

Referat fra møte i NUFA		
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)	
<i>Dato</i>	5. – 6. september 2017	
<i>Tid</i>	5. september kl. 10:00 – 6. september kl. 14:30	
<i>Sted</i>	Thon Hotell Airport, Gardermoen	
Medlemmer		
<i>Tilstede</i>	Inga Nordberg, Dir. for e-helse Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF Geir Granerud, Helse Vest RHF (Dag 1) Torgny Neuman, Helse Vest RHF (Dag 2) Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF (Dag 2) Kristian Onarheim, Helse Midt RHF(Dag 2) Randi Brendberg, Helse Nord RHF Eivind Kristiansen, NIKT Bente Saltnes Nedrebø, NIKT Egil Rasmussen, KS Bjørn Eivind Berge, KS Kirsti Pedersen, KS Ann-Kristin Smilden, KS	Thor Johannes Bragstad, KS Grethe Almenning, KS Heidi Slagsvold, KS (Dag 2) Thore Thomassen, Helsedirektoratet Kirsten Petersen, Helsedirektoratet Anders Grimsmo, Norsk Helsenett Peter Holmes, FHI Helena Niemi Eide, FHI Torgeir Fjermestad, Fastlege Rune Karlsen, Difi (Dag 1) Arnfinn Aarnes, FFO Ida Trældal Rystad, Diabetesforbundet (Dag 2)
<i>Ikke tilstede</i>	Espen Møller, Nasjonalt porteføljekontor Tor Eid, HOD (Observatør)	Siri Pernille Utkilen, E-helse Ulf Sigurdson, Helse Sør-Øst RHF
Nasjonalt Porteføljekontor	Kristin Bang Marianne Bårtvedt van os Pernille Skogseth (Dag 1) Espen Hetty Carlsen	Mona Holsve Ofigsbø Vidar Mikkelsen (Dag 2) Truls Korsgaard (Dag 1) Lene Skjervheim (Dag 1)
Direktoratet for e-helse	Alfild Stokke Bjarte Aksnes Åsmund Ahlmann Nyre Anders Ravik Hilde Lyngstad	Robert Nystuen Birgitte Jensen Egset (dag 1) Aina Blix Bjelde Bent Larsen Hans Løwe Larsen
På sak	Gunhild Rognstad, E-helse (23/17) Jon Stolpnæssæter, E-helse (24/17) Bent Are Melsom, E-helse (25/17) Lars Moen, E-helse (26/17) Morten Holla, E-helse (26/17) Roy Sigvartsen, E-helse (26/17) Thor Steffensen, E-helse (27/17) Jon Helge Andersen, E-helse (27/17) Joe Taralrud, E-helse (28/17)	Jan Gunnar Broch, E-helse (28/17) Hege Rob Moi, Nasjonal IKT (29/17) Anne Fiskaa, Lovisenberg (30C/17) Tore Dundas, DIPS (30C/17) Lars Petter Granand, OUS (30C/17) Kristoffer Fossum, HSØ (30C/17) Bård Gamnes, E-helse (30D/17) Kirsten Sæbøe Nystuen (30D/17)

Sak	Tema	Sakstype
20/17	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 26. - 27. april 2017	Godkjenning
21/17	Orientering fra Direktoratet for e-helse: <ul style="list-style-type: none"> • Tilleggsoppdrag: IKT-organisering inkl. komparativ analyse • Finansieringsmodeller • Én innbygger – én journal • Personvernsforordningen 	Orientering
22/17	Porteføljestytingsprosessen	Drøfting
23/17	Kodeverk og terminologi	Drøfting
24/17	Standardisering	Drøfting
25/17	Helsedataprogrammet	Drøfting

26/17	Arkitekturstyring	Drøfting
27/17	Velferdsteknologi	Drøfting
28/17	Tilleggsoppdrag: Informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører	Drøfting
29/17	AMK-prosjektet	Orientering
30/17	Innledning – Kontekst Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan og porteføljestyring	Orientering
	Behov – Hva er de viktigste behov vedrørende bedre sammenheng i pasientforløp? Perspektiv fra kommune og spesialist.	Orientering
	Innsatsområde 2.4: Dele viktige helseopplysninger i den akuttmedisinske kjede	Drøfting
	Innsatsområde 2.3: Dele oppdatert legemiddelinformasjon i hele pasientforløpet	Drøfting
	Oppsummering og neste skritt	
31/17	Eventuelt	

Sak		Tirsdag 5. september – Strategi-, portefølje- og forvaltningsprosessen
20/17	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 26. - 27.april 2017	
	<p>Ingen kommentarer til innkalling og dagsorden.</p> <p>Det kom innspill på at det i referatet fra møtet 26. – 27. april 2017 må presiseres at Nasjonale laboratoriedatabaseregister og Nasjonal legemiddeldata er to forskjellige prosjekter.</p> <p>Via epost kom det følgende innspill: Det står følgende i referatet fra forrige møte: «UiO har gjort følgeforskning på innføring av elektronisk kurve og lukket legemiddelsøyfe. 750 sengeplasser har blitt «elektronifisert». Denne forskningen bør sees i sammenheng med forskningen på eResept og multidose. (Kontaktperson: Ola Bendik Myseth)». Det kom innspill på at kontaktperson skal være: Ole Hanseth og Bendik Bygseth (prosjekt FIGI).</p> <p>Det ble opplyst om at Heidi Slagsvold erstatter Torun Risnes som medlem i NUFA.</p>	
	<p>Vedtak: NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referat fra møte 26. - 27. april 2017.</p>	
21/17	Orientering fra Direktoratet for e-helse	
	<p>Inga Nordberg, Direktoratet for e-helse, orienterte kort om følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tillegg til tildelingsbrev nr. 1 for 2017 – IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren, inkl. komparativ analyse • Finansieringsmodeller <p>Birgitte Jensen Egset, Direktoratet for e-helse, orienterte om ny EU-personvernforordning og nye personvernregler i Norge fra mai 2018.</p> <p>Det ble kommentert at det er viktig at kommunene får informasjon om hva de er ansvarlige for i forhold til dette. Videre ble det kommentert at det er en utfordring i forhold til leverandører da de må tilfredsstillende en del krav i forhold til personvern. Direktoratet for e-helse opplyser at hver virksomhet som behandler personopplysninger må følge det til enhver tid gjeldende regelverket og følge opp sine leverandører. Direktoratet legger ut veiledningsmateriale på https://ehelse.no/eus-nye-personvernforordning . Videre jobbes det med en kommunikasjonsplan og leverandører er også en av målgruppene for direktoratets kommunikasjonstiltak.</p>	
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering.</p>	

22/17	Porteføljestyingsprosessen
	<p>Kristin Bang, Direktoratet for e-helse, orienterte om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Status Nasjonal e-helseportefølje 2017 • Status porteføljestyingsprosessen • Konseptvalg i prosjekt Metodestøtte • Prioriteringskriterier og prioriteringskategorier <p>Videre ønsket Direktoratet for e-helse innspill til prioriteringsmetoden og prosessen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vurderingsmomenter knyttet til prioriteringskriteriene nytteverdi og risiko • Kunnskapsbasert tilnærming • Opplegg for møter med NUIT/NUFA medlemmer i uke 41/42 • Aktuelle fora som bør gi innspill til prioritering til 2018-portefølje <p><u>Innspill til prioriteringskriterier for 2018:</u></p> <p>Det ble uttrykt bekymring rundt den høye vektingen av strategisk tilknytning på 60% og nytteverdiens vekting på kun 20%. Det er en del prosjekter som er ønskelig å ha i nasjonal portefølje, men som ikke er høyt tilknyttet e-helsestrategien. Dog kan disse potensielt ha meget stor nytteverdi, og det er viktig at dette også vektes høyt. Det ble videre kommentert at den høye vektingen av strategisk tilknytning på 60% fjerner noe av viktigheten rundt gevinstrealiseringen hos aktørene fordi nytteverdi og risiko da blir vektet for lavt i forhold, samt at det kan være viktige ting for aktørene som ikke er i tråd med strategien. Det er viktig å være oppmerksom på kompleksiteten i dette. Direktoratet for e-helse understreker at målet med prioriteringsprosessen er å skape åpenhet på tvers i sektoren og bidra til et godt beslutningsunderlag. Det forklares at Nyttverdi er vektet lavt fordi det er et såpass umodent område med lite informasjon inn til den nasjonale porteføljen.</p> <p>Direktoratet for e-helse kommenterte at prioriteringskriteriene vil testes og vil bli endret om de viser seg ikke å fungere. Det er allikevel viktig å ha en modell som er transparent og kjent.</p> <p>Til slutt ble det kommentert at det er ønskelig med en nærmere definisjon av hva nytteverdi innebærer.</p> <p><u>Innspill til vurderingsmomenter knyttet til nytteverdi:</u></p> <p>Det ble kommentert at vurderingsmomentene er såpass vide og generell at de omfavner stort sett alt. Likevel kom det innspill på at følgende kan spesifiseres som vurderingsmomenter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedre samhandling • Feilbehandling (selv om økt kvalitet er et moment som favner bredt) • Økt nytte for pasienten og at pasienten i større grad kan påvirke eget forløp og påvirke beslutninger • Samfunnsøkonomisk nytte og folkehelsenytte er viktig fra et folkehelseperspektiv <p>Til slutt ble det kommentert at prosjektanbefalingen til Difi om konseptfasen kan brukes som inspirasjon og innspill, og at det er bedre å bruke «nytte» enn «brukertilfredshet».</p> <p><u>Innspill til vurderingsmomenter knyttet til risiko:</u></p> <p>Det ble kommentert at modenhet for endring er en faktor. Spesielt i konseptfasen må man ha fokus på modenhet. Det bør iverksettes tiltak for økt modenhet før man igangsetter et prosjekt.</p> <p>Det ble kommentert at det er et problem at det ofte er mange aktiviteter samtidig som etterspør de samme ressursene. Ressurser og kritisk kompetanse bør derfor tas med vurderingsmomenter knyttet til risiko.</p>

	<p>Det ble kommentert at dersom gevinster er i bevegelse er det en risiko for motivasjonen for å gjennomføre prosjektet.</p> <p>Det ble kommentert at god gevinstrealisering er helt avhengig av god forankring med gevinsteiere. Dette er en utfordring og det bør derfor være fokus på dette.</p> <p>Det ble presisert at det nasjonale vs. det ikke-nasjonale perspektivet er viktig. Det er også viktig at prioritering også gjøres på eksisterende portefølje i tillegg til nye prosjekter.</p> <p>Det kom innspill på at Klinisk IKT-fagforum kan være et fora det også kan være nyttig å få innspill til prioriteringen fra. I tillegg kom det innspill på at KommIT-rådet også kan være aktuelt i denne sammenheng.</p>
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse innarbeide innspill fremkommet i møtet.</p>
23/17	Kodeverk og terminologi
	<p>Alfhild Stokke og Gunhild Rognstad, Direktoratet for e-helse, orienterte om kodeverk og terminologi der hensikt med saken var å drøfte Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk koding i helseforetakene.</p> <p>Rapporten viser at kodingskvaliteten er lite tilfredsstillende.</p> <p>Det ble kommentert at flere av FHI sine registre også baserer seg på bruk av ICD-10, og det ble stilt spørsmål til om avdeling for kodeverk og terminolog veileder sykehusene i hvordan de skal bruke kodeverket for å sikre god kodingskvalitet. FHI ønsker gjerne å samarbeide og bidra til at kodingskvaliteten øker, også for bruk av ACT-koder. Direktoratet for e-helse avklarte at det er etablert e-læringskurs i ICD-10 og koding, og vil gjerne samarbeide nærmere med FHI om kodingskvalitet.</p> <p>Det ble kommentert at det også er nødvendig med opplæring og veiledning i koding for primærhelsetjenesten. Mange har lite kunnskap og kodingen skjer litt «i hytt pine». Få er klar over at de koder går inn i et nasjonalt helseregister og blir brukt til analyse og forskning. Skal KPR bli et godt nasjonalt nøkkelregister må kompetansen og motivasjonen for koding styrkes.</p>
	<p>Vedtak: Direktoratet for e-helse tar med seg innspill fra NUFA i samhandlingen med aktørene som har ansvar for medisinsk koding.</p>
24/17	Standardisering
	<p>Jon Stolpnessæter og Åsmund Ahlmann Nyre, Direktoratet for e-helse, orienterte om standardisering der hensikt med saken var å drøfte internasjonale standarder – Felles informasjonsmodeller og erfaringer fra internasjonale standardiseringsmiljø.</p> <p>Jon Stolpnessæter spurte NUFA om råd for hvordan man bør gå frem for å få til det gode samarbeidet, og prosessen for etablering av et felles rammeverk for informasjonsmodeller med tydelig ansvars plassering.</p> <p>Det ble uttrykt støtte rundt satsingen på standarder og informasjonsmodeller, også for å underbygge innføringen av EIEJ. Videre ble det kommentert at internasjonale standarder er store og komplekse og at de er tunge å innføre. Det ble anbefalt en nøktern tilnærming, kanskje på et avgrenset område for å teste ut gjennomførbarhet og hvilken verdi det gir. Direktoratet for e-helse kommenterte at utprøving vil komme i en senere fase.</p> <p>Det kom innspill på at man bør høste erfaringer gjennom arbeidet som skjer på Europeisk nivå når det gjelder utveksling av helsedata. Fra og med 2019 skal dette være oppe å gå, dog</p>

	<p>i beskjednen målestokk.</p> <p>Det ble videre stilt spørsmål til hva man kan forvente av leverandørmarkedet knyttet til dette. Det ble videre kommentert at integrasjonsstrategien man legger blir viktig. Det vil kunne bli veldig store endringer for den enkelte aktør. Hvordan leverandører ønsker å gjøre det bør være opp til dem, men de må skjønne hva man ønsker og oppnå, og at dette er et «verktøy» for bedre pasientbehandling.</p> <p>Til slutt ble det presisert at det er viktig å være tydelig på hvordan dette skal realiseres slik at det blir gjennomførbart.</p>
	<p>Vedtak: NUFA ber om at innspill som fremkommer i møtet blir tatt med i det videre arbeidet.</p>
25/17	Helsedataprogrammet
	<p>Bent Are Melsom, Direktoratet for e-helse, orienterte om status og fremdrift i Helsedataprogrammet, samt ønsket å drøfte problembeskrivelse og behovsanalysen som er en del av konseptvalgutredningen for helseanalyseplattformen. Dette for å få NUFA sine innspill og for å holde NUFA orientert om arbeidet i programmet.</p> <p><u>Problembeskrivelse:</u> Det ble kommentert at det er en risiko for å feile på grunn av at man ikke har en god kilde for «masterdata». Historikk blir ikke godt nok ivaretatt. Folkeregisteret gir f.eks. kun informasjon om hvor du bor i dag, ikke hvor du har bodd tidligere. Videre ble det støttet at man kanskje ser på helseledere som egen brukergruppe, helt ned på avdelingsnivå.</p> <p>Det ble understreket viktigheten av punktet som omhandler innsyn og tilgang for innbyggere Dette er et viktig argument for en felles nasjonal HAP.</p> <p><u>Behovsbeskrivelse:</u> Viktigheten av tilrettelagte grunndata/masterdata ble understreket, samt også behovet for god styring og forvaltning, datainnsamling, mottak og integrasjon. Data må kunne deles mellom helseregistre og mellom HAP og helseregistre. Pila (API-ene) går begge veier.</p> <p>Det kom innspill på at det kan være klokt å begrense ambisjonsnivået når det gjelder klinisk beslutningsstøtte da det er flere miljøer og prosjekter som jobber med dette.</p> <p>Bent Are Melsom signaliserte at Helsedataprogrammet vil komme tilbake med 3-4 konsepter som man ønsker å drøfte nærmere i NUFA. Til slutt informerte han om at Helsedataprogrammet har opprettet en egen epostadresse for innspill og spørsmål og oppfordret til å anvende denne: helsedataprogrammet@ehelse.no.</p>
	<p>Vedtak: NUFA er orientert om status og fremdriften i Helsedataprogrammet. Videre er NUFA orientert om og har gitt sine innspill til første versjon av problembeskrivelse og behovsanalysen i forbindelse med konseptvalgutredningen for Helseanalyseplattformen.</p>
26/17	Arkitekturstyring
	<p>Lene Skjervheim, Direktoratet for e-helse, orienterte kort om bakgrunnen for prosjektet Etablering av nasjonal arkitekturstyring. Videre var saken delt i tre deler.</p> <p><u>Nasjonal arkitekturstyring på ulike nivåer:</u> Mona Holsve Ofigsbø, Direktoratet for e-helse, orienterte om foreløpige områder (nivåer) for nasjonal arkitekturstyring; politisk, nasjonal e-helsestrategi og portefølje, fastsettelse av felleskrav.</p> <p>Det ble stilt spørsmål angående hva man styrer og hvordan. Prosjektet svarte at bakgrunnen er at man ønsker mer nasjonal styring med god forankring, og at det blant annet må sees i</p>

	<p>sammenheng med de andre nasjonale prosessene. Styringsgrunnlag er under utarbeidelse, og nasjonal arkitekturstyring må bygges gradvis. Nødvendige virkemidler skal vurderes i tett sammenheng med oppdraget på IKT-organisering og myndighetsrollen.</p> <p>Det ble kommentert at prosjektet bør se til arkitekturrammeverket fra Difi i arbeidet. Det ble stilt spørsmål til om prosjektet skal vurdere dokumentbibliotek for nasjonale styringsgrunnlag, og prosjektet svarte at det skal man.</p> <p><u>Målbilde og veikart:</u> Lars Moen, Direktoratet for e-helse, orienterte om foreløpig arbeid knyttet til veikart for å realisere målbildet om én innbygger – én journal og realiseringsmodeller for å løse prioriterte behov for helsepersoneltjenester på mellomlang sikt.</p> <p>Retningsvalg i nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 ble kort drøftet.</p> <p>Det ble stilt spørsmål til hvordan arbeidet skal forankres i sektor. Dette skal gjøres gjennom én innbygger – én journal prosjektet.</p> <p>Det ble kommentert at veikartet og realiseringsmodellene med fordel kan inkludere de nasjonale helseregistrene.</p> <p><u>Referansearkitekturer samhandling:</u> Bjarte Aksnes, Direktoratet for e-helse, orienterte om referansearkitekturer for meldings- og dokumentutveksling, datadeling og dokumentdeling. Han orienterte om arbeid fremover for målarkitektur og ønsket innspill fra NUFA på involvering av sektoren i dette arbeidet.</p> <p>Det ble kommentert at dette er veldig nyttig arbeid, og at sektoren ønsker dialog rundt målarkiturene. Det kom innspill på å gjøre arkiturene kjent ved for eksempel bruk av video og nettside hvor man kan drille videre i detaljer hvis man ønsker. Det ble uttrykt ønske fra kommunesiden å få opplæring/presentasjon av resultatene.</p> <p>Det ble kommentert at arkiturene kan se annerledes ut dersom det er en maskin som initierer samhandling, fremfor en person, og at dette bør synliggjøres i arbeidet.</p>
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse innarbeide innspill fremkommet i møtet.</p>
27/17	<p>Velferdsteknologi</p>
	<p>Thor Steffensen og Jon Helge Andersen, Direktoratet for e-helse, orienterte om Velferdsteknologi der hensikt med saken var å drøfte realiseringsstrategi for nasjonal informasjonsknutepunkt for velferdsteknologi.</p> <p>Prosjektet forklarte at det velges en forsiktig tilnærming i første fase basert på eksisterende utviklings- og driftsoppsett hos Norsk Helsenett. Behovene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og arkitekturmessige rammer, er ikke klare nok til at det er hensiktsmessig å gjennomføre en større anskaffelse i markedet nå. Tanken er at man gjennom tett samarbeid med noen utvalgte kommuneprojekter og leverandører kan drive markedet inn mot en felles nasjonal spesifisering basert på reelle behov og den nasjonale e-helse-arkituren. Det fokuseres i første rekke på dataflyten mellom løsninger for trygghetsskapende teknologi og de kommunale fagsystem/EPJ.</p> <p>Det er mye informasjon som kan dokumenteres i EPJ, og det er viktig at det foretas et aktivt valg om hva som skal dokumenteres. Her blir juridiske vurderinger helt sentrale. Journalforskriften er tydelig på at det som samles inn av informasjon regnes som arbeidsdokumenter inntil det er valgt ut hva vi skal dokumentere.</p>

	<p>Det ble kommentert at alt ikke skal inn i journalen i enhver form, og at prosjektet må være særskilt oppmerksom på at ønsker om informasjon ikke nødvendigvis er det samme som tjenstlige behov. Det er viktig at tiltaksplanen som følger opp behov, og at tiltak blir en del av arbeidsprosessen og ikke fungerer parallelt. Kommunene på sin side ønsker dette, og vil ha det integrert i en sammenheng.</p>
	<p>Vedtak: NUFA støtter realiseringsstrategien for nasjonalt informasjonsknutepunkt for velferdsteknologi.</p>
28/17	Tilleggsoppdrag: Informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører
	<p>Robert Nystuen, Direktoratet for e-helse, orienterte om tilleggsoppdraget på informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører.</p> <p>Det ble kommentert at gjenbruk er bra, og at det vil være en fordel å invitere datatilsynet inn. Datatilsynet har ført tilsyn og rapporter som kan løfte frem noe av utfordringsbildet.</p> <p>Sertifisering ble nevnt som en mulighet for å sikre informasjonssikkerheten ved bruk av private leverandører. Problemet med dette er å plassere ansvar for listen over sertifiserte leverandører. Hvem tar ansvaret hvis en sertifisert leverandør allikevel ikke lever opp til kravene?</p> <p>Det ble kommentert at man bør kunne forholde seg likt til leverandører uansett om man er offentlig eller privat, det er uansett en plikt å undersøke leverandøren. Det er behov for en tydelighet i felles krav og regler, og harmonisering over sektorer og landegrenser.</p> <p>Det bør nyanseres hvilken frihet leverandørene har i drifting - har de full kontroll eller er data i skyen – eventuelt hybrid?</p> <p>Kriteriene kan også sette så strenge at det hindrer gjennomføringen. Alle kan ikke settes i samme bås. Det må aksepteres at det er en risiko, og etablere en prosess for å vurdere og revidere disse risiko.</p>
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse innarbeide innspill fremkommet i møtet.</p>
29/17	AMK-prosjektet
	<p>Hege Rob Moi, Nasjonal IKT, orienterte om erfaringer og læringspunkter fra ulike interregionale prosjekter, med hovedfokus på det stansede innkjøpsprosjektet for ny AMK-teknologi. I tillegg refererte hun kort til eksisterende arenaer organisert gjennom Nasjonal IKT for samhandling og standardisering av IKT-utviklingen i spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Innkjøpsprosjekt for ny AMK-teknologi ble stanset grunnet høy kompleksitet og risiko. Det er viktig at ambisjonsnivå for prosjekter avklares i forkant, at prosjekteierskapet er tydelig og at prosjektene har tilstrekkelig mandat. Det er utfordrende at det er ulike oppfattelser av prosjekters omfang. Med det omfanget AMK prosjektet endte med, burde det hatt et grundigere forprosjekt slik at dette ble avdekket på forhånd.</p> <p>Det øker kompleksiteten at det er flere kunder til et felles system.</p> <p>Et nyttig utbytte av prosjektet var at fagmiljøene i RHF-ene ble samsnakket, og det ble lagt til rette for verdifull standardisering på tvers.</p> <p>Erfaringer fra andre interregionale prosjekter i regi av Nasjonal IKT HF viser at tidlig avklaring av finanseringsprinsipper og arbeidsdeling (roller og ansvar) er viktig for å lykkes.</p>

	Det ble kommentert at erfaringene og læringspunktene fra det stansede AMK prosjektet har mye overførselsverdi til andre nasjonale prosjekter – herunder Helseplattformen.
	Vedtak: NUFA tar saken til orientering.

Sak	Onsdag 6. september – Tema: «Bedre sammenheng i pasientforløp»
30/17	Bedre sammenheng i pasientforløp
	<p>30A: Innledning – Kontekst Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan og porteføljestyring Det ble gitt en innledning til temaet «Bedre sammenheng i pasientforløp» i konteksten nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan og porteføljestyring.</p>
	<p>30B: Behov Det ble orientert om perspektiv fra kommune og spesialist på hva som er de viktigste behovene vedrørende bedre sammenheng i pasientforløp.</p> <p>Thor Johannes Bragstad fra Trondheim kommune presenterte deres perspektiv på sammenheng i pasientforløp. Deres definisjon er at sammenheng i pasientforløpet er avhengig av samhandling, langsiktighet (sykluser), helhet, generiske pasientforløp samt tidvis diagnosespesifikk behandling. Videre er det sammenhengende pasientforløp avhengig av medfølgende kunnskaps- og kompetanse-basert faktagrunnlag.</p> <p>Utfordringene er knyttet til overgangene mellom de betjenende aktørene i pasientforløp, særskilt faktagrunnlag- og kompetanse- overføringen. Ved kompetanseoverføring er en avhengig av beslutningsunderlag langs hele det forutgående i pasientforløp. Videre observeres det at beslutningsstøtte understøtter enkelvise/diagnosespesifikke sykdomshendelser og ikke multisyke. Andre utfordringer er at det er vanskelig å jobbe med «tidlig innsats» type «lange» forløp, dvs. forebyggende, helsefremmende arbeid, gittdagens finansieringsmodell.</p> <p><u>Diskusjon og innspill:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Pasientforløp bør være generiske, da det er ulik tilnærming til forskjellige behandlinger. Dette har betydning også for hvordan det tilrettelegges for tekniske løsninger for informasjonsflyten. – Beskrivelse av utfordringene er gjenkjennbar i andre kommuner. I tillegg er det viktig at pasienten opplever trygghet ved overføring mellom nivåene. – Noe diskusjon rundt behandling i KAD versus hjemme. Det ble vist til internasjonal utvikling hvor trenden er at det settes sammen team som rykker ut hjem til pasienten. – Det er ikke bærekraftig med diagnosespesifikke forløp. Det er umulig å bevare spesialistkompetansen i (mindre) kommuner da helsepersonellet møter de enkelte diagnoser ytterst sjelden. – Det er utfordringer ved ulike kodeverk og dermed ulike «språk». For funksjonskartlegging ansees IPLOS/ICF ikke å ha tilstrekkelig kodekvalitet. <p>Per Olav Skjesol fra Helse Midt-RHF presenterte hva som gjøres i Midt Norge rundt pasientforløp. Deres definisjon er en koordinert tverrfaglig prosess for en definert pasientgruppe, som kan omfatte utredning, behandling, oppfølging og omsorg. Diagnostikk, behandling og oppfølging skal være evidensbasert og skal føre til kunnskapsbasert praksis. Pasientforløp deles inn i tre hovedtyper: sykehusinterne pasientforløp, HF- interne pasient forløp og HF-interne (regionale) pasientforløp.</p> <p>Målsetningen ved pasientforløp er blant annet at det skal være retningsgivende for pasientbehandling, sikre kunnskapsbasert pasientbehandling, gi alle involverte oversikt over</p>

behandlingsforløpet, sikre god ressursutnyttelse og samhandling avdelinger, være hjelpemiddel i opplæring av studenter og ansatte, og grunnlag for forskningsbasert evaluering.

Beskrivelse av pasientforløp gjøres forskjellig i sektoren, for eksempel har Sykehuset Østfold HF beskrevet hvordan teknologi understøtter pasientforløp som trolig eneste i sektoren som beskriver pasientforløpet på en slik måte.

Prosess bringer ansatte med ulik kompetanse og ulike ferdigheter sammen for å løse komplekse oppgaver. Det jobbes med generiske forløp. Det er viktig å huske på at ikke alle pasienter kan inngå i et standardisert pasientforløp, noen har behov for behandling som er skreddersøm og mer sammensatt.

Det er en utfordring at dagens finansieringsordninger ikke understøtter gode pasientforløp. En finansieringsordning som gir intensiver til i større grad å drive forebygging og holde pasienten hjemme eller utenfor sykehus er nødvendig. Spesielt vil dette gjelde for Helseplattformen.

Diskusjon og innspill:

- Det er viktig å tenke generiske forløp, slik at en ikke komplisere dette når en skal gjøre valg av teknologiske løsninger.
- Ved John Hopkins i USA skjer ikke utskrivningen når pasienten går ut av sykehuset, men først når det er skrevet et opplegg for videre forløp. Dette for å få en god kompetanseoverføring.
- Det er i overgangene at det er viktig å sikre sammenhengen mellom nivåene, det er her det erfaringsmessig svikter
- Ressurseffektivitet vs. flyteeffektivitet for pasienten – viktig å få til en god kombinasjon
- På IKT-siden må vi kunne understøtte ulike strategier for ulike pasienter. Man skal ikke tvinges inn i et forløp for forløpets skyld. Det vil lønne seg å heller se på spesifikke prosesser, og sikre informasjon om enkle prosedyrer som kan kombineres på tvers av forløp

30C: Innsatsområde 2.4: Dele viktige helseopplysninger i den akuttmedisinske kjede

Hensikt med saken var å drøfte hvilke aktiviteter vi bør prioritere på kort/mellomlang sikt, i påvente av Én innbygger – én journal.

- Tilrettelegge for at helsepersonell kan gjøre nødvendige oppslag i henvisninger, epikriser og utvalgte typer svarrapporter i andre virksomheter enn der de selv er ansatt
- Tettere integrere kjernejournal i EPJ

Det er ønskelig å se nærmere på om tiltakene i dette strategiske området er tilstrekkelig for å nå målene i området.

Anne Fiskaa fra Lovisenberg sykehus presenterte behovet for deling av dokumenter Lovisenberg sykehus er et lokalsykehus og ikke underlagt HSØ. Pasientjournaldata på Lovisenberg omfatter pasientinformasjon, samhandlingspartnere, diagnose, og pasientadministrasjon. Det er viktig å ha god kjennskap til pasientforløp slik at en får informasjon når en har behov. Ikke all informasjon er elektronisk, mye av informasjonsflyten går på post, fax og telefon og alt må inn i pasientforløpet. Det er behov for å definere hva de andre virksomhetene trenger av informasjon, slik at forløpet får en god informasjonsflyt. Lovisenberg Sykehus er en privat institusjon som ikke omfattes av EPJ konsolidering i HSØ. Slike institusjoner trenger altså alternative tiltak for å kunne utveksle informasjon på tvers av behandlingssteder.

Anders Grimsmo fra NHN presenterte oppslag i henvisninger og epikriser, i andre

virksomheter enn der du selv er ansatt. For at leger skal kunne gjøre gode vurderinger er de helt avhengig av informasjon. Eksempel fra Ullevål viste at leger brukte epikriser fra forrige innleggelse som informasjonsgrunnlag.

Et helhetlig pasientforløp kjennetegnes ved kontinuitet, sømløshet og at den er informasjonsdrevet. En av utfordringene ved pasientforløpet er at det er lite fokus på hva som skal gjøres i det videre behandlingsløpet. En av de som får lite informasjon er hjemmesykepleiere. Fastlegen får epikrisen fra sykehus, men det er ikke noe oppsatt forhold mellom fastlege og hjemmesykepleier. I tillegg viser det seg at denne informasjonen fra epikrisen ikke nødvendigvis ikke er sist oppdatert informasjon.

Alvorlig hastegrad av forløpet viser seg å fungere godt, lav hastegrad viser store forskjeller i utførelse av forløpet.

Tore Dundas fra DIPS presenterte innsynsløsninger i DIPS – på vei mot EIEJ. Det er laget innsynsløsninger for deling mellom helsepersonell og innbygger, og deling av journal skjer ved bruk av IHE XDS. Helse Nord bruker denne løsningen for innsyn av journaler for pasienter, HSØ ved innsyn av epikriser og Helse Vest ved innsyn av journal for pasient og innkallingsbrev. Det gis ikke støtte for XCA, noe som betyr at en ikke får innsyn fra de andre regionene. Status på sikkerhet er at en kun har støtte for maskin til maskin autentisering, dvs. autentisering mellom helsenorge.no og DIPS. Det finnes ingen autentisering for helsepersonell pr i dag. Det sees på løsninger for informasjonsdeling for helsepersonell på tvers av behandlingssteder regionalt. Samme teknologi kan brukes for informasjonsdeling nasjonalt. Det som gjenstår er autorisering av dokumentforespørsler på tvers av behandlingssteder.

Bent Larsen og Aina Blix Bjelde fra Direktoratet for e-helse presenterte innsyn i journaldokumenter på tvers av behandlingssteder ved utvidet bruk av kjernejournal. En hovedmålsetning med Kjernejournal er å kunne dele kliniske dokumenter på tvers av behandlingssteder og nivåer (jf. forskrift og lovproposisjon); Kjernejournal har forskriftsfestet rett til å vise oversikt over journaldokumenter. Lovproposisjonen sier også at dokumentet skal kunne slås opp fra kilden der det er lagret (men kjernejournal skal ikke lagre selve dokumentet).

Diskusjon og innspill:

- Hovedkommentaren var at dette er et utmerket tiltak som bør prioriteres.
- Dagens kjernejournal blir lite brukt. Det vil være behov for mer informasjon i kjernejournal.
- Det er behov for at pleie- og omsorg får tilgang til Kjernejournal.
- Kjernejournal er et godt tiltak, men det må gi nytteverdi. Det er behov for informasjon, men det må ikke bli vanskelig å finne frem til informasjonen i kjernejournal.
- Det gis støtte til å utvide kjernejournal til å innlemme innsyn i journaldokumenter
- Det er behov for noe frem mot helseplattformen og dette kan være en mulighet.

Lars Petter Granan fra OUS presenterte status og praktiske problemstillinger knyttet til bruk av kritisk informasjon i kjernejournal. Kjernejournal er en frittstående løsning med separat pålogging. Det er noen utfordringer knyttet til dette og at en må gjøre dobbelt registrering.

Det er utført en studie på OUS ved oppslag og registrering av kritisk informasjon i kjernejournal i perioden 01.01.17 – 06.06.17 for prosedyrekoder og diagnosekoder. Det viste seg at det mangler minst 97% av kritisk informasjon fra lokal EPJ i nasjonal kjernejournal. De aller fleste HF sliter med å innfri kravet om registrering.

	<p>Kjernejournal er veldig bra når en har tilgang, men mangler brukerstøtte når en ikke får tilgang. Det er dobbeltregistrering og leger registrerer dermed ikke i kjernejournal i tillegg til lokal EPJ. Få gjør oppslag i kjernejournal. Kjernejournal er det beste vi har og er mest oppdatert. Til tross for dette er det som mange har mindre tillit til hva som står/er registrert av andre i kjernejournal enn i egen EPJ.</p> <p><u>Diskusjon og innspill:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Det blir spurt om en vet årsaken til at en ikke benytter kjernejournal mer. Det er to av hovedgrunnene og der dobbeltregistrering og at en ikke har innsyn i tidligere hendelser. Om dette er den reelle grunnen er noe usikkert. <p>Det er behov for støtte og forankring i HF ledelsen for at kjernejournal skal brukes mer.</p> <p>Kristoffer Fossum fra HSØ presenterte hvordan få en bedre håndtering av kjernejournal og at en hadde sett nærmere på dette i moderniseringsprogrammet i HSØ. Her har fokus vært en bedre informasjonsflyt mellom kliniske fagsystemer og kjernejournal, og få en bedre løsning der en får integrert kjernejournal i fagsystemet.</p> <p><u>Diskusjon og innspill:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – En hovedtilbakemelding var at man anså det som nødvendig å få synkronisert data mellom EPJ og kjernejournal for å øke registreringsgraden og effektivisere arbeidsprosessen (unngå dobbeltregistrering). – Det er behov for å få mer tid til pasienten og at helsepersonell ikke må gjøre mange «klikk» gjennom alle systemene. – Det er behov for å se på prinsipper i arkitekturstyring som dobbeltregistrering og standardisering av kritisk informasjon. – Det bør vurderes hvem som kan registrere i kjernejournal, kan en se på robotisering for registrering. – Det er åpnet for at sykepleier kan registrere noe i kjernejournal. – Det er viktig å tenke over oppgavene til de ulike profesjonene (sykepleier vs lege). <p>Aina Blix Bjelde og Bent Larsen holdt presentasjon med tema Kjernejournal tettere integrert i EPJ. Pr. i dag er det ikke integrasjon mellom Kjernejournal og fagsystemene. EPJ må støtte nasjonal informasjonsmodell for Kritisk info, slik at et utvalg av informasjonen enkelt kan overføres til kjernejournalen. Direktoratet for e-helse har i regi av prosjektet nasjonal kjernejournal utviklet en nasjonal standard for kritisk informasjon. Det er ca. 9500 opplag pr uke, som er sammenlignbart med Sverige (NPØ).</p> <p>Registrering i kjernejournal er lav og en må få mer fokus på dette. Nåsituasjon krever dobbeltregistrering. Det er også usikkerhet pasientsikkerhet når all informasjon ikke er registrert.</p> <p><u>Diskusjon og innspill:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Per i dag er registreringsgraden lav og dette går ut over pasientsikkerheten og legenes tillit til informasjonen i kjernejournal. Det ble spilt inn at registreringsgraden kunne økes ved at flere profesjoner skal få lov å registrere i Kjernejournal. - Fastlegene ønsker tettere integrasjon. - Det må først avklares entydig hva som skal registreres. Myndighetene (e-helse) må stille krav til hvordan man skal utveksle informasjon for å sikre kompatibilitet - Tolkningsspørsmål er en risiko
	<p>30D: Innsatsområde 2.3: Dele oppdatert legemiddelinformasjon i hele pasientforløpet Hensikt med saken var å drøfte hvilke aktiviteter vi bør prioritere på kort/mellomlang sikt, i påvente av Én innbygger – én journal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientens Legemiddelliste (PLL) – overordnet status

- Status for relaterte prosjekter og hvordan de påvirker PLL
- Noen suksessfaktorer, og hvorfor vil prosjektet lykkes

Bård Gamnes og Kirsten Sæbøe Nystuen fra Direktoratet for e-helse presenterer prosjektet pasientens legemiddelliste (PLL). PLL bygger videre på eksisterende løsninger for reseptformidler og kjernejournal. Det skal gis tilgang til PLL gjennom legemiddelmodulen i EPJ systemene.

For å realisere konseptet, må følgende hovedspor ivaretas:

- Juridisk: Regelverk må endres for å tillate deling av listen gjennom RF og KJ
- Helsefaglige rutiner: Helsepersonell må jobbe med legemiddellisten og ta ansvar for denne i hvert behandlingsledd
- IKT: EPJ, Kjernejournal, Reseptformidler og Helsenorger må utvikle endringer for å støtte legemiddellisten
- Innføring: utprøving og nasjonal innføring

Diskusjon og innspill:

- PLO har behov for legemidler. Viktig at det ikke bare gis innsyn, men anledning til å oppdatere informasjon
- Det er ikke tatt høyde for at apotek skal kunne registrere legemidler inn i listen i første fase
- For å sikre god arbeidsflyt på sykehus kan det være en mulighet at legens medarbeidere (eks. sykepleiere) kan samstemme legemiddellisten før lege godkjenner
- Innføringsstrategien innebærer en trinnvis utvikling hvor fastlegen og kommunen er tett på. Bygge på skalerbarhet og gode avtaler med leverandørene. Alle aktørenes EPJ løsninger må være på.

Hilde Lyngstad presenterer relaterte prosjekter, status og avhengigheter til pasientens legemiddelliste.

Relaterte legemiddelprosjekter i Direktoratet for e-helse er:

- Pasientens Legemiddelliste
- Elektronisk multidose
- Legemidler til PLO
- Utrede Nasjonal forskrivningskomponent
- Kvalitet i e-resept

Forutsetninger for PLL er blant annet at EPJ må utvikle støtte for e-resept meldingen brukt i elektronisk multidose og at e-resept og kjernejournal innført i PLO.

Diskusjon og innspill:

- 90% av resepter skrives i dag elektronisk. Det vil alltid bli skrevet noen papirresepter f.eks til de som drar til Sverige og henter ut resepter
- Tidligst realiserbare plan for legemidler i PLO er 2021-22, for ca. 70% av kommunene. Trenger å vite mere om hvor leverandørene står for å kunne planlegge mere nøyaktig.
- De mange «krumspring» på legemiddelfeltet kan gi inntrykk av at kompleksiteten øker, men det er i realiteten begrensede justeringer teknisk som skal til for å få det til å henge sammen på kort og mellomlang sikt. Fokus i alle prosjekter er å redusere kompleksitet ved smartere bruk av eksisterende løsninger.
- For at kommunene skal være forberedt på tekniske oppgraderinger og opplæring av helsepersonell er det viktig at det kommuniseres tidligst mulig.

Gruppearbeid vedrørende suksessfaktorer og hvordan vi skal lykkes på legemiddelfeltet.

	<p>Suksessfaktorer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: Forankret i strategier og handlingsplaner 2: Virksomhetenes mobilisering 3: Forskrift og takst 4: Nasjonale råd for Pasientens Legemiddelliste 5: Samarbeid med EPJ leverandørene 6: Metodisk tilnærming til innføringen <p><u>Oppsummering av tilbakemeldinger fra gruppearbeid:</u></p> <p>Kommunemobilisering må til:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bruke KS aktivt - Lage et felles løp for kommunale investeringer. Det er viktig at vi ikke får for mange parallelle kommuneprosjekter - Snakke med kommunene på kommunalt helsesjefnivå, være tydelig mht finansiering og konsekvenser samt at investering og gevinst må sees i sammenheng - Snakke med KS – PKI anskaffelser – felles tilnærming <p>Leverandører:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bruke sanksjoner ifht. krav som e-helse setter - Hvis det blir et «lappeteppe» på kort/mellom lang sikt, kan det medføre at leverandørene ikke prioriterer å utvikle dette - Må være tydelige bestillinger til leverandører, ta med de 10 viktigste kommunene/kundene - Støtter tilnærmingen, og samtidighet i utviklingen hos leverandører <p>Forskrift og takst:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fastlegens rolle har stor belastning i dag, løsningen bør ikke belaste fastlegene ytterligere - Løsningen bør støtte informasjon knyttet til indikasjon og kontraindikasjoner så det er nok kontekst for å ta riktig beslutning - E-helse må ha god oversikt over forskriftsendringer <p>Tydelig forutsetninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forutsigbarhet og tydelig eierskap og beslutninger - Alle aktørene må <u>ville dette</u> - Sørge for at det blir prioritert i NUIT - Evne å gjennomføre sammen - Nasjonal Forskrivningskomponent (NFK) kan være en viktig forutsetning - Viktig med entydige tydelige råd, nasjonale råd for pasientens legemiddelliste <p>Risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uklart eierskap og beslutningsprosesser - Kompleksitet – ikke ha tilstrekkelig oversikt over risiko og hvilke tiltak som må iverksettes og av hvem - Kan man klare å teste tilstrekkelig mht. skalerbarhet <p>Annet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hva gjør vi med avtalespesialister? Det er flere som ikke er på e-resept - Tett samarbeid med Helseplattformen - Støtter tilnærmingen i innføringen
	<p>30E: Oppsummering og neste skritt Vidar Mikkelsen, Direktoratet for e-helse, oppsummerte og orienterte om neste skritt.</p>
	<p>Vedtak: NUFA ber Direktoratet for e-helse ta innspill fremkommet i møtet med i videre arbeid med å revidere nasjonal handlingsplan for e-helse 2017-2022.</p>
31/17	<p>Eventuelt</p>
	<p>Ingen saker under eventuelt.</p>