 | Ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023 – utkast til mål og tiltak | Drøfting    |
| 12/22 | Eventuelt   |             |

| Sak          | Tirsdag 22. mars 2022   |
|--------------|---|
| <b>10/22</b> | <b>Godkjenning av innkalling og dagsorden</b>   |
|              | Ingen innspill.   |
|              | <b>Vedtak:</b><br>NUFA godkjenner innkalling og dagsorden.  |
| <b>11/22</b> | <b>Ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023 – utkast til mål og tiltak</b>  |
|              | Siv Ingebrigtsen, Direktoratet for e-helse, orienterte om prosessen for ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023 og la frem utkast til mål i ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023.<br><br>Det ble etter hvert inndelt i grupper for å diskutere målene og forslag til tiltak per mål, etterfulgt av en plenumspresentasjon- og diskusjon.<br><br><b>Følgende innspill ble tatt med som generelle innspill fra møtet:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det var en diskusjon om digitaliseringsperspektivet skal vises til eksplisitt gjennom visjon og målformuleringer. Det er viktig at man får frem at digitalisering er et av flere hjelpemidler som skal dra sektoren mot de overordnede helse- og omsorgspolitiske målene.</li> <li>• Det refereres mye til verktøy og løsninger. Det blir viktig å også få frem transformasjonen og endringsreisen som er viktig for å få til målene og gevinstene.</li> <li>• Det ble også påpekt at strategien er bred og rommer mange ulike tiltak. Tiltakene som foreslås i strategien bør derfor være mer konkrete.</li> </ul> |

- Det bør være bevisst bruk av ordene «innbygger» og «pasient» i målformuleringene.
- Under visjonen er det flere nivåer med mål. Det foreslås en forenkling.
- Det ble løftet at folkehelse og beredskap ikke kom tydelig nok frem i målbeskrivelsene slik de forelå.
- Det ble stilt spørsmål om hvordan klimaperspektivet knyttet til digitalisering i helse- og omsorgssektoren bør bli mer eksplisitt trukket frem i strategien.
- Det etterspørres tydelighet på hva som er formålet med tiltakene som foreslås i strategien. Det er viktig å være tydelig på at det er tiltak som supplerer eksisterende tiltak i sektor, og at listen med forslag per mål vil bli bearbeidet og prioritert før høring. Tiltakene skal bidra til å samle sektoren om hvilke initiativ som bør igangsettes, og kan bli grunnlag for å sette i gang og få finansiering for initiativ på nasjonalt nivå.

**Følgende innspill ble notert fra presentasjoner av gruppeoppgaven om målene og utkast på tiltak for de ulike målene**

**MÅL 1 - SAMARBEID FOR Å NÅ MÅLENE gjennom styrket samarbeid i sektoren, på tvers av offentlig sektor og med forskning, næringsliv, innbyggere og internasjonalt**

- Målet bør tydeliggjøres som en forutsetning for å nå de andre målene.
- Det er viktig å utnytte samarbeidsarenaene som allerede eksisterer, og vise til kobling til kommunal styringsmodell og helsefellesskapene.
- Det er lang vei å gå på tverrsektorielt samarbeid – her bør det iverksettes tiltak.
- Det er viktig å gi trygghet om at næringsliv ønskes som en reell part.
- Det ble stilt spørsmål om enkelte formuleringer i forslagene på tiltak.

**MÅL 2 - ENKEL OG TRYGG HVERDAG gjennom sikker og brukervennlig digital støtte**

- Det er høyt fokus på EPJ i målbeskrivelsen og tiltakene, det bør sørges for at annen digital støtte som helsepersonell bruker kommer frem.
- Det er ikke nødvendigvis enkeltverktøyene som er for dårlig, men summen av mange verktøy man må forholde seg til.
- Bør få tydeligere frem beslutningsstøtte som en del av målet.

**MÅL 3 - AKTIV MEDVIRKNING gjennom behovsstyrte tjenester og mulighet for involvering i egen og næres helse**

- En aktiv innbygger innebærer at innbyggere får tilgang mer og ny type informasjon. Det medfører behov for et tiltak som sikrer en hensiktsmessig utvikling for både innbygger og helsetjenesten.
- Det bør legges til en avhengighet mot arbeid med å øke helsekompetanse.
- Det er ikke nødvendigvis begrenset tilgang på verktøy som er utfordringen, det er heller mangel på plan/strategi/føringer på dette området.
- Fokus bør utvides fra Helsenorger til flere innbyggerportaler.
- Tiltak knyttet til å øke pårørendes muligheter er viktige.
- Det ble gitt konkrete forslag til reformuleringer av enkelte av tiltakene.

**MÅL 4 - NYSKAPENDE HELSETJENESTE der innsikt fra data utnyttes til utvikling og innovasjon i helse- og omsorgstjenesten**

- Status på helseanalyseplattformen bør belyses i dette målet. Det er grunnleggende for hvilke nye tiltak det er behov for.
- Det bør legges til en avhengighet mot bærekraftige finansieringsmodeller.
- Det er også en viktig avhengighet opp mot informasjonsforvaltning og datakvalitet.
- Det var støtte om forslag om å igangsette fyrtårnprosjekter/pilotprosjekter på et eller flere konkrete problemstillinger knyttet til sekundærbruk av data for å lære av utfordringer og hva som må løses for å utnytte data bedre.

|                     |   |
|---------------------|---|
|                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det ble stilt spørsmål om det er mulig å bygge opp nasjonale data-analyseløsninger.</li> <li>• Det må sees til de allerede pågående dataanalyteløsningene som pågår i sektor.</li> <li>• Det kan legges mer vekt på at tilgjengeliggjøring av data kan stimulere til innovasjon, både hos aktørene og i leverandørmarkedet.</li> </ul> <p><b>MÅL 5 - HELHETLIG DIGITAL SAMHANDLING gjennom å sørge for at informasjon følger pasienten på tvers av aktører</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• På dette målet er det mange store, viktig tiltak som allerede pågår, eksempelvis Pasientens legemiddelliste og Program digital samhandling.</li> <li>• Det ble trukket frem konkrete eksempler på journaler som bør tilrettelegges for nasjonalt, herunder Nasjonal svangerskapsjournal og Nasjonal flyktnings journal.</li> </ul> <p><b>MÅL 6 - STYRKET GJENNOMFØRINGSKRAFT gjennom tilpasning av sentrale virkemidler som regelverk og finansieringsmodeller</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Målet henger tett sammen med styring og organisatoriske avklaringer, som er et viktig virkemiddel.</li> <li>• Tiltaket om finansieringsmodeller bør konkretiseres i større grad.</li> <li>• Tiltaket om regelverksutvikling skapte diskusjoner, og det ble forespurt en omformulering. Det er et område som trengs å løftes, men det må utvikles tiltak som håndterer dette på en balansert måte der vi både vurderer hvordan man skal jobbe innenfor dagens rammebetingelser og hvordan man gradvis kan utfordre regelverket.</li> </ul> <p>Skriftlige innspill mottatt i etterkant av møtet er tatt med i referatet.</p> |
|                     | <p><b>Vedtak:</b><br/>         NUFA ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill til målbeskrivelse og tiltak i det videre arbeidet med utkast til ny e-helsestrategi.</p>  |
| <p><b>12/22</b></p> | <p><b>Eventuelt</b></p>   |
|                     | <p>Det kom ingen saker til eventuelt.</p>   |

Til Møte 3/22  
Dato 27.04.2022  
Saksnummer 15/22  
Innretning Drøfting

Fra Robert Nystuen  
Saksbehandler Lene Rathe og Ole Bryøen

## Innbygger- og helsepersonellundersøkelsen om e-helse 2021

### Forslag til vedtak

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

### Hensikt med saken

Hensikten med saken er å presentere hovedfunn fra innbygger- og helsepersonellundersøkelsen om e-helse 2021, drøfte resultatene og hvordan disse bør følges opp.

For diskusjon:

- Innbyggerundersøkelsen (2021):
  - Nesten 1 av 3 innbyggere ønsker seg flere digitale helsetjenester enn de har tilgang til i dag. Ønskene er oftest knyttet til journal, prøvesvar, oversikt over egen informasjon og digital kommunikasjon.
  - Når innbyggerne spørres helt åpent, er bedre tekniske løsninger (app som fungerer, personvern, ta hensyn til ulike brukere mv.) (32 %), felles nasjonalt system (alt på ett sted, dele journal) (17 %) og fortsatt tilgang til fysisk konsultasjon/kontakt (12 %) hyppigste innspill for digitalisering av helsetjenestene.
  - Eventuelt andre funn NUFA mener bør drøftes.
- Helsepersonellundersøkelsen (2021):
  - Over 4 av 10 helsepersonell er bekymret for at pasientenes helseopplysninger ikke vil være tilgjengelig i en akutt situasjon.
  - Når helsepersonell spørres helt åpent, tror nærmere 4 av 10 at felles journalsystem vil påvirke og endre helse- og omsorgssektoren på lengre sikt. Deretter følger e-konsultasjon (28 %) og digitale hjemmetjenester (15 %).
  - Eventuelt andre funn NUFA mener bør drøftes.
- Hvor er det eventuelt behov for ytterligere og/eller dypere innsikt til senere gjennomføringer av undersøkelsene?

## Bakgrunn

Direktoratet for e-helse har siden 2019 utført årlige kartlegginger av henholdsvis innbyggernes og helsepersonells bruk av, holdninger til og tilfredshet med digitale helsetjenester.

Formålet med undersøkelsene er bedre innsikt i innbyggernes og helsepersonells bruk av og holdninger til digitale helsetjenester og hvordan disse eventuelt endrer seg over tid. Målingene kartlegger også overordnet tilfredshet med de digitale helsetjenestene. Videre står det sentralt å sammenholde funn fra innbyggerundersøkelsen opp mot funn fra undersøkelsen rettet mot helsepersonell. På den måten ønsker vi å få innsikt i om og eventuelt hvordan innbyggere og helsepersonell har divergerende holdninger til digitale helsetjenester.

Undersøkelsene inngår som en del av kunnskapsgrunnlaget i [Nasjonal e-helsemonitor](#). Funn fra undersøkelsene benyttes til rapportering om utvikling til beslutningstakere, monitorering over tid og som innspill til direktoratets egen virksomhet og andre virksomheter om hvilke prioriteringer man bør ta innenfor e-helseområdet fremover.

### 1. Hovedfunn fra [innbyggerundersøkelsen om e-helse 2021](#)

- ✓ **Etter en betydelig vekst fra 2019 til 2020, har andelen innbyggere som benytter digitale helsetjenester utviklet seg stabilt fra 2020 til 2021:** Andelen innbyggere som har benyttet digitale helsetjenester i løpet av de siste 12 månedene økte fra 33 % i 2019 til 48 % i 2020. I 2021 var denne andelen 46 %, dvs. stabil utvikling fra 2020. (Endringen er ikke utenfor feilmarginen i målingen.) Stadig flere innbyggere har brukt tjenestene *tre eller flere ganger* uten å besøke lege eller sykehus fysisk årlig i perioden fra 2019 til 2021. Økt bruk av digitale helsetjenester henger sammen med covid-19-pandemien som har gitt mer bruk av teknologi i lys av begrensninger på fysisk og sosial kontakt.
- ✓ **Blant innbyggerne som har hatt digital kontakt med fastlege eller privat allmennlege/legesenter i løpet av de siste 12 månedene, har andelen som har hatt videokonsultasjon holdt seg uendret på 24 % i 2021 etter en betydelig vekst på 18 prosentpoeng fra 2019 (4 %) til 2020 (22 %).**
- ✓ **Tilliten til at helseopplysninger lagres trygt har økt.** Om lag 7 av 10 innbyggere har stor tillit til at kun helsepersonell som har behov for det ser på ens journal (konfidensialitet) og en tilsvarende andel har stor tillit til at ens helseopplysninger er lagret slik at utenforstående ikke får tilgang til dem i 2021. 1 av 5 har *svært stor tillit* til hver av disse påstandene i 2021, en økning på 10 prosentpoeng fra 2019.
- ✓ **Det er delte meninger blant innbyggerne om de er bekymret for at helsepersonell ikke vil ha tilgang til helseopplysningene deres i en akutt situasjon:** 45 % er enig i påstanden «Jeg er bekymret for at helseopplysningene mine ikke vil være tilgjengelig for helsepersonell i en akutt situasjon» og en like stor andel er uenig i 2021. Andelen som er enig i at de er bekymret, har blitt redusert med 7 prosentpoeng siden 2019.
- ✓ **Innbyggernes holdninger til digitale helsetjenester utviklet seg i positiv retning fra 2019 til 2020, og forholdt seg relativt uendret fra 2020 til 2021.** Over 7 av 10 opplever å ha tilgang til enkle digitale helsetjenester, og 6 av 10 mener å ha tilgang til sikre digitale helsetjenester i 2021. Rundt 9 av 10 foretrekker å møte helsepersonell ansikt til ansikt i hele måleperioden.
- ✓ **Alt i alt er 63 % fornøyd med de digitale helsetjenestene i Norge i 2021.** Utbredelsen av innbyggere som er fornøyd med de digitale helsetjenestene i Norge ved mulighet for digital kontakt med helsepersonell og tilgang til egne helseopplysninger har økt årlig fra 2019 til 2021.
- ✓ **37 % har tilgang til de digitale helsetjenestene de trenger, mens 31 % ønsker seg tilgang til flere digitale helsetjenester (2021-tall).** De som ønsker seg tilgang til flere digitale helsetjenester har mer erfaring med digitale helsetjenester, men er oftere misfornøyd med de digitale helsetjenestene i Norge sammenlignet med gjennomsnittet. Lavere tilfredshet hos denne gruppen tyder på *større* forventninger til de digitale helsetjenestene. Ønskene er oftest knyttet til journal, prøvesvar, oversikt over egen informasjon og digital kommunikasjon.



- ✓ Når innbyggerne spørres helt åpent, er bedre tekniske løsninger (app som fungerer, personvern, ta hensyn til ulike brukere, enklere innlogging, brukervennlig oppsett/navigasjon, varsler) (32 %), felles nasjonalt system (alt på ett sted, mulighet til å dele journal med andre) (17 %) og fortsatt tilgang til fysisk konsultasjon/kontakt (12 %) hyppigste **innspill for digitalisering av helsetjenestene**. De åpne svarene er kategorisert i større grupper for innsikt i størrelsesforhold.
- ✓ **Positive holdninger** til de digitale tjenestene forekommer hyppigere blant innbyggere med erfaring med de digitale helsetjenestene.

#### **På tvers av demografiske kjennetegn (2021) kan vi oppsummere at:**

- ✓ innbyggerne over 60 år har mindre erfaring med digitale helsetjenester og opplever sjeldnere å ha et udekket behov for digitale helsetjenester sammenlignet med gjennomsnittet. Det er noe færre med positive holdninger til digitale tjenester blant innbyggere over 60 år sammenlignet med gjennomsnittet. 30 til 44-åringene har mer erfaring med digitale helsetjenester, foretrekker oftere digitale helsetjenester fremfor fysisk oppmøte og opplever oftere udekket behov for digitale helsetjenester sammenlignet med gjennomsnittet.
- ✓ innbyggerne med grunnskoleutdanning som høyeste utdanningsnivå har mindre kjennskap til og erfaring med digitale helsetjenester og også noe mindre utbredte positive holdninger til tjenestene sammenlignet med gjennomsnittet. Innbyggerne med høyere grad universitet/høyskole har mer erfaring med digitale helsetjenester, og noe mer positive holdninger til tjenestene sammenlignet med gjennomsnittet.

## **2. Hovedfunn fra [helsepersonellundersøkelsen om e-helse 2021](#)**

- ✓ **Telefon etterfulgt av skriftlig digital kontakt er stadig de oftest brukte tjenestene for digital kommunikasjon mellom helsepersonell:** Henholdsvis 86 % benyttet telefon, 68 % benyttet skriftlig digital kontakt og 26 % benyttet videosamtaler *i høy eller noen grad* ved behandling av pasient i 2021. Det har vært en beskjeden reduksjon i helsepersonells bruk av både telefon og skriftlig digital kontakt fra 2019 til 2021. I samme periode økte bruken av videosamtaler med 13 prosentpoeng. Majoriteten av veksten kom i 2020. Økt bruk av digitale helsetjenester henger sammen med covid-19-pandemien som har gitt mer bruk av teknologi i lys av begrensninger på fysisk og sosial kontakt.
- ✓ **Andelen helsepersonell med erfaring med videokonsultasjon eller oppfølging av pasient over video økte** fra 9 % i 2019 til 23 % i 2020, og forholdt seg stabil fra 2020 til 2021. Av helsepersonell som har benyttet videokonsultasjon eller oppfølging av pasient over video er 55 % *fornøyd* med bruk av video for egnede konsultasjoner i 2021, en vekst på 14 prosentpoeng siden 2019.
- ✓ **Majoriteten av helsepersonell har positive oppfatninger om effekter av pasienters tilgang til helseopplysninger:** 71 % er enig i utsagnet «Pasientene blir mer involvert i egen helse når de har enkel tilgang til sine helseopplysninger». 63 % er enig i utsagnet «Pasientene føler seg tryggere på behandlingen de mottar når de har tilgang til informasjon om behandlingen digitalt.» i 2021.
- ✓ **Det er ofte stor tillit blant helsepersonell til at sikkerheten rundt pasientenes helseopplysninger er god.** Samtidig er det mer utbredt å ha stor tillit til at kun helsepersonell med tjenstlig behov ser på pasientens journal (84 %) enn å ha stor tillit til at pasientenes helseopplysninger er lagret slik at utenforstående ikke får tilgang til dem (72 %) i 2021. Helsepersonells tillit til at helseopplysninger håndteres forsvarlig har holdt seg relativt stabil over hele måleperioden.
- ✓ **41 % helsepersonell er enig i påstanden «Jeg er bekymret for at pasientenes helseopplysninger ikke vil være tilgjengelig i en akutt situasjon.»** mens 51 % er uenig i 2021. Andelen som er enig i at de er bekymret, har blitt redusert med 6 prosentpoeng siden 2019.
- ✓ **Omtrent 6 av 10 helsepersonell har positive erfaringer med virksomhetens EPJ-system i 2021,** som at man finner den pasientinformasjonen man trenger og at systemet bidrar til høy kvalitet og effektivitet i pasientarbeidet. I overkant av 42 % er fornøyd med EPJ-systemet i virksomheten i 2021.

- ✓ **Alt i alt har helsepersonells oppfatninger og holdninger til digitale helsetjenester holdt seg relativt uendret fra 2019 til 2021.** 84 % opplever å ha *sikker* tilgang og 76 % opplever å ha *enkel* tilgang til pasient- og brukeropplysninger i 2021. Samtidig foretrekker helsepersonell *fysisk konsultasjon* ved nærmere 2 av 3 pasientkontakter i 2021. Deretter følger *telefonkontakt*, som foretrekkes ved 1 av 10 pasientkontakter. Disse resultatene er stabile over tid. Henholdsvis *skriftlig digital kontakt* og *video* foretrekkes i 4 % av tilfellene i 2021.
- ✓ **Etter stabil utvikling fra 2019 til 2020, er tilfredsheten med de digitale helsetjenestene økende blant helsepersonell:** I 2019 var 47 % fornøyd med de digitale helsetjenestene i Norge. Denne andelen økte til 55 % i 2021. Hele veksten kom fra 2020 til 2021.
- ✓ Når spurt helt åpent, tror helsepersonell hyppigst at felles journal (37 %), e-konsultasjon (28 %), digitale hjemmetjenester (15 %) og kunstig intelligens (15 %) vil **påvirke og endre helse- og omsorgssektoren på lengre sikt**. De åpne svarene er kategorisert i større grupper for innsikt i størrelsesforhold.
- ✓ **Alt i alt forekommer positive holdninger til og høyere tilfredshet med** de digitale tjenestene oftere blant helsepersonell med *mer erfaring med* digitale helsetjenester sammenlignet med gjennomsnittet.

#### På tvers av definerte undergrupper (2021) kan vi oppsummere følgende:

- ✓ *Helsepersonell innen psykisk helse* har hyppigere bruk av digitale tjenester for kommunikasjon med annet helsepersonell knyttet til behandling av pasient, og oftere erfaring med videokonsultasjon eller oppfølging av pasient over video sammenlignet med helsepersonell innen somatikk. Alt i alt har *helsepersonell innen psykisk helse* mer positive holdninger til og er oftere fornøyd med de digitale helsetjenestene i Norge enn helsepersonell innen somatikk.
- ✓ *Fastleger og helsepersonell som jobber i kommunene* har hyppigere bruk av digitale tjenester for kommunikasjon med annet helsepersonell sammenlignet med gjennomsnittet. Videokonsultasjon eller oppfølging av pasient over video er særlig utbredt blant *fastleger* sammenlignet med gjennomsnittet. Alt i alt har *fastleger* mer positive holdninger til og er oftere fornøyd med de digitale helsetjenestene i Norge sammenlignet med gjennomsnittet.
- ✓ *Fysioterapeuter, leger* (fastleger, leger som jobber i helseforetak og leger som jobber i kommunene), *psykologer* og *vernepleiere* har hyppigere bruk av telefon, skriftlig digital kontakt eller videosamtaler for kommunikasjon med annet helsepersonell sammenlignet med gjennomsnittet. Videokonsultasjon eller oppfølging av pasient over video er særlig utbredt blant *psykologer* og *leger* i tillegg til *fysioterapeuter*. Når det gjelder oppfatninger av digitale helsetjenester, går *psykologer, fysioterapeuter* og *helsesekretærer* igjen som yrkesgrupper med mer positive holdninger enn gjennomsnittet. Alt i alt er *miljøterapeuter/miljøarbeidere/barnevernspedagoger/sosionomer* og *helsesekretærer* oftere fornøyd, mens *leger* oftere er misfornøyd med de digitale helsetjenestene i Norge sammenlignet med gjennomsnittet.

### 3. Sammenligning av funn fra de to undersøkelsene 2021

- ✓ På flere områder har innbyggerne **mer positive holdninger** til digitale helsetjenester enn helsepersonell: Innbyggere (75 %) er oftere fornøyd med videokonsultasjon sammenlignet med helsepersonell (55 %) i 2021. Videre er det stadig mer utbredt blant innbyggere enn helsepersonell å oppleve at digitale helsetjenester gjør kontakt lettere. I tillegg er innbyggerne (63 %) oftere tilfreds med de digitale helsetjenestene i Norge sammenlignet med helsepersonell (55 %) i 2021. Vi legger samtidig merke til at andelen helsepersonell som er fornøyd med de digitale helsetjenestene økte fra 2020 til 2021.
- ✓ På andre områder har innbyggerne **mindre positive holdninger** enn helsepersonell: Innbyggerne er oftere skeptiske til bruk av digitale alternativer til fysiske konsultasjoner sammenlignet med helsepersonell i 2021. Innbyggere (68 %) har sjeldnere stor tillit til at kun helsepersonell som har behov for det ser i journalen sammenlignet med helsepersonell (84 %) i 2021. Det forekommer også oftere at

innbyggere (45 %) er bekymret for at helsepersonell ikke skal ha tilgang til helseopplysningene deres i en akutt situasjon sammenlignet med helsepersonell (41 %) i 2021.

#### Metode og beskrivelser

- **Metode og gjennomføring av innbyggerundersøkelsen:** I 2021 består datagrunnlaget av 1 504 intervju i et landsrepresentativt utvalg av befolkningen over 15 år via en webundersøkelse i GallupPanelet til Kantar. Dataene er samlet inn i perioden fra 7. september til 3. oktober 2021. Det er foretatt vektning av data ved resultatberegning. (I 2019 ble det samlet inn 1 162 intervju, og i 2020 ble det samlet inn 1 614 intervju.)
- **Metode og gjennomføring av helsepersonellundersøkelsen:** Undersøkelsen er gjennomført blant helsepersonell i helseforetak, helsepersonell i utvalgte kommuner og blant et utvalg fastleger. Datainnsamlingen er utført elektronisk av Kantar i perioden fra 18. oktober til 30. november 2021. Det er samlet inn totalt 3 831 intervju med helsepersonell i 2021. (I 2019 ble det samlet inn 3 167 intervju, og i 2020 ble det samlet inn 2 503 intervju.)
- **Digitale helsetjenester:** I innbyggerundersøkelsen beskrives digitale helsetjenester som «kommunikasjon med din lege eller sykehus over internett og gjennom mobilapplikasjoner, både skriftlig og over video. Vi tenker også på tilgang til din pasientjournal og kjernejournal over internett.» I helsepersonellundersøkelsen beskrives digital kommunikasjon som «kommunikasjon med din pasient eller andre behandlere over internett og gjennom digitale helsetjenester, både skriftlig og over video.». I enkelte spørsmål er telefon inkludert.

Til Møte 3/22  
Dato 27.04.2022  
Saksnummer 16/22  
Innretning Drøfting

Fra Georg F. Ranhoff  
Saksbehandler Marianne Lodvir Hemsing

## Samarbeidsmodell for bruk av internasjonale standarder i helse- og omsorgssektoren

### Forslag til vedtak

NUFA drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med innspill fra møtet i det videre arbeidet med samarbeidsmodell for internasjonale standarder i helse- og omsorgssektoren.

### Hensikt med saken

Drøfte utkast til samarbeidsmodell for internasjonale standarder som skal leveres Helse- og omsorgsdepartementet 30. september 2022.

### Bakgrunn

Det er et uttalt mål å benytte internasjonale standarder for å møte fremtidens samhandlingsbehov. Dette gir økt mulighet for gjenbruk av internasjonale erfaringer, og reduserer behovet for å måtte utvikle egne standarder for spesifikke behov i Norge. Det gir også norske aktører tilgang til internasjonale markeder og tjenester og utvidete muligheter for innovasjon og næringsutvikling.

Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide en rolle- og ansvarsmodell for bruk av internasjonale standarder innen 30. september 2022:

*Direktoratet skal beskrive roller, ansvar og prosesser i arbeidet med å tilpasse og forvalte internasjonale standarder i helse- og omsorgssektoren, jf. Plan for internasjonale standarder fra 2021 hvor det skisseres at framover vil flere aktører stå for utvikling og vedlikehold av standarder. Modellen skal ivareta samspillet mellom myndigheter, virksomheter, helseforetak, kommuner, leverandører og standardiseringsorganisasjoner, slik at en i fellesskap kan få til en effektiv standardisering i helse- og omsorgssektoren.*

Arbeidet med internasjonale standarder på samhandlingsområdet er på utprøvningsstadiet. Det er pekt retning for bruk av enkelte standarder gjennom veiledere og retningslinjer, men det finnes ingen obligatoriske standarder enda. Det er etablert møteplasser som Standardiseringsutvalget for internasjonale standarder og enkelte faggrupper (FHIR fagforum og Standard Norge speilkomite for e-helsestandarder). Det pågår mye arbeid i regi av ulike aktører som del av deres samhandlingsprosjekter, men det er ikke etablert felles prosesser rundt valg av standarder, behov for tilpasninger, erfaringsutveksling og oppdatering av kunnskapsgrunnlaget om internasjonale standarder.

Nåsituasjonen er oppsummert ved at

- Raskere utvikling av samhandlingsløsninger krever at standardisering gjennomføres raskere, og samtidig ikke er til hinder for innovasjon og næringsutvikling
- Deltakelse på internasjonale arenaer blir viktigere, både for å påvirke utforming av standarder og gjenbruke internasjonale erfaringer, prinsipper og prosesser
- Det er økt fokus på nyttestyring. Standardisering skjer i større grad nært behovene, noe som gir både forpliktelser og gevinster for aktørene underveis i prosessene.
- Det er mangelfull koordinering av aktiviteter, noe som fører til uforutsigbarhet og økt kompleksitet når flere aktører er involvert

Effektiv utnyttelse av ressurser i sektoren er nødvendig for å møte et sterkt økende digitaliserings- og standardiseringsbehov i sektoren. I arbeidet med samarbeidsmodellen for internasjonale standarder er det påbegynt beskrivelse av en modell som skal ivareta samspillet mellom myndighet og marked i standardiseringsarbeidet, og der aktørene i markedet har betydelige påvirkningsmuligheter.

Modellen beskriver roller og ansvar for å ta i bruk internasjonale standarder der man har samhandlingsbehov. Dette omfatter steg for å vurdere standarder mot behov, gjøre valg av egnede standarder og gjøre tilpasninger der det er nødvendig. I tillegg er det behov for å avklare roller og ansvar knyttet til forvaltning.

I utkast til samarbeidsmodell er det skissert prosesser der

- Myndighetene gir overordnede rammer for bruk av internasjonale standarder i Norge
- Markedet velger og spesifiserer krav til standarder, og definerer hvordan internasjonale standarder skal implementeres for norske forhold gjennom utvikling av tekniske løsninger
- Helsepersonell bidrar til å forme løsninger i tråd med kliniske behov
- Standardiseringsorganisasjoner bidrar til å bygge infrastruktur, kompetanse og andre ressurser for å utvikle og forvalte internasjonale standarder

Aktiv involvering fra aktørene i sektoren tilrettelegger for

- Styrket leveransekraft og eierskap til løsninger
- Gode og kostnadseffektive løsninger tilpasset lokale arbeidsprosesser
- Smidig utvikling – Når myndighetene tar ansvar for overordnede nasjonale krav, og aktørene tar ansvar for utfyllende detaljnormering, er det lettere for markedet å være dynamisk, tilpasse etter teknologisk utvikling og møte endrede behov.
- Innovativ utvikling – Handlefrihet for aktørene innenfor definerte rammer åpner for kreativitet og kunnskapsutvikling.

I arbeidet er det også påbegynt beskrivelse av tiltak for å komme fra dagens situasjon til en mer forutsigbar og dokumentert modell. Slike tiltak kan være:

- Standardiseringsutvalget videreutvikles som den primære arenaen for vurderinger og valg av standarder
- Opprettelse av faggrupper under standardiseringsutvalget som kan bidra til å vurdere konkrete standarder for konkrete behov
- Etablere enkle og lett tilgjengelige oversikter over relevant informasjon, kunnskapsgrunnlag og normerende produkter
- Utvikle beslutningsstøtte for vurdering, valg og tilpasning av internasjonale standarder
- Utarbeide planer for kompetansebygging, f.eks. for bestiller i virksomheter og kommuner

### Videre saksprosess

Modellen skal beskrives i leveranse til Helse- og omsorgsdepartementet innen 30. september 2022.

Standardiseringsutvalget for internasjonale standarder er involvert i arbeidet gjennom ordinære møter og en referansegruppe som er utgått fra utvalget.

Det vil være aktuelt å ta en mer komplett modell inn i NUFA for 2. gangs behandling.

Det er planlagt behandling i NUIT 19. mai.

### Vedtak fra tidligere behandlinger i styringsmodellen

| Sak   | Tema  |  | Vedtaksformulering   |
|-------|---|--|--|
| 36/21 | <b>Roller og ansvar internasjonale standarder</b> |  | NUFA drøftet ansvarsdelingen mellom aktører på området internasjonale standarder.<br>Direktoratet for e-helse tar med seg innspill som framkom på møtet i det videre arbeidet. |

Til Møte 3/22  
Dato 27.04.2022  
Saksnummer 17/22  
Innretning Orientering

Sakseier Iren Rutle (daglig leder i Difa)  
Saksbehandler Maren Krogh (Apotekforeningen) og  
Kristian Engdal (innleid konsulent,  
Sikkerhetsansvarlig Difa)

## Innføring av ny samhandlingsplattform i apotek

### Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering.

### Hensikt med saken

*Apotekforeningen er bedt om å orientere om pågående arbeid med etablering og innføring av ny samhandlingsplattform (Eik) og nye apoteksystem (PCA). Apotekforeningen og Difa vil gi en presentasjon av bakgrunn for etablering av ny samhandlingsplattform, hva Eik er, styringsmodellen og dele våre erfaringer fra samarbeid om pasientjournal iht. pasientjournalloven § 9.*

### Bakgrunn

Alle apotekene i Norge har blitt enige om å lage en felles samhandlingsplattform som heter Eik. De ulike apotekkjedene og sykehusapotekene utvikler så hver sine apoteksystemer (frontend systemer). Eik og de ulike apoteksystemene skal erstatte dagens løsning, FarmaPro.

Informasjon fra resephåndtering og bransjefelles tjenester i apotek vil lagres i en felles pasientjournal i Eik, som gjør det mulig for apotekene å dele pasientinformasjon på tvers av alle apotek og juridiske enheter og gjennom dette styrker pasientsikkerheten. Eik vil være apotekbransjens integrasjon til andre aktører og myndigheter.

Apotekforeningen og Difa vil gi en presentasjon av bakgrunn for etablering av ny samhandlingsplattform, hva Eik er, styringsmodellen og dele våre erfaringer fra samarbeid om pasientjournal iht. pasientjournalloven § 9.

Til Møte 3/22  
Dato 27.04.2022  
Saksnummer 18/22  
Innretning Drøfting

Sakseier NAV  
Saksbehandler Lars Erik Antonsen

## Utteksling av helseopplysninger mellom NAV og helsesektoren

### Forslag til vedtak

NUFA tar saken til etterretning og støtter videre samarbeid om organisering og gjennomføring av kjøp av utviklingskapasitet for implementering av HL7 FHIR-profiler hos EPJ-leverandørene.

### Hensikt med saken

*Det er NAVs hypotese at teknisk tilpasning av EPJ-løsninger i markedet ikke vil skje i ønsket takt uten et rettet kjøp av utviklingskapasitet for implementering av HL7 FHIR-profiler hos EPJ-leverandørene.. Det er ønskelig at dette kan gjøres med helsesektorens kompetanse og merkantile rigg fra EPJ-løftene. Det vil trolig være behov for å samkjøre en slik anskaffelse med øvrig porteføljestyling i helsesektoren.*

*NAV ønsker å redegjøre for sine planer og ønsker nasjonal styringsmodell sine innspill. NAV søker en forpliktelse fra nasjonal styringsmodell til videre samarbeid om rigging for gjennomføring.*

### Bakgrunn

Oppfølging av brukere og vurdering av ytelser og behov for hjelpemidler og tilrettelegging innen helseaksen er en av NAVs fremste samfunnsoppgaver. Det er omfattende dialog med helsetjenesten, bruker og arbeidsgivere og i dag er informasjonsutvekslingen for helseopplysninger fragmentert og skaper usammenhengende tjenester, samt manglende mulighet til å forbedre tjenestene. Helsemessige forhold hos innbyggeren utløser en rekke rettigheter til ytelser og tjenester hos NAV. Det er derfor omfattende utveksling av helseopplysninger mellom NAV og helsetjenesten, både i forbindelse med saksbehandling knyttet til søknad om konkrete ytelser og i forbindelse med oppfølging av brukere. Dagens informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten består av et stort spenn av tjenester. Dette omfatter enkle PDF-skjemaer som sendes som PDF eller via post, strukturerte dialogmeldinger som benyttes for korte spørsmål og tilleggsinformasjon samt avanserte skjemaer harkodet i EPJ-systemene for informasjonsinnhenting. Betydelige mengder informasjon må tilgjengeliggjøres fra behandler og bruker til NAV, et typisk tilfelle er at fastleger gir NAV informasjon fra elektronisk pasientjournal (EPJ). Mye av denne informasjonsutvekslingen skjer gjennom bruk av skjema, som for eksempel «Legeerklæring ved arbeidsuførhet», slike skjema er gjerne delvis integrert med behandler EPJ-system(er). Videre er skjema knyttet til ulike takster som definerer hvilken pris behandler skal honoreres (igjen, gjerne integrert med IKT-systemer).



Den største hindringen i dag for å forbedre informasjonsutvekslingen mellom NAV og helsetjenesten ligger på teknisk løsning. På grunn av kompliserte verdikjeder og aldrende IT-løsninger er det vanskelig å realisere endringer som kreves i politiske føringer, oppdrag og tildelingsbrev.

### **Videre saksprosess**

Utfordringen er at en ikke vil klare å utløse større gevinster på området uten å endre selve metoden for informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten. For å få til dette må det skje utvikling både på NAVs side og i EPJ-systemene. NAV har dialog med AID som skriver på et oppdrag til både NAV og til helsesektor for å få til dette. AID koordinerer med HOD. Det er behov for å ta ned usikkerheten omkring anskaffelse og gjennomføringsmodell gjennom å

- Etablere et mer formelt og forpliktende samarbeid NAV-Helse om implementering av nødvendige HL7 FHIR, profiler og infrastruktur.
- Avklare hvorvidt det er formelt mulig og tilrådelig å gjennomføre en anskaffelse a la «EPJ-løft for NAV» og se på alternativer for gjennomføring av en slik anskaffelse.
- Utarbeide realistiske tidslinjer for dette.
- Det er også et ønske om å komme i gang med tidlig læring. Er det mulig å etablere en felles læringsarena mellom NAV og helsesektoren? Konkrete eksempel på dette kan være tekniske sandkasser eller hackathons med leverandører.

Til Møte 3/22  
Dato 27.04.2022  
Saksnummer 19/22  
Innretning Drøfting

Fra Hans L. Larsen  
Saksbehandler Kjersti Skavik

## Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre

### Forslag til vedtak

NUFA drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med innspill gitt i møtet i det videre arbeidet med oppdraget om automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre.

### Hensikt med saken

Hensikten med saken er å orientere om direktoratets oppdrag for arbeidet med automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre i 2022. Det vil bli gitt en presentasjon av hovedtrekkene i utviklingsretningen fra 2021 samt innretning av arbeidet og planer for arbeidet inneværende år.

### Bakgrunn

Direktoratet for e-helse fikk i 2021 et oppdrag fra helse- og omsorgsdepartementet om å beskrive utviklingsretning for arbeidet med automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre. Direktoratet samlet og vurderte eksisterende dokumentasjon om disse problemstillingene og gjennomførte møter med sentrale interessenter for å innhente mer informasjon om status og behov fra sektoren. Helse- og omsorgsdepartementet organiserte 1. juni 2021 et miniseminar om automatisert innrapportering. Dette seminaret ga også nyttig informasjon fra sektoren til direktoratets arbeid med oppdraget. Oppdraget ble besvart med et notat som var til innspillsrunde hos aktørene direktoratet hadde hatt møter med. Notatet ble oppdatert etter innspillsrunden og oversendt helse- og omsorgsdepartementet i slutten av september 2021. Et sammendrag fra notatet er vedlagt denne NUFA-saken.

Direktoratet har i 2022 fått i oppdrag å beskrive det nasjonale ansvaret for *begrepsharmonisering, normering og innføring av standardisert språk* samt *legge fram en plan for arbeidet med utgangspunkt i anbefalingene fra 2021*. Arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med registerforvalterne og Norsk helsenett SF.

### Behov og tiltak for skissert utviklingsretning for automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre

Det er et overordnet helsepolitisk mål<sup>1</sup> at data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning, herunder at innrapportering til registre skal skje mest mulig automatisk, uten dobbeltregistrering, og være en integrert del av de faste arbeidsprosessene.

Helsepersonell bruker i dag unødvendig tid på manuell registrering av data til helseregistrene, i tillegg til registreringen de må gjøre i journal-/fagsystem av de til dels samme dataene. Dette ekstraarbeidet gir en utfordring med hensyn til dataenes kvalitet og aktualitet. Trenden er derfor at de fleste land ønsker å finne måter å øke automatisert innrapportering på, noe som kan friggi helsepersonells tid og sikre høyere kvalitet på dataene.

Nye analysemetoder krever store mengder sammenlignbare data av høy kvalitet. Dette gjelder for eksempel kunstig intelligens og persontilpasset medisin.

Internasjonalt satses det mye på helsedata. EU har store ambisjoner og store satsinger, for eksempel TEHDAS (Towards the European Health Data Space) og Elixir. I Norden samarbeides det om helsedata i eksempelvis Nordic Commons og NeIC. Norge kan lære mye av å delta i internasjonale initiativ og nettverk, både når det gjelder organisering av arbeidet og helhetlig forståelse av hva som kreves for å sikre semantisk og teknisk interoperabilitet, herunder strukturering og gjenbruk av data og metadata.

Noen aktuelle tiltak og anbefalinger fra tidligere skisser til utviklingsretning for automatisert innrapportering og datafangst:

- Nasjonal begrepsharmonisering, normering og innføring av Felles språk:
  - Det er ønskelig å få til økt grad av automatisert innrapportering ved å benytte dataelementer som registreres i journal/fagsystem som del av en naturlig klinisk arbeidsflyt, og som deretter automatisert kan innrapporteres til sekundærformål. For å få økt automatiseringsgraden på innrapportering, er det behov for nasjonal begrepsharmonisering, normering og innføring av Felles språk.
  - Det bør vurderes å utarbeide en nasjonal variabeloversikt (med metadata) over nasjonalt normerte variabler.
- Registrene bør øke innrapporteringsfrekvensen og tilpasse sin tilgjengeliggjøring av data til de behovene brukerne har.
- Flere registre bør hente data fra nøkkelregistre.
- Registrene bør se på tekniske løsninger for bedre integrasjon og gjenbruk av data.
- Helse- og omsorgsdepartementet, sentral helseforvaltning og sektoren må delta i å avklare juridiske problemstillinger og begrensninger.
- Både journal-/fagsystemsiden og registersiden må delta i nødvendige avklaringer av problemstillinger rundt pasientrapporterte data (PROM).
- Både sentral helseforvaltning og sektoren generelt bør delta i arbeidet med å styrke det nordiske og europeiske samarbeidet om helsedata.
- Sektoren bør vurdere muligheter ved nye teknologier og ta i bruk relevant teknologi.
- Direktoratet for e-helse, i samarbeid med helse- og omsorgsdepartementet og sektoren, bør vurdere en større satsing på "data inn" til helseregistrene.

### **Foreløpige planlagte nasjonale tiltak knyttet til automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre inneværende år**

---

<sup>1</sup> Meld.St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal

Direktoratet har gjennom tildelingsbrev<sup>2</sup> fått i oppdrag å konkretisere det nasjonale ansvaret for begrepsharmonisering, normering og innføring av standardisert språk.

- Begrepsharmonisering
  - Sektorens behov for begrepsharmonisering må identifiseres og prioriteres, og ansvaret for begrepsharmoniseringen må plasseres. Direktoratets rolle og ansvar i harmoniseringen skal beskrives som en del av oppdraget i tillegg til at det skal utarbeides utkast til sektorens ansvar.
- Normering av variabeldefinisjoner
  - Beskrivelse av direktoratets rolle og ansvar i normering av variabeldefinisjoner tar utgangspunkt i «Forvaltningsmodell for normerende produkter». Direktoratets ansvar for normering av variabeldefinisjoner baserer seg på sektorens behov og prioriteringer. Det antas at kun et mindre antall sentrale variable er aktuelle for normering.
- Innføring av standardisert språk
  - Direktoratets rolle og ansvar for innføring av standardisert språk (Felles språk) skal beskrives tillegg til at det skal utarbeides utkast til sektorens ansvar. I dette arbeidet tas det utgangspunkt i erfaringer med innføringsløpet som pågår i Helseplattformen p.t.

Det skal utarbeides en oversikt over relevante pågående og planlagte tiltak som inngår i den skisserte utviklingsretningen. Oversikten vil være et viktig bidrag i arbeidet med å skissere en plan for arbeidet etter 2022. De pågående tiltakene vil også representere nyttige erfaringer i arbeidet med å beskrive roller og ansvar innen begrepsharmonisering, normering og innføring av standardisert språk.

Det er gitt i oppdraget at arbeidet skal gjøres i samarbeid med registerforvalterne og Norsk helsenett SF. Involvering av ytterligere aktører vil bli vurdert.

### **Videre arbeid med realisering av målet om oppdaterte og tilgjengelige helsedata etter 2022**

Det pågår flere tiltak i sektoren med automatisering av innrapportering til helseregistrene som bidrar til dette målet. Det videre arbeid knytter seg til fokus på bedre datakvalitet og dekning i helseregistrene, noe som vil være viktig for alle brukere av registerdata, inkludert forskere. Slike tiltak kan gå i parallell med, og i tett samarbeid med, de store tiltakene knyttet til strukturering av journal (Helseplattformen, DIPS Arena og felles kommunal journal) og arbeidet med innføring av Felles språk.

Program kodeverk og terminologi realiserer og legger til rette for innføring av Felles språk i helse- og omsorgssektoren, og har i samarbeid med Helseplattformen etablert et rikt begrepsapparat for dokumentasjon. Programperioden løper ut 2023, men det videre arbeidet med Felles språk vil fortsette utover programperioden i regi av e-helse og med sektorens egne ressurser. Mye av dette framtidige arbeidet vil også sette fokus på informasjonsforvaltning, strukturert informasjon og automatisert innrapportering som en del av digital samhandling.

Flere registre har startet arbeidet med å hente strukturert dokumentasjon rett fra journalen, fremfor manuelle innrapporteringer. Registrene benytter da det begrepsapparatet som er etablert gjennom satsingen på Felles språk (i hovedsak SNOMED CT). Programmet jobber tett med registermiljøene for å støtte endringen om i større grad å basere innsamling av data på det som allerede finnes i journalen basert på det standardiserte språket SNOMED CT som er tatt i bruk.

Etter 2023 vil det også være behov for en kontinuerlig videreutvikling av Felles språk, herunder SNOMED CT for å fange opp nye behov og ny fagkunnskap. Det vil være behov for å støtte nye aktører, registre og registermiljø for å sette disse i stand til å endre eller etablere metode for datainnsamling. Videre vil det være viktig å få flest mulig løsninger til å ta i bruk felles standardisert språk etter hvert som løsningene

---

<sup>2</sup> [www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/tildeling-oppdrag-og-arsrapporter/2022/statsbudsjettet-2022-tildelingsbrev-til-direktoratet-for-e-helse-for-2022-l2074420.pdf](http://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/tildeling-oppdrag-og-arsrapporter/2022/statsbudsjettet-2022-tildelingsbrev-til-direktoratet-for-e-helse-for-2022-l2074420.pdf)

strukturerer informasjonen. Og til sist vil det være behov for å se på nye fagområder eller bruksområder (f.eks. diagnoser, legemidler, veiledende pleieplaner) som til nå ikke har vært del av Felles språk, for å sikre at disse også får en felles standard for registrering og utveksling gjennom et felles begrepsapparat.

#### **Videre saksprosess**

Arbeidet gjennomføres i regi av direktoratet, og det planlegges for behandling av saken i styringsmodellen som en del av videre prosess.

#### **Vedtak fra tidligere behandlinger i styringsmodellen**

Saken har ikke vært til behandling i styringsmodellen tidligere.

#### **Vedlegg**

Se vedlagte sammendrag fra notat «2021 Notat Utviklingsretning automatisert innrapportering til helseregistre».

Til Møte 3/22  
Dato 27.04.2022  
Saksnummer 20/22  
Innretning Drøfting

Fra Erik Hedlund  
Saksbehandler Øivind Langeland

## Strategisk reguleringsplan

### Forslag til vedtak

NUFA drøftet saken og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill gitt i møtet i det videre arbeidet med reguleringsplanen.

### Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse arbeider med en strategisk reguleringsplan som skal gjøre det enklere for aktørene i helse- og omsorgssektoren å ta gode beslutninger for digitalisering. Saken fremmes for NUFA for å orientere om reguleringsplanen, få innspill og kommentarer, og invitere til samarbeid.

### Bakgrunn

Enkelt forklart forteller strategier, handlingsplaner og veikart oss hvor vi skal, hva vi må gjøre og når. For å hjelpe oss å ta gode beslutninger på veien har vi regelverk, veiledere, retningslinjer og standarder som gir oss informasjon om føringer og hva vi kan bestemme selv. En sentral utfordring i dag er at det er utfordrende å finne frem til og få oversikt over gjeldende rammer og forstå handlingsrommet. Informasjonen er ikke tilgjengelig på en helhetlig eller brukervennlig måte, og det er opp til den enkelte å finne ut av selv. Vi mener at dette må bli enklere, og er i gang med en strategisk reguleringsplan som har som formål å kommunisere helhet og tydeliggjøre rammer for digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Det skal også bli lettere å se hvor det mangler reguleringer som regelverk og retningslinjer, og om det arbeides med nye. To viktige stikkord er samle og tilgjengeliggjøre, og det skal skje gjennom gode visualiseringer. I første omgang er arbeidet avgrenset til noen utvalgte områder for å få godt grep om arbeidet og finne en tilnærming som kan fungere. Målet er at reguleringsplanen skal fylles med innhold over tid og forvaltes systematisk i samråd med sektoren.

### Videre saksprosess

*Hva er planlagt for videre saksgang og hvor skal endelig vedtak fattes?*

Planen er å ha en første versjon av reguleringsplanen klar mot slutten av året. Vi ønsker å komme tilbake til NUFA med en oppdatering på arbeidet i oktober.

Til Møte 2/2022  
Dato 28.04.2022  
Saksnummer 21/22  
Innretning Drøfting

Frå Georg Ranhoff  
Sakshandsamar: Jon-Torgeir Lunke og Minna Maria Hernandez

## Helsepersonelldagen NUFA dag 2: 28.april 2022

### Forslag til vedtak

NUFA ber Direktoratet for e-helse legge fram ny sak om nasjonalt og internasjonalt arbeid for å redusere helsepersonellbelastning ved digital transformasjon i helse- og omsorgssektoren. Innspela frå NUFA 28. april blir følgd opp.

### Føremål med saka

Direktoratet for e-helse la fram sak om digital kompetanse og det internasjonale initiativet for å redusere helsepersonellbelastning ved bruk av IKT («Reducing Clinician Burden, RCB») i NUFA den 26.1.2022.

Innspela frå januar er no brukt som grunnlag for programmet NUFA- dag 2 28. april 2022, «Helsepersonelldagen». NUFA inviterast til gjennom innlegg, drøfting og gruppearbeid å gje innspel til kva sektor og nasjonale aktørar bør følgje opp og ha av tiltak for å redusere belastning ved bruk av IKT/e-helseløysningar hjå helsepersonell. Med saka ønskjer vi

- Drøfte årsakssamanhengar i digital transformasjon som gjev unødvendig belastning hjå helsepersonell.
- Be om innspel frå NUFA om korleis helse- og omsorgssektoren og helseforvaltinga kan følgje opp tematikken via tiltak og bruk av ulike verkemiddel.
- Danne eit grunnlag for jamleg orientering om korleis området utviklar seg og om vi lukkast med å møte utfordringane.

Digital transformasjon og digitalisering i helse- og omsorgssektoren medfører krav til omstilling, endring av etablerte arbeidsmåtar og innføring av ny teknologi, til dels svært avansert. Samstundes er relasjonen mellom innbyggjar, pasient og helsepersonellet kjernen i verksemda og må effektivt understøttas av god informasjonsutveksling og datahandtering.

Health Level 7 (HL7) International har via sitt nettverk identifisert ei rekke faktorar som kan forklare samanhengen mellom opplevd belastning i arbeidskvardagen og bruk av IKT-løysningar. Initiativet har utvikla seg til eit samarbeid med ISO, og dei siste åra er det skapt aukande engasjement i Norden og i Noreg.

Helsepersonelldagen 28. april inviterer NUFA til å drøfte problemstillingar helsepersonell opplever med dagens digitale løysingar. Desse kan vere av pedagogisk, manglande digital leiing, organisatorisk, juridisk,

semantisk, teknologisk og kompetansemessig art. HL7 International har identifisert 37 arbeidsområde, mange av disse også aktuelle for Noreg<sup>1</sup> (sjå s. 21-27 i fotnote).

I arbeidet med ny nasjonal e-helsestrategi har helsepersonell uttrykt mykje som er identisk med kva vi finn i kartlegginga frå HL7 når det gjeld opplevd belastning frå IKT- løysingar:

- «Jeg vil bruke mindre tid på administrative oppgaver, og få mer tid til pasientene»
- «Jeg trenger brukervennlige verktøy som støtter meg i å ta riktige valg for pasienten»
- «Jeg trenger tid og støtte til å mestre og utnytte potensiale i digitale verktøy»

Digital transformasjon er prosessar der verksemdene løyser samfunnsoppdrag betre ved hjelp av teknologi, ved å tenke nytt og endre måten å løyse oppgåvene sine på. Digital transformasjon er ikkje å digitalisere dagens tenester og prosessar, men eit redesign av verksemda på alle nivå - folk, prosessar, teknologi og styring.

Reduksjon av helsepersonellbelastning («RCB») kan handle om at digital transformasjon må utførast meir optimalt. Digitaliseringsdirektoratets vegleiing på områda *digital samhandling*, *digital transformasjon* og *digital kompetansmodell* kan gje gode råd for å møte helsepersonellbelastninga ved ei systematisk tilnærming<sup>2</sup>. Til dømes er vegleiinga i kompetansmodellen delt inn i tre nivå

1. Politikk og overordna føringar
2. Leiing av digital transformasjon
3. Fagkunnskap og ferdigheiter.

Kompetansmodellen skal hjelpe verksemda i å utvikle kunnskap, ferdigheiter og haldningar for digital transformasjon. For at helse- og omsorgssektoren skal lukkast med digital transformasjon, er eit viktig element å involvere helsepersonell i omstillingsprosessen i tilstrekkeleg grad.

## Innhald og gjennomføring av NUFA dag 2: Helsepersonelldagen

Vi inviterer NUFA til å drøfte og gje innspel til vidare oppfølging, på basis av

- Innlegg frå medlem i Helsepersonellkomisjonen, Nasjonalt senter for e-helseforskning, senter for framtidig helse OUS-HF (C3 - Centre for Connected Care), tre fag- og profesjonsorganisasjonar og Direktoratet for e-helse
- Drøfting i plenum og i gruppearbeid
- Saksunderlag og referat frå møtet i NUFA 26. januar 2022
- Oppsummering ved Direktoratet for e-helse

<sup>1</sup> HL7 International: [Reducing Clinician Burden, Project Overview](#), s. 21-27

<sup>2</sup> Digitaliseringsdirektoratet: [Digital transformasjon, digital samhandling og kompetansmodell](#)



**Innleiarar Dag 2- NUFA: Helsepersonelldagen****Helse- og omsorgspersonell si rolle, bidrag og medverknad i digital transformasjon. Drøfting og diskusjon.**

*Morten Dæhlen, professor UiO, styreleder Ahus, medlem Helsepersonellkommisjonen*

Føremål med sak: Framlegg av synspunkt for NUFA om kva rolle og medverknad helsepersonell og leiarar i helse- og omsorgsverksemdar bør ha i digital transformasjon. Innlegget byggjer på innleiarar erfaringar frå arbeid i academia og helseføretak.

**Kva seier forskning om å redusere helsepersonellbelastning ved bruk av IKT. Drøfting og diskusjon.**

*Gro R. Berntsen, professor Nasjonalt senter for e-helseforskning*

Føremål med sak: Orienterer NUFA om forskning og kunnskapsgrunnlag i samanheng med å redusere helsepersonellbelastning ved bruk av IKT-løysingar.

**Fra kvalifisert synsing til gode beslutningar - alle må med. Drøfting og diskusjon.**

*Kari J. Kværner, professor Senterdirektør C3, OUS HF*

Føremål med sak: Tjenesteinnovasjonsperspektivet i digital utvikling handlar om at helsetenesta (brukaren i utvida perspektiv) må delta i prosessen når ein skal finne saman om kva nytte dei nye tenestene skal ha for pasientar og samfunn.

NUFA får presentert tidleg metodevurdering ved bruk av eksempel frå innføring av Digihelse i Oslo kommune.

**Hva tenker helsepersonell om helsepersonellbelastning ved bruk av IKT i dag. Drøfting og diskusjon.**

*Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund og Legeforeningen*

Føremål med sak: Å gi NUFA innsikt i korleis helsepersonell opplever helsepersonells belastning i arbeidskvardagen og kva for konkrete utfordringar dei har.

**Erfaringer med etablering av løysning for og gjenbruk av data, og utveksling mellom helsepersonell, kommunene og registre under pandemien.**

*Direktoratet for e-helse ved Anne-Lise Baardsgaard*

Føremål med sak: Saken fremmast for NUFA for å orientere om utfordringar og moglegheiter med etablering av løysingar for innrapportering og utveksling av data mellom helsepersonell, register, kommunane og andre under pandemien.

**Hvordan standardisering kan redusere helsepersonells belastning. Drøfting og diskusjon.**

*Direktoratet for e-helse ved Jon Stolpnessæter*

Føremål med sak: Å drøfte korleis samarbeidsmodell for internasjonale e-helsestandarder kan sikre nødvendig involvering av helsepersonell.