



Direktoratet for
e-helse

NUFA – Radisson Blu, Gardermoen

26. – 27. april 2023

Velkommen

Endringer i representanter i NUFA

Vi ønsker nye medlemmer velkommen i NUFA:

- Henrik Næss, Oslo kommune. Han erstatter Kirsti Pedersen.
- Jacob Holter Grundt, Direktoratet for e-helse. Han erstatter representant fra ledelsen i direktoratet.

Ansvar for Nasjonal rådsmodell for e-helse i Direktoratet for e-helse:

- Norunn Saure. Hun tar over for Siv Ingebrigtsen.

Stedfortredere til dagens møte

- Lars Henrik Hegrenæs, Helse Midt RHF, stiller for Per Olav Skjesol.
- Sunniva Rognerud, Helse Midt RHF, stiller for Kristian Onarheim.
- Ronny Holten Olsen, Norsk helsenett SF, stiller for Odd Martin Solem.

Og så.....

- Han avslo møtet i august med følgende melding "Jeg runder 70 i juni 23 og blir da pensjonist".
- Pioner for PLO-meldingene (startet tidlig 2000-tallet)
- Pioner for tjenestebasert adressering (startet 2005?)
- samhandling med helsestasjon inkludert fødselsepikrise, bestilling av hjelpemidler fra NAV
- Han deltok i ELIN-k både i alle faser også. Og Nasjonalt meldingsløft og SamUT
- PLO 2.0 (som aldri ble en realitet – men som godt kunne vært forløperen til Små felles informasjonsmodeller)
- Han var også pådriver for å få til elektronisk samhandling med norske sykehjem i Spania. Jeg var med på en studietur til et sykehjem i Alte som Stavanger kommune og Bærum kommune eide i fellesskap for norske eldre. Kanskje ca 2010
- Sitter fremdeles i Utvalg for tjenestetyper i Adresseregisteret
- Egil deltok i Aksjonsgrupper som ble opprettet under FIA Samhandling, SamUT, KomUT, Produktstyret, og FIA styringsgruppe
- Vært med i NUFA siden før det var NUFA
- Hans tilstedeværelse på ulike fysiske lokasjoner og video er mer enn hva man får til innenfor vanlig arbeidstid.
- Engasjementet han viser er imponerende og viktig – nesten utrolig at det kun er én.....



Sak	Agenda NUFA	Presenterer saken	Tid	Sakstype
	Dag 1 – onsdag 26. april 2023			
12/23	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 25. – 26. januar 2023	Hans Löwe Larsen Direktoratet for e-helse	10:00	Godkjenning
13/23	Orientering fra Direktoratet for e-helse Saken utgår	Hans Löwe Larsen Direktoratet for e-helse	-	Orientering
14/23	Portaler for rapportering for helsepersonell	Merete Lassen Direktoratet for e-helse	10:10	Drøfting
15/23	Informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten	Henrik Linnestad Direktoratet for e-helse	10:55	Drøfting
	Lunsj		11:30	
16/23	EHDS betydning for nasjonale e-helsesatsinger	Idunn Løvseth Kavlie og Marianne Bårtvedt van Os Direktoratet for e-helse	12:30	Drøfting
	Pause		13:30	
17/23	IT-infrastruktur for forskning	Stein Olav Skrøvseth Nasjonalt senter for e-helseforskning	13:45	Drøfting
18/23	Målarkitektur for datadeling innen Digital hjemmeoppfølging	Thomas Tveit Rosenlund og Erik Hedlund Direktoratet for e-helse	14:30	Drøfting
	Pause		15:10	
19/23	Helsesdata – omfattende regulering og svak styring?	Ola Jøsendal Helse Vest RHF	15:25	Drøfting
20/23	Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre 2023	Kjersti Smeland Direktoratet for e-helse	16:10	Drøfting
	Slutt dag 1		16:40	
	Middag		18:30	



Direktoratet for
e-helse

Sak 12/23: Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra NUFA 25. – 26. januar 2023

Forslag til vedtak

NUFA godkjenner innkalling og dagsorden.

NUFA godkjenner referat fra NUFA 25. – 26. januar 2023.



Direktoratet for
e-helse

Sak 14/23: Portaler for rapportering for helsepersonell



Portaler for rapportering for helsepersonell

NUFA 26. april 2023

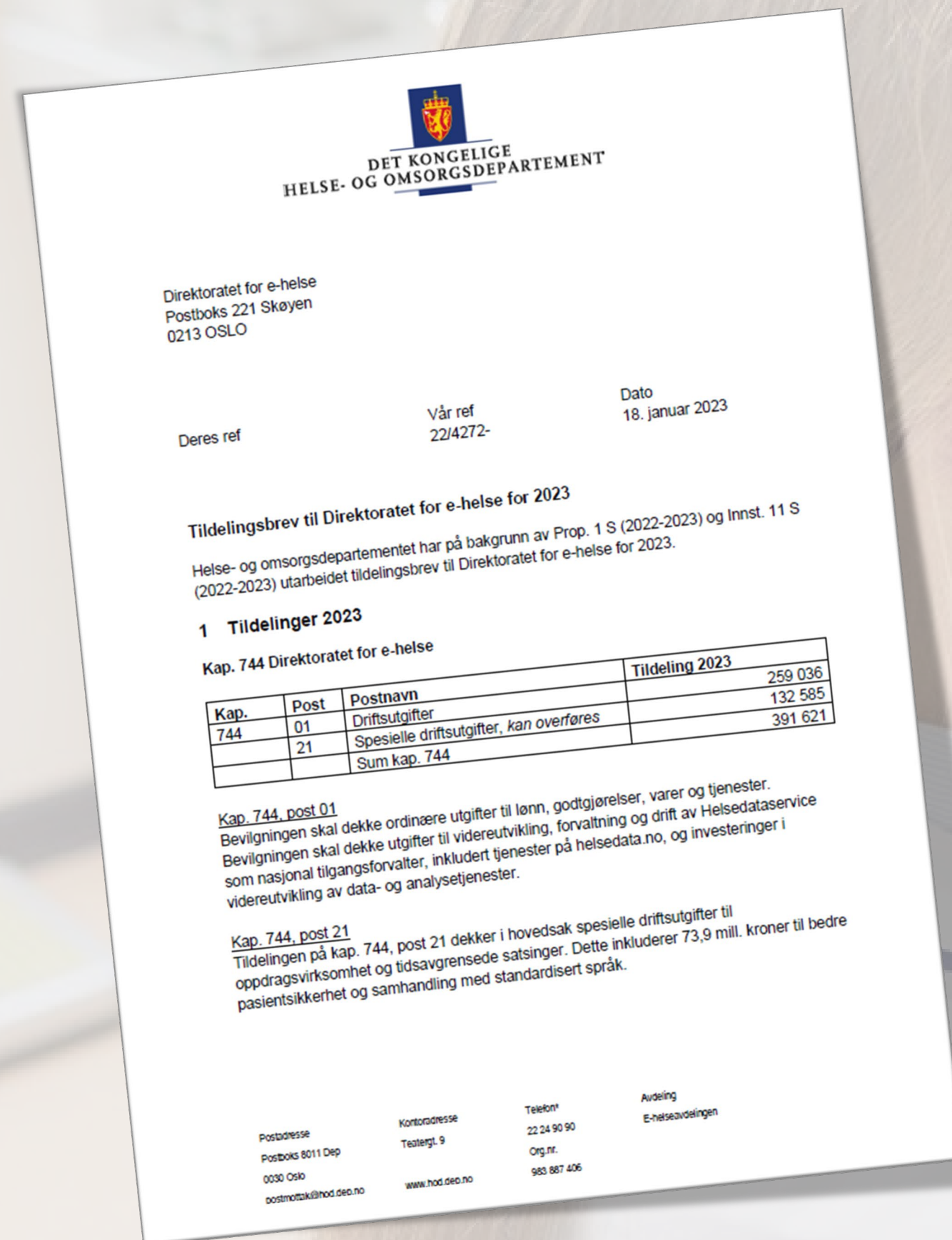
Agenda

1. Kort innledning om bakgrunn, problemskrivelse og mål
2. Utfordringsbildet – funn fra innsiktsfasen
3. Mulighetsrommet – noen foreløpige vurderinger

Oppdraget fra HOD til Direktoratet for e-helse

ID: TB2023-17 Portaler for rapportering for helsepersonell

Departementet viser til oppdrag TB2022-09 der det legges til grunn at et økende antall løsninger for innrapportering og informasjonsutveksling av helsedata med myndighetene er en utfordring for helsepersonell. Det er etablert mange ulike innrapporteringsløsninger (portaler) som ikke er integrert i helsepersonells arbeidsflate, og som ofte krever separat innlogging. Dette gjelder informasjonsutveksling til myndigheter i og utenfor helse- og omsorgssektoren, ikke informasjonsutvekslingen mellom helseaktører om ytelse av helsehjelp. Det er et mål å forenkle rapporteringsbyrden, legge bedre til rette for leverandørmarkedet og bidra til økt sikkerhet. Direktoratet skal anbefale tiltak for hvordan denne type informasjonsutveksling bør håndteres fremover.

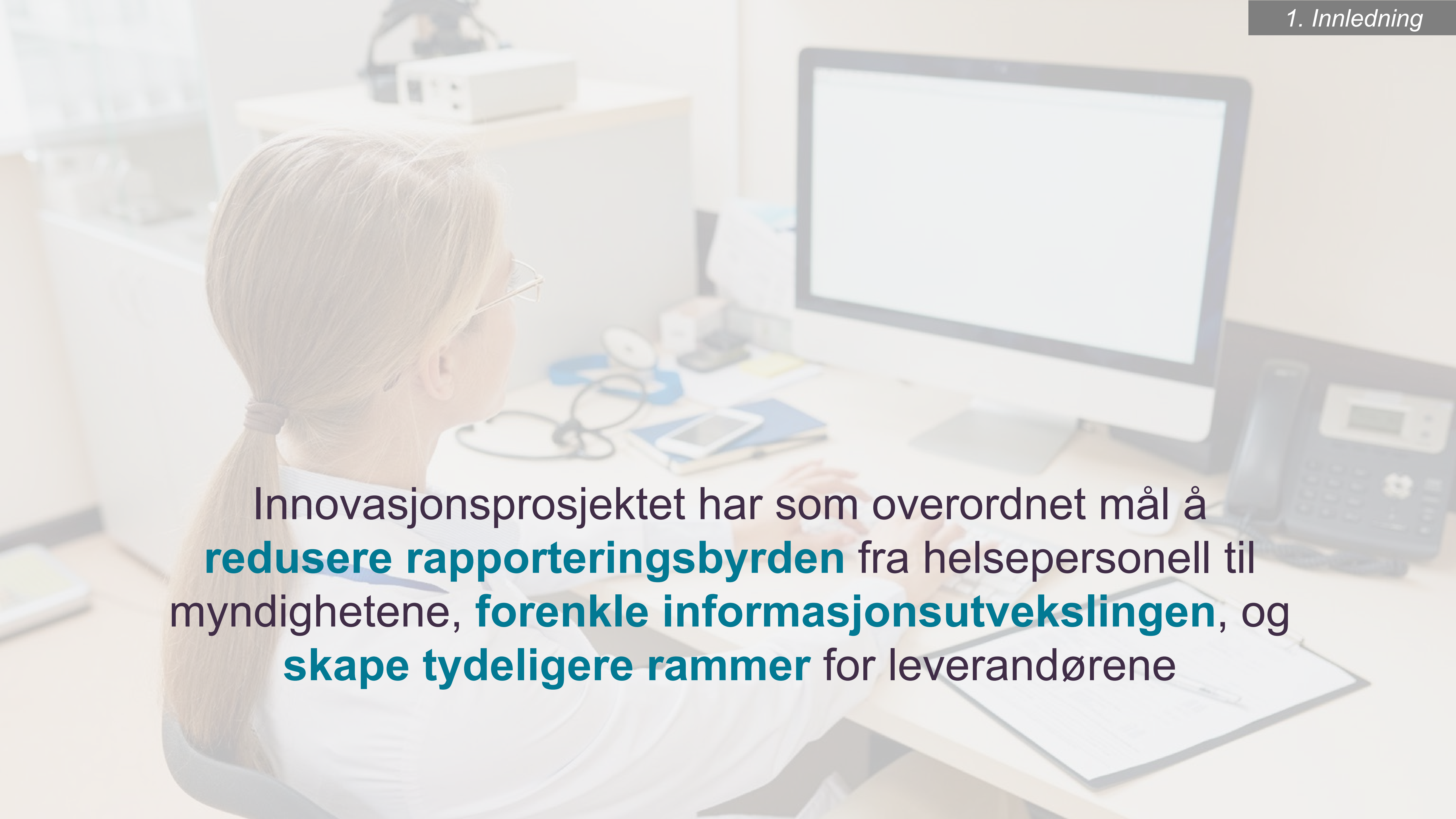


Frist: 1. november

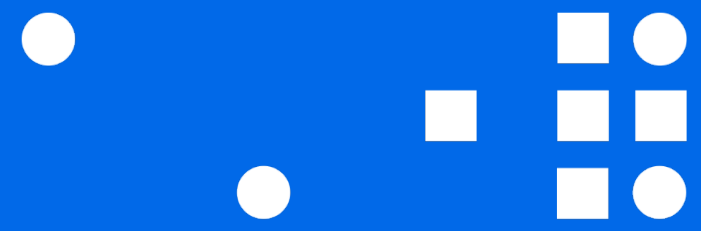
Utfordringsbildet

Overordnet problembeskrivelse

- Det er i dag ingen omforent løsning for digital informasjonsutveksling mellom fastleger og helseforvaltningen eller andre myndighetsorganer. Dette har medført ulike portaler og løsninger for registrering og rapportering av data som fastlegene og annet helsepersonell må forholde seg til ved siden av journalløsningen. Informasjonsflyten fremstår som uoversiktlig, kompleks og innebærer en uhensiktsmessig arbeidsbyrde. Konsekvensene ble tydeligere under koronapandemien, da det i denne perioden ble etablert ytterligere løsninger
- Tilbakemeldingene fra helsepersonell er at de ulike digitale løsningene samlet gir en fragmentert brukeropplevelse. Legene må logge inn og ut av ulike eksterne portaler, det benyttes ulike påloggingsmetoder, det er forskjellige brukergrensesnitt og det er ulik grad av integrasjon med EPJ-systemene, nasjonale fellesløsninger og sentrale registre. Resultatet er at de samme opplysninger må registreres flere ganger noe som er tidkrevende og som gir risiko for feilregistreringer og redusert datakvalitet

A woman with blonde hair in a ponytail, wearing glasses and a white lab coat, is sitting at a desk in an office. She is looking at a large computer monitor. The desk has various items on it, including a keyboard, a mouse, a telephone, and some papers. The background is slightly blurred, showing other desks and office equipment.

Innovasjonsprosjektet har som overordnet mål å **redusere rapporteringsbyrden** fra helsepersonell til myndighetene, **forenkle informasjonsutvekslingen**, og **skape tydeligere rammer** for leverandørene



Direktoratet for
e-helse

Utfordringsbildet – funn fra innsiktsfasen

Fastleger

Flere rapporteringsoppgaver fremstår som uhensiktsmessig å pålegge fastlegene der **andre aktører kan være bedre egnet**

Helseattester som trenger **sammenstilling av ulik medisinsk data** og/eller informasjon som må fylles på av flere ulike aktører er **aller mest krevende**

Å finne frem til portalene er en **kjempeutfordring**, mange portaler brukes sjeldent og man kjenner gjerne ikke til at det finnes en portal for formålet

Det er ikke enkeltportaler som er den store utfordringen, men den **totale summen og kognitive byrden av kontinuerlig brudd i arbeidsflyten**

Noen **pasienter antar at legeerklæringer er «en enkel sak»** og forsøker å få det ordnet gratis

Lisens for ekstern modul for Noklus diabetessjema må betales for i tillegg. «*Hvorfor skal fastlegene betale ekstra for rapportering til myndighetene?*»

Fastlegene **opplever at «hvem som helst» kan spørre om «hva som helst»** fra dem - og de har behov for at noen tar ansvar for å verne om deres kjernearbeid

Portalene og skjemaene oppleves som **dårlig tilpasset arbeidsflyten** til en fastlege

Oppgaver som kunne blitt tatt hånd om av annet helsepersonell (f.eks. utfylling av diabetesskjema) **utløser ikke takst** som er et hinder for oppgaveglidning.

Fastlegene opplever at de får **veldig lite nytte igjen** for informasjonen leverer fra seg

Det er utfordrende å **vite hva en legeerklæring skal inneholde** når forespørselen kommer muntlig fra en pasient

Som oftest finnes **ingen funksjon for tilbakeføring** til journal. I enkelte tilfeller er det implementert løsninger som fører til grums i journalen

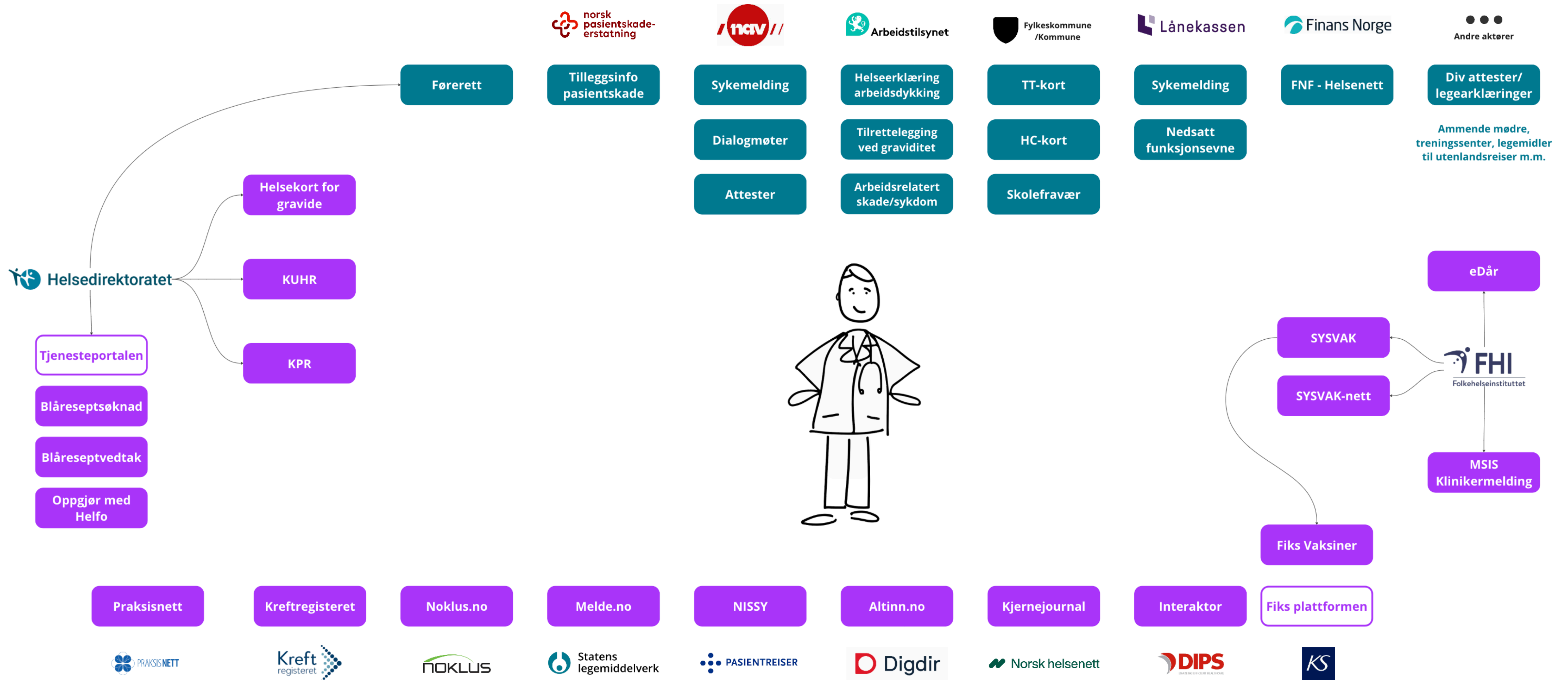
Fastlegene **etterspør mer brukerinvolvering** i utvikling av nye løsninger

Det oppleves som unødvendig å måtte **legge inn informasjon som allerede finnes i andre kilder**, spesielt basisinformasjon som navn, personnummer og adresse



Informasjonsdelingslandskapet for fastleger

- Attester og legeerklæringer
- Annen type informasjonsdeling





Det er ikke enkeltportaler som er den store utfordringen, men den **totale summen og kognitive byrden av brudd i arbeidsflyt – samt det å faktisk finne dem**

«Det er helt avsindig mye informasjon vi må håndtere som allmennleger»



«Portalene og skjemaene oppleves som dårlig tilpasset arbeidsflyten til en fastlege»





Flere rapporteringsoppgaver
fremstår som uhensiktsmessig å
pålegge fastlegene der andre
aktører kan være bedre egnet

*«Hvordan skal jeg som
fastlege vite hvor alvorlig
dysleksien til pasienten
min er? Skal jeg ta en
lesetest?»*



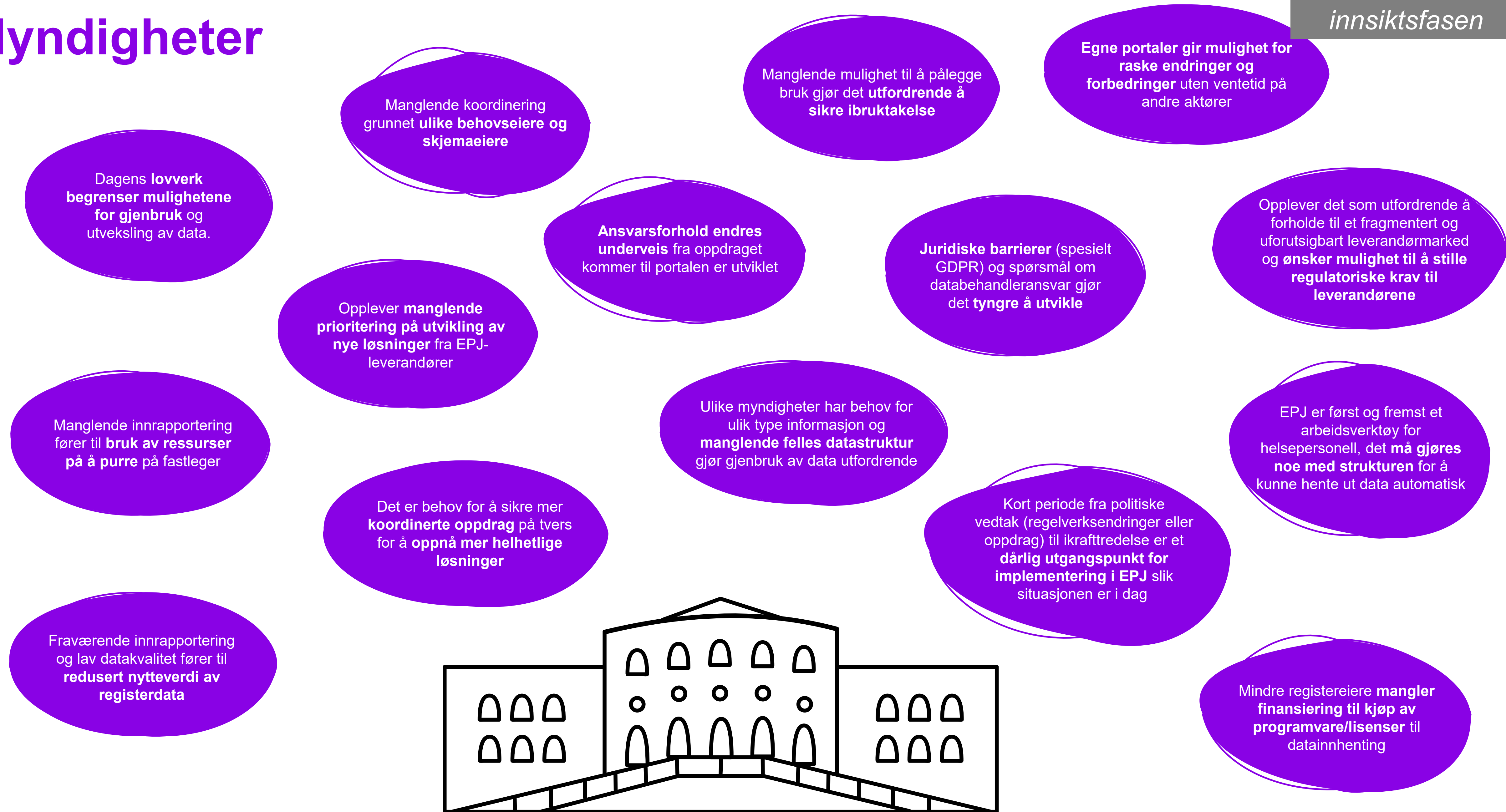


Det oppleves som **unødvendig å måtte legge inn informasjon som allerede finnes i andre kilder, spesielt basisinformasjon som navn, personnummer og adresse.**

«Vi leter etter data, klipper og limer inn, klipper og limer inn...»

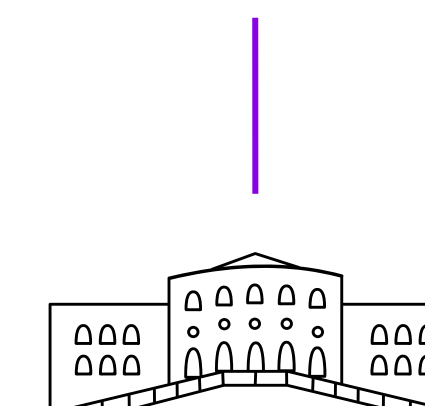


Myndigheter



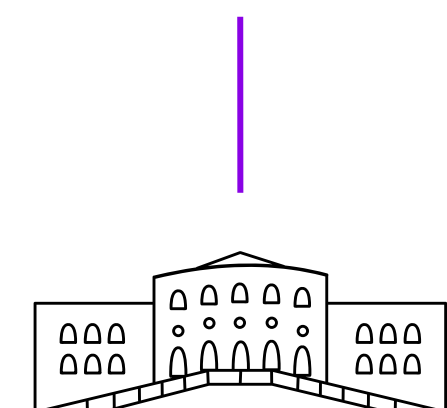


«Vi har krav fra vårt departement om å levere 'nå'»



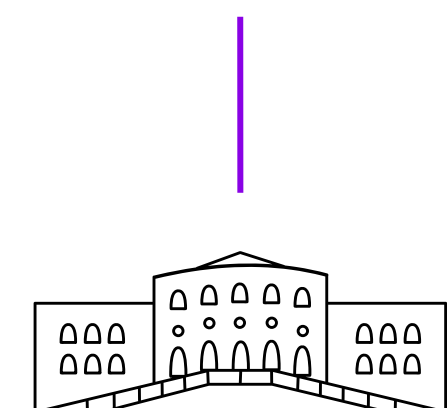


*«Halvparten av alle
klinikermeldinger må
pures på»*



**Dagens lovverk
begrenser mulighetene
for gjenbruk og utveksling
av data**

*«Hvert register har sitt
formål, og det er lite rom
for å dele innrapporterte
data med andre registre
som trenger samme
informasjon»*



EPJ-Leverandører

Leverandører ønsker å bli involvert tidligere i prosessen ved valg av teknisk løsning, fremfor senere og på mindre tekniske detaljer

Leverandørene må ta hensyn til levetidskostnadene, som er større enn initiell utviklingskostnad (30/70)

Økonomisk er det ikke hensiktsmessig for leverandørene å integrere med 10 ulike API-er. "Hvis vi hadde hatt én standard for sikkerhetsløsning og API-integrasjon, så ville kostnadene blitt lavere"

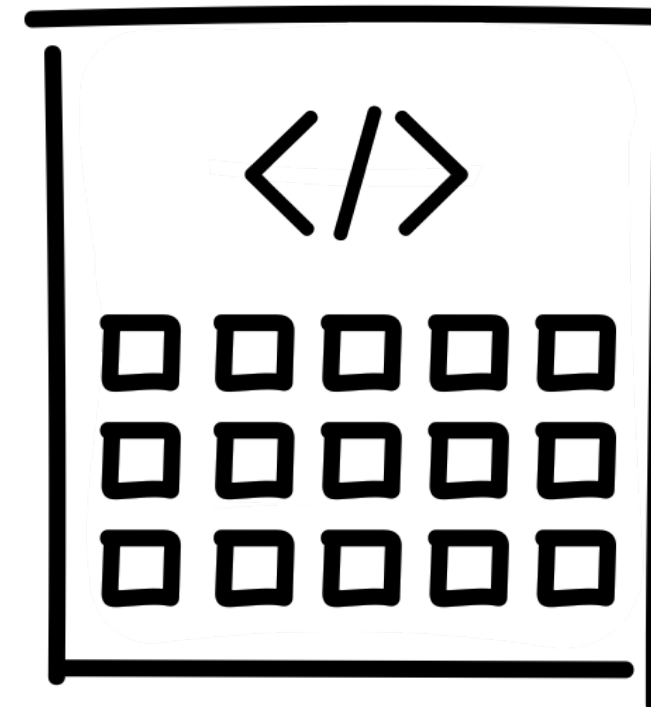
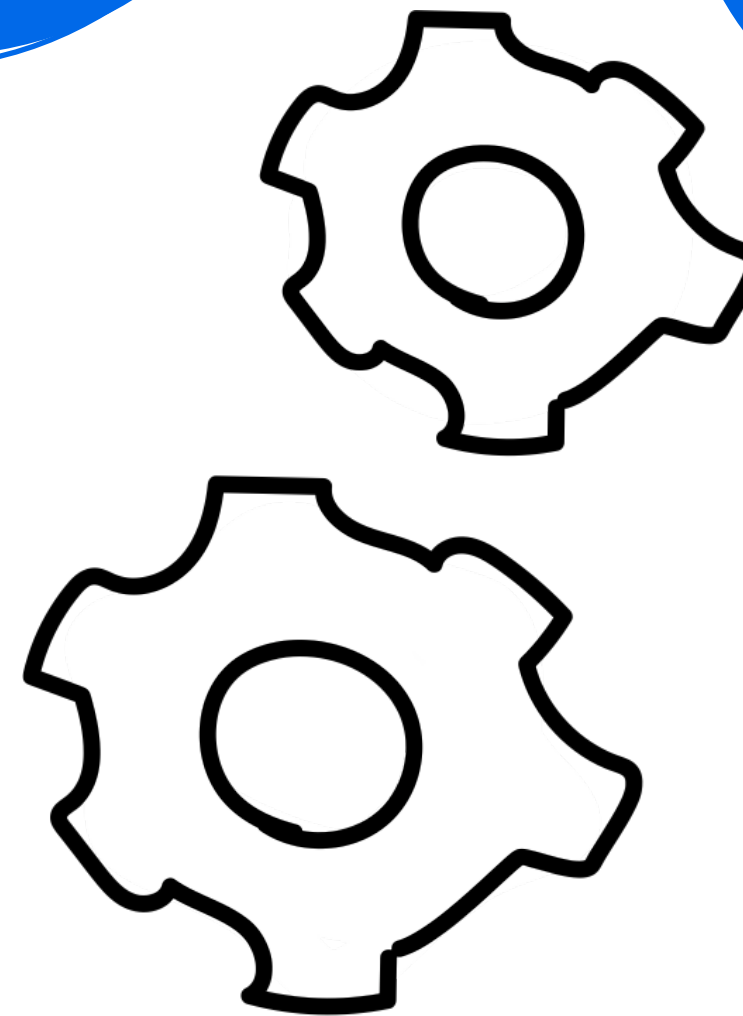
For at leverandørene skal kunne utvikle gjenbrukbare løsninger er det viktig at myndigheter følger egne retningslinjer, ellers gir det høy kost på hver enkelt aktør

Lovpålagte og driftskritiske utviklingsoppgaver prioriteres av leverandørene. Det som defineres som "kjernevirksomhet" for brukerne kommer først (f.eks. blåresept eller kritisk info i kjernejournal)

"Med en back log på 40.000 ønsker fra brukerne de siste 3 årene er det umulig å imøtekomme alle behov"

Leverandørene har behov for at myndigheter er mer koordinerte og har tydeligere prioriteringer

"Fastlegene spør ikke om nye rapporteringsløsninger og leverandørene har ikke mulighet for å ta ekstra betalt for slik funksjonalitet"



Leverandører ønsker tettere samarbeid seg i mellom rundt infrastruktur f.eks innlogging og sikkerhet, samt å påvirke myndigheter til å velge felles standarder

Små tekniske endringsbehov (hos myndigheter) kan være krevende å implementere i EPJ-systemer. Eks. et felt går fra å være valgfritt til obligatorisk "koster ikke 3 timer men 3 årsverk"

Forutsigbarhet er viktig for at leverandørene skal kunne leie inn eller ansette utviklere

Leverandører er forsiktige med å dele konkurranse-kompromitterende informasjon i fellesmøter med myndigheter

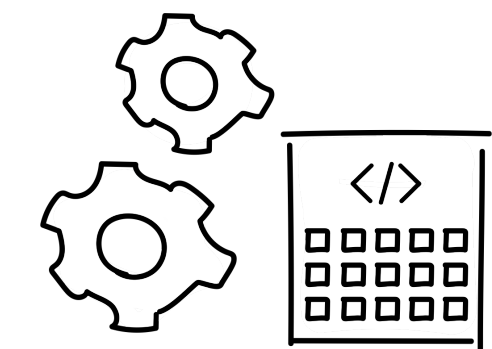
Opplever at myndighetene har blitt flinke til å dele informasjon om hva som kommer og har etablert god praksis for bruk av 1:mange-møter (informasjon) og 1:1-møter (dialog)

Et prosjekt kan «kjøpe seg fram i køen», men det øker ikke nødvendigvis den totale utviklingskapasiteten hos leverandøren

EPJ-leverandører

Leverandørene trenger **gjenbruk**
av samme tekniske løsninger på
tvers av ulike myndigheter

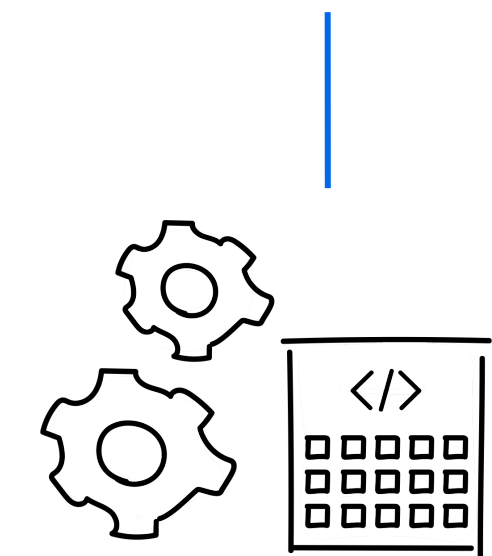
*"For at vi skal kunne utvikle
gjenbrukbare løsninger er det
viktig at myndighetene selv
følger standarder
og retningslinjer"*



EPJ-leverandører

Lovpålagte og driftskritiske utviklingsoppgaver prioriteres først av leverandørene

"Det som defineres som kjernevirksomhet for brukerne kommer først, - med en backlog på 40.000 ønsker fra brukerne de siste 3 årene er det ikke mangel på ønsker"

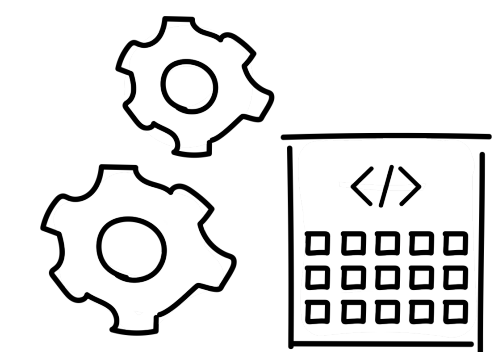


EPJ-leverandører



Økonomisk er det ikke hensiktsmessig
for leverandørene å integrere med
10 ulike API-er

*«Hvis vi hadde hatt én
standard for API-
integrasjon, så ville
integrasjonskostnadene
blitt betydelig lavere.»*



Spørsmål til NUFA 1 av 2

- Er utfordringene som oppsummert fra innsiktsworkshopene gjenkjennelige?
- Er det noe dere ønsker å tilføre?



Direktoratet for
e-helse

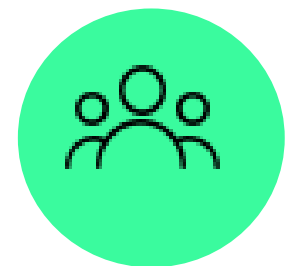
Mulighetsrommet – noen foreløpige vurderinger

Mulighetsområder



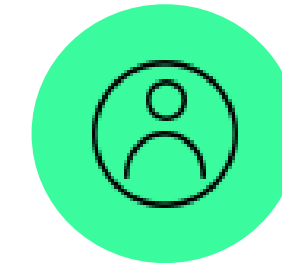
Redusere brudd i arbeidsflyt ved forbedret grensesnitt

Det er potensiale i å redusere brudd i arbeidsflyt og forbedre grensesnitt. Fastlegens rapportering bør være en integrert del av arbeidsflyten og bør skje i legens fagsystem i størst mulig grad. Det bør jobbes aktivt for å redusere antall flater legen må forholde seg til som bidrar til hyppige oppgavebytter og medfølgende transaksjonskostnader. Som et minimum er det behov for enkel oversikt og tilgang til de ulike portalene, SSO, kontekstoverføring og tilbakeskriving.



Styring, samordning og koordinering

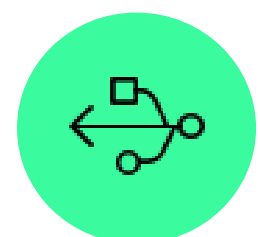
Det er et stort potensial i tydeligere styring samt bedre koordinering og samordning av oppdrag i sektor og på tvers av sektorer



Gatekeeper for fastlegens rapporteringsoppgaver

Det er behov for å begrense og redusere oppgaver som ikke er del av fastlegers kjernevirksomhet. Den totale rapporteringsmengden for fastlegene må ses i sammenheng og det bør iverksettes tiltak som kan bidra til å “verne om” og kvalitetssikre fastlegens kjerneoppgaver

Mulighetsområder



Teknisk tilrettelegging for økt gjenbruk av data

Det er potensiale i å jobbe for felles kodeverk og datastrukturer som bedrer muligheten til gjenbruk av data
Hvordan sikre felles tillitsmodell, sikkerhetsløsning m.m?

Juridisk tilrettelegging for mer gjenbruk av data

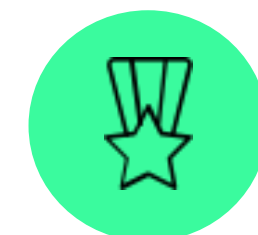


Dagens personvernlovgiving tolkes ofte strengt og oppleves å være til hinder for gjenbruk av data og god samordning på tvers. Det ligger et stort potensiale i å arbeide aktivt med fortolkning av det juridiske mulighetsrommet. Samtidig er det behov for å arbeide smidigere med regelverksutvikling og revidering av eksisterende lovverk slik at det harmoniserer bedre med ønsket teknisk utvikling



Felles arena for samskaping

Det er et stort potensiale i å etablere en felles arena som favner alle sentrale aktører tilknyttet helsesektoren (eksempelvis også NAV?) for å identifisere utfordringer og behov på tvers, samt utvikle felles tiltak. Målet er da å skape en plattform som fungerer både som et prioriteringsforum og et konkret og teknisk løsningsforum



Krav og insentiver

Myndighetene har behov for å stille krav til EPJ-leverandørene og finne insentiver for å få fastleger til å ta i bruk løsningene deres. EPJ-leverandører ønsker på sin side felles retningslinjer fra myndighetene som gir økt forutsigbarhet. Det er potensiale i å heve normeringsgrad og samtidig utforske muligheter for insentivmodeller

Spørsmål til NUFA 2 av 2

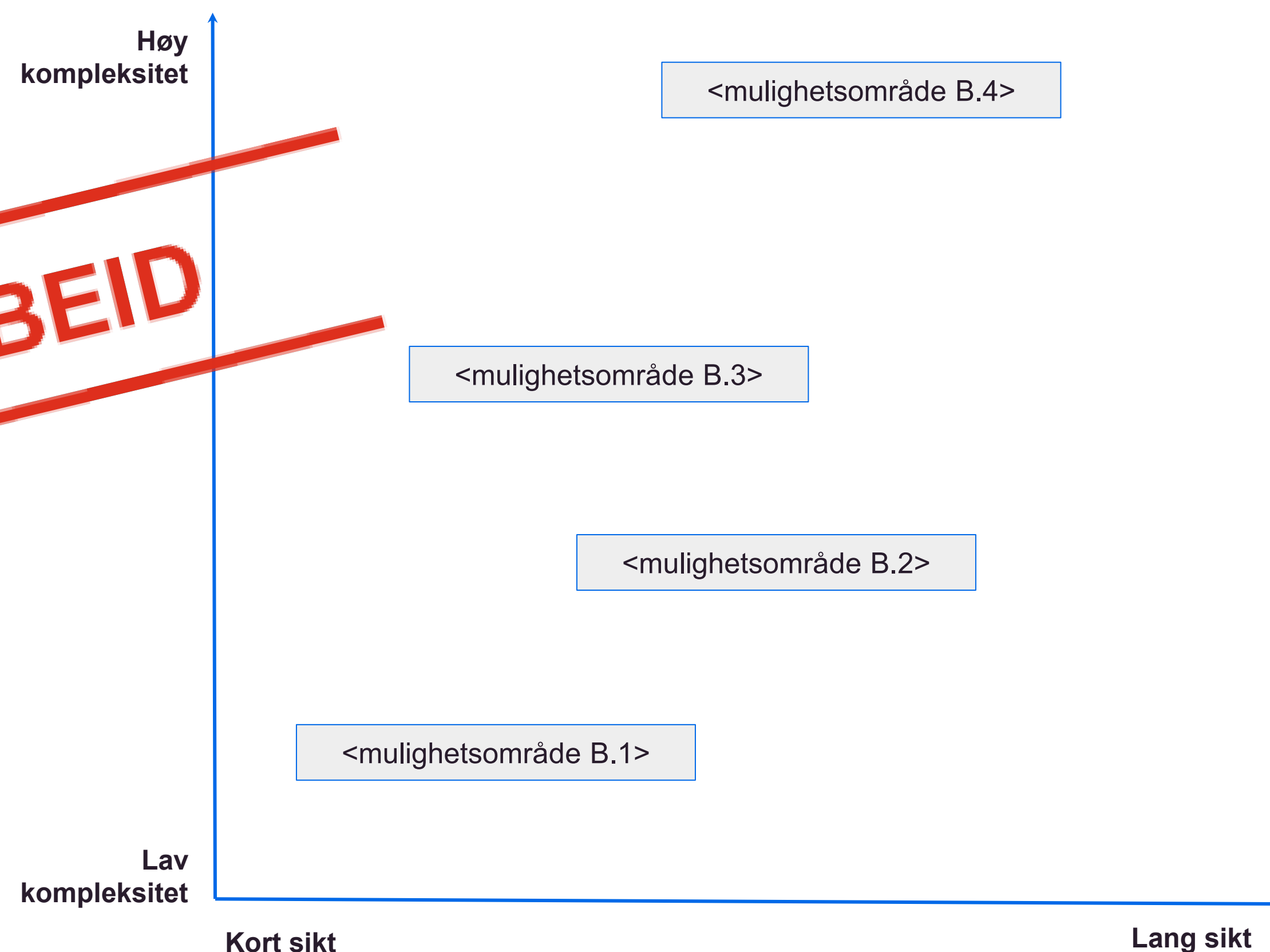
- Har dere noen tanker om mulighetsområdene, og hva som bør prioriteres i det videre arbeidet?
- Er det noen spesielle hensyn vi må ta i det videre arbeidet?

Diskusjon om mulighetsrom basert på innsiktsarbeidet

Eksempler på mulighetsområder:

- **Mulighetsområde A:** Det er et behov for felles fora på tvers av aktørene hvor man kan identifisere utfordringer og behov samt utvikle felles tiltak
- **Mulighetsområde B:** Det er et behov for å redusere / begrense oppgaver som skal løses utenfor eget fagsystem / ikke er del av kjernevirksomheten til FL.
 - B.1: Bedre informasjon til fastlegekontorene, som sikrer at flest mulig tar nye og forbedrede løsninger i bruk
 - B.2: En oversikt over og enkel tilgang til de ulike portalene.
 - B.3: Single sign-on, kontekstoverføring og tilbakeskriving - redusere tiden brukt utenfor fagsystemet
 - B.4: Rapportering integrert i EPJ/en standard API for å rapportere i EPJ-grensesnittet
- **Mulighetsområde C:** Det er et behov for sterkere styring og samordning på myndighetsnivå
 - C.1: myndighetene må se den totale rapporteringsmengden for fastlegene i sammenheng og bidra til å "verne om" / kvalitetssikre fastlegens kjerneoppgaver.
 - C.2: trygghet for EPJ-leverandørene knyttet til forutsigbare retningslinjer
 - C.3: myndighetene må i større grad etterleve egne standarder og retningslinjer
 - samordning av en felles datatstruktur / informasjonsmodell
- **Mulighetsområde D:** Det er behov for økt samordning rundt eksisterende regelverk og fremtidig regelverksutvikling - Hva kan og bør samordnes av lover og hjemler i dag og hvordan bør vi arbeide frem nytt regelverk i fremtiden?

Eksempel på prioritering av mulighetsområder:





Direktoratet for
e-helse

Takk!

Innspill og spørsmål kan også sendes merete.lassen@ehelse.no

Forslag til vedtak

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



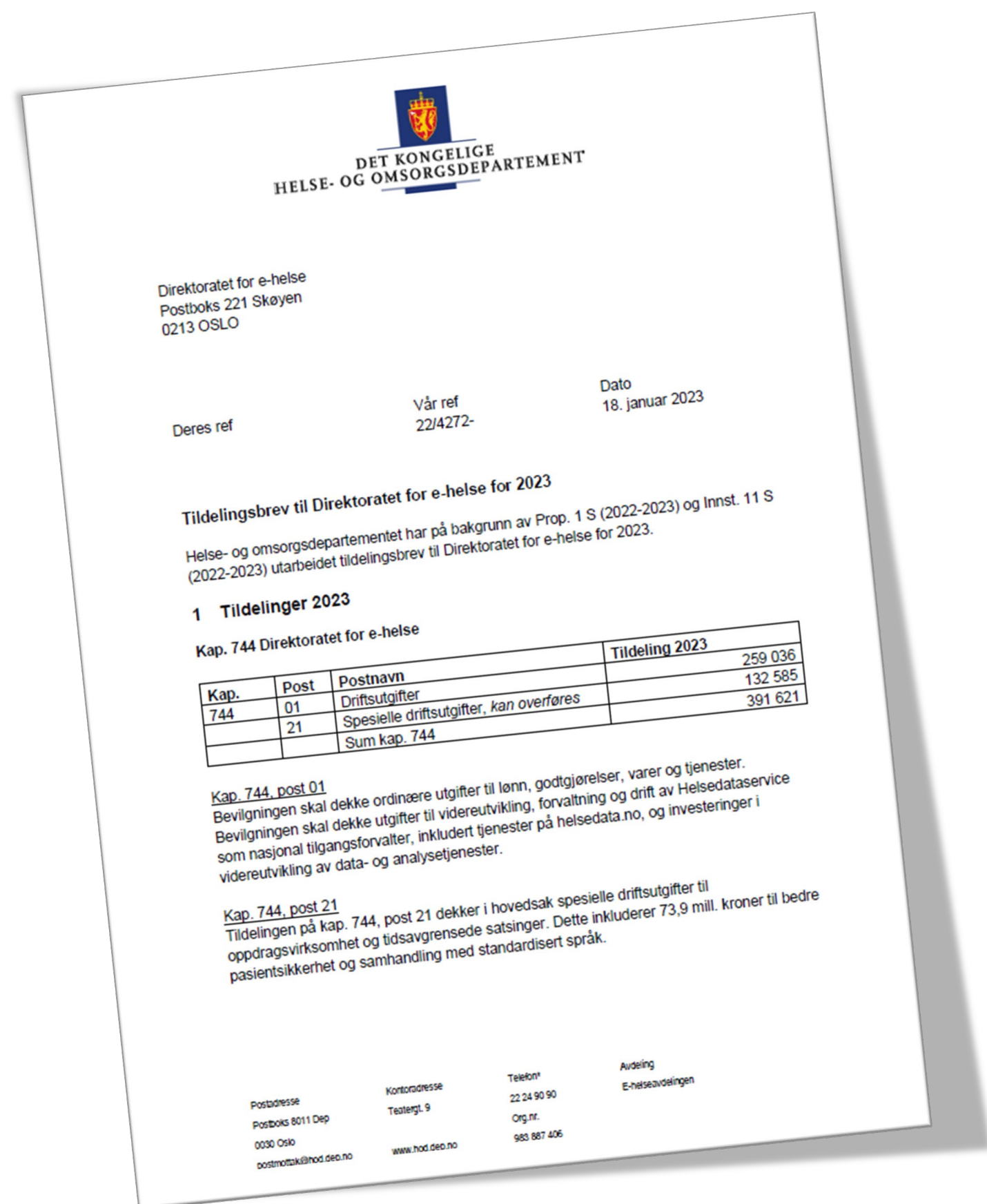
Direktoratet for
e-helse

Sak 15/23: Informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten

Vi ber NUFA om innspill angående samarbeidsprosjektet med NAV

- Hva er de største utfordringene for helsesektoren i informasjonsutvekslingen med NAV per i dag?
- Hva er viktig å ta hensyn til i moderniseringen av samhandlingen med NAV?
- Hvilke kriterier er det viktig å legge til grunn når det skal prioriteres mellom ulike samhandlingsområder?
- Er det noe spesielt vi bør hensynta i den videre prosessen?

Oppdrag fra HOD til Direktoratet for e-helse



TB2023-18 Informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten

Direktoratet skal delta i forprosjekt for bedre informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten, og koordinere øvrig deltakelse fra helse- og omsorgssektoren, jf. Tillegg til tildelingsbrev nr. 1.

Bakgrunn

- Oppdrag fra AID til NAV oktober 2020: gjennomgå attester og erklæringer som fastleger utsteder for Arbeids- og velferdsetaten
 - Herunder: Kan attester og erklæringer tas bort eller forenkles? Kan helsedata gjenbrukes?
- Rapport fra oppdraget (NAV, Helsedirektoratet 2021*):
 - Både fastlegene og NAV bekrefter stort potensial for forbedring av informasjonsutveksling.
 - Skjemaer for sykmelding og legeerklæring ved arbeidsuførhet (implementert i EPJ) representerer om lag 94% av fastlegenes innsending til NAV
 - Forbedringer: digitalisering av løsninger, men vel så mye endringer i hvordan informasjonsinnhenting gjennomføres, herunder prosessen for dialog og samhandling

*[*https://www.nav.no/Rapport om informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger.pdf](https://www.nav.no/Rapport%20om%20informasjonsutveksling%20mellom%20NAV%20og%20fastleger.pdf)*

Kapittel 7: Fastlegers arbeid med attester



Anbefalinger i rapport om informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger (2021)

- NAV bør etablere en ny plattform for informasjonsutveksling mellom NAV og helsepersonell. (Dette vurderes som en forutsetning for å kunne øke hastigheten på digitaliseringsarbeidet.)
- Det bør etableres en større satsing i samarbeid med helsesektoren for å teste ut den nye plattformen
- Løsningen bør følge relevant normering fra Direktoratet for e-helse, og derfor benytte FHIR som standard og vurdere SMART on FHIR som integrasjonsrammeverk
- Myndigheter og etater bør samordne sine behov for utvikling hos EPJ-leverandørene
- Ansvarsforhold og finansiering bør utredes før initiativer settes i gang

Likelydende oppdrag til NAV, E-helse og Hdir i 2023: gjennomføre forprosjekt

Forprosjektet skal svare på:

1. Anbefaling til videre arbeid med forbedring av informasjonsutvekslingen

(samarbeidsform, organisering, plan, behov for regelverksutvikling, øk.-adm. konsekvenser, finansiering, forhold til EPI-markedet)

2. Teknologivalidering

(beskrive, teste ut og validere ny teknisk løsning; vurdere om HL7 FHIR og SMARTonFHIR er egnet)

3. Læringsarenaer og innovasjonssamarbeid

(foreslå hvordan man kommer i gang med tidlig læring og ta initiativ til å etablere felles læringsarenaer mellom NAV og helsesektoren.)

Føringer og rammebetingelser:

- Arbeids- og velferdsdirektoratet skal lede arbeidet og rapportere til en interdepartemental oppdragsgivergruppe bestående av AID og HOD
- Direktoratet for e-helse skal koordinere helsesektorens deltagelse i forprosjektet, herunder Helsedirektoratet, Norsk helsenett og RHF.
- Frist for rapport til departementene er 1. oktober 2023

Organisering av forprosjektet

- Prinsipper for organiseringen:**
- Korte kommunikasjonsveier og mulighet til uformell dialog har vært viktig i arbeidet med utforming og forankring av oppdraget. En viktig suksessfaktor også fremover
 - Interessenthåndtering i respektive sektorer/etater

Etablerte arenaer i helsektoren:

Nasjonal rådsmodell for e-helse (NUIT, NUFA), EPJ-løftet, fag- og prioriteringsutvalget KS, handlingsplan for allmennlegetjenesten m.m.

Styringsgruppe i NAV

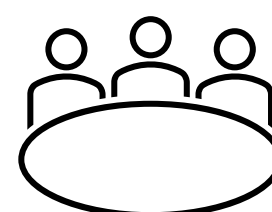
- Helge Ommundsen
- Lars Erik Antonsen
- Kristian Munthe
- Karin Bøhlerengen
- Marte Vidnes Jensen
- Audun Fauchald Strand
- Jonas Toxvig Sørensen

Prosjekteier NAV

- Helge Ommundsen
- Lars Erik Antonsen (operativ)

Oppdragsgivergruppe

AID og HOD
Oppdragsgivermøter



Jevnlige eiermøter mellom NAV og Dir. e-helse

Prosjekteier e-helse

- Norunn Saure

Prosjektgruppe NAV og e-helse

- Prosjektledere Eivind Fremstad (NAV) og Henrik Linnestad (e-helse)

Sektorråd for oppdraget

- RHF: Per Olav Skjesol, Per Meinich
- Kommunesektor: TBD
- Helsedirektoratet: Thore Thomassen
- Norsk Helsenett: Lene Drilsvik
- Legeforeningen: TBD
- NAV: Marit Hermansen

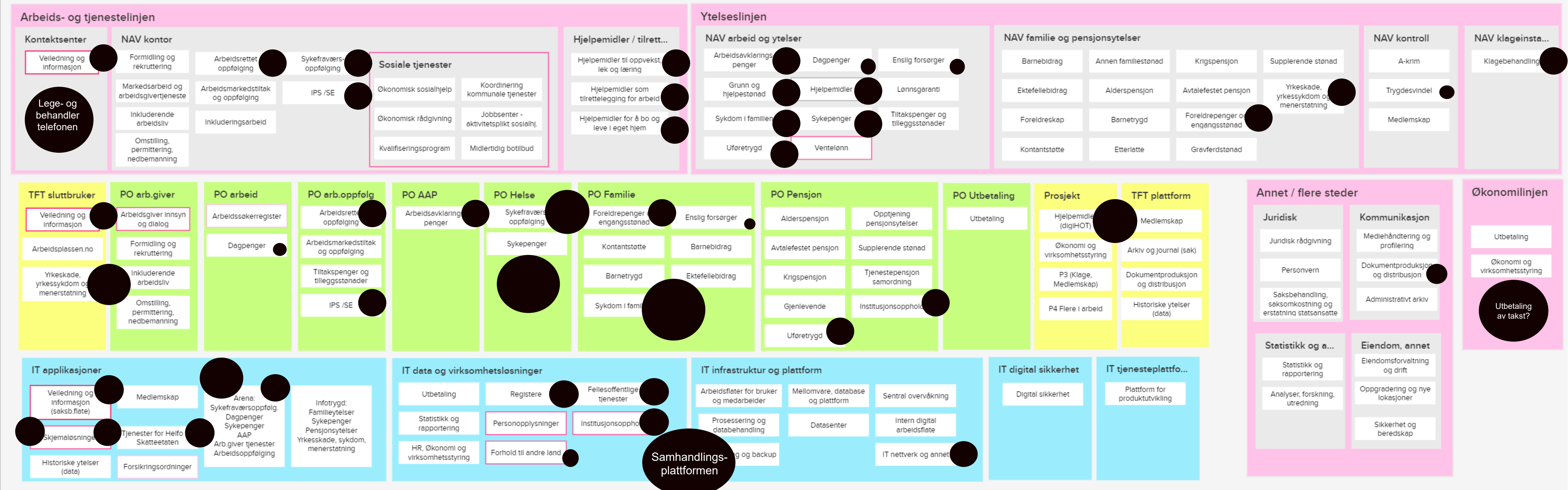
Arbeidsstrøm Forprosjekt

Arbeidsstrøm Teknologivalidering

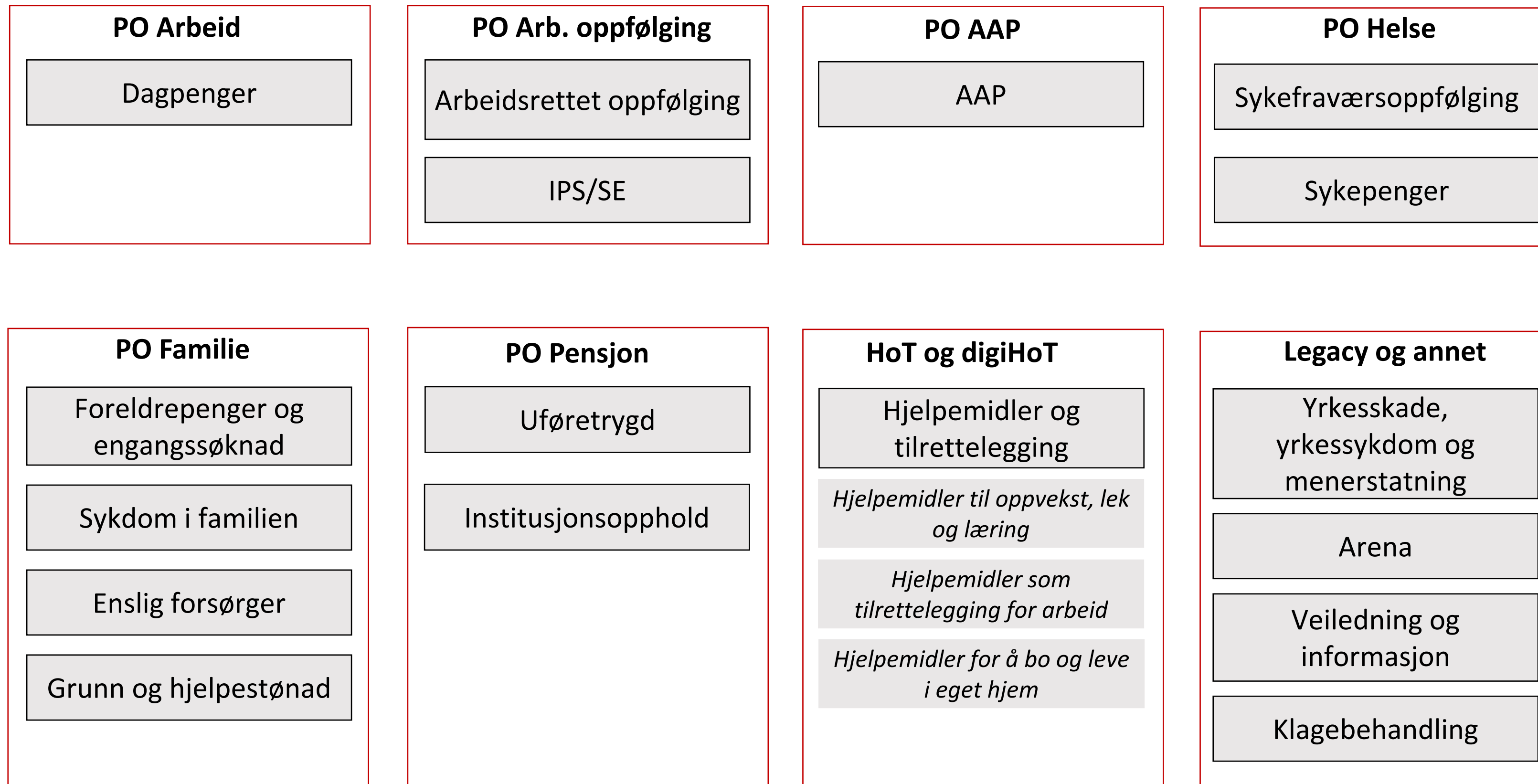
NAV har kartlagt ytelsesområder hvor de benytter helseopplysninger

Illustrativt

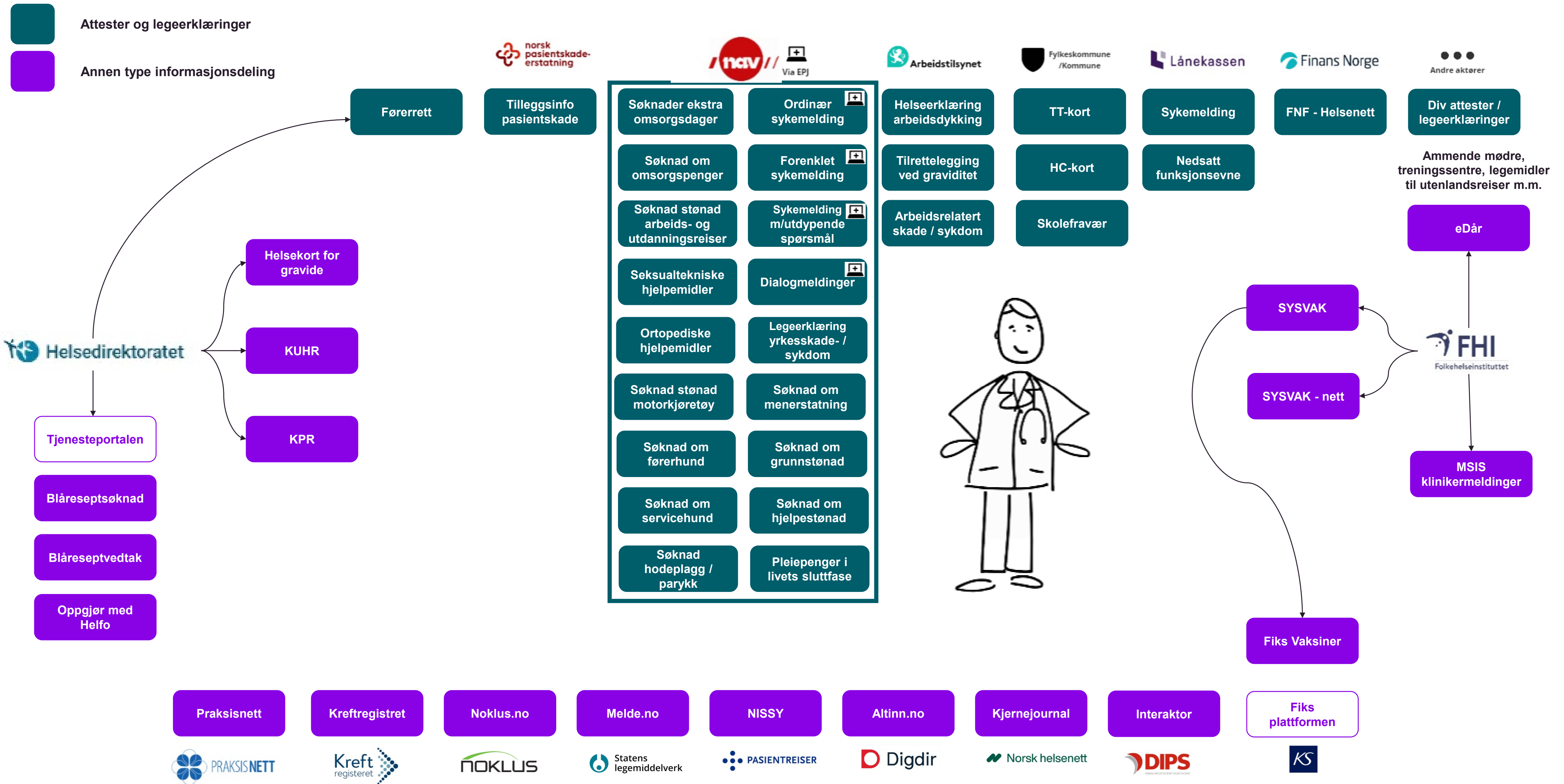
Produktmodell v092 med produkter i org.enheter



NAV's perspektiv: Samhandlingsområder mellom NAV og helsesektoren



Fastlegens perspektiv: NAV utgjør en viktig del av samhandlingsbehovet



Fastlegens perspektiv: Samhandlingen med NAV



Attester og legeerklæringer



Via EPJ



Manuelle prosesser

- Søknader ekstra omsorgsdager
- Ordinær sykemelding
- Søknad om omsorgspenger
- Førenklet sykemelding
- Søknad stønad arbeids- og utdanningsreiser
- Sykemelding m/utdypende spørsmål
- Seksualtekniske hjelpemidler
- Dialogmeldinger
- Ortopediske hjelpemidler
- Legeerklæring yrkesskade- / sykdom
- Søknad stønad motorkjøretøy
- Søknad om menerstatning
- Søknad om førerhund
- Søknad om grunnstønad
- Søknad om servicehund
- Søknad om hjelpestønad
- Søknad hodeplagg / parykk
- Pleiepenger i livets slutfase



45 ulike skjemaer fra NAV som fastlegen er involvert i. Stor variasjon i volum, og hvor brukervennlig skjemaene er.



Hovedkategorier	Underkategorier	Beskrivelse
Arbeid	Bistand fra NAV for å komme i arbeid	Oppløsing/bistand
Arbeid	AAP	Søknad om reisetønad (AAP)
Arbeid	AAP	Søknad om arbeidsklaringspenger
Arbeid		Legerklæring ved arbeidsulykke
Arbeid	AAP	Oppløsing arbeidsklaringspenger
Familie og barn	Omsorgspenger	Søknad om flere omsorgsdager/melding om fordeling og overføring av dagene
Familie og barn	Omsorgspenger	
Familie og barn	Pleiepenger og opplæringspenger	Søknad om pleiepenger for pleie av sykt barn
Familie og barn	Pleiepenger og opplæringspenger	Søknad om opplæringspenger
Familie og barn	Pleiepenger og opplæringspenger	Legerklæring ved krav om pleiepenger ved pleie i hjemmet av nærstående i livets slutfase
Familie og barn	Fordrøpspenger, svangerskapspenger og engagsstønader	Krav om svangerskapspenger til selvstendig næringsdrivende og frilansere
Familie og barn	Enslig mor eller far	Søknad om overgangstønad, stønad til barnetilsyn på grunn av arbeid og stønad til skolepenger til enslig mor eller far
Familie og barn	Enslig mor eller far	Blodprøve i tryggesak (sultprøve med DNA)
Helse	Dykepenger	
Helse	Grønn- og hjelpestønad	Krav om grunnstønad

Hovedkategorier	Underkategorier	Beskrivelse
Arbeid	Bistand fra NAV for å komme i arbeid	Oppløsing/bistand
Arbeid	AAP	Søknad om reisetønad (AAP)
Arbeid	AAP	Søknad om arbeidsklaringspenger
Arbeid		Legerklæring ved arbeidsulykke
Arbeid	AAP	Oppløsing arbeidsklaringspenger
Familie og barn	Omsorgspenger	Søknad om flere omsorgsdager/melding om fordeling og overføring av dagene
Familie og barn	Omsorgspenger	
Familie og barn	Pleiepenger og opplæringspenger	Søknad om pleiepenger for pleie av sykt barn
Familie og barn	Pleiepenger og opplæringspenger	Søknad om opplæringspenger
Familie og barn	Pleiepenger og opplæringspenger	Legerklæring ved krav om pleiepenger ved pleie i hjemmet av nærstående i livets slutfase
Familie og barn	Fordrøpspenger, svangerskapspenger og engagsstønader	Krav om svangerskapspenger til selvstendig næringsdrivende og frilansere
Familie og barn	Enslig mor eller far	Søknad om overgangstønad, stønad til barnetilsyn på grunn av arbeid og stønad til skolepenger til enslig mor eller far
Familie og barn	Enslig mor eller far	Blodprøve i tryggesak (sultprøve med DNA)
Helse	Dykepenger	
Helse	Grønn- og hjelpestønad	Krav om grunnstønad

Hovedkategorier	Underkategorier	Beskrivelse
Helse	Yrkesskade	Håndskjema venstre
Helse	Yrkesskade	Famleggerklæring ved yrkesskade
Helse	Yrkesskade - tilleggsopplysninger	opplysninger om skadetilstand i arbeid
Helse	Forsikring	Søknad for selvstendig næringsdrivende med opplysning i friløst trygd med rett til søknader ved yrkesskade
Helse	Yrkesskade	Krav om menerstatning
Hjelpemidler og tilrettelegging	Arbeids- og utdanningspenger	Søknad om stønad til arbeids- og utdanningspenger
Hjelpemidler og tilrettelegging	Seksualtekniske hjelpemidler	Seksualtekniske hjelpemidler
Hjelpemidler og tilrettelegging	Diverse	Søknad om hjelpemidler (briller, pc/nettbeve, hørte, korsettskjanke)
Hjelpemidler og tilrettelegging	Hørsel/ryn	Søknad om tulk
Hjelpemidler og tilrettelegging	Hørsel	Høreapparat og tinnhørmasker
Hjelpemidler og tilrettelegging	Syn	Regning for lese- og sekretærhjelp for blinde og svaksynte
Hjelpemidler og tilrettelegging	Ortopediske hjelpemidler	Ortopediske hjelpemidler
Hjelpemidler og tilrettelegging	Ortopediske hjelpemidler	Ortopediske hjelpemidler - søknad om kompense

Vi ber NUFA om innspill angående samarbeidsprosjektet med NAV

- Hva er de største utfordringene for helsesektoren i informasjonsutvekslingen med NAV per i dag?
- Hva er viktig å ta hensyn til i moderniseringen av samhandlingen med NAV?
- Hvilke kriterier er det viktig å legge til grunn når det skal prioriteres mellom ulike samhandlingsområder?
- Er det noe spesielt vi bør hensynta i den videre prosessen?

Forslag til vedtak

NUFA drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill fra møtet i det videre samarbeidsprosjektet med NAV.



Direktoratet for
e-helse

Lunsj – oppstart igjen kl. 12.30

Grupper til sak: European Health Data Space (EHDS) betydning for nasjonale e-helsesatsinger

Gruppe 1:

- **Jon Gupta (Helse Sør-Øst)**
- Øyvind Broback (Helse Nord)
- Thor Johannes Bragstad (Trondheim kommune)
- Ronny Holten Olsen (NHN)
- Arnfinn Aarnes (FFO)
- Børge Myrlund (Helsedirektoratet)

Gruppe 2

- **Ann-Kristin Smilden (Bærum kommune)**
- Line A. Sæle (Folkehelseinstituttet)
- Per Meinich (Helse Sør-Øst)
- Terje Bremnes (Helse Vest)
- Egil Rasmussen (KS)
- Sverre Ur (Diabetesforbundet)
- Stein Olav Skrøvseth (NSE)

Gruppe 3

- **Henrik Næss (Oslo kommune)**
- Randi Brendberg (Helse Nord)
- Sunniva Rognerud (Helse Midt-Norge)
- Gorm Braarvig (Digdir)
- Petter Brelin (Legeforeningen)
- Maren Krogh (Apotekforeningen)

Gruppe 4

- **Lars Henrik Hegrenæs (Helse Midt-Norge)**
- Ola Jøsendal (Helse Vest)
- Heidi Slagsvold (KS)
- Thore Thomassen (Helsedirektoratet)
- Sissel Skarsgård (Norsk sykepleierforbund)
- Mohammad Sharikabad (Folkehelseinstituttet)



Direktoratet for
e-helse

Sak 16/23: EHDS betydning for nasjonale e-
helsesatsinger



Direktoratet for
e-helse

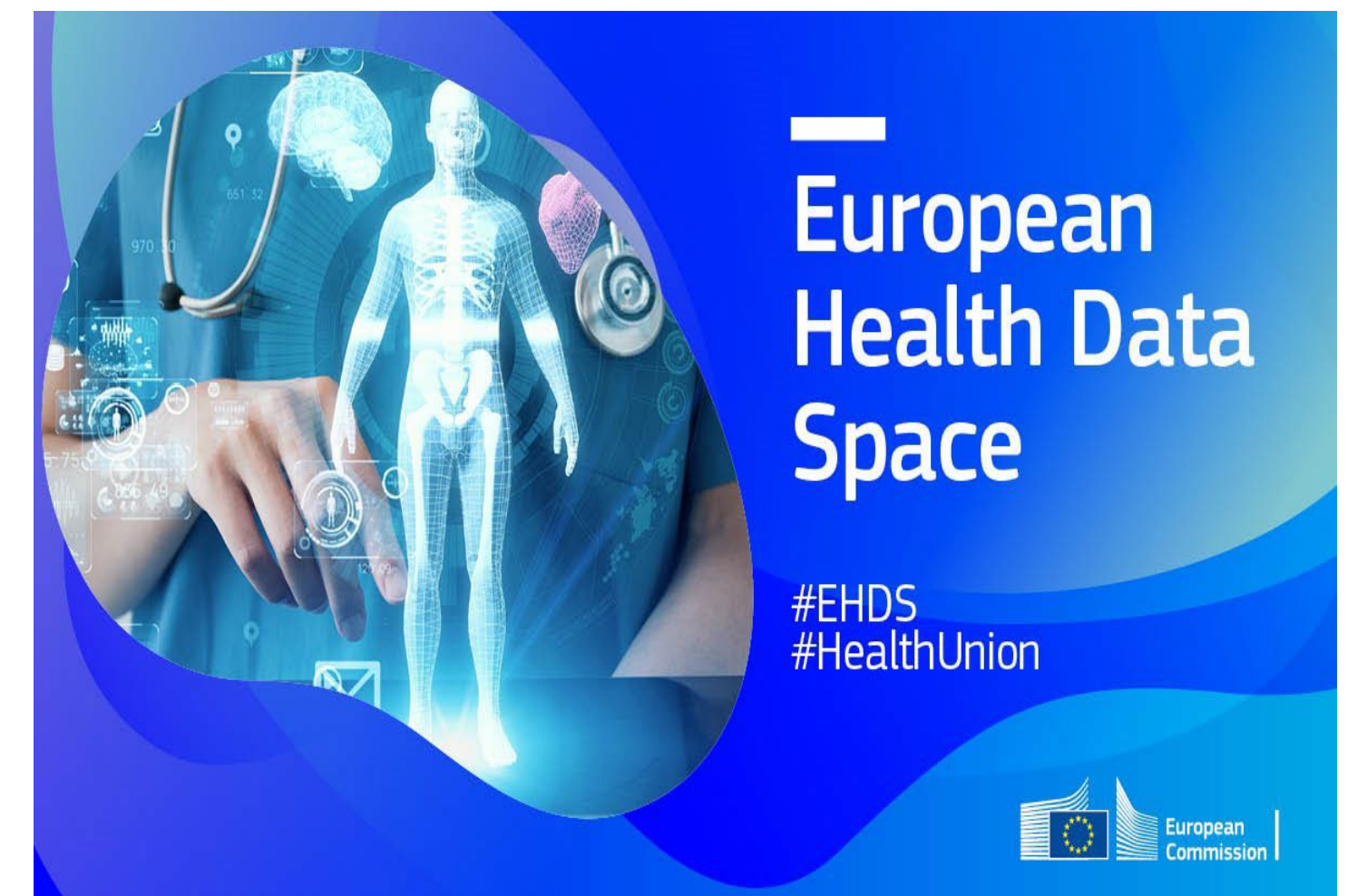
European Health Data Space (EHDS) betydning for nasjonale e-helsesatsinger

NUFA 26. april

Marianne Bårtvedt van Os
Idunn Løvseth Kavlie
Karoline Kristensen
Randi Lilletvedt

Bakgrunn for saken

- Forordningsforslaget om European Health Data Space ble lagt frem 3. mai 2022
- Direktoratet for e-helse har fått tilleggsoppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet på å vurdere lovforslaget, i samarbeid med Helsedirektoratet og FHI
- EHDS presentert i rådsmodellen høsten 2022, etterspurt oppfølgingssak om hva forordningsforslaget vil kunne bety for nasjonale e-helsesatsinger



Formål med saken i NUFA

- Gi et aktuelt innblikk i fremdriften på arbeidet med EHDS i EU og i Norge
- Involvere aktørene i NUFA i de innledende vurderingene av lovforslaget
- Invitere NUFA til å drøfte og gi perspektiv på hvordan dette vil kunne komme til å påvirke våre nasjonale e-helsesatsinger

Agenda for saken

- Innledning EHDS forordningsforslaget (15 min)
- Gruppeoppgave (20 min)
 - Muligheter og utfordringer ved EHDS for primær- og sekundærbruk av helsedata
 - EHDS betydning for nasjonale e-helsesatsinger
- Oppsummering i plenum (20 min)
- Avslutning: Hvordan best involvere i de videre vurderingene? (5 min)

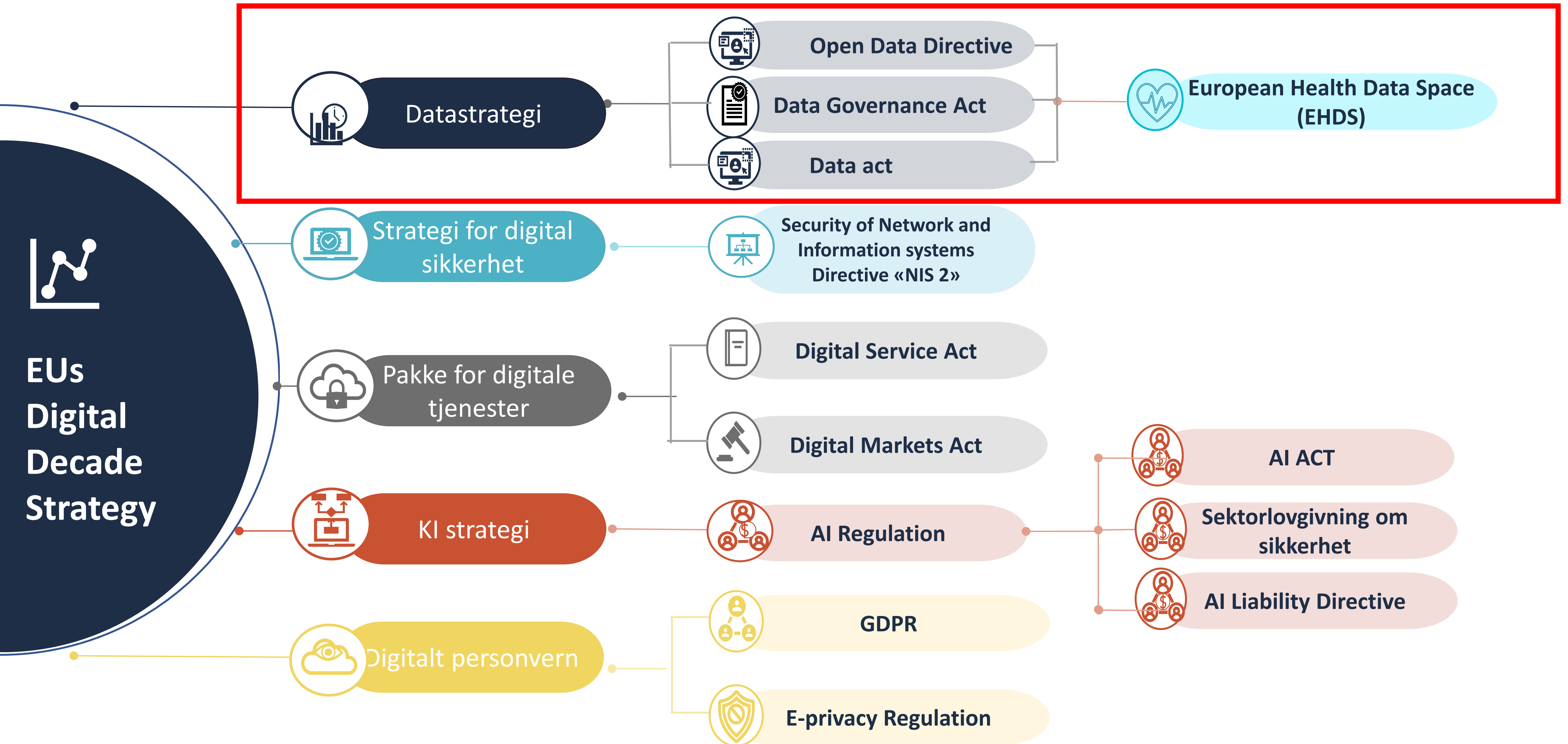


Direktoratet for
e-helse

EHDS forordningsforslaget

Innledning

Lover og lovarbeid knyttet til EUs digitaliseringsstrategi



EHDS forordningsforslag - målsetning

Fremme sikker *tilgang til* og *utveksling av* helsedata på tvers av landegrenser i EU

- Gi innbyggere tilgang til og kontroll på sine egne helsedata
- Fremme et indre marked for digitale helsetjenester- og produkter
- Tilrettelegge for sikker og effektiv ramme for bruk av helsedata til forskning, innovasjon, politikkutforming og regulering

EHDS forordningsforslag – innhold og omfang

STYRING – «EHDS BOARD»

PRIMÆRBRUK

- Innbyggere bedre tilgang og kontroll på egne helsedata, på et felles europeisk format
- Obligatorisk tilknytning til **MyHealth@EU** infrastrukturen
- Obligatoriske krav til interoperabilitet, sikkerhet og personvern for deling av helsedata innenfor prioriterte helsedatakategorier: e-resept, pasientoppsummeringer, epikriser, labresultater, medisinske bilder
- Leverandører av EPJ-systemer må dokumentere overholdelse av disse kravene
- Etablere myndighetsorgan «Digital Health Authority», «Market Surveillance Authority»

SEKUNDÆRBRUK

- Etablere nasjonalt «Health Data Access body»
- Utvikle ny, desentralisert EU-infrastruktur for sekundærbruk av helsedata **HealthData@EU**, og et felles EU-rammeverk for gjenbruk av helsedata til forskning, innovasjon, folkehelse, politikkutforming og til reguleringsformål
- Kun anonymiserte og pseduanonymiserte data kan benyttes til sekundærbruk. Forbudt å re-identifisere enkeltpersoner.
- Helseopplysninger skal ikke kunne benyttes til å fatte beslutninger som går ut over enkeltpersoner, f.eks. øke forsikringspremier e.l.

EHDS infrastrukturer for primær og sekundærbruk av helsedata

PRIMÆRBRUK

«MyHealth@EU» infrastrukturen

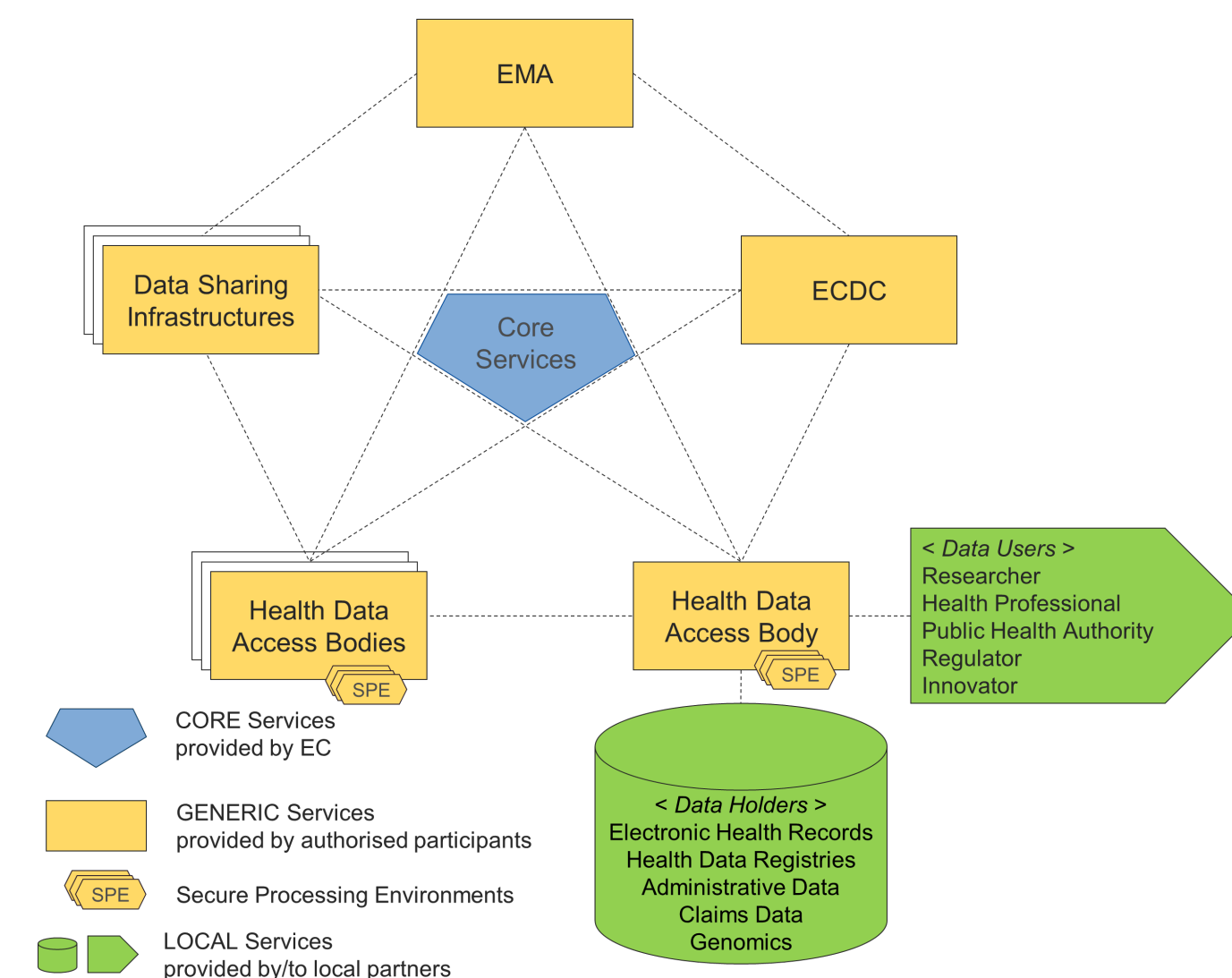
- Operativ siden 2018
- Etableringen av et norsk kontaktpunkt startet januar 2023
- Norge vil åpne for mottak (visning) av helsedata fra andre europeiske land (e-resept, pasientoppsummeringer)



SEKUNDÆRBRUK

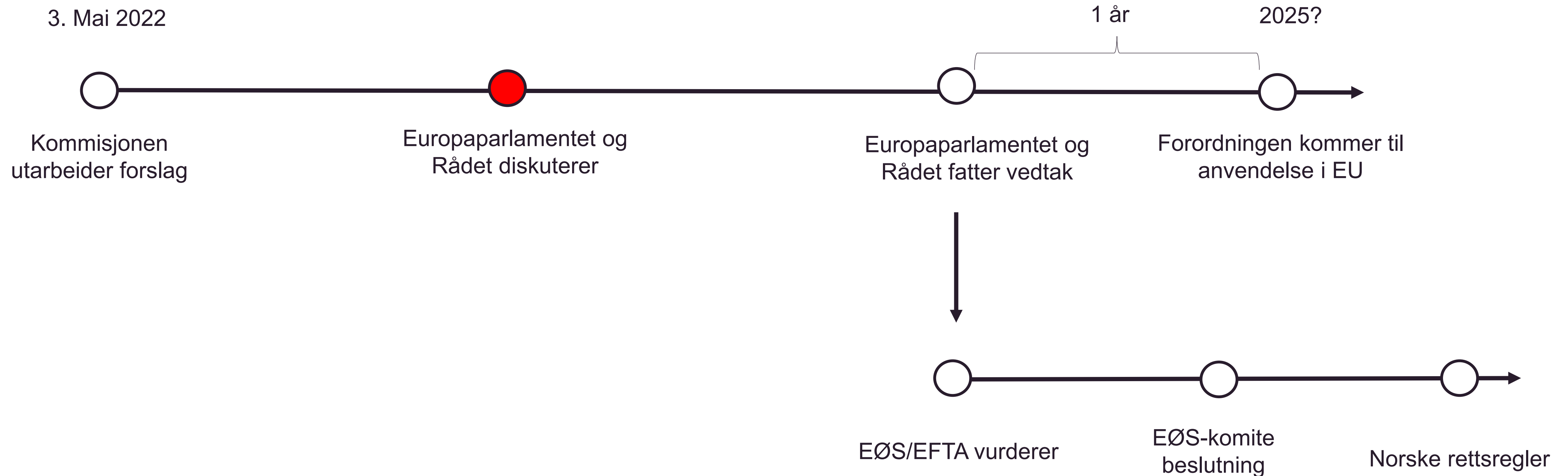
«HealthData@EU» infrastrukturen

- Pilot for EUs desentraliserte infrastruktur, Norge deltar
- Infrastrukturen knytter sammen nettverk av nasjonale noder, europeisk institusjoner og forskingsinfrastruktur
- Praktisk utprøving i use cases



Prosess i EU og EØS

- Ambisiøs fremdriftsplan i Rådet og Europaparlamentet
- Forventer endringer i forordningsteksten
- Endelig vurdering av om forordningen inntas i EØS-avtalen skjer etter vedtak i EU



Overordnede vurderinger

- Hovedlinjene i forslaget er gjenkjennelig
- Bør bli en pådriver for gjennomføring
- Helheten og konsekvensene av tiltakene er omfattende
- Behov for veikart og plan for bærekraftig finansiering
- Viktig å se sammenheng med annet EU regelverk



Kilde: TEHDAS

Innledende vurderinger primærbruk

- Stor potensiell nytte for innbyggere ved å få bedre tilgang til og kontroll på egne helsedata
- Entydige krav til data og struktur vil resultere i større mengde representative data til sekundærformål
- Felles bruk av standarder og europeiske journalformater kan gi leverandører enklere tilgang til det europeiske markedet
- Kan gi bedre rammer for sikker og effektiv digital samhandling
- Nye myndighetsroller «Digital Health Authority» og «Market Surveillance Authority» må utredes for Norge

Innledende vurderinger sekundærbruk

- Pågående og planlagte tiltak innen sekundærbruk av helsedata i Norge stemmer godt overens med retningen og kravene som stilles i EHDS
- Må sannsynligvis kunne stille til rådighet datasett på flere områder, fra flere datakilder enn de som i dag følger av helseregisterloven
- Samtykke og reservasjonsmuligheter bør utredes nærmere
- Anonymisering av data, omfattende rapportering og strammere tidsfrister vil kreve faglige og administrative ressurser
- Ny myndighetsrolle «Health Data Access Body» må utredes for Norge



Direktoratet for
e-helse

Gruppeoppgave

Gruppeoppgave

1. Hvilke muligheter og konsekvenser vil EHDS kunne gi for Norge?
 - A. Primærbruk: Tenk gjerne ulike perspektiv - innbygger, helsetjenesten, næringsliv, nasjonale myndigheter, med flere.
 - B. Sekundærbruk: Tenk gjerne ulike perspektiv - forskningsmiljøer, helsetjenesten, næringsliv, nasjonale myndigheter, med flere.

2. Hvordan kan EHDS påvirke nasjonale e-helsesatsinger?
 - A. Primærbruk
 - B. Sekundærbruk

Grupper

Gruppe 1:

Vektlegg spørsmål 1A: Hvilke muligheter og konsekvenser vil EHDS kunne gi for Norge? Perspektiv: Primærbruk

- **Jon Gupta (Helse Sør-Øst)**
- Øyvind Broback (Helse Nord)
- Thor Johannes Bragstad (Trondheim kommune)
- Ronny Holten Olsen (NHN)
- Arnfinn Aarnes (FFO)
- Børge Myrlund (Helsedirektoratet)

Gruppe 2

Vektlegg spørsmål 1B: Hvilke muligheter og konsekvenser vil EHDS kunne gi for Norge? Perspektiv: Sekundærbruk

- **Ann-Kristin Smilden (Bærum kommune)**
- Line A. Sæle (Folkehelseinstituttet)
- Per Meinich (Helse Sør-Øst)
- Terje Bremnes (Helse Vest)
- Egil Rasmussen (KS)
- Sverre Ur (Diabetesforbundet)
- Stein Olav Skrøvseth (NSE)

Gruppe 3

Vektlegg spørsmål 2A: Hvordan kan EHDS påvirke nasjonale e-helsesatsinger? Perspektiv: Primærbruk

- **Henrik Næss (Oslo kommune)**
- Randi Brendberg (Helse Nord)
- Sunniva Rognerud (Helse Midt-Norge)
- Gorm Braarvig (Digdir)
- Petter Brelin (Legeforeningen)
- Maren Krogh (Apotekforeningen)

Gruppe 4

Vektlegg spørsmål 2B: Hvordan kan EHDS påvirke nasjonale e-helsesatsinger? Perspektiv: Sekundærbruk

- **Lars Henrik Hegrenæs (Helse Midt-Norge)**
- Ola Jøsendal (Helse Vest)
- Heidi Slagsvold (KS)
- Thore Thomassen (Helsedirektoratet)
- Sissel Skarsgård (Norsk sykepleierforbund)
- Mohammad Sharikabad (Folkehelseinstituttet)

Besvarelse

- Send svar på epost til Nasjonal rådsmodell nasjonal.radsmodell@ehelse.no
- Én besvarelse pr gruppe
- Oppsummering i plenum



Direktoratet for
e-helse

Oppsummering i plenum

Oppsummering av gruppearbeid



Direktoratet for
e-helse

Videre involvering

Videre involvering i EHDS vurderingene

Hvordan ønsker NUFA-aktørene å involveres i den videre vurderingene?

- Hva trenger dere i sektoren for å forberede dere godt frem mot både videre vurderinger og innføring av EHDS?
- Behov for 1-1 møter i tillegg til møter i rådsmodellen?



Forslag til vedtak

NUFA drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill fra møtet med i det videre arbeidet med å vurdere konsekvenser og muligheter av EU-kommisjonens forslag til forordning om det europeiske helsedataområde (EHDS).



Direktoratet for
e-helse

Pause – oppstart igjen kl. 13.45



Direktoratet for
e-helse

Sak 17/23: IT-infrastruktur for forskning



Nasjonalt senter for
e-helseforskning

IT-infrastruktur for forskning

Stein Olav Skrøvseth

Senterleder
Nasjonalt senter for e-helseforskning

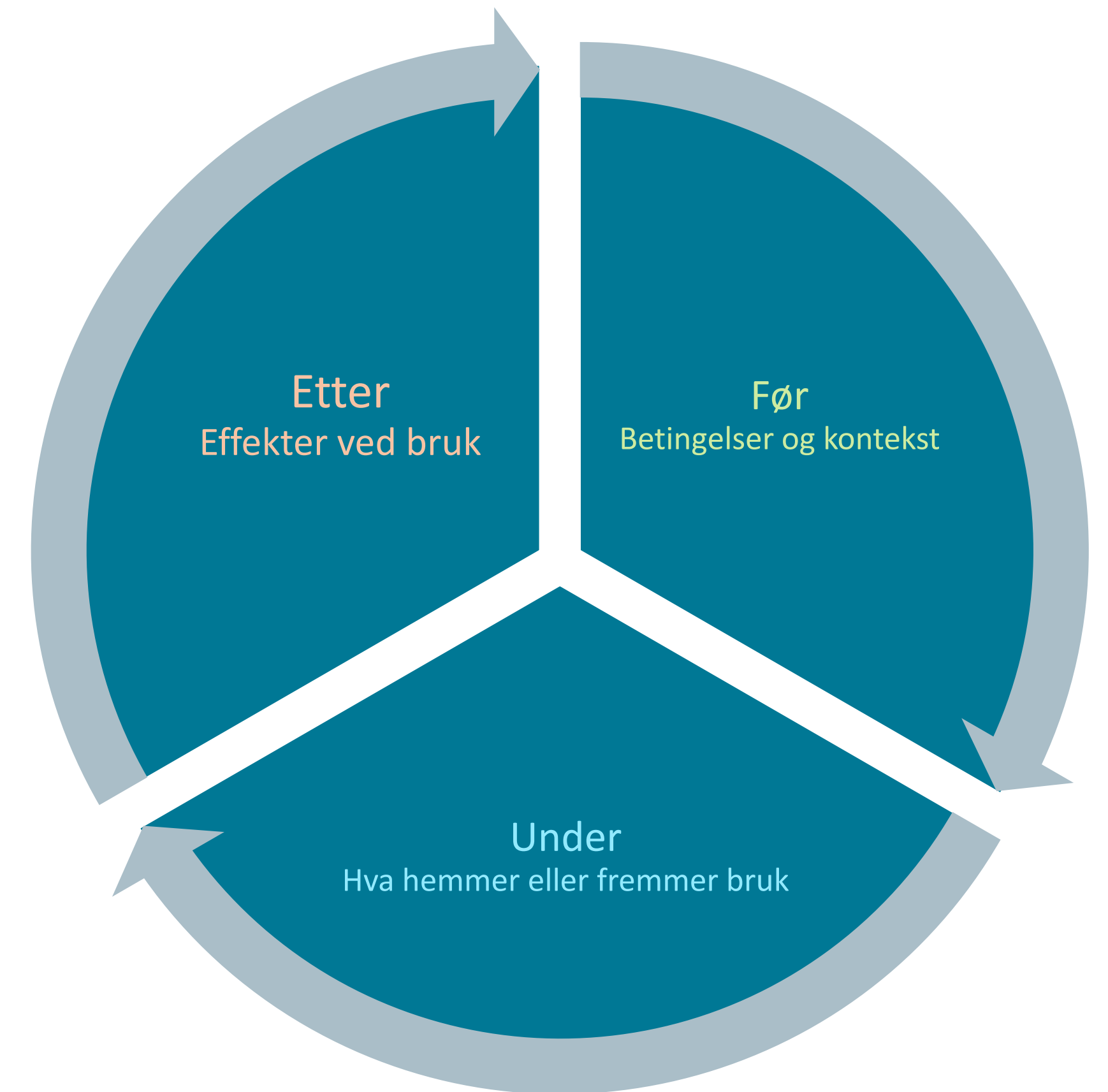
NUFA sak 17/23
26.04.2023





Bakgrunn

- IT-forskning trenger IT-kompetanse.
- Testing, utvikling, evaluering henger sammen
- Hvordan skal vi evaluere IT-implementering uten «hands-on» erfaring?





Utfordringer



- «Svarte data»
...dersom det vil kunne forårsake *betydelig skade* for offentlige interesser, universitetet, enkeltperson eller samarbeidspartner at informasjonen blir kjent for uvedkommende. (UiO)
- KI og utvikling
- Testing (sandbox)
- Samarbeid (særlig internasjonalt)
- Kompetanse
- Fokus på personvern og sikkerhet avgjørende



THE PROJECT ▾

PARTNERS

NEWS AND EVENTS ▾



D&C TOOL

CONTACT

in



f



ARTIFICIAL INTELLIGENCE AND THE
PERSONALIZED PREVENTION AND
MANAGEMENT OF CHRONIC CONDITIONS



This project has received funding from the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme under grant agreement No 101017385

<https://www.warifa.eu/>



Løsninger i dag

Infrastrukturer er ofte en kombinasjon av

- Egen infrastruktur
- Lokale infrastrukturer
- UoH-sektoren
- Private



Kartlegging av behov

På grunn av lovverket som styrer e-helseforskning, stilles det til dels store krav til IKT infrastruktur for å støtte forskningsprosjektets tekniske gjennomføring, samarbeid mellom parter, og utveksle og behandle forskningsdata. Utfordringene kan overordnet sett deles inn i:

- Sikkert miljø for å drive forskningsprosjekter;
- Flexibilitet til å tilpasse prosjektmiljøet til prosjektets behov (e.g., Sandboks-muligheter);
- Eksterne forskere kan få tilgang til infrastrukturen;
- Eksponere data for deltakere i forskningsprosjekter;
- Følge GDPR-forskriften for innsamling, lagring og analyse av sensitive forskningsdata;
- Adskilt fra produksjonsnett.



Faktorer å ta hensyn til

Datatype	Datakilder	Tilgang/Deling	Deltakere i forskningen	Tekniske krav	Bruksområde data	Andre krav
<ul style="list-style-type: none">• Helseinformasjon inkl. pseudonymisert• Genetiske data• Biometriske data• Andre sensitive data• Personopplysninger i henhold til artikkel 6• Anonymisert• Test/syntetiske data	<ul style="list-style-type: none">• Spesialist• Primær• Pasienter/Innbygger• Ansatte• Registerdata• Data fra appene	<ul style="list-style-type: none">• I NSE/UNN• På tvers av Helse-Nord• På tvers av Norge• På tvers av Norden• På tvers av EU• Utenfor EU/EØS	<ul style="list-style-type: none">• Forskere• Pasienter/ Innbyggere• Ansatte• Helsepersonell• Kommersielle partnere	<ul style="list-style-type: none">• Maskinkraft og minne• Lagringskapasitet• Applikasjoner• Utviklingsmiljø (DEV)	<ul style="list-style-type: none">• Tekstanalyser• Stordataanalyser• Sandkassemiljø• Uttesting av apper• Distribuert dataanalyse	<ul style="list-style-type: none">• Identifisering av deltakere• Identifisering av forskere• Rekruttering av deltakere• Samtykkeerklæring



Andre aktører

“Alle” sliter med det samme

SINTEF IT/Digital

Outsourcing IT drift

Rammeavtale med TSD/UiO

Avtale med HuntCloud/NTNU

Avtaler med mange andre leverandører for å levere tjenester relatert til IKT behov for helse forskningsprosjekter

Ønsker en sentral styring av avtaler, men ofte tar prosjektene egne valg

Bruker NSD som personvernombud

Har diskusjoner rundt hvordan helsedata bør lagres med tanke på sikkerhet

Universitetet i Oslo

Det er stor villighet og enighet om at det bør være mer samarbeid mellom UH-sektoren og Helsesektoren slik at det ikke blir dobbeltarbeid med tanke på initiativer for IKT-infrastruktur for forskningsprosjekter.

Mange har de samme utfordringene og det bør være en nasjonal løsning/tjeneste for å dekke behovene.

Universitetet i Tromsø

Har en enkel IKT-infrastruktur for å løse de enkle behovene gir minst mulig risikoeksponering.

Drifter den enkle infrastrukturen selv.

Utgangspunktet skal prosjektene bruke universitetet sin infrastruktur, men det er lite muligheter for investering i infrastruktur utenom det som kommer fra prosjekter eller eksterne midler.

Har også opplevd at det er vanskelig å finne en IKT infrastruktur som passer for alle prosjektene og derfor valgt at prosjektene må håndtere dette selv for komplekse behov.

Mange prosjekter som må håndtere sensitive data blir outsourcet til eksterne leverandører for både håndtering av data og drift.

Ønsker at flest mulig skal bruke IT-avdelingen i Universitetet, men har opplevd det er vanskelig å holde på kompetansen.

HN IKT

Stor vilje til å samarbeide for å finne en løsning som løser behovene

Viktig å se stordriftsfordeler/ løsninger

På lang sikt skal HN IKT få på plass en løsning på IKT infrastruktur for forskning og klinisk prøving

Det er satt i arbeid å sette opp retningslinjer og prosedyre for KI og forskningsprosjekter

Fra behovssiden må det fortsatt kartlegges

Ingen tidslinje på plan ennå, men planlagt å være stegvis tilnærming

NHN

NHN utvikler en privat sky som skal være tilgjengelig etter nyttår

NHN vil løfte til sin ledergruppe om de skal ta en strategisk beslutning om å tilby tjenester på området

Har Skylab som er en virtuell testinfrastruktur for kunder og tredjepartsleverandører i Helsenettet. Tilbys som en "Infrastructure As A Service (IAAS)"-tjeneste.

NORCE

Insourcing for de fleste IKT avtaler/tjenester, utenom på helseområdet

Outsourcing alle avtaler/tjenester relatert til IKT for helse prosjekter

Rammeavtale med TSD/UiO

Avtaler med UiB for Nettskjema

Ingen planer om å bygge en infrastruktur for å ivareta behov innen helse-forskningsprosjekter

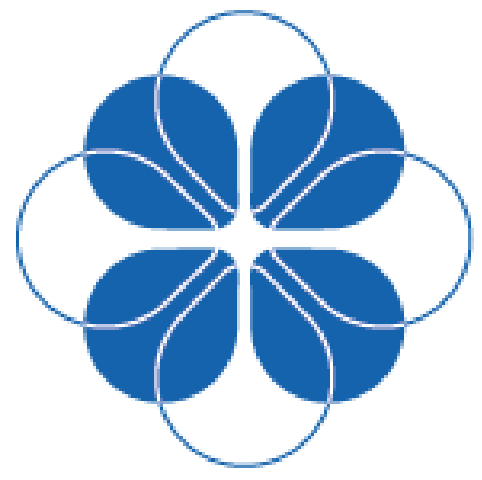
Outsourcing IT drift

Bruker NSD som personvernombud



Overgang til drift

- Enkelte prosjekter skal over i drift
- Forskningsmiljøene er ikke egnede organisasjoner for drift
- Oppstår uklare grenser mellom drift, (videre)utvikling, innvoasjon og forskning
- Betalingsmodeller, ansvar og rettigheter må klargjøres



PRAKSIS NETT

www.praksisnett.no

Nasjonal infrastruktur for forskning i primærhelsetjenesten

Formål: Tilrettelegge for flere kliniske studier av høy kvalitet i norsk allmennpraksis

Nøkkeltall deltagende fastleger: 92 fastlegepraksiser - 481 fastleger - 500 000 pasienter

Nøkkeltall forskningsprosjekter: 43 innmeldte prosjekter - 14 prosjekter avsluttet/i gang

Potensial: Kan breddes til alle fastleger i Norge og til andre deler av primærhelsetjenesten

Finansiering 2018-2022: Norges Forskningsråd (65 MNOK) + partnerinstitusjonene (25 MNOK)

Aktualitet: Trenger langsiktig statlig finansiering fra år 2023

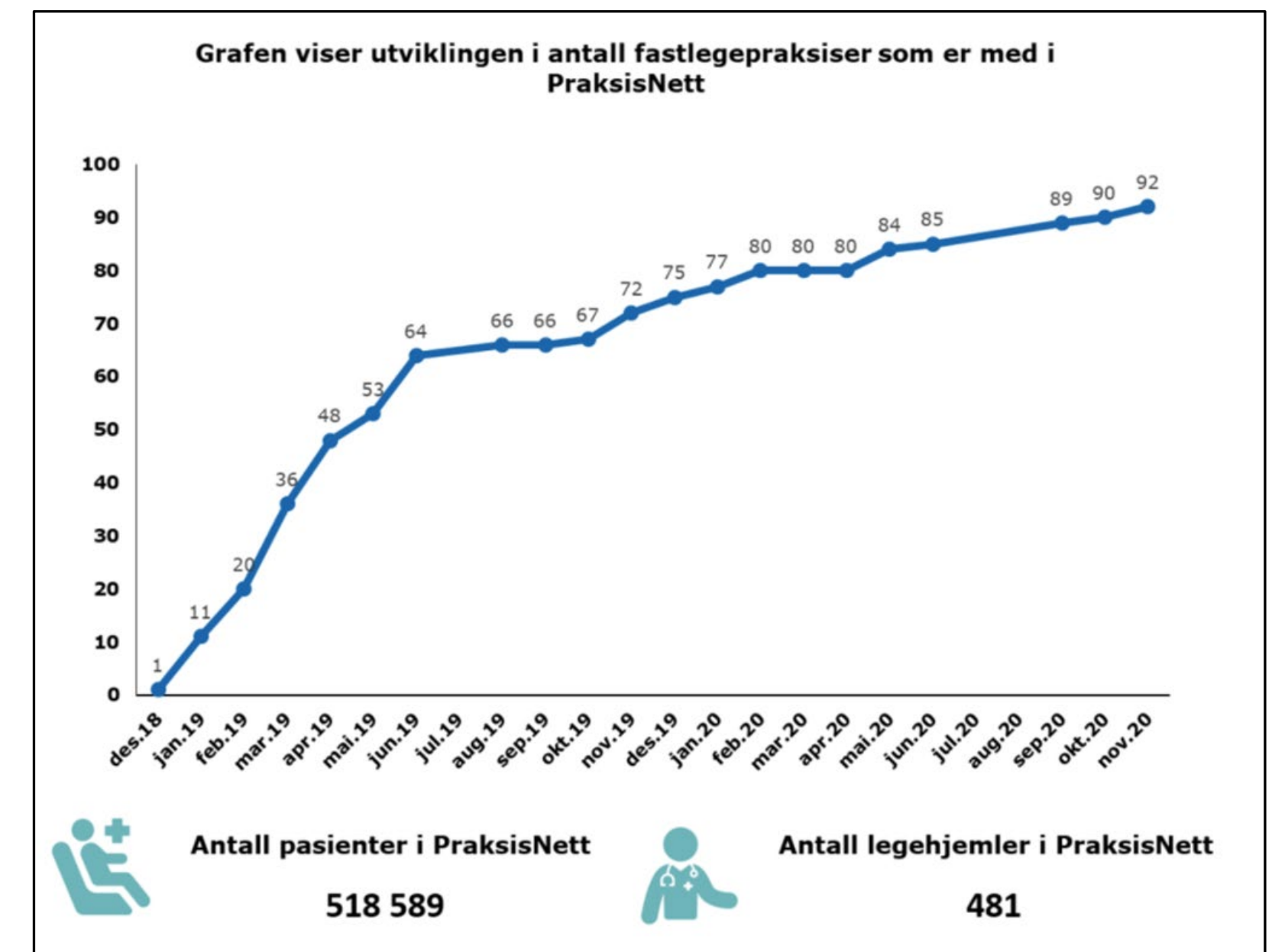
Effekter av PraksisNett

- Bidrar til å øke volumet av og kvaliteten på studier i primærhelsetjenesten
- Bidrar til mer kunnskap og bedre behandling i primærhelsetjenesten
- Styrker fastlegeordningen: forskning gjør fastlegejobben mer attraktiv



Tjeneste-
basert del:
Folk

Digital del:
Snow +
Medrave





Nasjonalt senter for
e-helseforskning

Stein Olav Skrøvseth

stein.olav.skrovseth@ehealthresearch.no



Forslag til vedtak

NUFA diskuterte saken og ba Nasjonalt senter for e-helseforskning jobbe videre med problemstillingen i samarbeid med andre aktører iht diskusjon i møtet.



Direktoratet for
e-helse

Sak 18/23: Målarkitektur for datadeling innen digital hjemmeoppfølging

Målarkitektur for datadeling innen DHO

Formål

Målarkitekturen skal være et verktøy for å koordinere innsatsen i sektoren slik at alle aktørene arbeider i samme retning for å løse samhandlingsutfordringene



Innhold

Dokumentere felles arkitekturvalg og samhandlingsmønster



Identifisere informasjonstjenester og felleskomponenter for å realisere datadeling



Normerende produkter for å understøtte semantisk samhandling



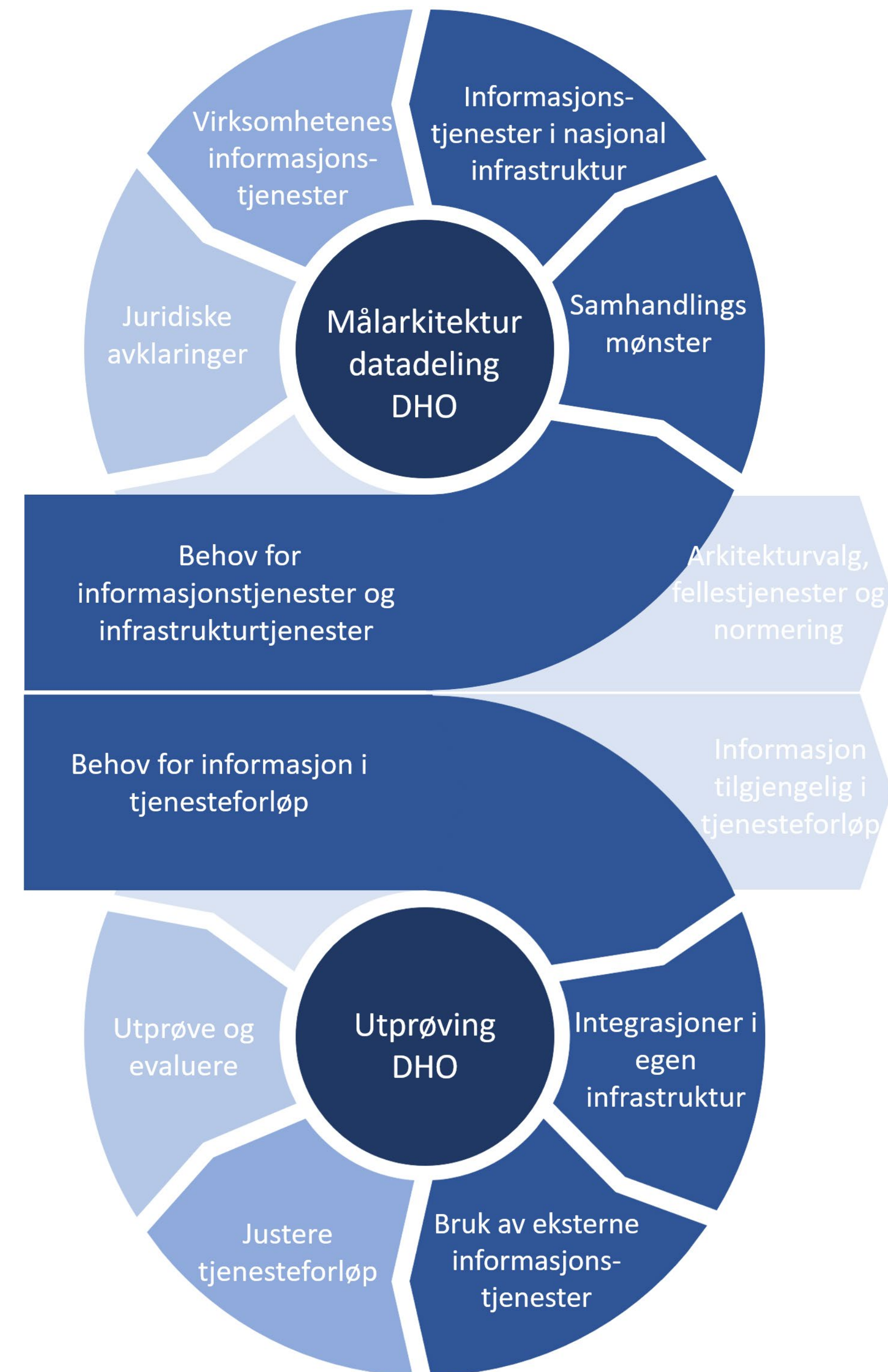
Behov for informasjon og samhandling for å understøtte helsetjenester

Beskrive juridisk mulighetsrom for realisering av datadeling

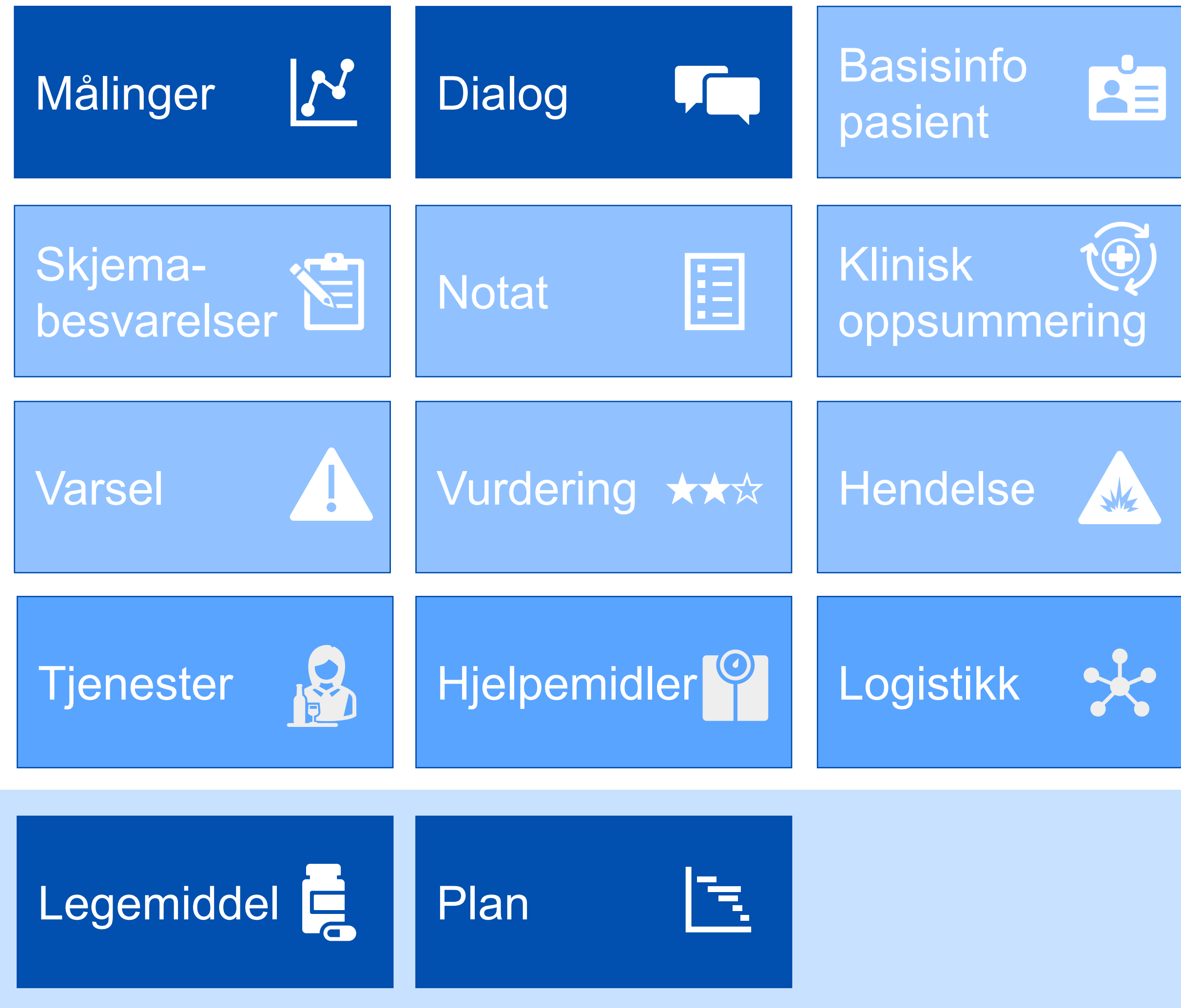


Dialoggruppen og tilbakemeldinger

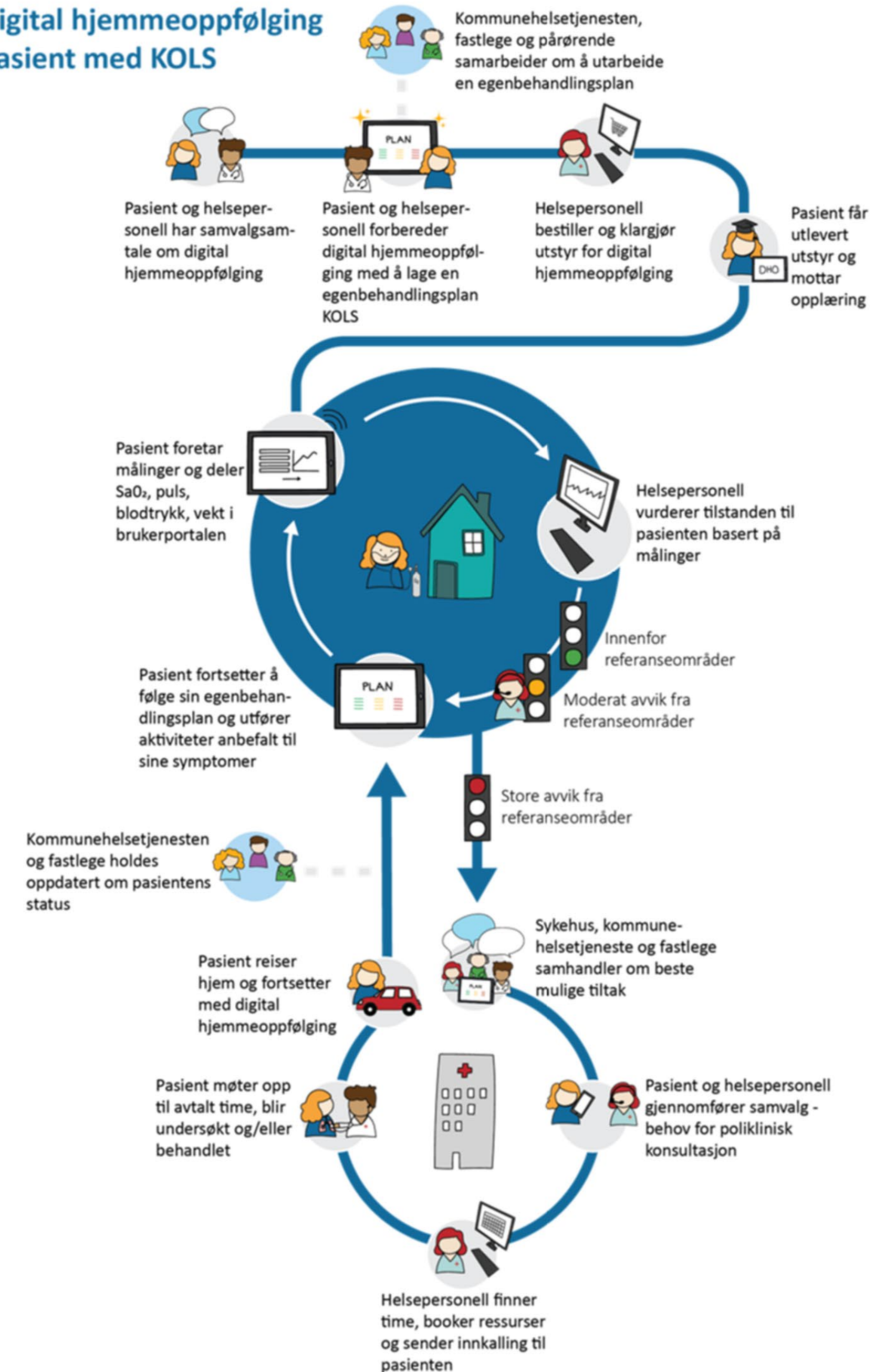
- Datadeling og digital hjemmeoppfølging er umodent; standardisering er viktig, **ikke** forskutter løsningsvalg før vi får mer erfaring
- Det er ulike behov på tvers av aktørene, men samhandlingsbehovene er først og fremst innenfor avgrensede geografiske områder
- Der det er inngått samarbeid mellom to eller flere aktører om felles journal kan mye av samhandlingen ivaretas lokalt
- Mange kommuner har behov for støtte (nasjonalt/regionalt/næringsliv).
- Vi må ha fokus på fart!



Kartlagte informasjonsbehov



Digital hjemmeoppfølging pasient med KOLS



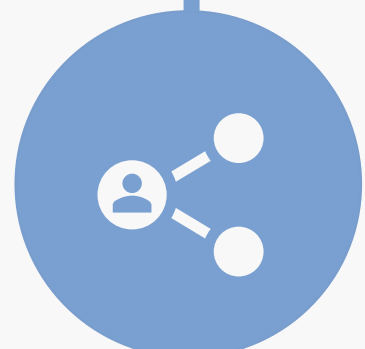
Hva skal målarkituren svare på?



Få oversikt og hente målinger fra andre virksomheter ved tjenstlig behov



Dele målingene mellom helsepersonell og med innbygger



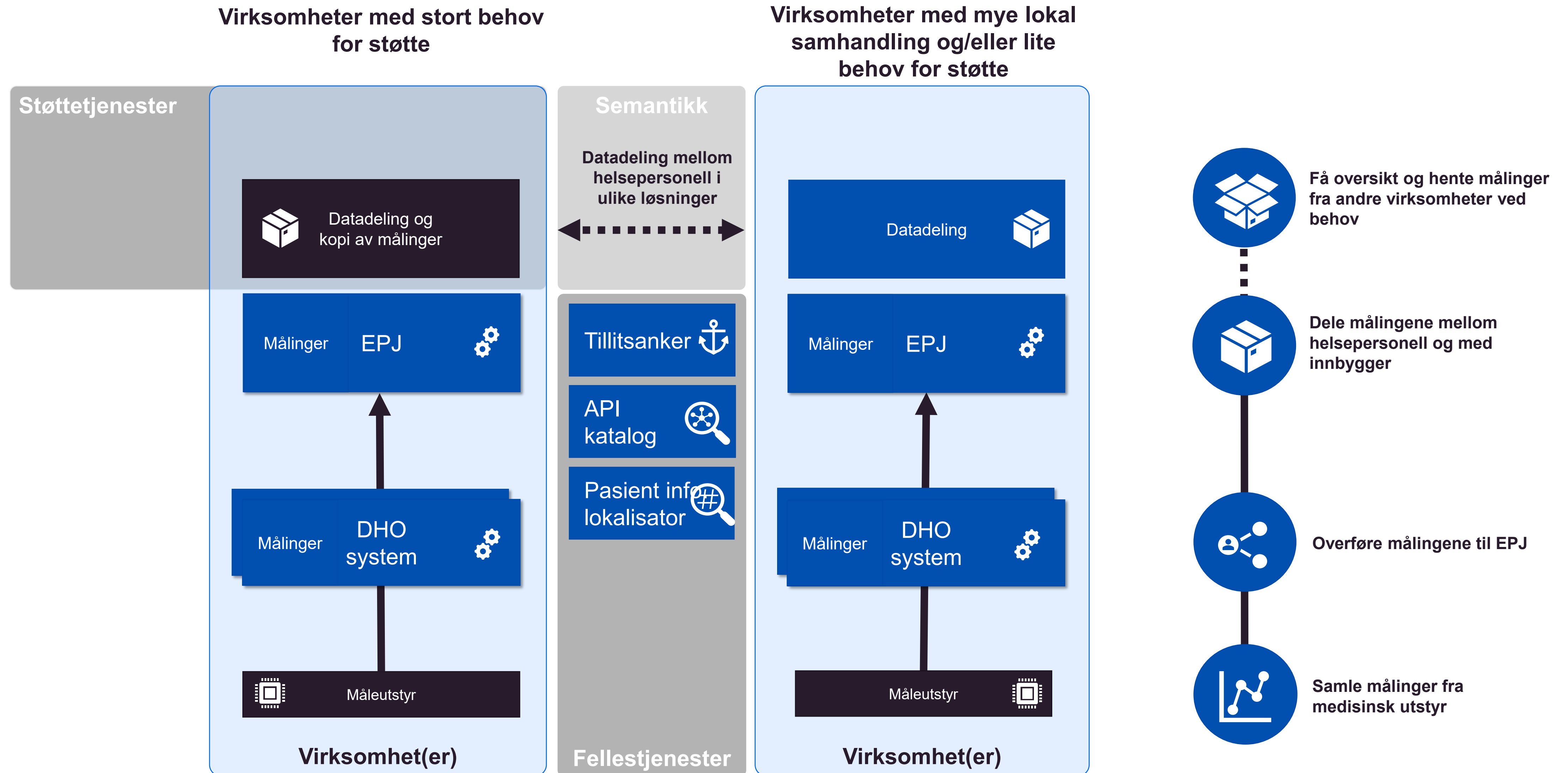
Overføre målingene fra DHO-system(er) til EPJ



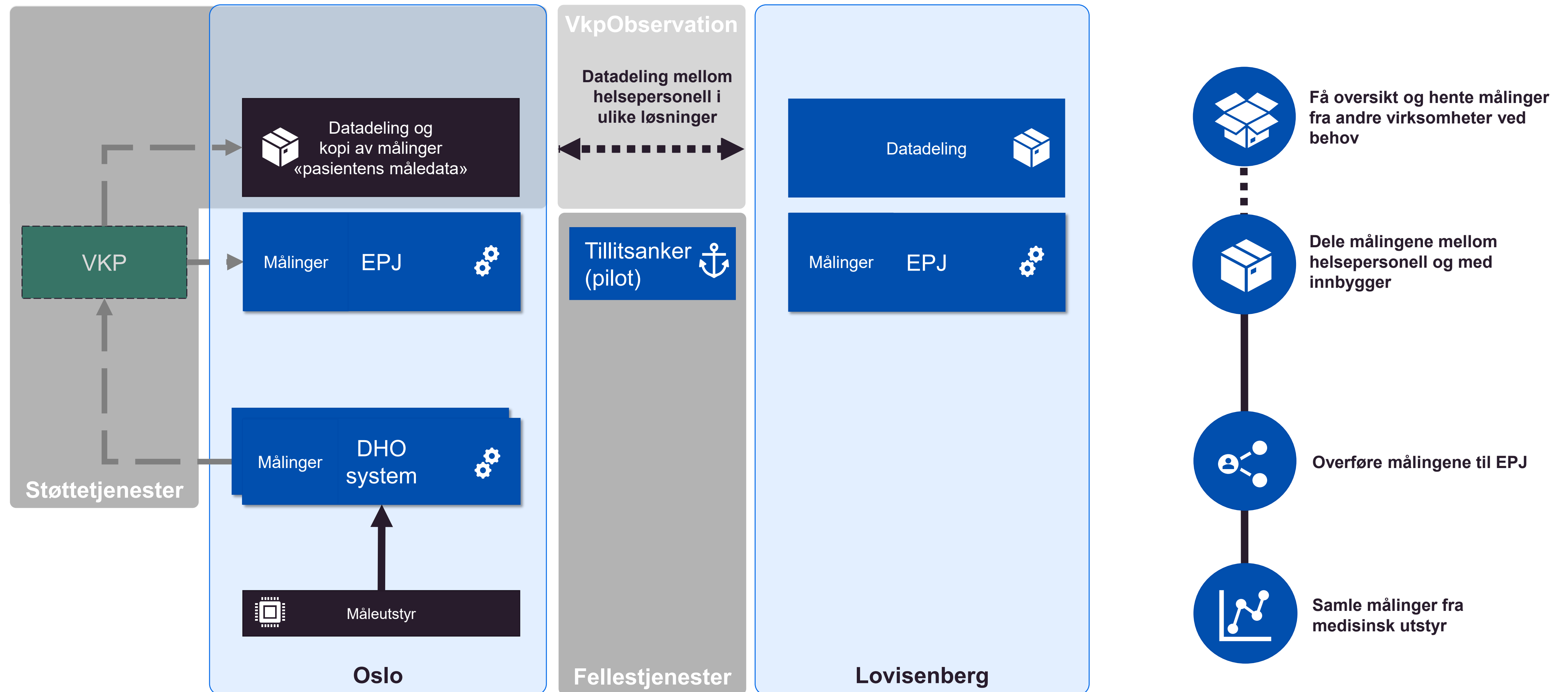
Samle målinger fra medisinsk utstyr



Måarkitektur for datadeling DHO



Eksempel Oslo/Lovisenberg

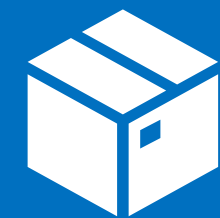


Arkitekturvalg

Datadeling som samhandlingsform:



Basert på samhandlingsbehovene som er kartlagt i forbindelse med DHO og målinger er det datadeling som understøtter flest brukerbehov mest effektivt.



Fleksibilitet

Målarkitekturen anbefaler en fleksibel modell for etablering av datadeling mellom virksomheter og omsorgsnivå.



Løsningsalternativer innenfor gjeldende rett

Målarkitekturen anbefaler løsningsalternativer som kan realiseres innenfor gjeldende rett.



Felles semantiske spesifikasjoner

Etableringen av datadelingsløsninger må bruke felles semantiske spesifikasjoner basert på internasjonale standarder.



Bruk av fellestjenester

Målarkitekturen forutsetter bruk av eksisterende og planlagte fellestjenester, som er beskrevet i målarkitektur for datadeling.



Forslag til vedtak

NUFA drøftet saken og anbefaler å arbeide videre med utprøving og spredning av datadelingsløsninger innen DHO i tråd med løsningsmønster som er beskrevet i målarkituren.



Direktoratet for
e-helse

Pause – oppstart igjen kl. 15.25



Direktoratet for
e-helse

Sak 19/23: Helsedata – omfattende regulering og svak
styring?

Helsesdata

Omfattende regulering og svak styring ?

NUFA 26. april 2023

Ola Jøsendal, ass fagdir Helse Vest

Dokumentasjon og rapportering, definisjoner ?

- **Dokumentasjon: om enkeltpasienter:**

- Når ansatte i helsetjenesten fører inn helsedata (helseopplysninger) om enkeltpasienter i EPJ løsninger. Helsedata (helseopplysninger) kan være tekst, bilde og lyd som gjelder pasientens helse eller helsetjenester som ytes til den enkelte pasient. (**Primærformål**)

- **Rapportering: om grupper av pasienter**

- Når ansatte i helsetjenesten ser til at helsedata (helseopplysninger) føres direkte, sendes eller overføres til registre utenfor EPJ løsningene, enten til foretakenes egne registre eller til eksterne register, gjelder grupper av pasienter. (**Sekundærformål**)



Noen ord og uttrykk i denne kontekst:

- **Pasient**: En person som mottar spesialisthelsetjenester
- **Helsesdata**: Tekst og tall som er relatert til en pasient sin helse eller helsetjenester, og som er lagret elektronisk. (Synonym: Helseopplysninger)
- **Datafødsel**: Helsedata generert av pasient, helsepersonell eller medisinsk utstyr (tekst, lyd eller bilde)
- **Koding**: Ansatte i helsetjenestene fører koder (tall eller kombinasjoner av tall og bokstaver) for diagnoser, prosedyrer, forløp mm inn i EPJ og/ eller andre register



Hvor kommer dokumentasjonskravene fra?

Fra pasientjournalforskriften:

§ 4, generelt om krav til journalens innhold

§ 5, administrative opplysninger

§ 6. Opplysninger om pasientens helse og helseforhold, inkludert opplysninger og vurderinger innhentet ved kliniske og medisinske undersøkelser

§ 7. Opplysninger om informasjon og informasjonsutveksling, reservasjoner og samtykkekompetanse

§ 8. Andre opplysninger (tvang, rusmiddelavhengighet, mm)

Fra Helseregisterloven (er både dokumentering og *rapportering*):

§ 11. *Lovbestemte helseregistre (DÅR, Kreft, MFR, MSIS, SYSVAK, FHR, NPR, NHK, Bivirkning, KPR, Legemiddel)*

Fra Helsepersonelloven:

§ 26. *Opplysninger til virksomhetens ledelse og til administrative systemer*

§ 30. *Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og statsforvalteren*

§ 30 a. *Opplysninger til Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten*

§ 31. *Opplysninger til nødetater*

§ 32. *Opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten*

§ 33. *Opplysningsplikt til barnevernet*

+ § 34. *Plikt til å gi opplysninger i forbindelse med førerkort og sertifikat*

Hvor kommer **rapporteringskravene** fra?

Fra ulike registermiljø :

- Sentrale helseregistre som er forskriftsfestet, med rapporteringsplikt (f eks Abortregisteret)
- Sentrale helseregister som er forskriftsfestet, valgfri deltakelse for institusjon (f eks NORM, RAVN, G-mun)
- Nasjonale medisinske kvalitetsregistre, om lag 60 stk, samtykkebaserte (Diabetes, HIV, Hoftebrudd, ..)
- Andre (som oftest lokale) medisinske kvalitetsregistre, om lag 150 stk, samtykkebaserte (F eks KOLS, kun Bergen)
- Biobanker, om lag 270, samtykkebaserte

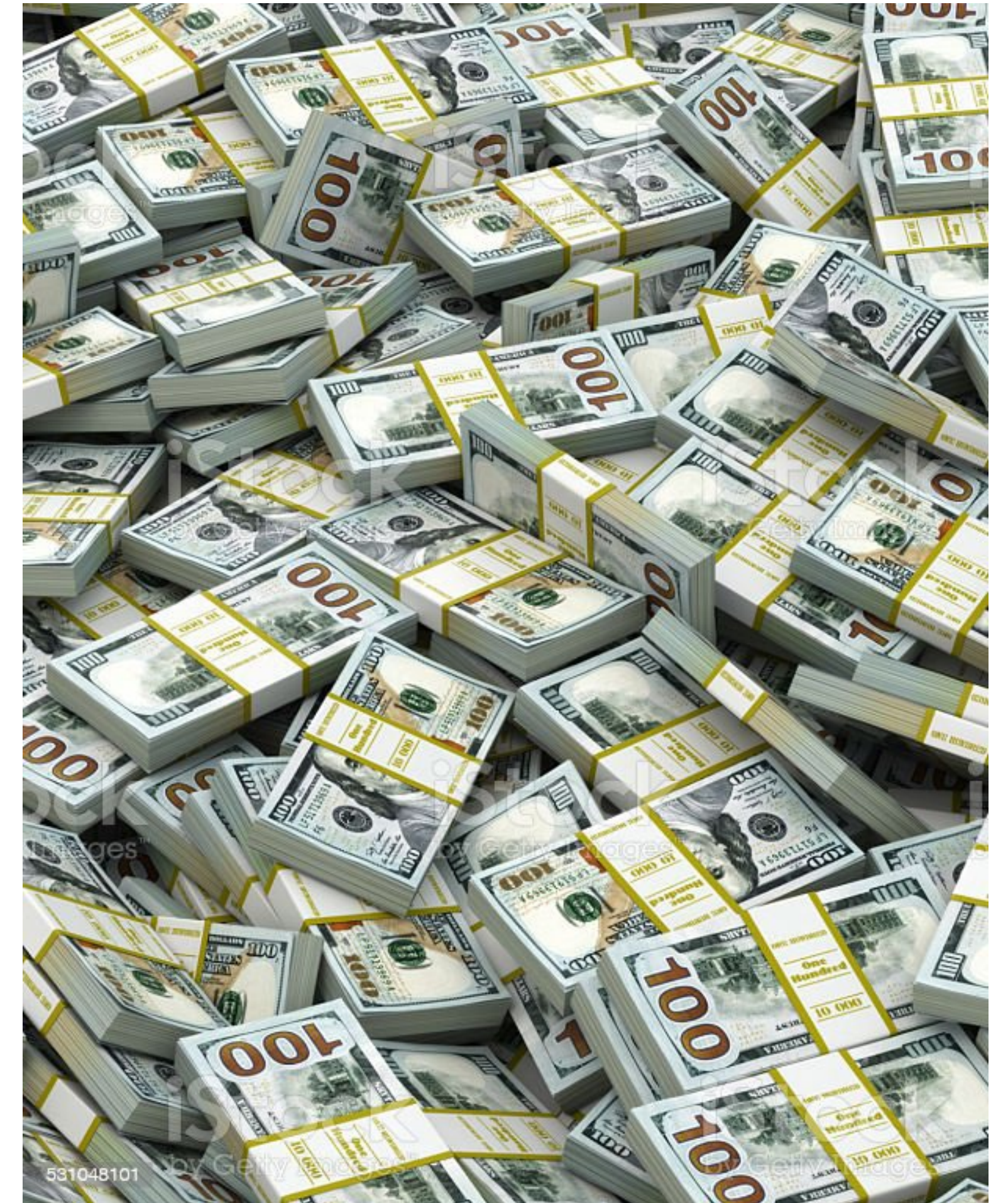
Fra foretaksledelse: + nasjonale kvalitetsindikatorer

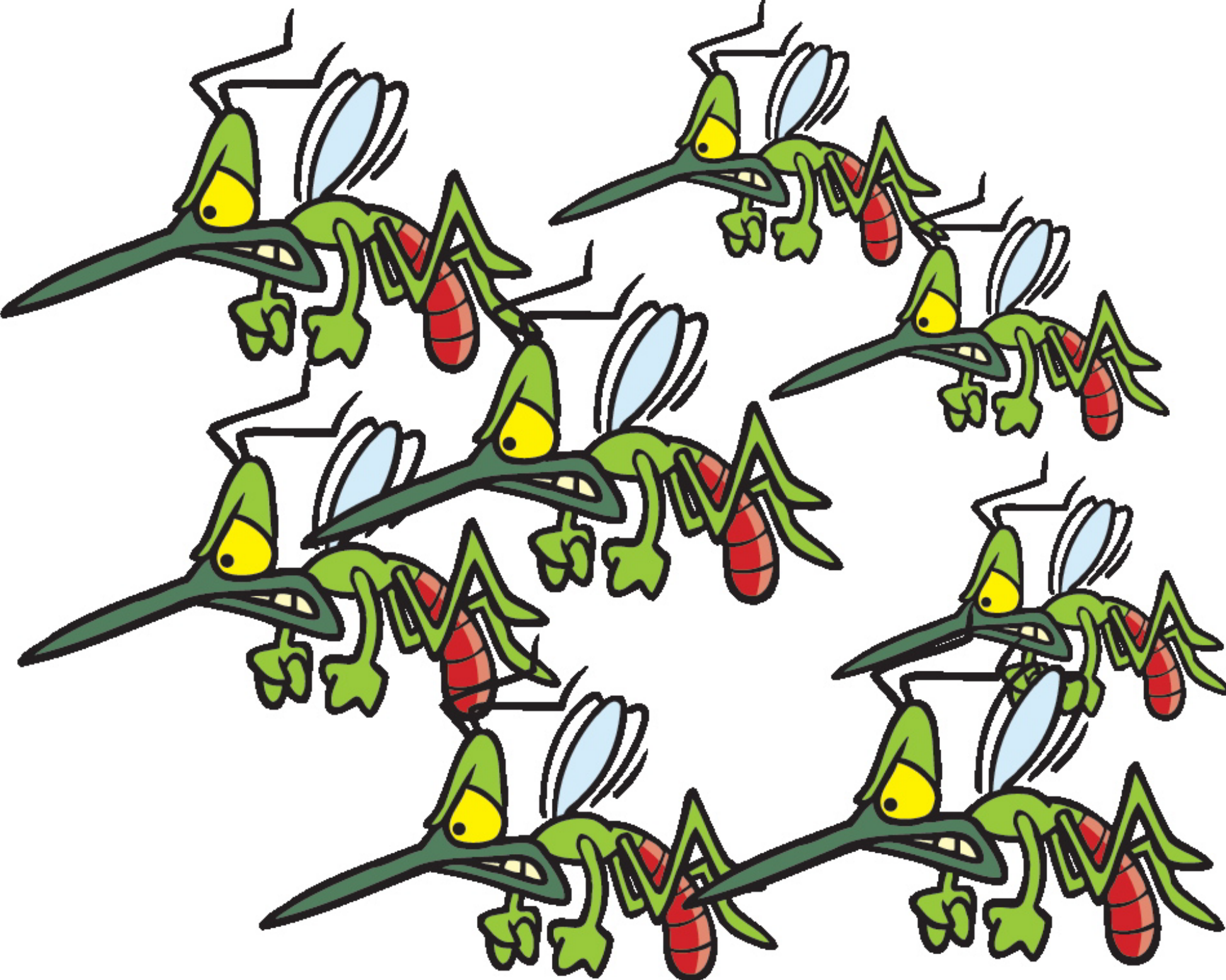
- Aktivitetsrapporter
- Epikrisetid
- Ventetid
- Korridorpasienter
- Andel sykemeldte
- Økonomi
-

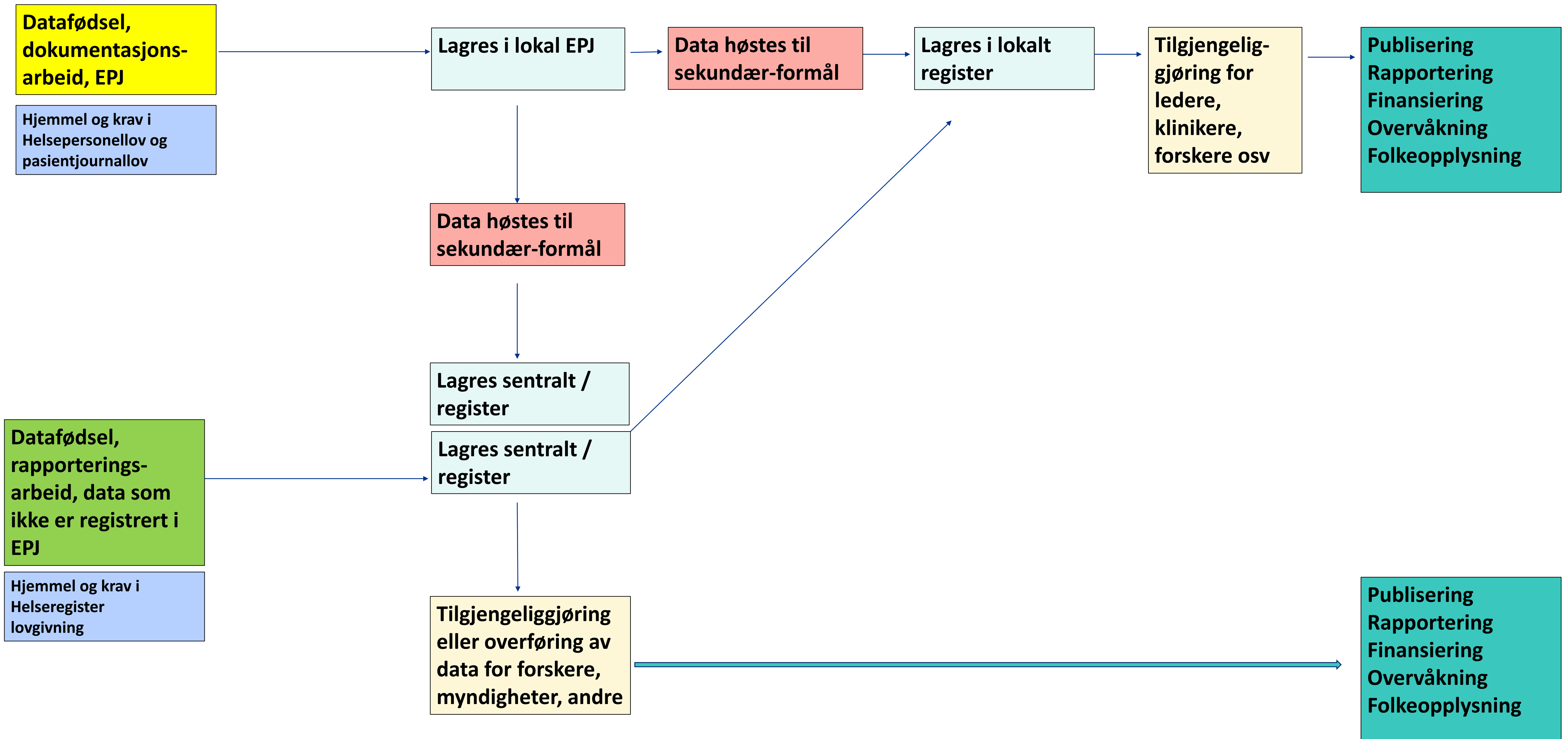
Kodeverk

- Kodeverk, diagnoser: ICD-10 , ICPC,
- Kodeverk, prosedyrer: NCMP, NCSP, NCRP (For ISF)
- Kodeverk, pasientforløp, PHV og TSB:
 - 9321 – koder for type nasjonalt pasientforløp
 - 9322 – koder for typer hendelser i nasjonalt pasientforløp
 - 9323 – koder for utfall av klinisk beslutning
 - 9325 – koder for utfall av utførte aktiviteter
 - 9326 – koder for utfall av avslutning av nasjonalt pasientforløp
- Kodeverk, laboratorier: NLK
- Kodeverk, patologi: NORPAT

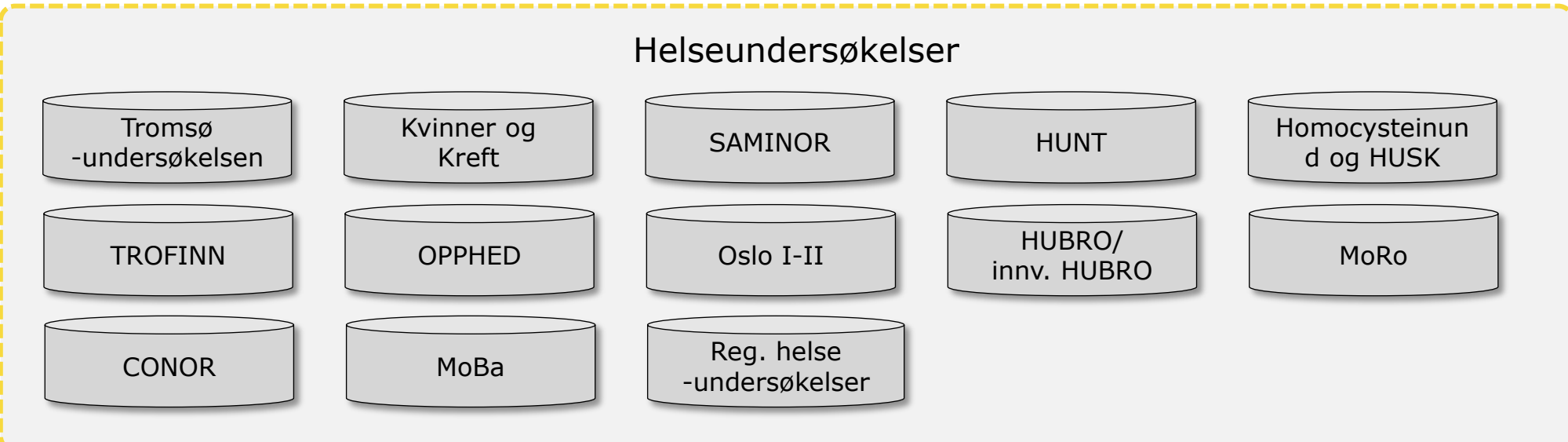
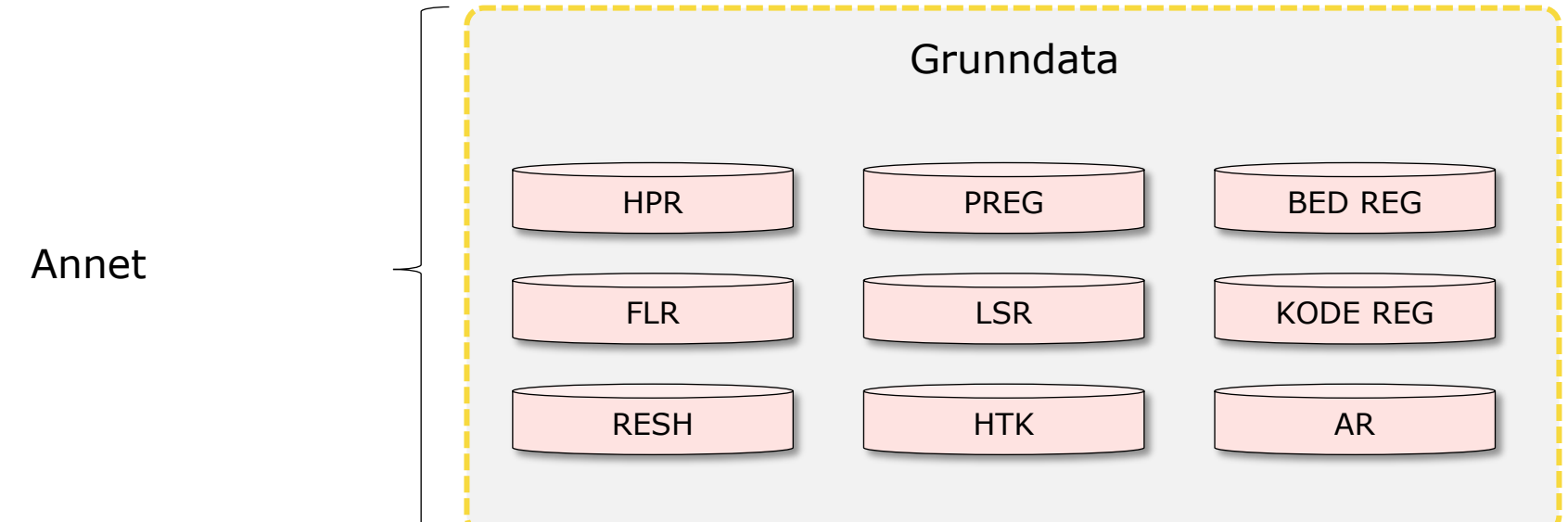
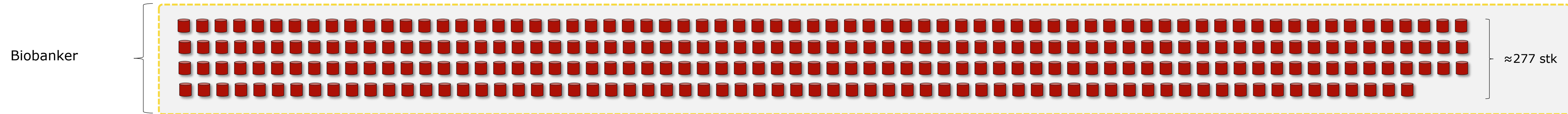
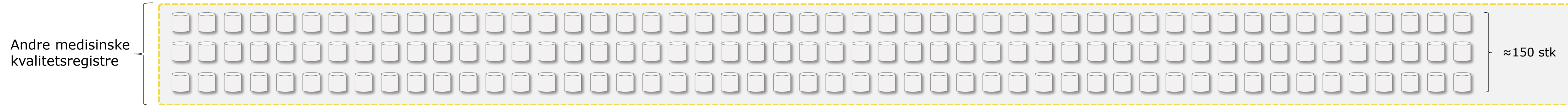
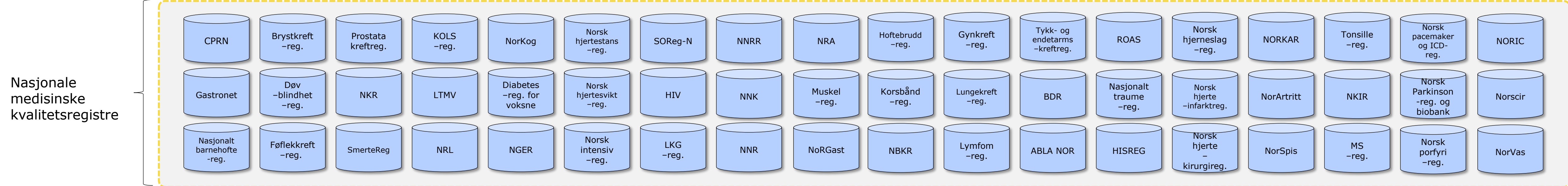
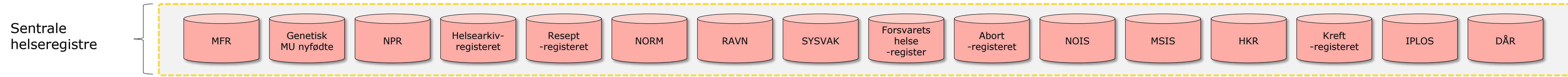
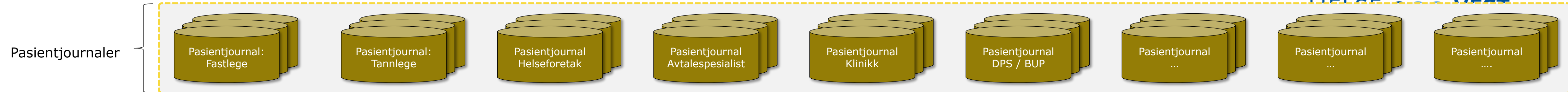
(N ? NOMESKO, Nordisk medisinalstatistisk komite)







Helsedatakilder med helseopplysninger på individnivå

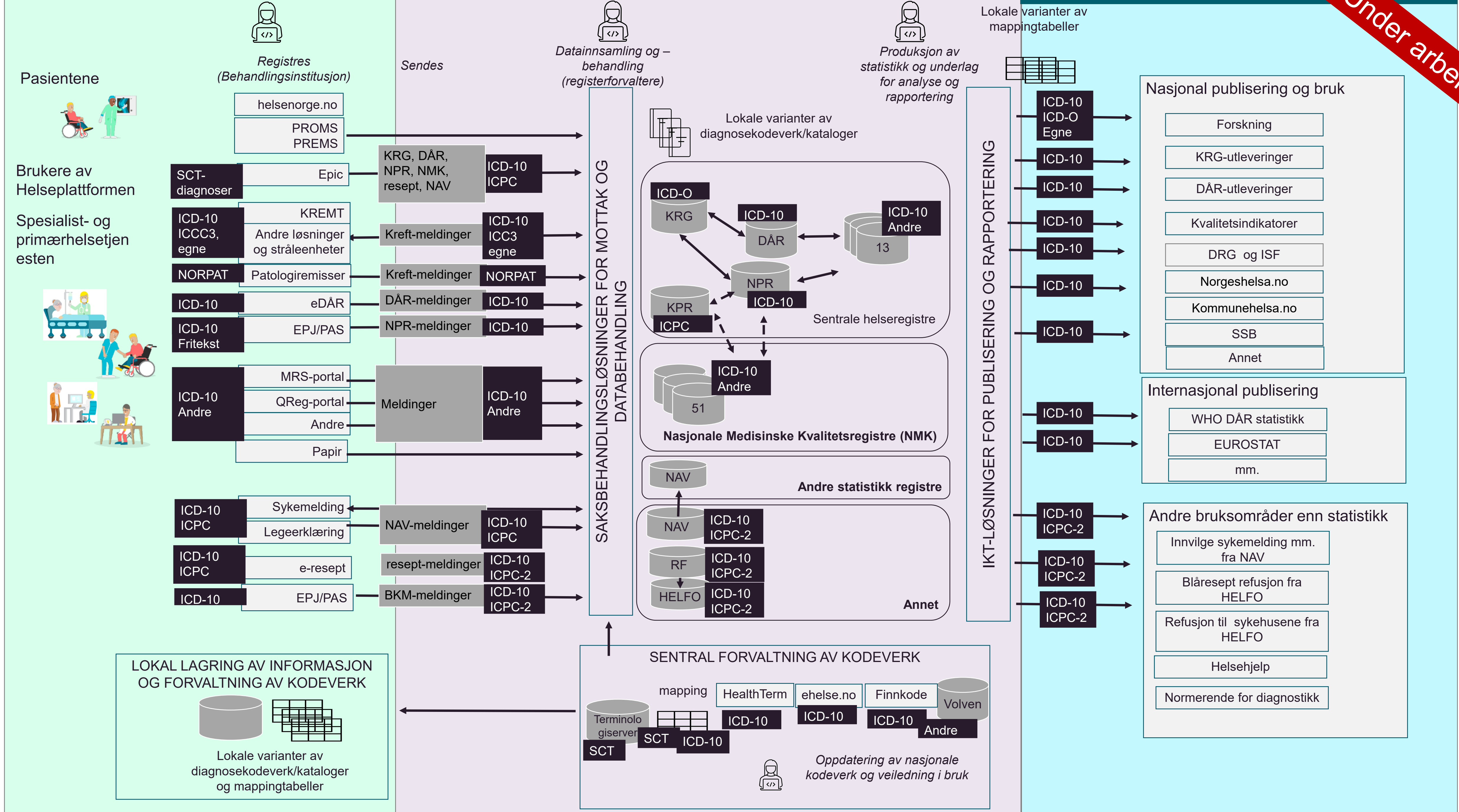


Informasjon registreres og sendes

Nasjonal lagring av informasjon og produksjon av statistikk

Informasjon publiseres og brukes

Under arbeid



Hvor lagres våre helsedata, og hvordan er datakvaliteten?

- Våre helsedata lagres som oftest i databaser 'inne' i de løsningene som vi kjenner som journalløsninger, f eks DIPS og Infodoc
- Våre helsedata lagres i databaser (register) som er bygget opp av journal-leverandørene, uten krav til standardisering. Det har ført til at **hver leverandør har hver sin terminologi, hvert sitt kodeverk og hver sine informasjonsmodeller**
- Noe som selvsagt gjør informasjonsutveksling komplisert og dyrt
- Obs skille mellom informasjonsflyt og dataflyt, vi ønsker mest mulig informasjonsflyt og minst mulig dataflyt





Utfordringsbildet (kopi av et lysark, presentasjon fra HV IKT til DeH mars 2023)

For lite standardisering på tvers av systemer

- Store variasjoner i bruk av standarder for informasjonsutveksling for de ulike systemene.
- Ingen felles informasjonsmodell som skal følges på tvers, noe som gjør at hvert fagsystem har sin lokale datastruktur. Denne er i flere tilfeller bestemt, forvaltet og eid av leverandøren.
- Dette har medført at vi ikke bare har lite standardisering av datastrukturer på tvers av systemene, men at det også kan være krevende å få innsikt i informasjonsmodellen til det enkelte system fordi leverandøren ikke ønsker å dele denne informasjonen.
- I tillegg har vi ingen strategi for harmonisering av begreper i systemene våre, og dette har ført til at vi ikke har konsistent begrepsbruk på tvers av systemer og prosjekter.



Er strukturerte data et entydig begrep?

- ‘Litt’ struktur, slik de lagres såkalt strukturert i DIPS, som tekststrenger
- ‘Ordentlig struktur’, tabeller, som i kvalitetsregistre



NPR

Personopplysninger	<ul style="list-style-type: none"> •fødselsnummer eller annet entydig identifikasjonsnummer •bostedskommune
Administrative opplysninger	<ul style="list-style-type: none"> •henvisning •behandling institusjon •konsultasjon og/eller innleggelse •pasientrettigheter •dødstidspunkt •samtykkeadministrative opplysninger for sykdoms- og kvalitetsregistre
Medisinske opplysninger	<ul style="list-style-type: none"> •fagområde •diagnose/diagnosekoder •behandling/prosedyrekode •tidspunkt for oppstart og avslutning av behandling •takst •opplysninger om bruk av tvang rusbruk
Sosiale opplysninger	<ul style="list-style-type: none"> •boligforhold •omsorgssituasjon
Opplysninger om ulykker og skader	<ul style="list-style-type: none"> •kontaktårsak/skademekanisme/alvorlighetsgrad •aktivitet på skadetidspunkt •skadested •skadetidspunkt •arbeidsgivers bransje
Opplysninger fra AMK-sentralene	<ul style="list-style-type: none"> •tidspunkt, sambandsvei, innringer •AMK-reaksjonstid •prehospital responstid •hendelses- og leveringssted •kjønn og bostedsopplysninger

Selv med omfattende regulering både av dokumentasjon og rapportering av helsedata ser det ikke ut til at vi har styring over våre helsedata.

- Styring kan i denne sammenheng bety full kontroll over
 - Eierskapet til helsedata, eierskapet til databasen
 - I hvilken form / format helsedata lagres
 - Deling av helsedata (tilgang, sending)
 - Standarder for informasjonsutveksling
 - Eierskap og ansvar for behandlingsmessige konsekvenser av helsedata som mottas



Spørsmål til drøfting:

- - Har vi tilstrekkelig styring på våre helsedata?
- - Er det ønskelig og evt mulig å arbeide seg ut av det grepet leverandørene av ulike EPJ løsninger har på våre helsedata?
- - Bør vi som samfunn evt tjenesteyter eie databasene (som er fylt med helsedata) selv?



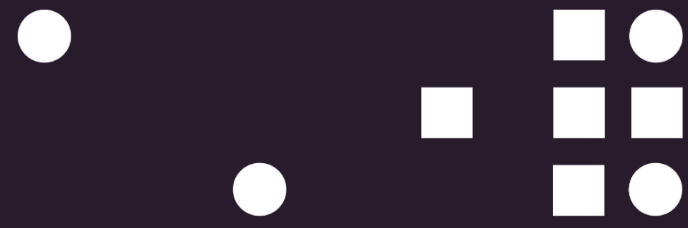
Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering, med de innspill som kommer fram under møtet.



Direktoratet for
e-helse

Sak 20/23: Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre 2023



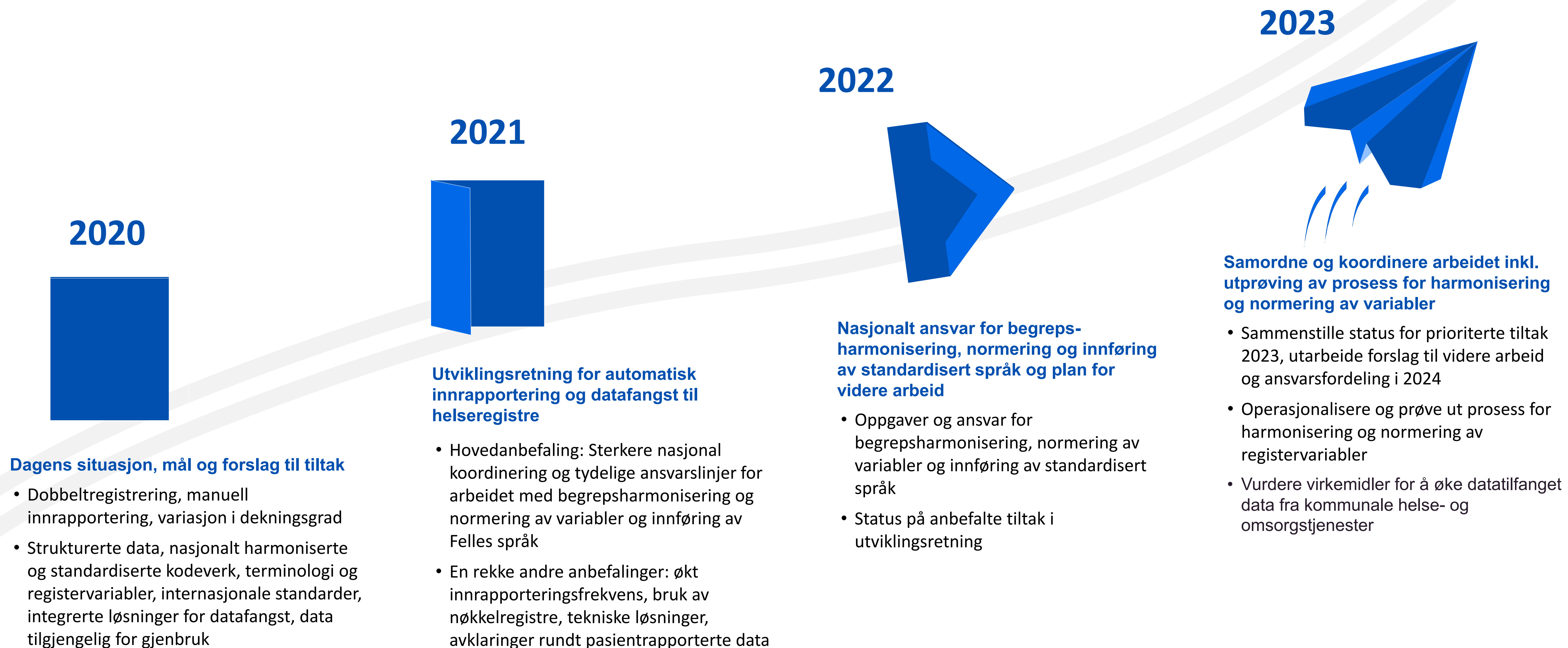
Direktoratet for
e-helse

Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre – en løypemelding

Samordning og koordinering – identifiserte behov og tiltak 2023

NUFA 26. april 2023

Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre | 2020 – d.d.



Økt grad av automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre | Hva skal til?

- **Sektoren løfter frem...**
 - Nasjonal **samordning og koordinering** av aktører og tiltak som bidrar til måloppnåelse
 - Helhetlige og forutsigbare planer
 - Arbeidet må sees i sammenheng med strukturering av journal og innføring av SNOMED CT og felles språk
- **Sentrale innsatsområder for realisering av målbildet**
 - Standardisering og normering
 - Strukturering av journal og bruk av standardisert språk
 - Internasjonal innsats og samarbeid styrkes
 - Styrket informasjonsforvaltning
 - Ivareta informasjonssikkerhet og personvern



Samordne og koordinere tiltak og aktører

Sentrale innsatsområder

Strukturering av journal og bruk av standardisert språk

Internasjonal innsats og samarbeid

Ivareta informasjonssikkerhet og personvern

Standardisering og normering

Styrket informasjonsforvaltning

Tiltak

Styrket nasjonal samordning og koordinering

Begrepsharmonisering og normering av variabler

Økt innrapporteringsfrekvens og behovstilpasset tilgjengeliggjøring av data

Utvidet bruk av nøkkelregistre

Tekniske løsninger for bedre integrasjon og gjenbruk av data

Juridiske avklaringer

Avklaringer rundt pasientrapporterte data (PROM/PREM)

Styrke det nordiske og europeiske samarbeidet om helsedata

Større satsing på «data inn» til helseregistre

Aktører



Helse- og omsorgsdepartementet



Helsedirektoratet

HELSE SØR-ØST

HELSE VEST

HELSE MIDT-NORGE

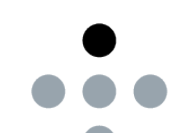
HELSE NORD



Direktoratet for e-helse



DEN NORSKE LEGEFORENING



SKDE



Kommuner

Kreftregisteret
INSTITUTT FOR POPULASJONS-BASERT KREFTFORSKNING

Norsk helsenett

FHI

Folkehelseinstituttet

Prosess for identifisering av behov for avklaringer og involvering av aktører

Prosess for identifisering av behov for avklaring på nasjonal arena

- **Identifisere behov for avklaringer som diskuteres på nasjonal arena for 2023**
 - Pågående
- **Gjennomfører 1:1-møter med aktørene**
 - Pågående
- **Felles arbeidsmøte - fordele oppgaver i hht til roller og ansvar**
 - Gjennomføres i mai

Gjennomførte møter

- Helse Vest RHF 24. mars
- Helsedirektoratet 30. mars
- Norsk helsenett SF 30. mars
- Kreftregisteret 18. april
- Helse Sør Øst RHF 18. april
- Helse Midt RHF 24. april
- Den norske legeforening 24. april
- Helse Nord RHF 25. april

Kommende møter

- SKDE 27. april
- Folkehelseinstituttet 28. april

- KS og kommuner [ikke avklart]

Oppsummering innspill fra 1:1-møter | Løypemelding

Sentrale innsatsområder

Strukturering av journal og bruk av standardisert språk

Internasjonal innsats og samarbeid

Ivareta informasjonssikkerhet og personvern

Standardisering og normering

Styrket informasjonsforvaltning

Tiltak

Styrket nasjonal samordning og koordinering

Begrepsharmonisering og normering av variabler

Økt innrapporteringsfrekvens og behovstilpasset tilgjengeliggjøring av data

Utvidet bruk av nøkkelregistre

Tekniske løsninger for bedre integrasjon og gjenbruk av data

Juridiske avklaringer

Avklaringer rundt pasientrapporterte data (PROM/PREM)

Styrke det nordiske og europeiske samarbeidet om helsedata

Større satsing på «data inn» til helseregistre

Aktører



Helse- og omsorgsdepartementet



Helsedirektoratet

HELSE



SØR-ØST

HELSE



VEST

HELSE



MIDT-NORGE

HELSE



NORD



Direktoratet for e-helse



DEN NORSKE
LEGEFORENING



SKDE

KS



Kommuner

Kreft
registeret
INSTITUTT FOR POPULASJONS-
BASERT KREFTFORSKNING

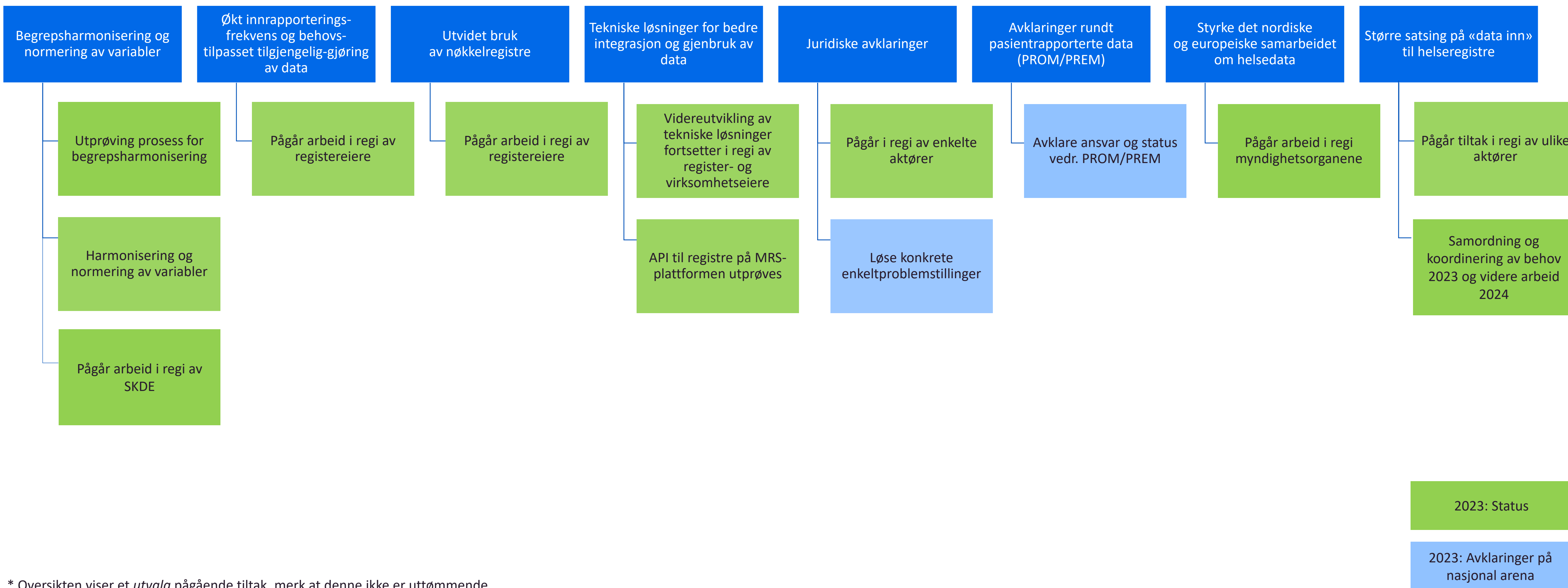


Norsk helsenett

FHI

Folkehelseinstituttet

Oppsummering | Status og identifiserte behov 2023*



* Oversikten viser et *utvalg* pågående tiltak, merk at denne ikke er uttømmende.

Videre prosess



Forslag til vedtak

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



Direktoratet for
e-helse

Takk for møtet!

Velkommen til middag kl. 18.30.