



Direktoratet for
e-helse

NUFA – Radisson Blu, Gardermoen

27. – 28. oktober 2021

Velkommen

Sak	Agenda NUFA	Presenterer saken	Tid	Sakstype
	Dag 1 – onsdag 27. oktober 2021			
28/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 1. – 2. september 2021	Hans Löwe Larsen Direktoratet for e-helse	10:00	Godkjenning
29/21	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Hans Löwe Larsen Direktoratet for e-helse	10:05	Orientering
30/21	Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren	Jan Gunnar Broch Direktoratet for e-helse	10:20	Drøfting
31/21	Videre innretning av velferdsteknologiprogram i perioden 2022-2024, inkludert plan for arkitektur og infrastruktur	Bjørnar Andreassen Helsedirektoratet Avrinder Bajwa Direktoratet for e-helse	11:05	Drøfting
	Lunsj		11:35	
32/21	Ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023	Barbro Mæland og Lars Petter Ellefsen Direktoratet for e-helse	12:30	Drøfting
	Pause		14:00	
33/21	Status NILAR	Thomas Grimeland Direktoratet for e-helse	14:20	Orientering
34/21	Strategi for informasjonssikkerhet og personvern for program digital samhandling	Thomas Grimeland og Knut Herje Direktoratet for e-helse	14:40	Drøfting
35/21	Digitalisering og effektivisering for å understøtte helseinstitusjoners mulighet til å ivareta rapporteringsplikt til NAV	Yana Boug og Daniel Engehagen NAV	15:10	Orientering
	Pause		15:40	
36/21	Roller og ansvar internasjonale standarder	Georg Fredrik Ranhoff Direktoratet for e-helse	16:00	Drøfting
	Slutt dag 1		16:45	



Direktoratet for
e-helse

Sak 28/21: Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra NUFA 1. – 2. september 2021

Forslag til vedtak

NUFA godkjenner innkalling og dagsorden.

NUFA godkjenner referat fra NUFA 1. – 2. september 2021.



Direktoratet for
e-helse

Sak 29/21: Orientering fra Direktoratet for e-helse

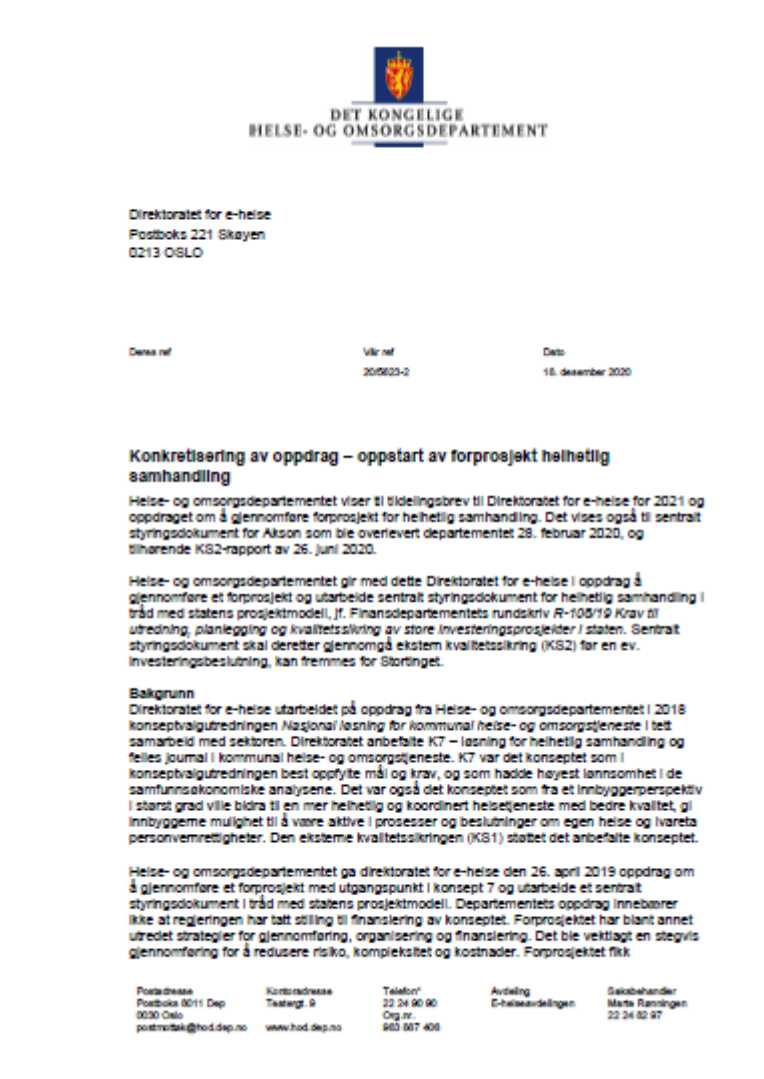
Orientering fra Direktoratet for e-helse

1 Status forprosjekt steg 2 digital samhandling

Fra steg 2-n til steg 2 – en reise sammen med sektoren

«kortere utredninger og raskere leveranser som gir verdi for sektor»

Steg 2-n

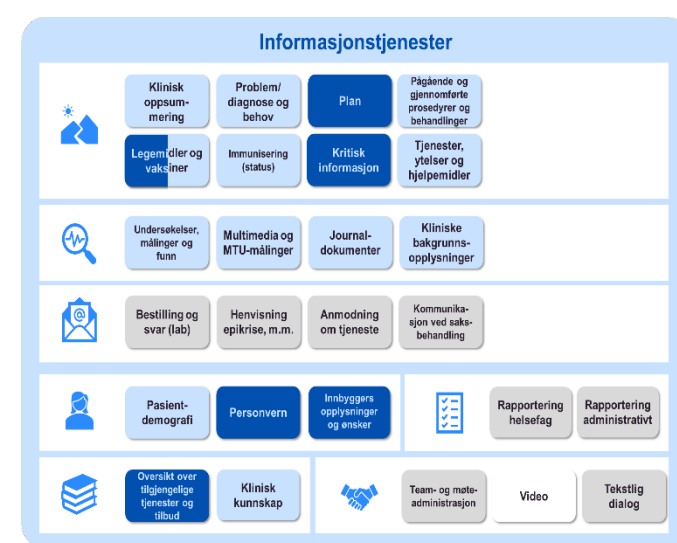


Steg 2

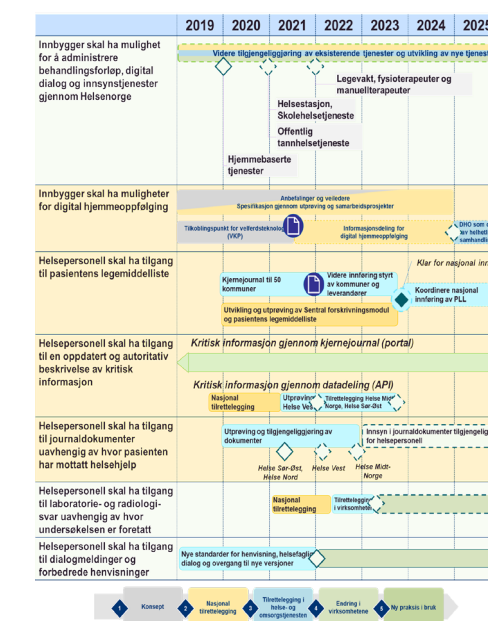


Omfang for steg 2

Tiltaks-ID	Navn på tiltaksområde/tiltak	Resultat	Aktører som har vært involvert
LM	Pasientens legemiddelliste	Helsepersonell har til enhver tid oversikt over pasientens legemiddelopplysninger og vil ha mulighet til å strukturere og sammenstille siste sentrale legemiddelliste med legemiddellisten i egen virksomhet. Innbygger og pårørende har digital tilgang til legemiddelopplysninger via Helsenorge	Legemiddelprogrammet
JD	Dokumentdeling	Journaldokumentene vil være tilgjengelig for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helsetil- og omsorgstjeneste, i tillegg vil innbygger selv kunne få innsyn i dokumentene i Helsenorge	Helse Sør-Øst NHN EPJ-løftet KS
KI	Kritisk informasjon	Kritisk informasjon kan endres og deles av helsepersonell gjennom et felles grensesnitt i kjernejournal, og gi økt pasientsikkerhet gjennom oppdatert kritisk informasjon. Innbygger får tilgang via Helsenorge.	Helse Vest NHN EPJ-løftet KS
DBEP	Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner	Helsepersonell vil opprette behandlingsplaner i eget EPJ-system og bruke kjernejournal for å se andre behandlingsplaner. Helsenorge vil brukes av innbyggere for å få tilgang til sin egenbehandlingsplan.	Helsedirektoratet
DHO	Digital hjemmeoppfølgning	Digital hjemmeoppfølgning er bruk av teknologisk løsninger som gjør at pasienten kan følges opp av helsetil- og omsorgstjenesten hjemme	Program Nasjonalt velferdsteknologi, Prosjektet DHO infrastruktur og arkitektur

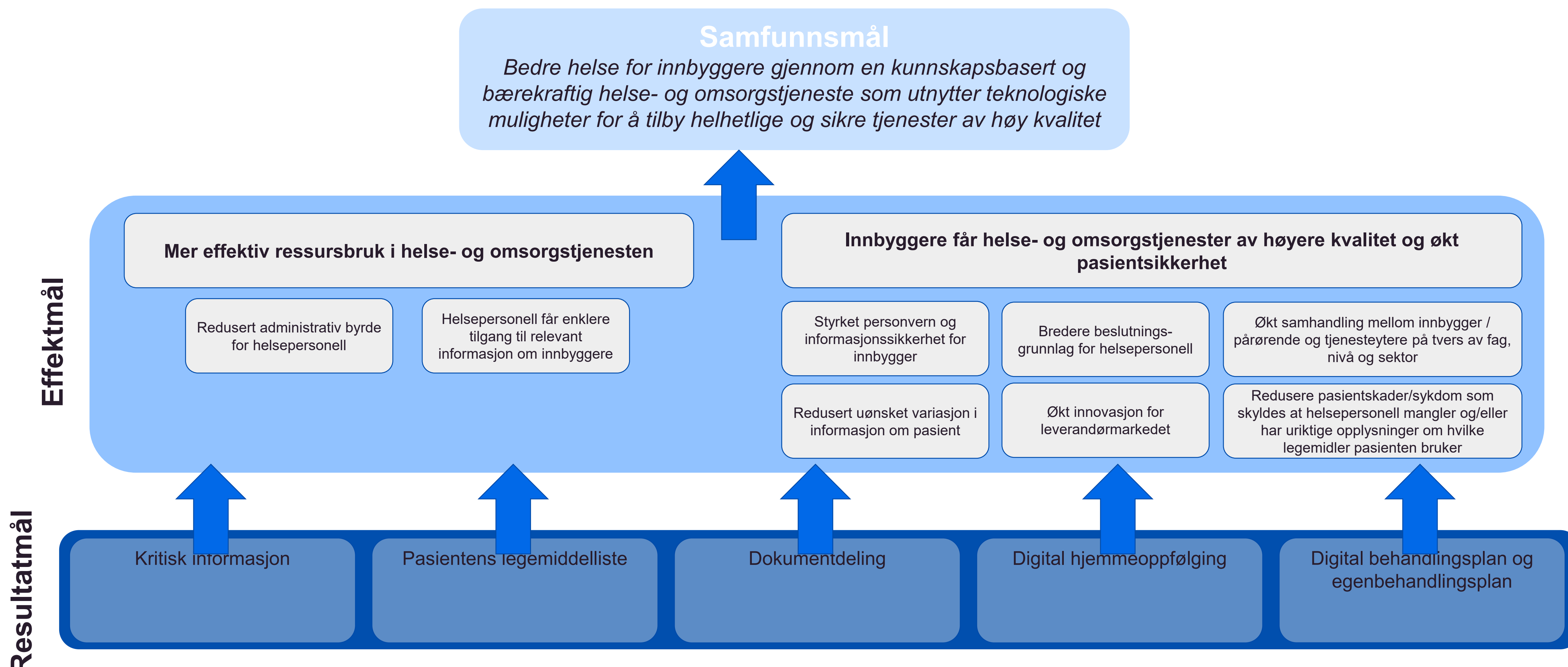


Sendt og mottatt
Sli opp og tilgjengelig
Endre og dele



5 samhandlingsområder med inntil 11 tiltak i steg 2

Tiltaks-ID	Navn på tiltaksområde/tiltak	Kort beskrivelse
LM	Pasientens legemiddelliste	
LM-1	Videre innføring av pasientens legemiddelliste	Koordinere nasjonal innføring av pasientens legemiddelliste og SFM
JD	Dokumentdeling	
JD - 1	Videre innføring av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører	Tilrettelegge for at alle aktørene i spesialisthelsetjenesten kan dele journaldokumenter med andre aktører gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen
JD - 2	Innføring av dokumentdeling fra legevakt og ØHD til andre aktører	Tilrettelegge for at legevakt og ØHD kan dele journaldokumenter med andre aktører gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
JD - 3	Innføring av dokumentdeling fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til andre aktører	Tilrettelegge for at aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste kan dele journaldokumenter med andre aktører gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
JD - 4	Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører	Tilrettelegge for at fastleger kan dele journaldokumenter med andre aktører gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
KI	Kritisk informasjon	
KI - 1	Spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon kan endres og deles av alle aktører i spesialisthelsetjenesten gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
KI - 2	Fastleger og avtalespesialister tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon kan endres og deles av fastleger og avtalespesialister gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
KI - 3	Kommunale helse- og omsorgstjenester tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon kan endres og deles av kommunale helse- og omsorgstjenester gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
KI - 4	Alle helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon kan endres og deles av andre helseaktører enn de som er beskrevet i andre tiltak, gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
DBEP	Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner	
DBEP - 1	Innføring av digital behandling- og egenbehandlingsplan for behandlingsgrupper	Innføring av løsningen utviklet i prosjekt hos Helsedirektoratet hos en signifikant andel av aktørene i en helseregion.
DHO	Digital hjemmeoppfølging	
DHO-3	Utvikling av generiske tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging	Tiltaket skal utvikle generiske tjenester for datadeling som skal inngå i en nasjonal infrastruktur som kan brukes for å gjøre data fra digital hjemmeoppfølging tilgjengelig via grensesnitt, slik at helsepersonell enkelt kan få tilgang til eller oppdatere aktuelle data via en datadelingstjeneste



Behov og nytte i steg 2

	Pasientens legemiddelliste	Dokumentdeling	Kritisk informasjon	Digital hjemmeoppfølging	Behandlingsplaner
Behov	Helsepersonell har ikke en komplett oversikt over legemidler som pasienten har fått eller som er planlagt.	Helseinformasjon som er registrert hos andre virksomheter er ofte ikke tilgjengelig for helsepersonell som behandler pasienten	Kritisk informasjon om pasienten er ofte ikke oppdatert i kjernejournal og helsepersonell kan derfor ikke være sikker på at de har oversikt over all registrert kritisk informasjon.	Det er ikke tilrettelagt for at data fra medisinsk utstyr som benyttes til digital hjemmeoppfølging kan deles digitalt med de systemer og aktører i helsesektoren som har behov for dem.	Informasjon i behandlings- og egenbehandlingsplaner fra andre aktører er ikke elektronisk tilgjengelig for helsepersonell eller pasient/innbygger.
Nytte	Tilgang til en oppdatert legemiddelliste vil gi bedre oversikt over pasientens legemidler som vil gi bedre pasientsikkerhet (mindre pasientskade), og helsepersonell vil bruke mindre tid på å lete etter informasjon.	Høyere kvalitet og økt pasientsikkerhet som følge av at helsepersonell får bedre beslutningsgrunnlag, samt at helsepersonell får enklere tilgang til relevant informasjon	Økt pasientsikkerhet ved at oppdatert kritisk informasjon er tilgjengelig, samt tidsbesparelser på å unngå dobbeltregistrering og leting etter informasjon.	Mer effektiv ressursbruk hos oppfølgingsansvarlig, bedre datakvalitet og enklere tilgang til informasjon for behandlere både internt i egen virksomhet, mellom behandlingsnivåer og med innbygger	Helsepersonell får raskere og enklere tilgang til relevant informasjon om pasient/innbygger gjennom koordinerte behandlingsplaner og egenbehandlingsplan. Løsningen muliggjør samhandling mellom innbygger/pårørende og tjenesteytere på tvers av fag, nivå og sektor.

Resultat og nytte

	Nytte for: Resultat	Foreløpig vurdering av samlet nytte (konsekvensmatrise betydning og omfang)	Innbyggere	Kommunal helse og omsorgstjeneste	Fastleger	Spesialisthelsetjenestene
PLL	Aktørene har tilgang på en oppdatert PLL	++++	Positiv nytte, mindre risiko for feil medisinerings	Høy positiv nytte for helsepersonell: effektivitet og kvalitet	Positiv nytte, effektivitet på lang sikt	Positiv nytte, effektivitet på lang sikt
Dokumentdeling	Aktørene har tilgang til dokumenter som deles	+++++	Positiv nytte, bedre kvalitet i tjenestene, mindre ansvar for å bære egen informasjon	Høy positiv nytte for helsepersonell: effektivitet og kvalitet	Positiv nytte, effektivitet og kvalitet	Begrenset nytte på kort sikt, kvalitet og mer effektiv dialog med andre aktører på lang sikt
Kritisk info	Aktørene har tilgang til kritisk informasjon via API	+ / ++	Høy nytte for en liten andel innbyggere, men lav samlet nytte	Positiv lav nytte, trygghet for helsepersonell, effektivitet.	Positiv lav nytte, trygghet for helsepersonell, effektivitet.	Positiv lav nytte, trygghet for helsepersonell, effektivitet.
DHO	Utviklet en nasjonal datadelingstjeneste som kan brukes for DHO	++++	kan bidra til raskere utbredelse av DHO	Forutsetning for å realisere full nytte av pågående tiltak i VKP	Nytte fra datainnhenting fra VKP	Ingen endring
DBEP	Utvalgte forløp tar i bruk DBEP	Nytten realiseres hos aktører som tar i bruk løsningen	Nullalternativet utvikler løsning for DBEP og starter utprøving (Hdir).	Nullalternativet utvikler løsning for DBEP og starter utprøving (Hdir).	Nullalternativet utvikler løsning for DBEP og starter utprøving (Hdir).	Nullalternativet utvikler løsning for DBEP og starter utprøving (Hdir).

Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering.



Direktoratet for
e-helse

Sak 30/21: Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren

Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren

Status, mål og innspill til sektorspesifikke tema

- 1. Bakgrunn og status** til prosjektet
- 2. Forslag til formål og målsetninger**
- 3. Drøftingstema**
 - Er det noen utfordringer knyttet til digital sikkerhet innen de tre sektorspesifikke temaene som det er særlig viktig at strategien adresserer?
 - Forslag til tiltak og/eller strategiske virkemidler innenfor de sektorspesifikke temaene som bør vurderes av prosjektet.
- 4. Oppsummering**, videre behandling i nasjonal styringsmodell



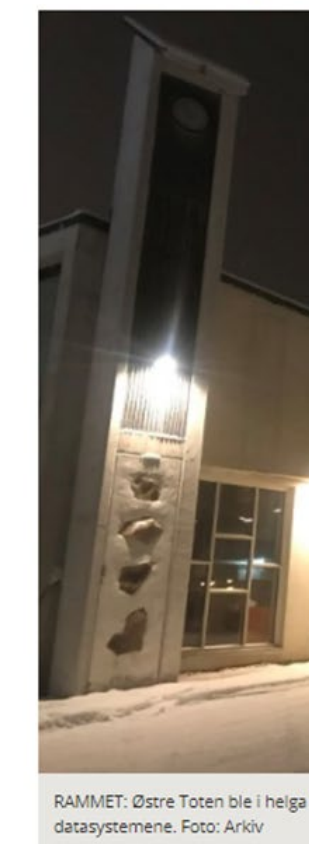
Direktoratet for
e-helse

Bakgrunn og status

Hvorfor trenger vi en strategi?

- Sektoren har noen særlige utfordringer
 - Sikkerhetshendelse kan påvirke både pasientsikkerhet og personvern
 - Store mengder sensitive data
 - Fragmentert og komplekst aktørbilde
 - Begrenset kompetanse på digital sikkerhet – særlig i mindre virksomheter
 - Kjente sårbarheter, f.eks knyttet til medisinsk utstyr
- Vi trenger **nye tiltak** der vi samarbeider mer - for å være bedre rustet mot de som vil skade oss
- Arbeidet med digital sikkerhet i sektoren trenger et **ytterligere løft**

Slik er konsekvensene for innbyggerne etter dataangrepet: Forsinkelser i hjemmetjenesten og endringer i ungdomsskolen



RAMMET: Østre Toten ble i helga rammet av et dataangrep. Foto: Arkiv

Sektor for helse, omsorg og velferd

Labo

Alarmsystemet er nede. Alle beboere er utstyrt med bjeller for å kunne varsle. Bemanningen er styrket.

Kura er i normal drift

Konsekvenser for de ansatte:

Datasystemer er utilgjengelige

Sensorikken i pasientrommene fungerer ikke

Redusert funksjonalitet på medisinkabinetter og medisintraller

Manuelle registreringer og manuell dokumentasjon i pasientjournal

Kura i normal drift.

Manuelle bestillinger på medisiner, mat og utstyr



Urix Presidentvalget Nyhetsbrev

Hacking-skandale ryster Finland - pasienter presset for penger

Pasientopplysninger fra et finsk psykoterapiser er på avveie etter hacking, og flere pasienter er blitt presset for penger.

Oppdrag

- På oppdrag fra HOD gjennom tildelingsbrev skal Direktoratet for e-helse utarbeide en strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren
- Strategien skal
 - være handlingsrettet
 - tilpasses sektorens sikkerhetsbehov
 - tydeliggjøre roller og ansvar
 - identifisere relevante strategiske virkemidler og tiltak
- Direktoratet for e-helse utarbeider strategien i samarbeid med Helsedirektoratet, Helsetilsynet, NHN, RHF og KS
- Som delleveranse skal det utarbeides en tiltaksoversikt for helse- og omsorgssektoren med grunnlag i nasjonal strategi for digital sikkerhet



Direktoratet for e-helse
Postboks 221 Skøyen
0213 OSLO

Deres ref

Vår ref
20/5623-1

Dato
18. desember 2020

Tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse for 2021

Helse- og omsorgsdepartementet har på bakgrunn av Prop. 1 S (2020-2021) og Innst. 11 S (2020-2021) utarbeidet tildelingsbrev for Direktoratet for e-helse for 2021.

Strategien skal dekke temaene fra den nasjonale strategien, samt sektorspesifikke tema basert på sektorens behov



Sektorspesifikke behov

- ✓ Trusselbilde
- ✓ Sikkerhetsbehov som følger av teknologisk utvikling og digitalisering i sektoren
- ✓ Forutsetninger og særtrekk ved sektoren



Temaer i strategien

Sikker samhandling

Sikker digital hjemmeoppfølging

Sikkerhet i leverandørkjeden

Forebyggende digital sikkerhet

Digital sikkerhet i kritiske samfunnsfunksjoner

Kompetanse

Avdekke og håndtere digitale angrep

Bekjempe data- og IKT-relatert kriminalitet

Sektorspesifikke temaer

Tema fra den nasjonale strategien



Leveranser:

Delleveranse juni

Direktoratet for e-helse

Tiltaksoversikt
til strategi for digital sikkerhet for helse- og omsorgssektoren

- Eksisterende tiltak
- Pågående tiltak
- Nye tiltak

Forebyggende digital sikkerhet

Digital sikkerhet i kritiske samfunnsfunksjoner

Kompetanse

Avdekke og håndtere digitale angrep

Bekjempe data- og IKT-relatert kriminalitet

Hovedleveranse april

Direktoratet for e-helse

STRATEGI FOR DIGITAL SIKKERHET I HELSE- OG OMSORGSEKTOREN

Tydeliggjøre sikkerhetsbehov Identifisere strategiske virkemidler Tydeliggjøre roller og ansvar

Temaer i strategien

Sikker samhandling

Sikker digital hjemmeoppfølging

Sikkerhet i leverandørkjeden

Forebyggende digital sikkerhet

Digital sikkerhet i kritiske samfunnsfunksjoner

Kompetanse

Avdekke og håndtere digitale angrep

Bekjempe data- og IKT-relatert kriminalitet

Sektorspesifikke temaer

Tema fra den nasjonale strategien

OPPDATERT!

Direktoratet for e-helse

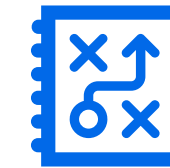
Tiltaksoversikt
til strategi for digital sikkerhet for helse- og omsorgssektoren



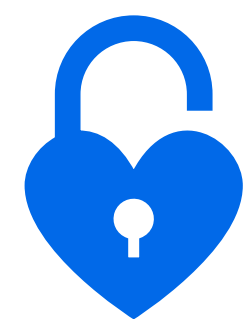
Direktoratet for
e-helse

Forslag til formål og målsetninger

Strategiens formål og målsetninger



Strategiens formål



Alle virksomheter i helse- og omsorgssektoren evner å legge til rette for trygg helsehjelp gjennom sikker digitalisering i et risikobilde i endring

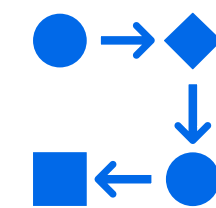
Strategiens målsetninger



Ansvar og roller med betydning for digital sikkerhet i og mellom sektorens virksomheter er avklart, kjent og ivaretatt.



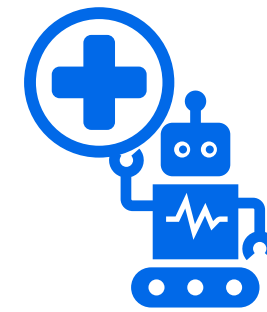
Det er høy tillit til hvordan sektoren ivaretar digital sikkerhet, både fra innbyggere og pasienter og mellom samhandlende virksomheter.



Virksomhetene evner å håndtere sikkerhet i lange og komplekse digitale verdikjeder.



Det er etablert felles tjenester, ressurser og standarder der det er hensiktsmessig for å løse felles sikkerhetsbehov i sektoren. Virksomhetene i sektoren er kjent med og benytter disse.



Virksomhetene evner å effektivt ta i bruk fremskridende teknologier på en sikker måte og er robuste i møte med et risikobilde i endring.

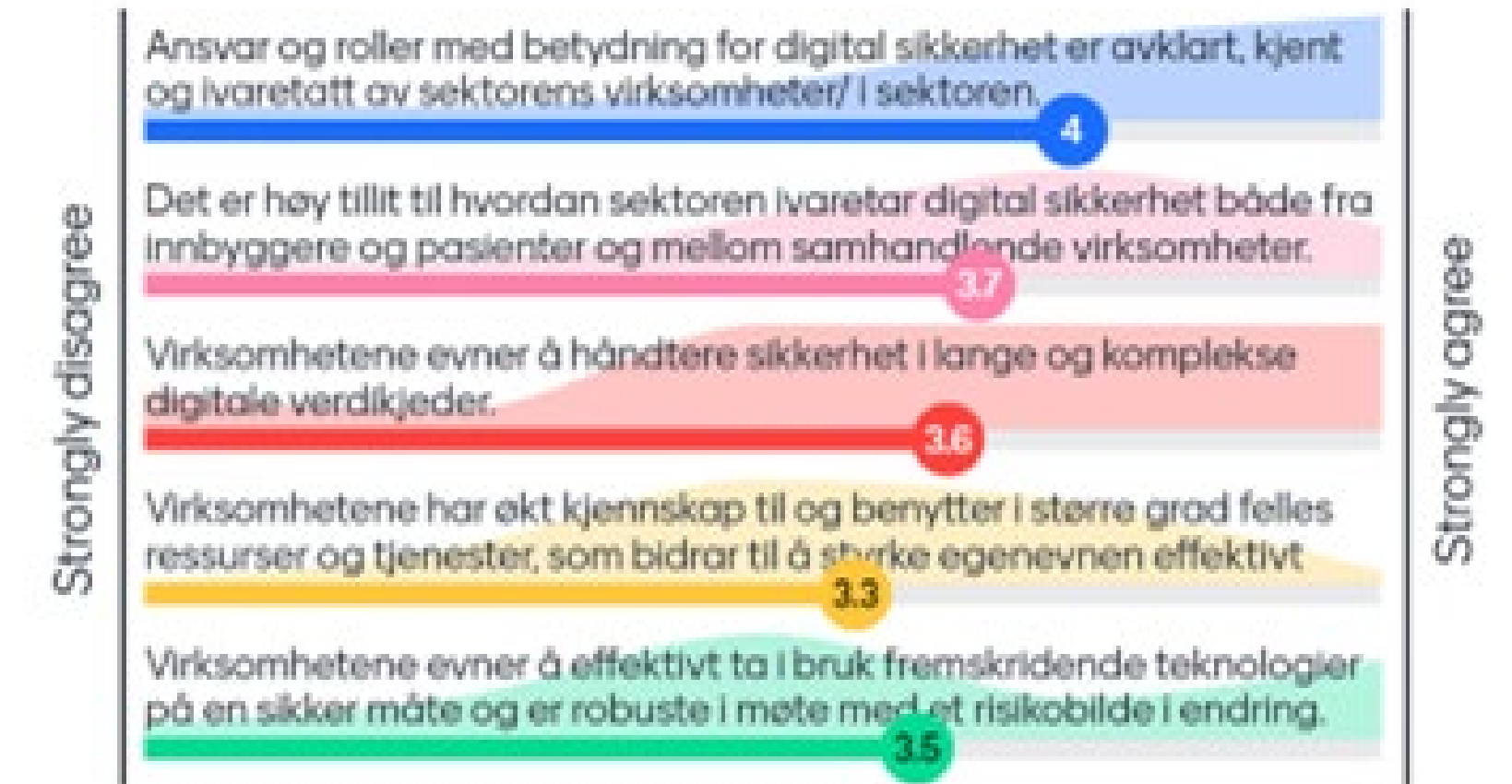
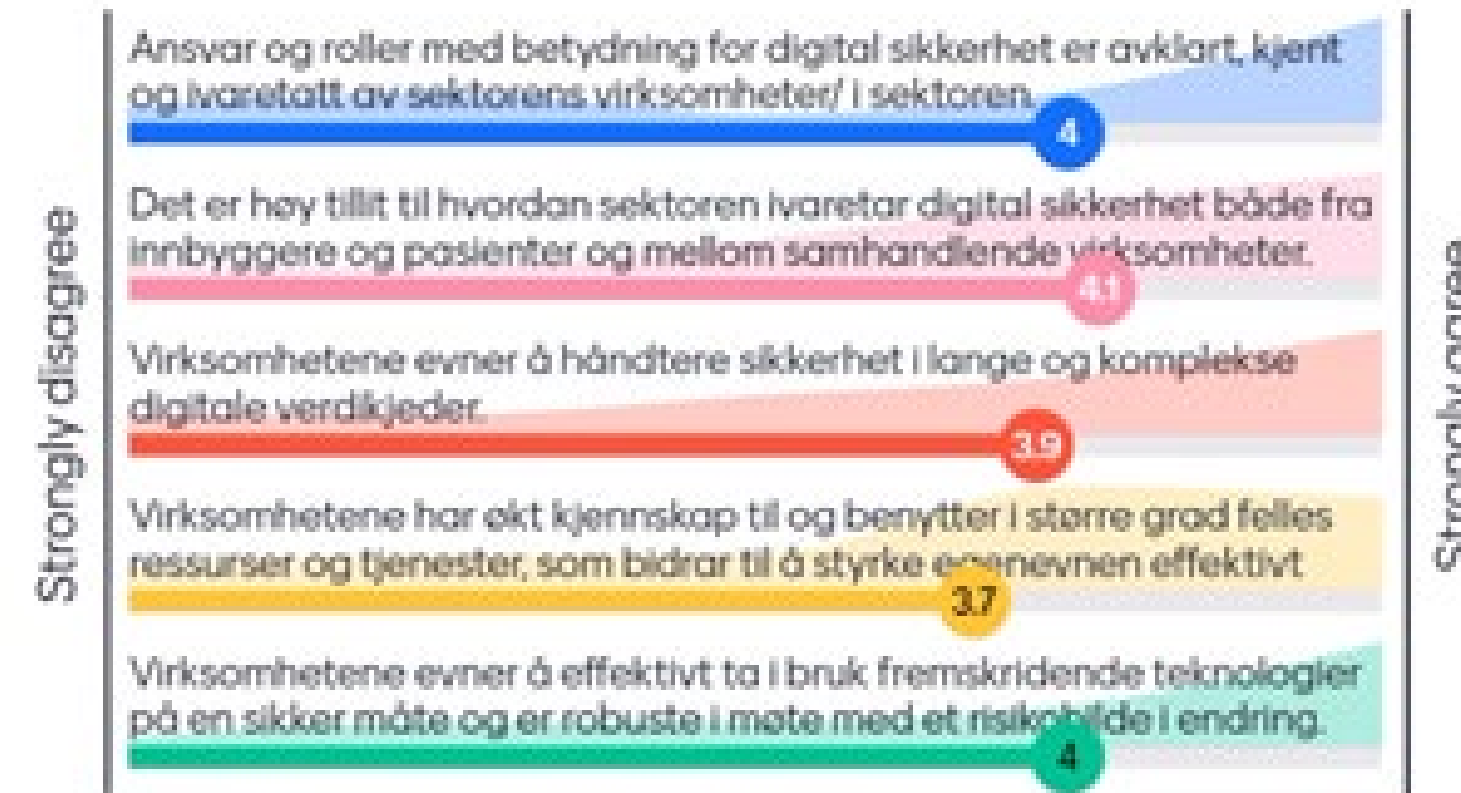
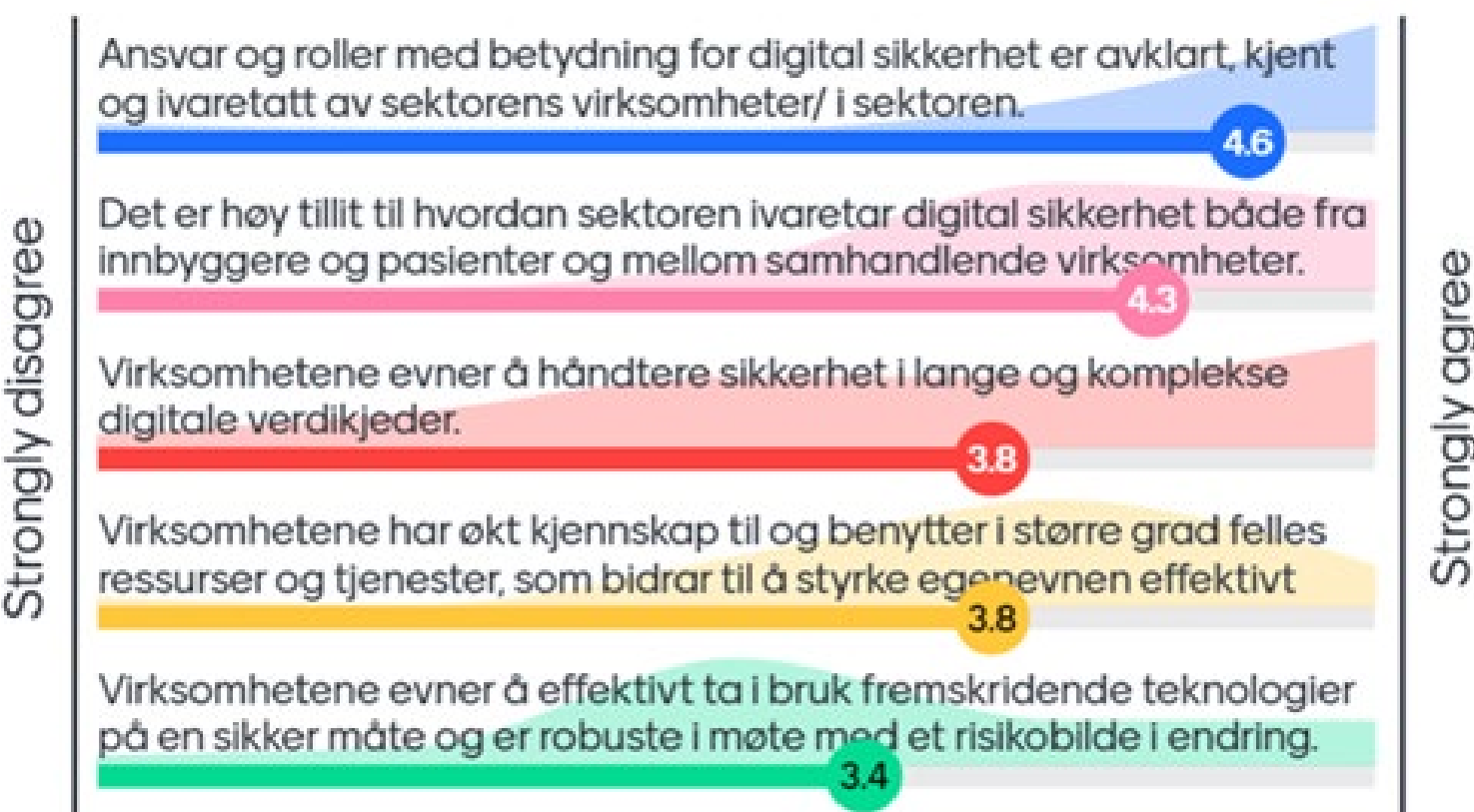
Hvor godt treffer målsettingene?

Oppsummering fra workshops

- Sikker samhandling

- Sikker digital hjemmeoppfølging

- Sikkerhet i leverandørkjeden





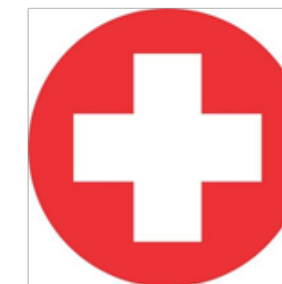
Direktoratet for
e-helse

Drøftingstema

Mer om sektorspesifikke temaer

Sikker samhandling

- Stort behov for løsninger for **sikker deling** av data
- Stort behov for sikre felles løsninger for **identitetshåndtering, autentisering og autorisasjon**
- Økt samhandling medfører behov for **styrkede kontrollmekanismer** på sikkerhetsområdet



1. Sikker samhandling
2. Sikker digital hjemmeoppfølging
3. Sikkerhet i leverandørkjeden

Sikker digital hjemmeoppfølging

- Pasientbehandling **flyttes hjem til innbyggerne**
- Uklare ansvarsforhold når flere aktører er involvert
- Sårbarheter i medisinsk utstyr kan medføre store konsekvenser
- Konfidensialitet, tilgjengelighet og integritet må ivaretas for både pasienter og personell ved digital dialog



1. Digitalisering på en sikker og tillitvekkende måte, bedre evne til egenbeskyttelse
2. Robust og pålitelig digital infrastruktur.
3. Styrket digital sikkerhetskompetanse
4. Avdekke og håndtere digitale angrep.
5. Bekjempe data- og IKT-relatert kriminalitet.

Sikkerhet i leverandørkjeden

- Sikkerhet i sektoren bør sees på som en helhet.
- **Både leverandører og anskaffere etterlyser tydeligere og standardiserte sikkerhetskrav og nasjonale føringer for risikoaksept i anskaffelser**
- Sikring av **medisinsk utstyr** krever oppfølging i hele utstyrets livsløp
- Behandling av data hos tredjepart medfører økt kompleksitet i leverandørkontroll

Drøftingstema 1

- **Er det noen utfordringer knyttet til digital sikkerhet innen de tre sektorspesifikke temaene som det er særlig viktig at strategien adresserer?**

- Hvordan oppleves utfordringene fra ulike perspektiv:
 - Myndighetsnivå
 - Store virksomheter
 - Små og mellomstore bedrifter
 - Leverandører

- Hvor kritisk oppleves utfordringene?
- Hva oppleves som det største hinderet?
- Hvilken retning går det, de neste fem til ti år?

Drøftingstema 2

- **Forslag til tiltak og/eller strategiske virkemidler innenfor de sektorspesifikke temaene som bør vurderes av prosjektet.**



- Hvilke tiltak bør iverksettes for å adressere utfordringene?
- Hvilke tiltak bør iverksettes for å oppnå målsetningene?
- Hvilke veiledningstiltak er det behov for?
- Hvilke tiltak vil kunne gi mest effekt?
- Hvordan kan nye tiltak underbygge eksisterende tiltak?



Direktoratet for
e-helse

Oppsummering

Videre behandling i nasjonal styringsmodell

Strategien skal sendes på høring ved utgangen av året



Forslag til vedtak

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



Direktoratet for
e-helse

Sak 31/21: Videre innretning av
velferdsteknologiprogram i perioden 2022 – 2024,
inkludert plan for arkitektur og infrastruktur

Formål

- Orienterere om videre innretning av velferdsteknologiprogrammet som videreføres i perioden 2022-2024
- Tydeliggjøre sammenhenger mellom arbeidet med arkitektur og infrastruktur knyttet til digital hjemmeoppfølging, Nasjonalt velferdsteknologiprogram, Digi-Hjem og Program digital samhandling
- Involvere NUFA gjennom diskusjon knyttet til foreslått innretning for det videre arbeidet, samt hvilke ansvar de nasjonale myndigheter skal ha etter programperioden

Regjeringen viderefører velferdsteknologiprogrammet i perioden 2022-2024



Du er her: [Forsiden](#) • [Aktuelt](#) • [Nyheter](#) • [Regjeringen viderefører velferdsteknologiprogrammet](#)

Regjeringen viderefører velferdsteknologiprogrammet

Nyhet | Dato: 16.08.2021

Regjeringen har besluttet å videreføre velferdsteknologiprogrammet i perioden 2022-24. I den neste perioden vil velferdsteknologi til barn, unge og voksne med medfødte og tidlig ervervede funksjonsnedsettelse prioriteres, i tillegg til digital hjemmeoppfølging.



Oppdrag fra HOD til Helsedirektoratet (2/2)

Tillegg til tildelingsbrev 59 – beskrivelse av innretningen av velferdsteknologiprogrammet i neste treårsperiode

- **Vridning av den nasjonale innsatsen** fra spredning av trygghets- og mestringsteknologi (primært til eldre) til:
 - Spredning av teknologi til barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse
 - Spredning av digital hjemmeoppfølging til kronisk syke
 - Varig struktur for nettverks- og prosessveiledning i kommunal helse- og omsorgstjeneste
- Programmet skal bestå av følgende tiltak:
 - Tiltak 1: Videre spredning av DHO for kroniske syke
 - Tiltak 2: Spredning av VFT til barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse
 - Tiltak 3: Etablering av varig struktur for nettverk for innføring av VFT
 - Tiltak 4: Prosessveiledning for kommuner
 - **Tiltak 5: Arkitektur og infrastruktur**
 - Tiltak 6: Sosial kontakt for eldre
 - Tiltak 7: Sentrale tiltak, rådgivning, kunnskapsutvikling, utvikling av retningslinjer, opplæringsverktøy

Tiltak innunder Nasjonalt velferdsteknologiprogram og Nasjonal helse- og sykehusplan (Digi-hjem)

Nasjonalt velferdsteknologiprogram videreføres:

- Tiltak 1: Videre spredning av DHO for kroniske syke
- Tiltak 2: Spredning av VFT til barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse
- Tiltak 3: Etablering av varig struktur for nettverk for innføring av VFT
- Tiltak 4: Prosessveiledning for kommuner
- Tiltak 5: **Arkitektur og infrastruktur**
- Tiltak 6: Sosial kontakt for eldre
- Tiltak 7: Sentrale tiltak, rådgivning, kunnskapsutvikling, utvikling av retningslinjer, opplæringsverktøy

Tiltak innunder Nasjonal helse- og sykehusplan:

- **Råd og veiledning til tjenesten** (Helsedir)
- Bruk av video – teknisk tilrettelegging (Norsk helsenett)
- **Data- og dokumentdeling** (Dir for ehelse)
- **Behandlings- og egenbehandlingsplan** (Helsedir)
- **Pasientrapporterte data, PROM/PREM** (Helsedir)
- Indikatorer (Helsedir)
- Metodevurdering og kunnskapsgrunnlag (FHI)
- Bruk av pasientens eget utstyr/Tryggere helseapper (Helsedir)

Gjennomføringsplan- november 2021

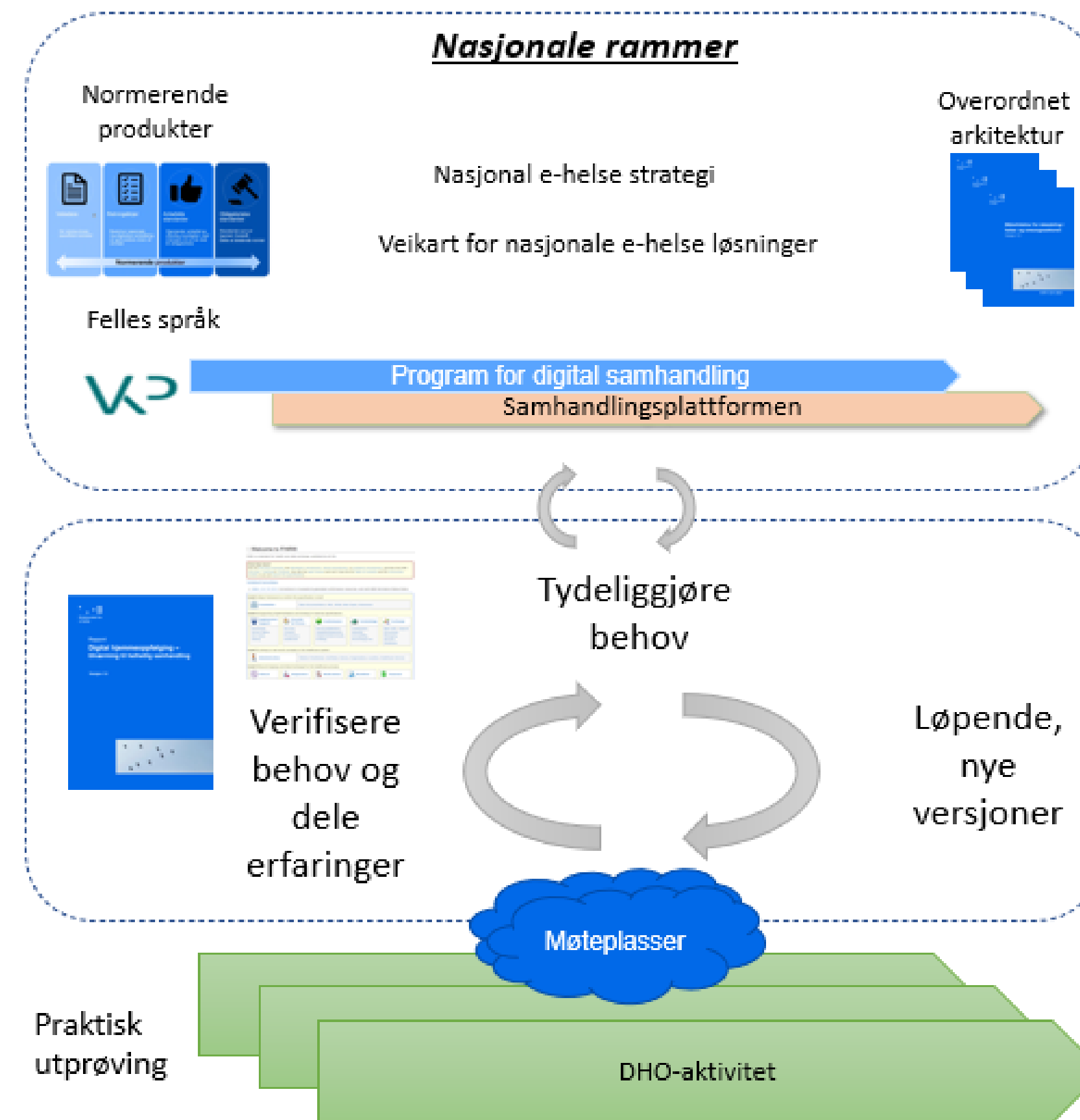
Anbefalinger fra mai 2021

I del 1 av oppdraget ble det anbefalt følgende digitaliseringstiltak:

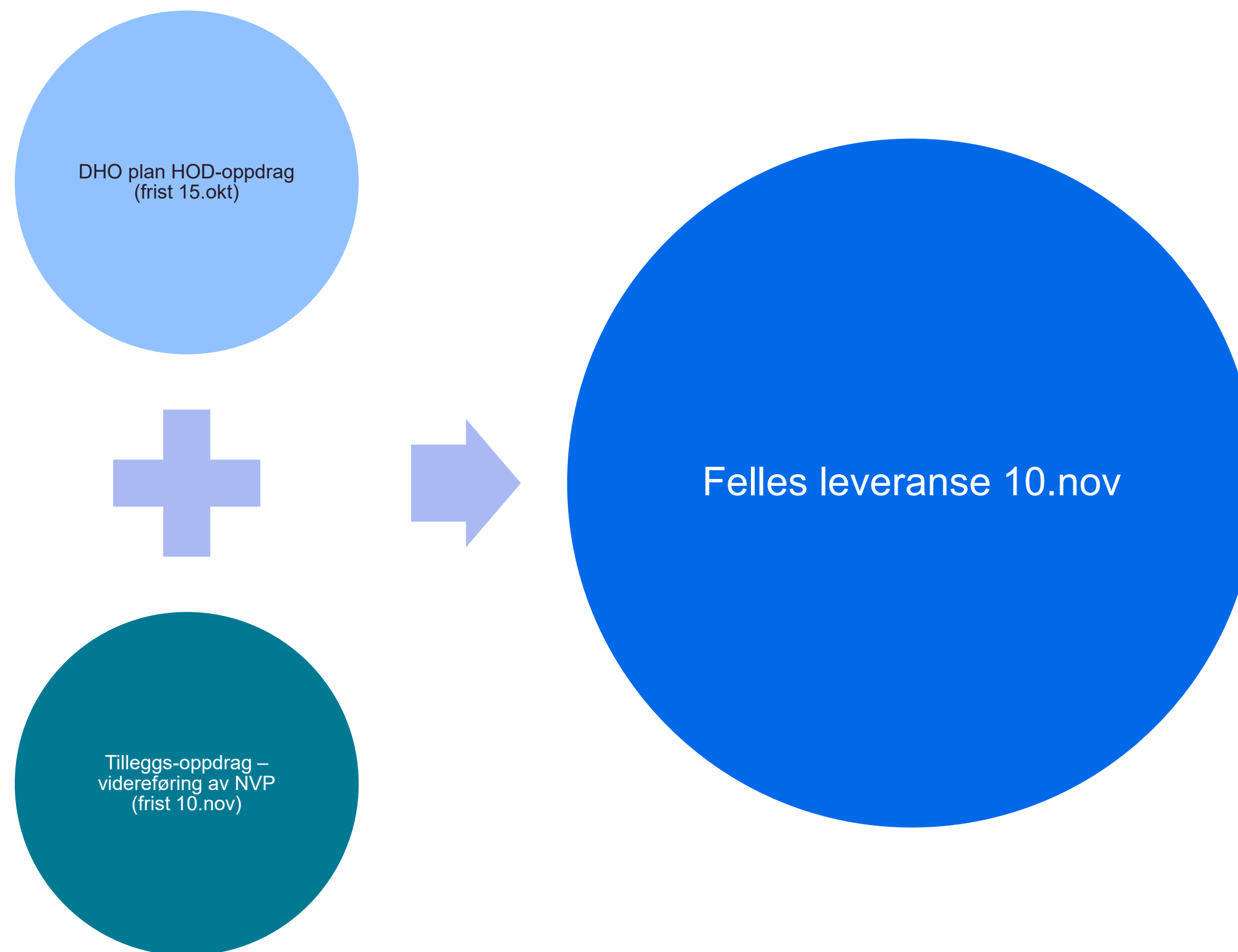
1. Definere en **overordnet arkitektur for datadeling**
2. **Koordinere arbeid med FHIR profilering** innen digital hjemmeoppfølging i sektor
3. **Utvide dagens utprøving av datadeling** som også omfatter samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
4. **Råd og veiledning** som dekker behov hos både spesialist- og primærhelsetjenesten.
5. **Videreutvikle velferdsteknologisk knutepunkt**

Gjennomføringsmetodikk for arkitektur og infrastruktur

Metodikken vil danne grunnlag for trinnvis utvikling av nasjonalt rammeverk for informasjonsdeling



Arbeidet med del 2 av oppdraget skal ses i sammenheng med oppdraget Helsedirektoratet har fått om å beskrive innretningen av velferdsteknologiprogrammet i 2022-2024



Dette anbefales for å:

- **Styrke koblingen og tydeliggjøre sammenhengen** mellom anbefalte tiltak og aktiviteter i NVP, samt tiltak i Digi-hjem
- Sikre **tettere samarbeid** mellom ulike initiativer, og **bedre ressursutnyttelse**
- Sikre en **helhetlig gevinstvurdering**
- **Koordinere planer** som sendes på innspills- og forankringsrunder

Foreløpige kartlagte barrierer

I hvor stor grad kommunene opplever dette som barrierer varierer naturligvis ut fra faktorer som teknologisk modenhet, innbyggertall, geografi, demografi, mm.

- **Organisatoriske barrierer**
 - Helhetlig tjenestemodell
 - Manglende roller og ansvar i drift hindrer skalering av implementering
- **Kulturelle barrierer**
 - Organisatorisk motstand
 - Kulturell motstand
 - Teknologisk motstand
 - Etisk motstand
- **Barrierer knyttet til kompetanse**
 - Lederkompetanse
 - Kompetanse blant ansatte
 - Strukturelle utfordringer
- **Tekniske barrierer**
 - Et marked i utvikling
 - Mangelfull informasjonsdeling
 - Mangelfull mobildekning
 - Manglende sertifiseringsordninger
 - Manglende skyløsninger
- **Regulatoriske barrierer**
 - Egenbetaling for velferdsteknologi
 - Inngripende teknologier og samtykke
 - Drifts- eller investeringsbudsjetter

Foreløpig målhierarki (1/2)

Samfunns mål

*«Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging bidrar til **god helse og mestring i befolkningen og bærekraftig samfunnsutvikling**»*

Foreløpig målhierarki (2/2)

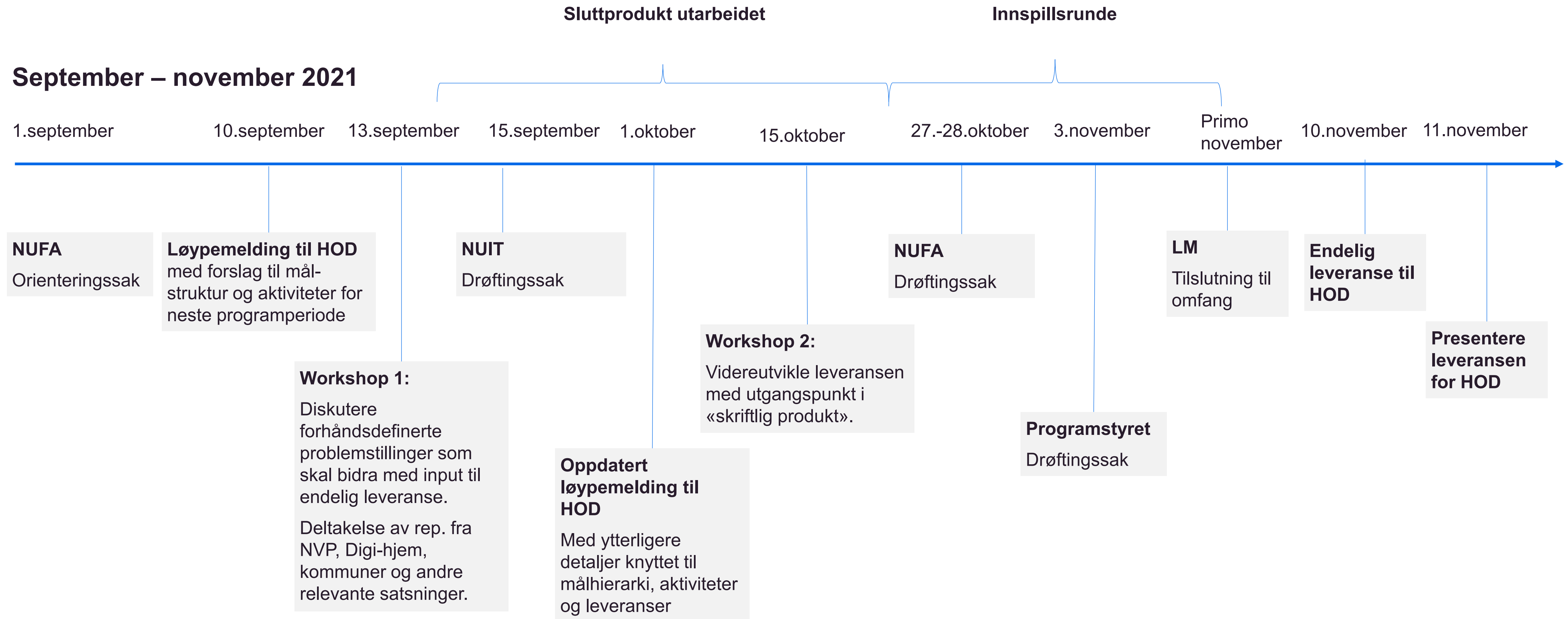
Effektmål

- **Bedre tjenestetilbud med økt kvalitet** tilbys til kronisk syke
- **Bedre tjenestetilbud med økt kvalitet** tilbys barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse
- **Bedre ressursutnyttelse** på tvers av helse- og omsorgssektoren og øvrige sektorer
- **Økt, bedre og sikker digital samhandling** på tvers av tjenestenivåer og sektorer
- **Mindre ensomhet og økt digital helsekompetanse** blant eldre
- **Økt brukermedvirkning** i Nasjonalt velferdsteknologiprogram og Digi-hjem spesielt, og i arbeidet med å innføre teknologi i helse- og omsorgstjenestene generelt
- **Et forutsigbart og bærekraftig leverandørmarked**
- **Økt kunnskap om velferdsteknologi, digital hjemmeoppfølging, inkludert felles forståelse av begreper** på tvers av tjenestenivåer og sektorer, samt **tilrettelagt for kunnskaps- og erfaringsdeling** nasjonalt og internasjonalt
- **Økt kunnskap om utbredelse** av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging, og **hvilke gevinster og kvalitet dette gir i tjenestene**

NVP og Digi-hjem aktiviteter og leveranser i kommende programperiode

- Programmet skal bestå av følgende tiltak:
 - Tiltak 1: Videre spredning av DHO for kroniske syke
 - Tiltak 2: Spredning av VFT til barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse
 - Tiltak 3: Etablering av varig struktur for nettverk for innføring av VFT
 - Tiltak 4: Prosessveiledning for kommuner
 - Tiltak 5: Arkitektur og infrastruktur
 - Tiltak 6: Sosial kontakt for eldre
 - Tiltak 7: Sentrale tiltak, rådgivning, kunnskapsutvikling, utvikling av retningslinjer, opplæringsverktøy

Prosess for veien videre



Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet vil frem mot endelig leveranse 10.november arbeide tett med KS, utvalgte kommunerepresentanter og øvrige tilgrensende nasjonale satsninger som Kvalitetsreformen Leve Hele Livet, Handlingsplan for allmennlegetjenesten og arbeidet i Nasjonal helse- og sykehusplan med å flytte tjenester hjem ved hjelp av teknologi («Digi-hjem»).

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse ber NUFA drøfte følgende spørsmål:

- Er foreslåtte målhierarki med tilhørende aktiviteter og leveranser i kommende programperiode tilstrekkelige for å nå målsettingen knyttet til at kommuner etter 2024 er i stand til å selv prioritere, drifte og implementere velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging, samt være i stand til å samhandle med spesialisthelsetjenesten?
- Hvilke ansvar burde nasjonale myndigheter ha f.o.m. 2025 (etter programperioden 2022-2024) for å sikre videre tilrettelegging av de nasjonale rammebetingelsene for ønsket utvikling i tjenesten?

Forslag til vedtak

NUFA støtter foreslått innretning av velferdsteknologiprogrammet i perioden 2022-2024, og målhierarki med tilhørende aktiviteter og leveranser i neste programperiode. NUFA ber Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet sørge for at innspill blir ivare tatt i det videre arbeidet.



Direktoratet for
e-helse

Lunsj – oppstart igjen kl. 12.30



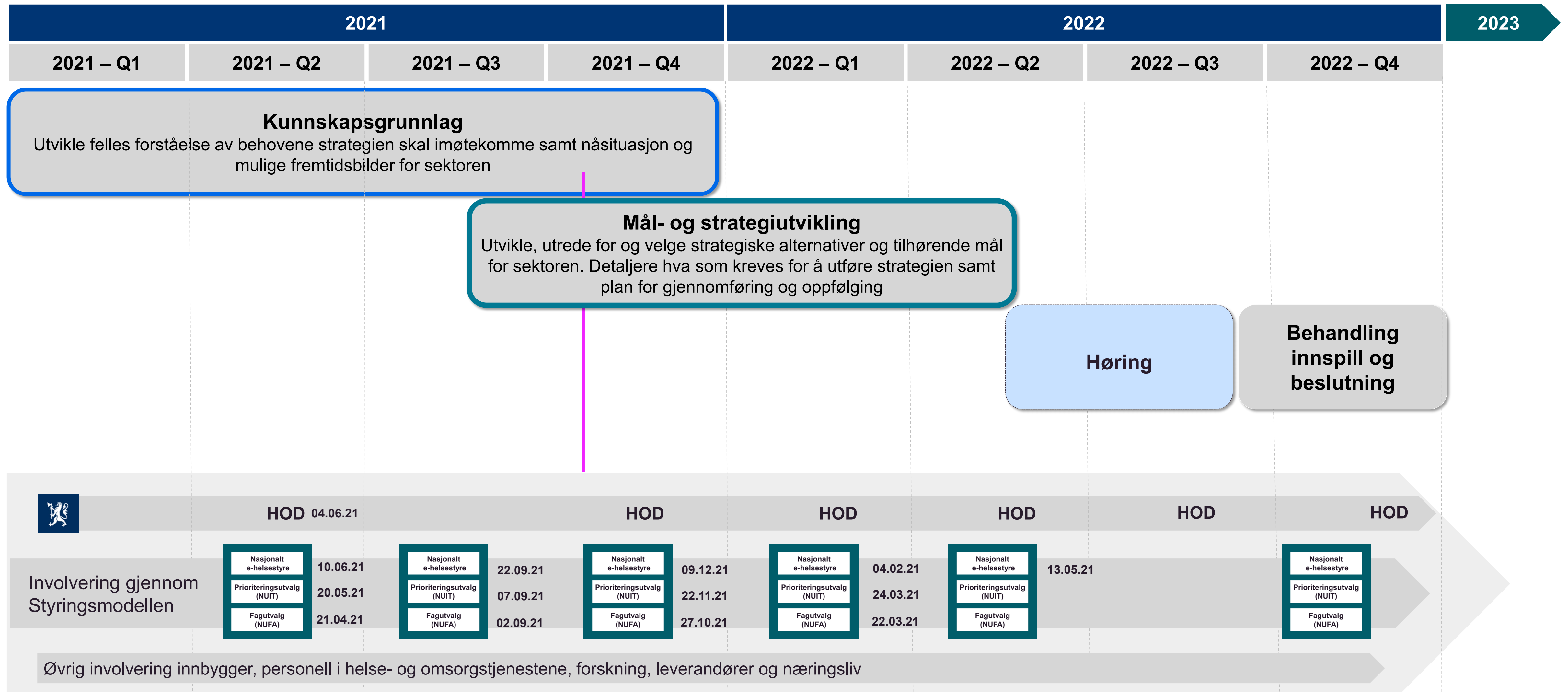
Direktoratet for
e-helse

Sak 32/21: Ny nasjonal e-helsestrategi fra 2023

Hensikt med saken

Presentere fire ulike framtidsscenarioer som strekker seg mot år 2035 for e-helseområdet og drøfte implikasjoner ved disse

Overordnet plan





Direktoratet for
e-helse

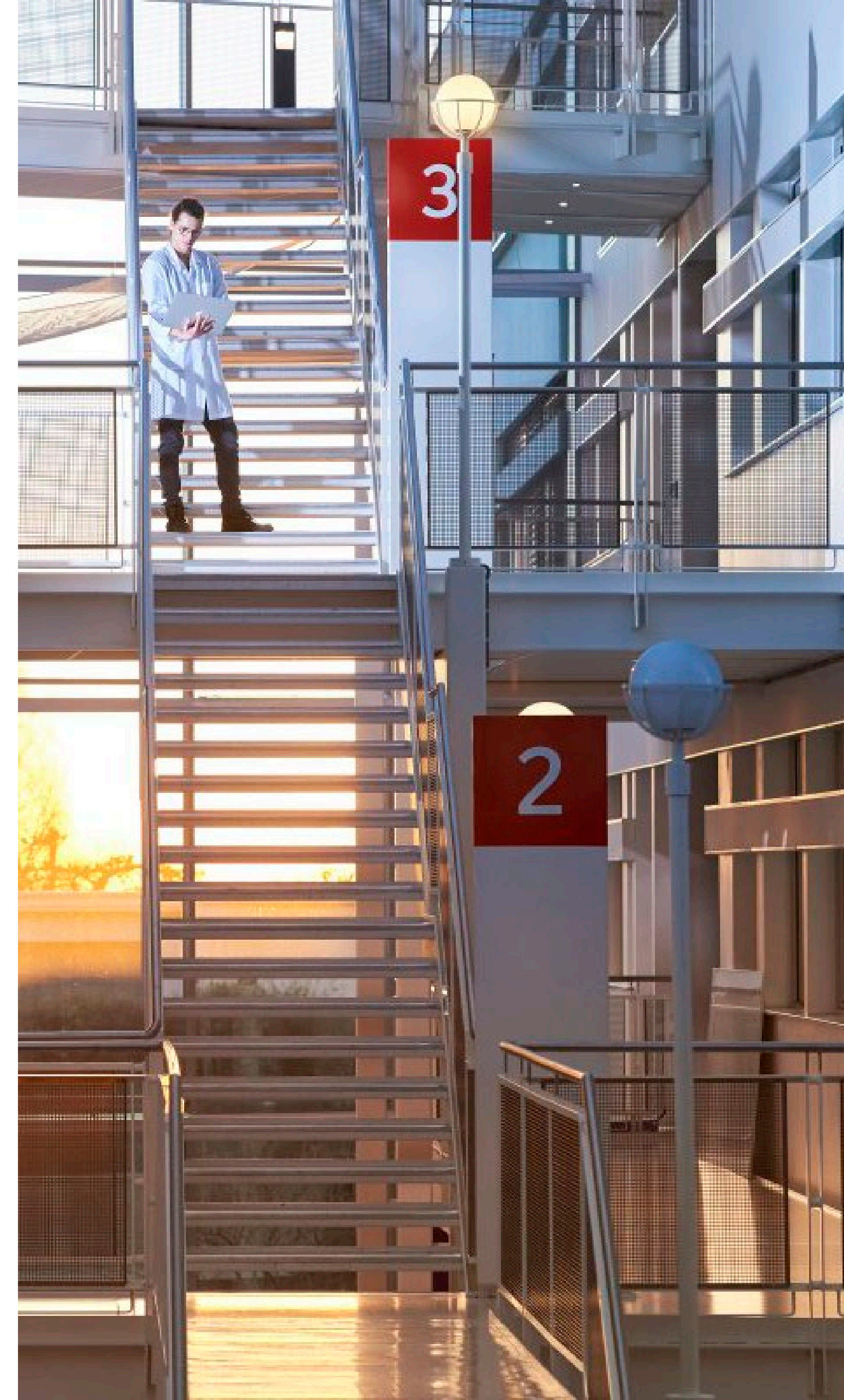
Scenariofortellinger

NUFA 27. oktober

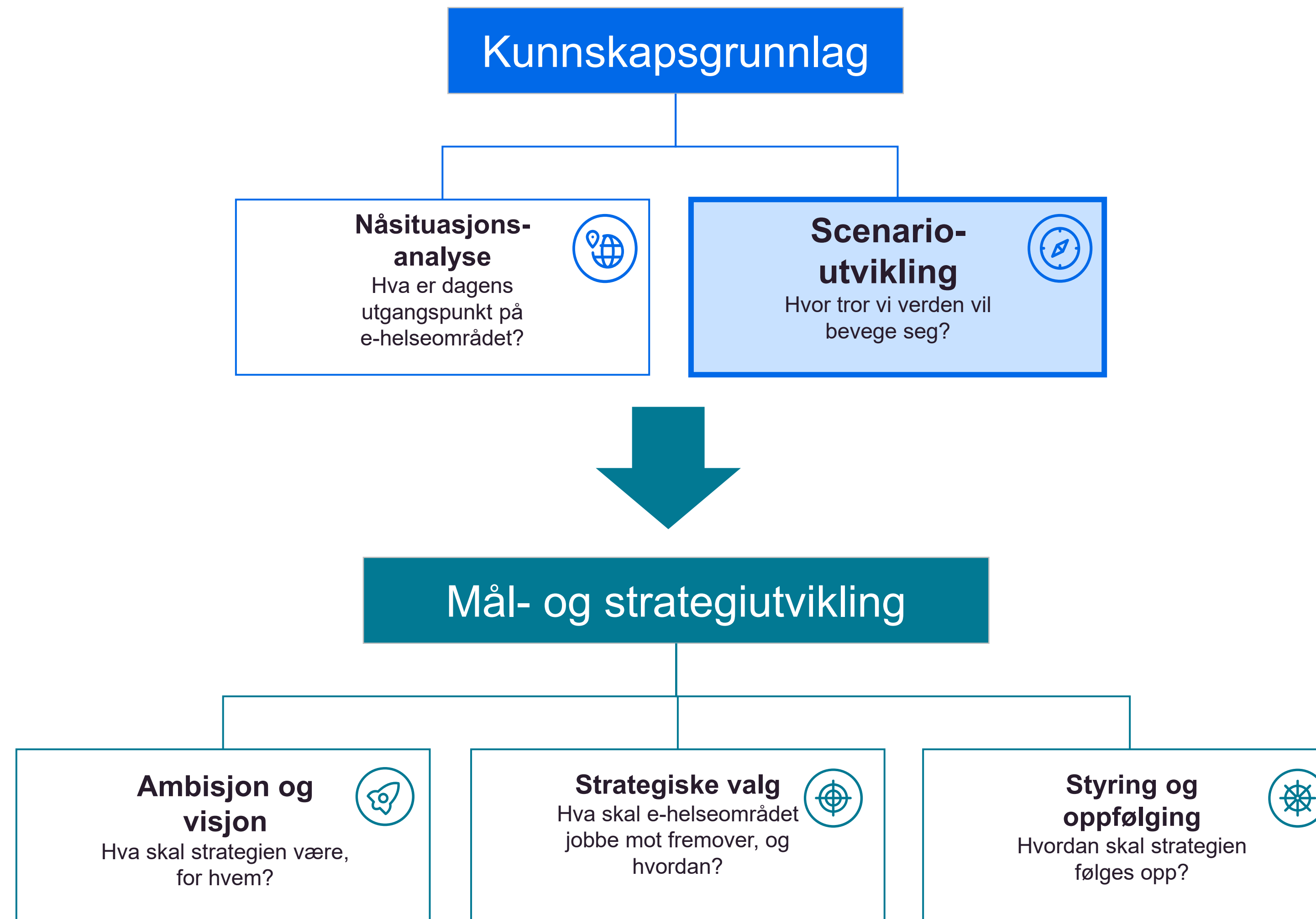


Agenda scenariofortellinger NUFA

Tid	Tema
12:30	Introduksjon til strategiarbeidet og scenariobeskrivelser
12:55	Gruppeoppgave – Implikasjoner, suksesskriterier og strategisk viktige ressurser for et scenario v/grupper
13:30	Presentasjon av gruppeoppgave og plenumsdiskusjon
13:55	Kort om veien videre og vedtak

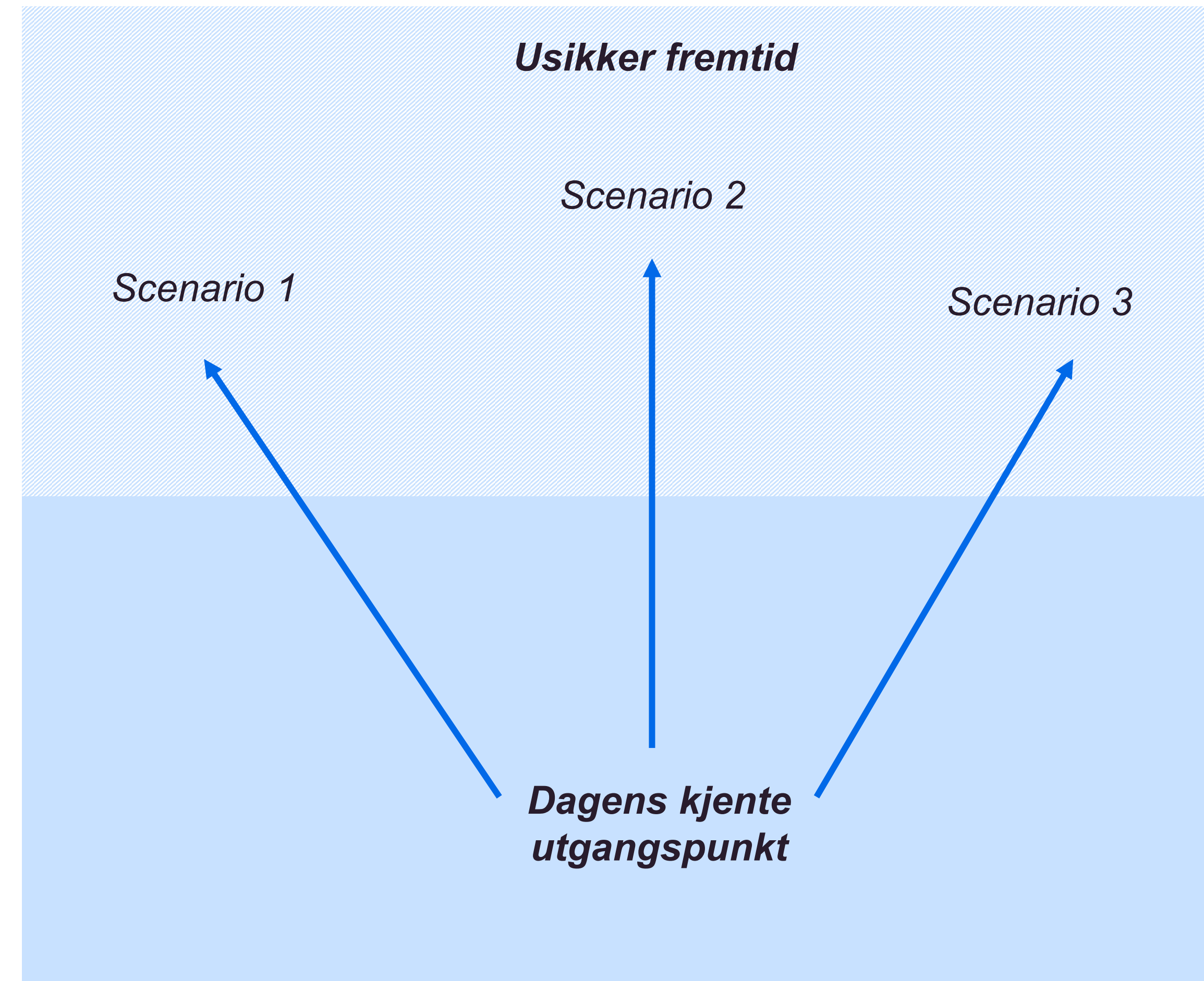


Elementene i strategiprosessen

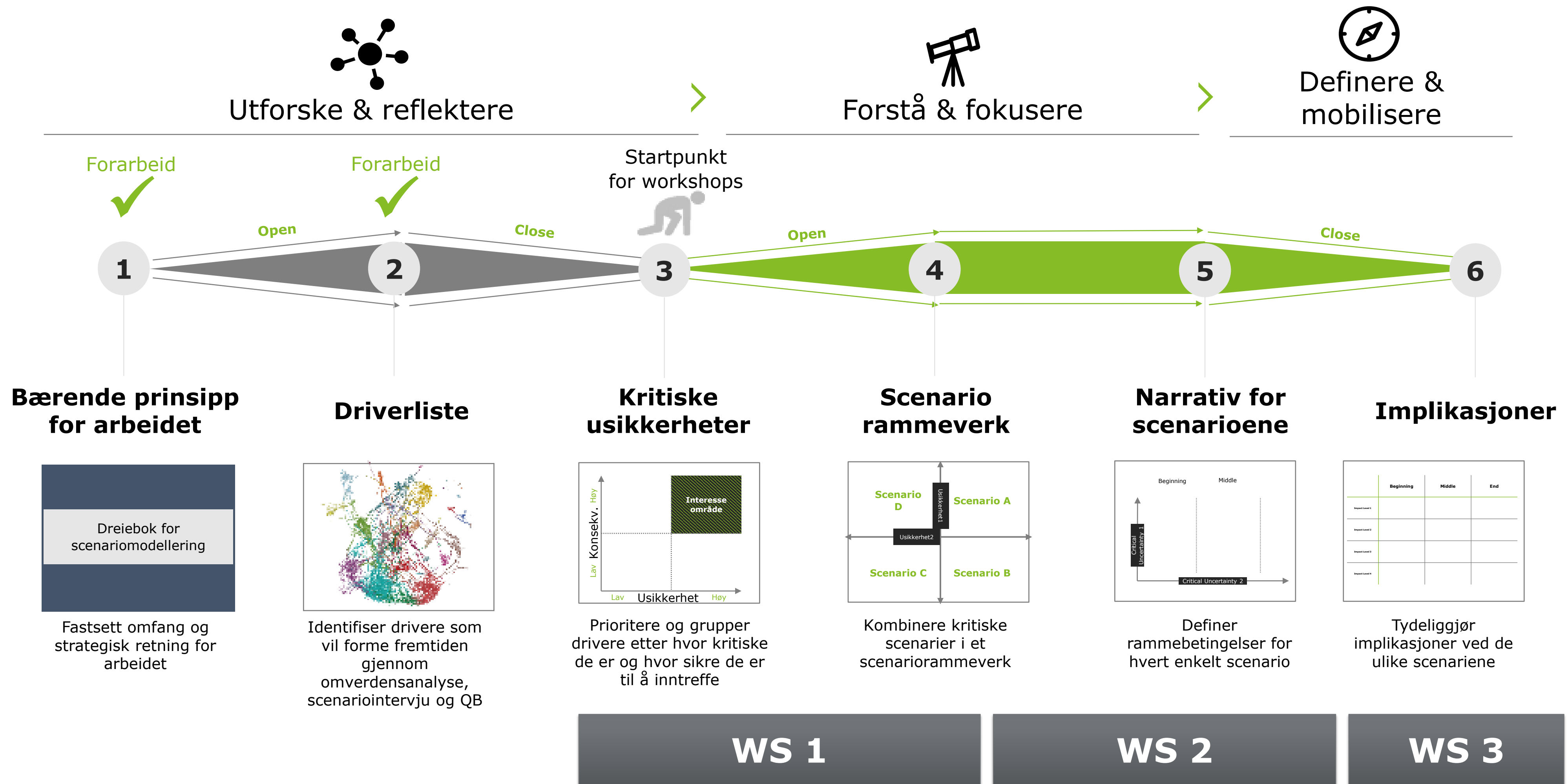


Hva er et scenario og hvorfor bruker vi scenarioanalyse?

- Et scenario er en beskrivelse av et **mulig fremtidig utfall** i de **eksterne omgivelsene** som *kan* inntreffe – det er ikke et forsøk på å spå fremtiden
- Scenarioer utfordrer vårt tankesett og gir en **mer helhetlig forståelse** og et **felles perspektiv** på eksterne omgivelser som e-helseområdet kan stå ovenfor i fremtiden
- Scenarioene brukes til å **konfrontere usikkerhet**, og ved det fremheve **muligheter** og **risiko**, samt **utfordre** eksisterende antakelser/hypoteser
- I det videre arbeidet med nasjonal e-helsestrategi vil scenarioene brukes som et **verktøy** og et **kunnskapsgrunnlag**, og **gi innsikt** til utarbeidelse av strategiske områder og mål, samt bidra med å gjøre strategien **robust**.



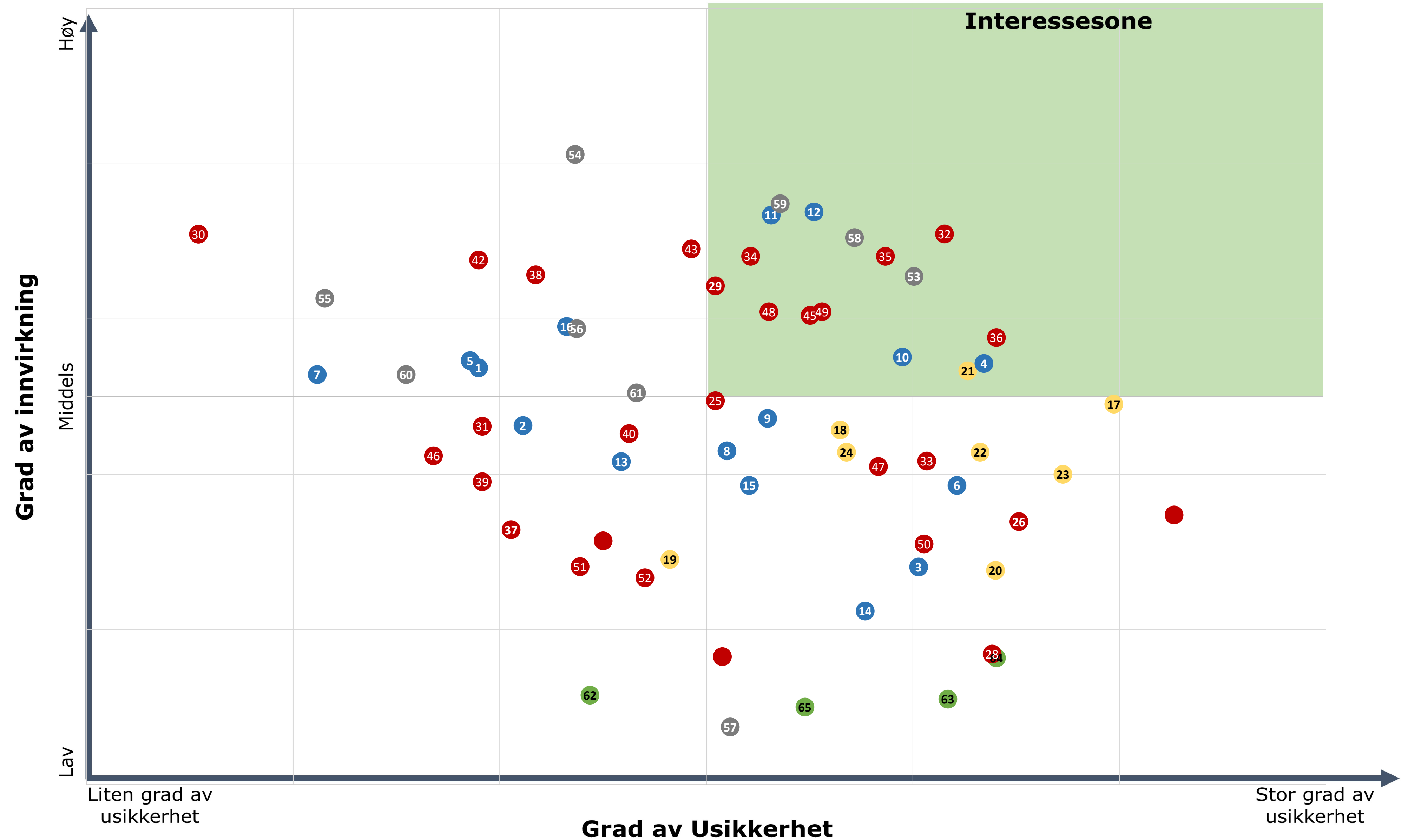
Slik har vi jobbet



Vurdering av eksterne drivere

Innvirkning – Hvor relevant og viktig er driveren for e-helse sitt utgangspunkt i 2030?

Usikkerhet – Hvor usikre er endepunktene for driveren, dvs. hvordan driveren utspiller seg i 2030?





Direktoratet for
e-helse

Introduksjon til scenariofortellinger

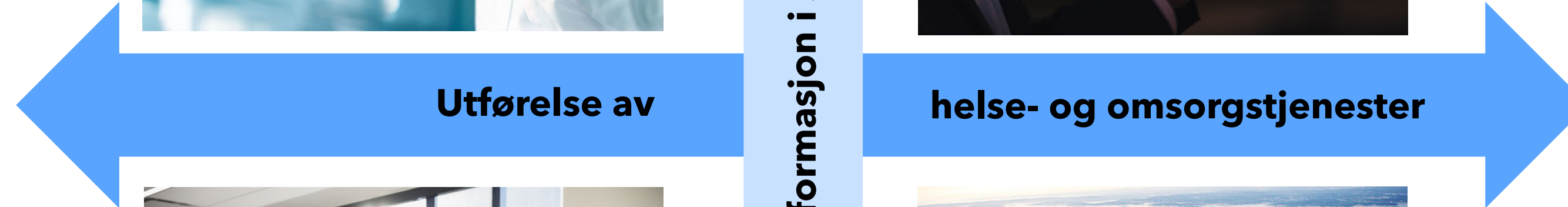
Forutsetninger for scenariene

- 1** Demografi: Framskrivninger om andelen eldre, sykdomsbildet i befolkningen og økt behov for helsepersonell ligger til grunn
- 2** Finansiering: Staten finansierer grunnleggende helse- og omsorgstjenester. Hva som legges i grunnleggende tjenester kan variere i de ulike scenariene, men ingen av scenariene innbefatter en fremtid der staten trekker seg fullstendig ut, eller ikke har ansvar for grunnleggende helse- og omsorgstjenester til befolkningen.
- 3** Styring og regulering: Staten styrer og regulerer helse- og omsorg, og vil ikke tillate et rent markedsstyrt helse- og omsorgstilbud.

Digital revolusjon i samfunnet



*Det offentlige utfører de fleste
helse- og omsorgstjenestene*



*Et bredt økosystem av offentlige,
private og ideelle aktører utfører
helse- og omsorgstjenester*



Digital transformasjon i samfunnet

Digital evolusjon i samfunnet

«En offentlig teknologirevolusjon»

Det offentlige har en fremtredende utøvende rolle i å utføre helse- og omsorgstjenester, og digital transformasjon i samfunnet medfører en digital revolusjon



Hvordan har vi kommet oss hit?

Det offentlige har god økonomi, investert tungt i innovasjon og digital kompetanse, og har en fremoverlent holdning mtp utvikling og finansiering av digitale tjenester. Samtidig er det et sterkt ønske blant myndigheter og befolkning om å ha kontroll med tjenestene som utføres og de digitale verktøyene som benyttes.



- Godt integrerte tjenester, men færre valgmuligheter
- Helsepersonell tilrettelegger gjennom teknologi
- Høy digital kompetanse
- Krevende for offentlig å henge med teknologisk
- Innovasjon og forskning er offentlig ansvar

«Helseøyene»

Det offentlige har en begrenset utøvende rolle og engasjerer et bredt økosystem av aktører for å utføre helse- og omsorgstjenester, og digital transformasjon i samfunnet medfører en digital evolusjon



Hvordan har vi kommet oss hit?

Samfunnet er forsiktige mtp tilnærmingen til ny teknologi og deling av data. Det er dårligere økonomi, og mindre fokus på eierskap av data i befolkningen. Det offentlige er litt «på hæla» og setter ut tjenester i takt med sviktende økonomi for å sikre et bredt helse- og omsorgstilbud til befolkningen.



- Stor valgfrihet i tilbydere av tjenester
- Vanskelig å navigere for innbyggerne
- Fokus på fortjeneste og produktivitet
- Noe digitalisering
- Multisyke og kompliserte lidelsene taper

«Stein-på-stein»

Det offentlige har en fremtredende utøvende rolle i å utføre helse- og omsorgstjenester, og digital transformasjon i samfunnet medfører en digital evolusjon



Hvordan har vi kommet oss hit?

I Norge og internasjonalt har det vært større personvernbrudd som har ført til at innbyggerne og det offentlige vektlegger et sterkt personvern. En presset økonomi har gjort at samfunnet heller ikke har hatt råd til de store teknologiske løftene, og dermed ikke klart å få til den digitale samhandlingen på alle områder.



- Offentlige helse- og omsorgstjenester
- Personvern vektlegges høyt
- Endringer i små steg
- Høy grad av fysiske konsultasjoner
- Likeverdig tilbud med prioriteringer

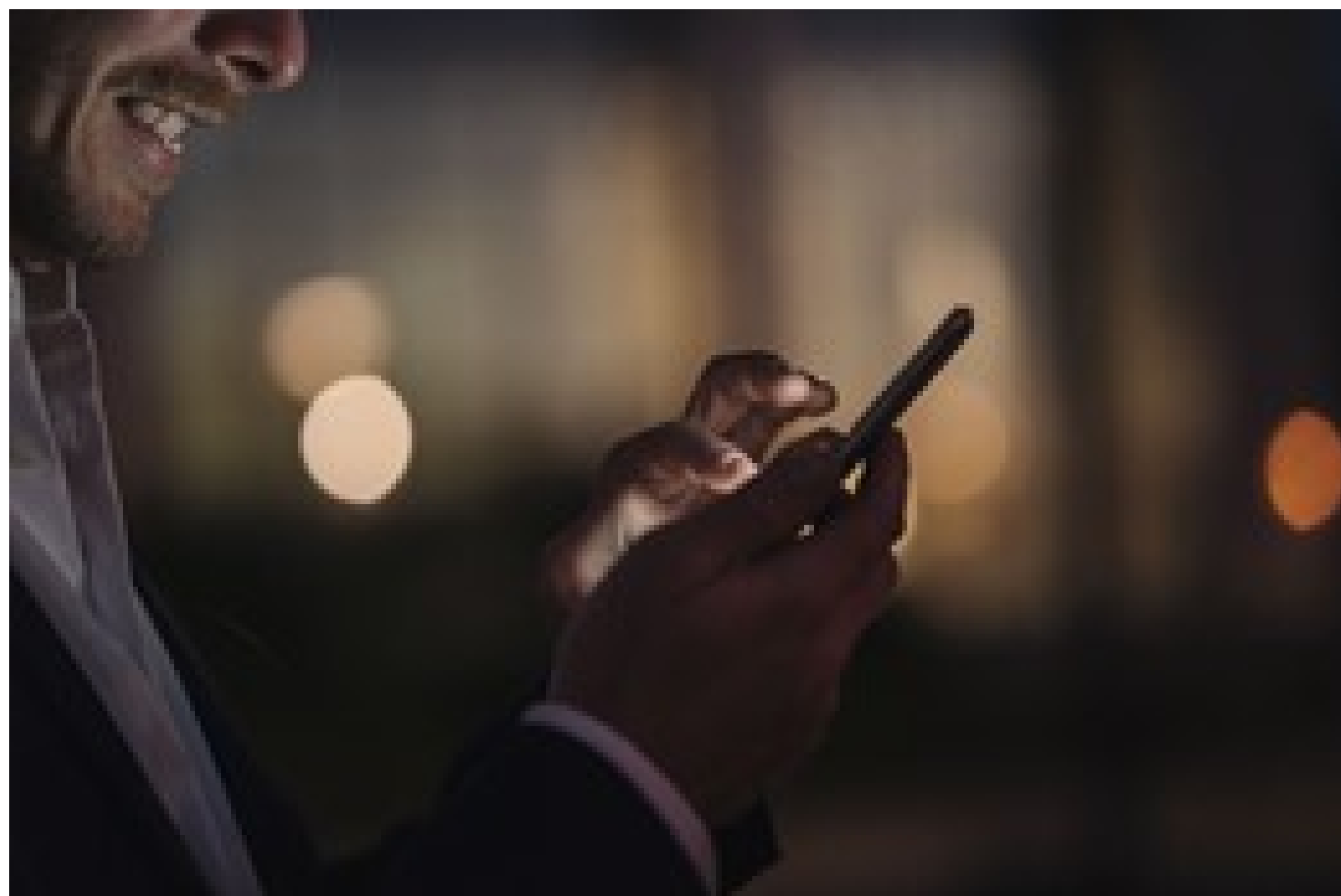
«Innbyggeren velger»

Det offentlige har en begrenset utøvende rolle og engasjerer et bredt økosystem av aktører for å utføre helse- og omsorgstjenester, og digital transformasjon i samfunnet medfører en digital revolusjon



Hvordan har vi kommet oss hit?

Samfunnet driver frem en sterk innovasjonskultur og økt anvendelse av nye teknologier. Innbyggerne har større forventninger til å ta i bruk medisinske og teknologiske muligheter enn det offentlige klarer å levere og finansiere, og ser derfor til helseforsikringer og private aktører for å dekke sitt behov.



- «Konsumenter» og tilgang til persontilpassede tjenester
- Digitalt utenforskap for noen grupper
- Private og ideelle helse- og omsorgstjenester
- Datadrevne tjenester



Direktoratet for
e-helse

Gruppeoppgave

Implikasjoner, suksesskriterier og strategisk
viktige ressurser

Scenariene synliggjør en mulig utvikling og løfter problemstillinger og tema for videre diskusjon

“Scenarios are stories. They are works of art, rather than scientific analyses. The reliability of (their content) is less important than the types of conversations and decisions they spark.”

— Arie de Geus*, *The Living Company*

Gruppeoppgave ULM

Trekke implikasjoner av scenariobeskrivelser og vurdere betydning for ny nasjonal e-helsestrategi



Gruppeoppgave NUFA

Implikasjoner, suksesskriterier og strategisk viktige ressurser

Oppgavebeskrivelse

- Deltakere er i grupper rundt hver arbeidstavle. Hver gruppe vil jobbe med **ett** scenario.
- I **grupper** skal vi identifisere og vurdere implikasjoner av **ett av scenarioene**, samt suksesskriterier og strategisk viktige ressurser per scenario.
- I **plenum** presenterer en fra hver gruppe hva de har diskutert, og får innspill fra de andre i NUFA



- **Gruppetid:** 40 min
 - Individuelt: 5 min
 - Gruppediskusjon: 35 min
- **Plenum:** 25 min



Gruppeoppgave NUFA

Implikasjoner, suksesskriterier og strategisk viktige ressurser

Oppgavebeskrivelse

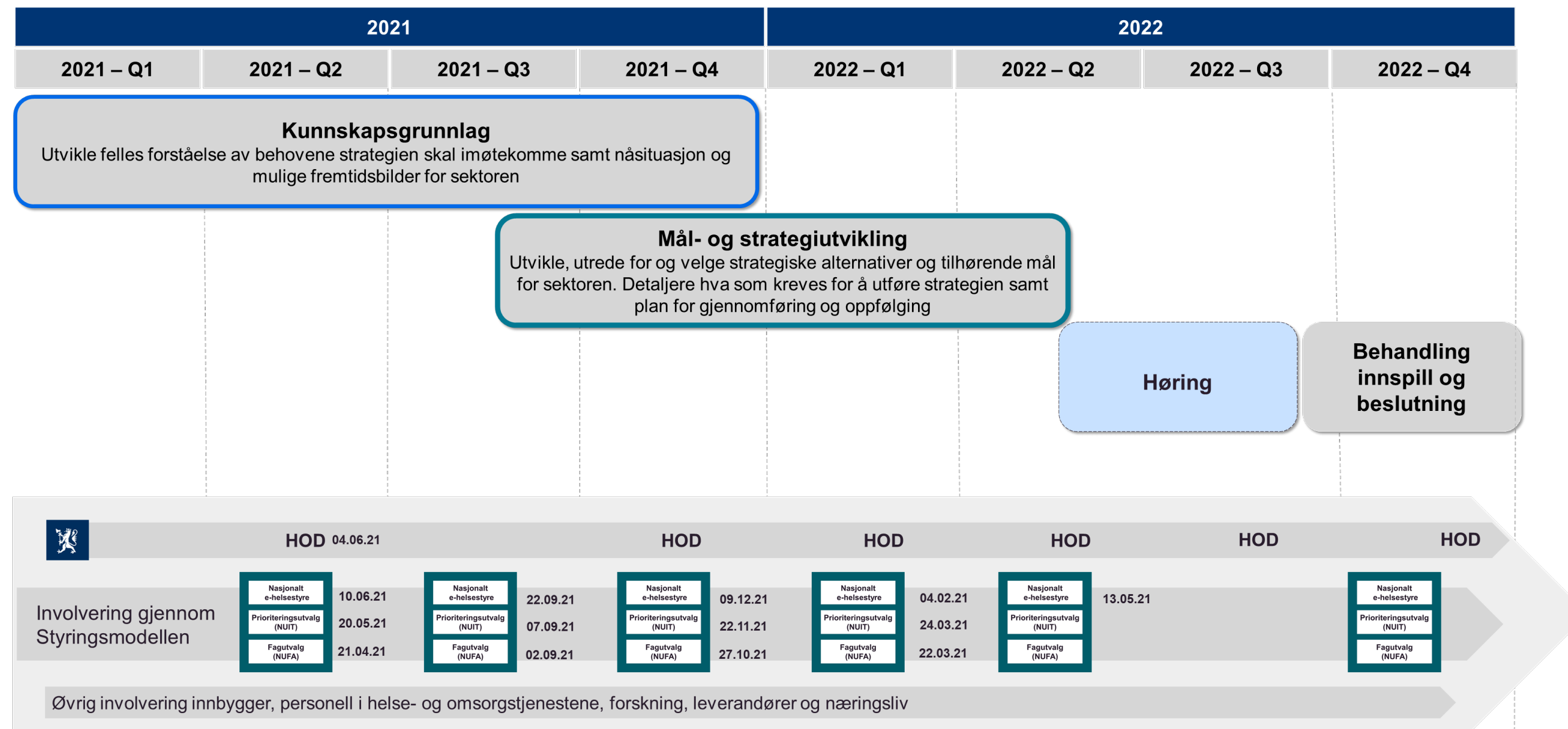
- Deltakere er i grupper rundt hver arbeidstavle. Hver gruppe vil jobbe med **ett** scenario.
- I **grupper** skal vi identifisere og vurdere implikasjoner av **ett av scenarioene**, samt suksesskriterier og strategisk viktige ressurser per scenario.
- I **plenum** presenterer en fra hver gruppe hva de har diskutert, og får innspill fra de andre i NUFA



- **Gruppetid:** 40 min
 - Individuelt: 5 min
 - Gruppediskusjon: 35 min
- **Plenum:** 25 min



Kunnskapsgrunnlaget ferdigstilles i november som utgangspunkt for mål- og strategiutviklingen



NUFA får utkast til Nasjonal e-helsestrategi fra 2023 (v.07) til drøfting 22. mars 2022



Forslag til vedtak

NUFA ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill til implikasjoner til fire scenarier for e-helseområdet som inngår i kunnskapsgrunnlaget til ny nasjonal e-helsestrategi.



Direktoratet for
e-helse

Pause – oppstart igjen kl. 14.20



Direktoratet for
e-helse


Sak 33/21: Status NILAR

Målbilde for program digital samhandling


Syv hovedgrupper

 **Skaffe seg oversikt over** innbyggers tilstand og behov for helsehjelp

 **Gjøre oppslag i tidligere** journalopplysninger

 **Anmode om eller bestille** tjenester eller ytelser, med svar samt kommunisere om saker

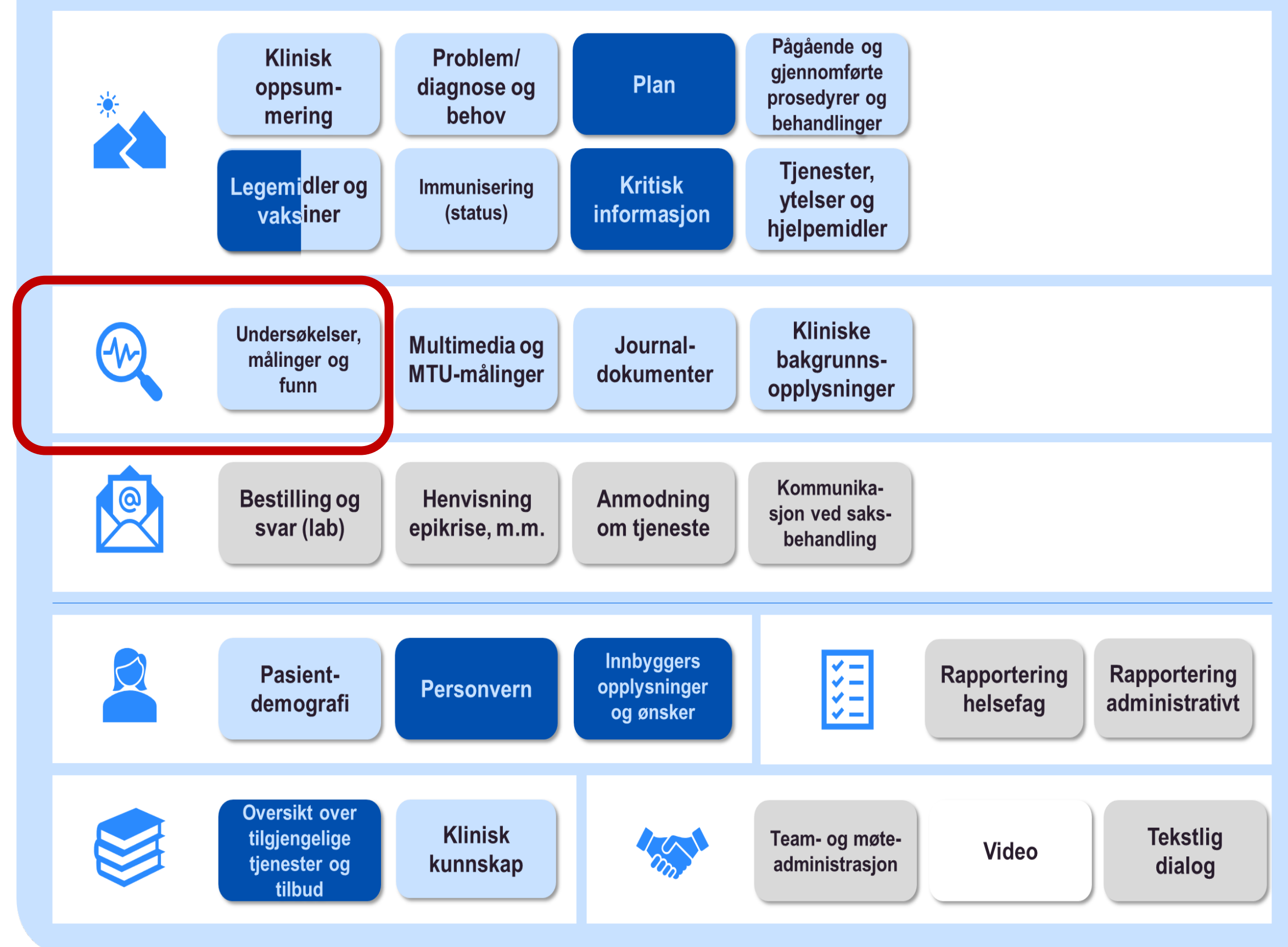
 **Innhente** innbyggers opplysninger

 **Slå opp i generelle** informasjonskilder (grunndata)

 **Rapportere** egen aktivitet

 **Arrangere og delta i** møter, konsultasjoner og samtaler

Informasjonstjenester



Samhandlingsformer

Sende og motta

Slå opp og tilgjengeliggjøre

Endre og dele

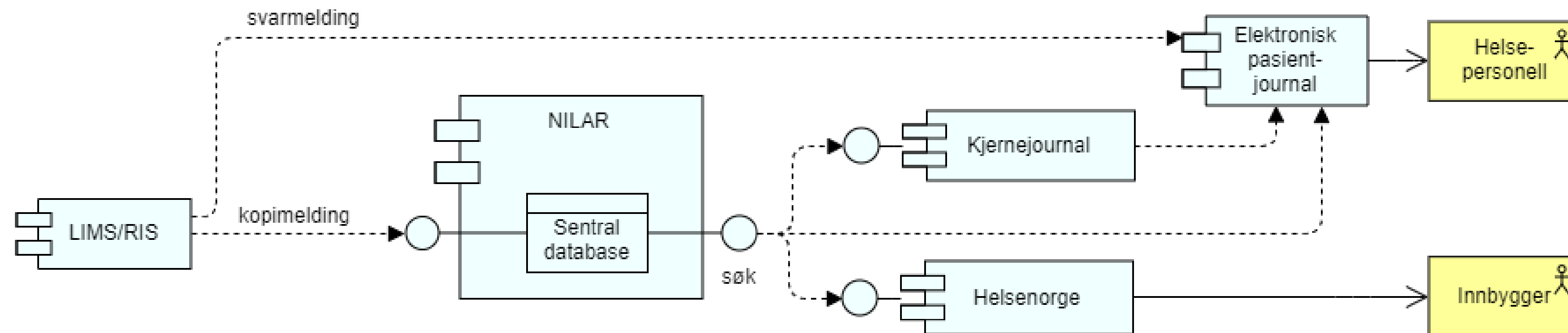
Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar (NILAR)

Hovedmål

- innbyggere får helse- og omsorgstjenester av høyere kvalitet og økt pasientsikkerhet
- mer effektiv ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten

Delmål

- opprette en **komplett** nasjonal informasjonstjeneste over prøvesvar
- understøtte **samhandling mellom helsepersonell** som er involvert i helsehjelpen ved at en kan se alle prøvesvar, ikke bare de en selv har rekvirert
- sette **pasienten i sentrum**, slik at pasienten skal slippe å gjenta informasjon og skal kunne bruke laboratorie- og radiologisvar, samt at innbygger kan **delta aktivt** i egen helsehjelp ved å ha tilgang til informasjon, følge trender mv
- understøtte utlevering av prøvesvar til **sekundærbruk**

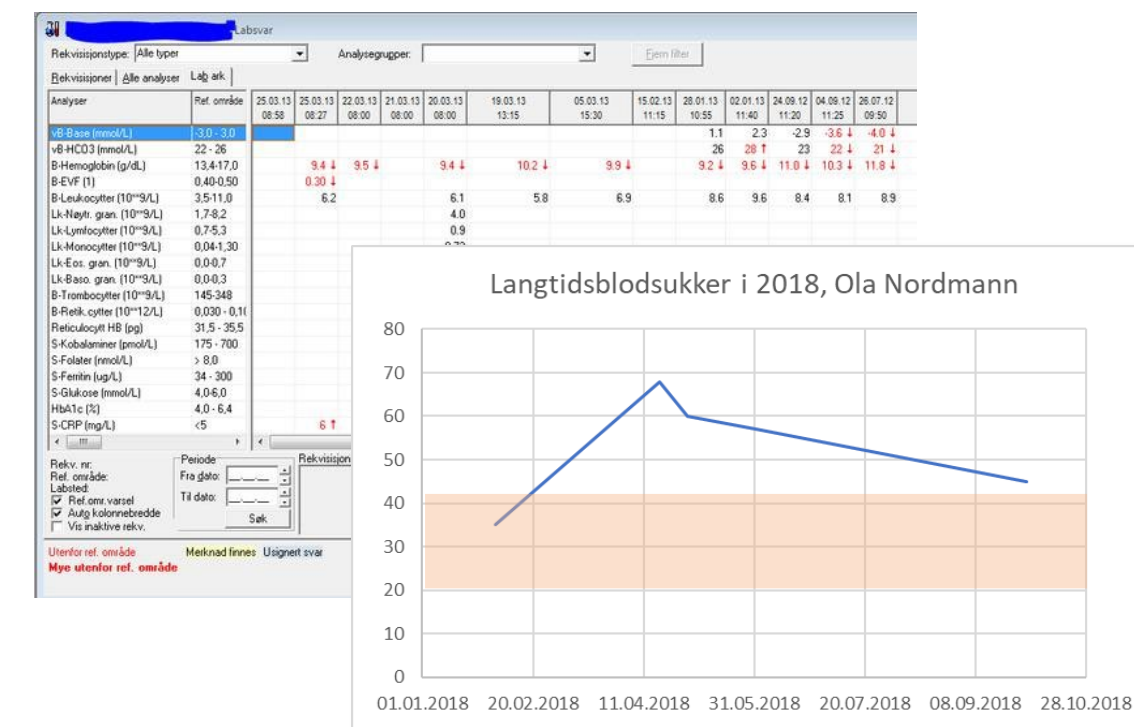


Hva skal tilgjengeliggjøres i NILAR?

Liste over utvalgte svarrapporter for en pasient

Nr	Prøvetaknings-dato	Hoved-inndeling	Tittel	Utfører
1	03.02.2018	Laborato	Blodprøve, diverse labanalyser	Avdeling for medisinsk biokjemi, OUS
2	03.02.2018	Laborato	Blodprøve, hormonanalyser	Hormonlab Aker, OUS
3	18.04.2018	Laborato	Blodprøve, diverse labanalyser	Klinisk kjemisk lab, Sykehuset Østfold
4	11.10.2019	Laborato	Urinprøve, diverse labanalyser	Klinisk kjemisk lab, OUS
5	02.12.2019	Laborato	Blodprøve, diverse labanalyser	Klinisk kjemisk lab, OUS

Analyse	Verdi	Referansesområde	Enhet	Resultat
B-Den	17,1	9,0 - 34,0	umo/l/L	A
B-Deribindingskap.	62	49 - 83	umo/l/L	A
B-Derimetaling	28	15 - 37	g/L	A
B-Haptoglobin	0,2 *	0,4 - 2,1	g/L	A
B-Gamma G2	14	<13	g/L	A
ES-Glukose	4,0	4,0 - 6,0	mmo/l/L	A
B-HDL-kolesterol	1,9	0,8 - 2,1	mmo/l/L	A
B-TG	5,5 *	0,1 - 14,9	g/L	A
B-TpH	13,4 *	0,7 - 4,3	g/L	A
B-TpH	0,7	0,4 - 2,1	g/L	A



Svarrapporter (grovmasket søk)

- Svarrapporten inneholder alle undersøkelsene oppgitt i en rekvisisjon
- Undersøkelsene er som regel utført på samme dato
- Bruker må klikke på en rad for å få frem svarrapporten og lese resultatene

Prøvesvar (finmasket søk)

- Får frem alle resultater fra samme type undersøkelse
- Kan lettere finne akkurat de undersøkelsene man er ute etter
- Kan vise trender og sammenhenger

Fagområder

1. Medisinsk biokjemi
2. Klinisk farmakologi
3. Immunologi og transfusjonsmedisin
4. Medisinsk mikrobiologi
5. Genetikk
6. Patologi
7. Radiologi
8. Nukleærmedisin

Status i prosjektet

- Prosjektet er i henhold til plan på
 - Utvikling av samhandlingsløsning
 - Endringer i Kjernejournal
 - Fokus på NILAR for helsepersonell
- Pågår arbeid med
 - FHIR-områdeprofiler
 - Planlegge for klargjøring av produsenter
 - Vurderinger av personvern og informasjonssikkerhet
 - Datakvalitet, kodeverk og meldingsstandarder
- Pågår vurdering av hvordan utprøving kan løses innenfor gjeldende rett



Problemstillinger før utprøving av NILAR med reelle pasientdata i kjernejournal

Prosjektet arbeider med flere problemstillinger fremover, som vist i lista nedenfor (ikke uttømmende). Her vurderes ambisjonsnivå for og prioritering av behov, samt hvordan behovene best kan løses.

- Personvern inkludert innsyn i logger
- Informasjonssikkerhet
- Rettsgrunnlag
- Roller og ansvar
- Transisjon i forhold til FHI m.fl.
- Datakvalitet i meldingene

Krav til tilgangsstyring ut fra tjenstlig behov og innbyggers rettighet til å motsette seg utlevering av helseopplysninger

- Helsepersonell skal ut fra **tjenstlig behov** ha tilgang til:
 - journalopplysninger for pasienter hvor helsepersonellet **deltar i helsehjelpen**
 - journalopplysninger som er **relevant** for helsehjelpen
- Innbygger har rett til å **sperre**
 - **for deler av eller hele** journalen/journalopplysninger i samhandlingsløsninger som har hjemmel til å lagre helseopplysninger
 - for innsyn av en eller flere **personer**
- Helseopplysninger skal **skjermes**
 - «...dersom det er grunn til å tro at pasienten eller brukeren ville motsette seg det ved forespørsel»
- Helseopplysninger skal likevel kunne utleveres
 - «Overføring og tilgjengeliggjøring kan likevel skje dersom tungtveiende grunner taler for det.»

Ved utprøving av NILAR legger vi opp til å benytte tilgangsstyringen i Kjernejournal

- **Tilgangsstyring ut fra tjenstlig behov**
 - Konsumerende virksomhet har ansvar for å kontrollere at bruker deltar i helsehjelpen og har tjenstlig behov for helseopplysningene (ut fra rolle)
 - I tillegg kontrollerer kjernejournal tilgang ut fra brukerens autorisasjon som helsepersonell (HPR), og hva slags virksomhet brukeren logger seg inn fra.
- **Personverninnstillinger**
 - Begrense tilgang for alt helsepersonell
 - Blokkere utvalgt helsepersonell
 - Fjerne egen tilgang til kjernejournal på Helsenorge (f.eks. voldsutsatte)
 - Reservere seg mot å ha kjernejournal
 - *Må utvikles: Begrense eller blokkere tilgang til hele NILAR*
- **Innsyn i logg**
 - Innbygger kan også aktivere varsling når noen leser i kjernejournal
- **Samtykkeplakat**
 - Helsepersonell kan få tilgang til informasjon som det er tilgangsbegrensning på, gitt samtykke fra pasient
 - Denne funksjonen brukes også for å gi tilgang ved øyeblikkelig hjelp og ved *unntak fra krav om samtykke*
 - Fastlege
 - Helsepersonell med legemiddelansvar i sykehjem og hjemmesykepleien
 - Lege og sykepleier i spesialisthelsetjenesten og i akuttmedisinsk kjede

Profesjon	Sykehus	Fastlegekontor, legevakt og ØHD	Sykehjem og hjemmebaserte tjenester
Lege	Ja	Ja	Ja
Sykepleier	Ja	Ja	Ja
Jordmor	Ja	Nei	Nei
Vernepleier	Ja	Nei	Ja
Helsesykepleier	Ja	Nei	Nei
Helsefagarbeider	Ja	Nei	Nei
Helsesekretær	Ja	Ja	Nei
Hjelpepleier	Ja	Nei	Nei
Psykolog	Ja	Nei	Nei
Klinisk ernæringsfysiolog	Ja	Nei	Nei
Fysioterapeut	Ja	Nei	Nei
Ergoterapeut	Ja	Nei	Nei
Ambulansearbeider	Ja	Nei	Nei
Radiograf	Ja	Nei	Nei
Audiograf	Nei	Nei	Nei
Bioingeniør	Nei	Nei	Nei
Perfusjonist	Nei	Nei	Nei
Provisorfarmasøyt	Ja	Nei	Ja
Reseptarfarmasøyt	Ja	Nei	Ja
Apotektekniker	Nei	Nei	Nei
Omsorgsarbeider	Ja	Nei	Nei
Tannlege	Ja	Nei	Nei
Tannpleier	Nei	Nei	Nei
Tanntekniker	Nei	Nei	Nei
Tannhelsesekretær	Nei	Nei	Nei
Kiropraktor	Nei	Nei	Nei
Ortopediingeniør	Nei	Nei	Nei
Optiker	Nei	Nei	Nei
Ortoptist	Nei	Nei	Nei
Fotterapeut	Nei	Nei	Nei

Tilgang til kjernejournal

Line Danser [040980 49628]

Helsepersonell som yter helsehjelp kan gis tilgang til nødvendige og relevante opplysninger fra kjernejournal.

For å få tilgang til kjernejournal må du bekrefte at du får tilgang basert på et av følgende alternativer:

Samtykke

Pasienten har gitt sitt samtykke til at jeg kan gis tilgang til hans/hennes kjernejournal.

Samtykke fra pasienten

Unntak

Unntak fra krav om samtykke fordi jeg er:

- Helsepersonell i den akuttmedisinske kjede
- Pasientens fastlege
- Lege eller sykepleier i spesialisthelsetjenesten
- Helsepersonell med legemiddelansvar i sykehjem eller hjemmesykepleien

Unntak for visse helsepersonellgrupper

Akutt

Unntak fra krav om samtykke fordi en av følgende akutsituasjoner foreligger:

- Alvorlig fare for pasientens liv
- Ikke tid til å innhente samtykke fra pasienten
- Pasienten er ikke i stand til å gi samtykke pga sin fysiske eller psykiske tilstand.

Unntak i AKUTTSITUASJON

Avbryt

Om samarbeidsgruppene og forankring med sektor

- **Formålet** er å involvere og forankre med fagfolk fra helse- og omsorgssektoren, slik at NILAR dekker brukernes behov
- **Deltakelse:** Sektor har utpekt deltakerne, og de tre gruppene teller totalt ca. 60 deltakere
- **Møtefrekvens** er månedlig for både de funksjonelle og teknisk samarbeidsgruppe

Vi har i dag 3 samarbeidsgrupper

- Teknisk
- Funksjonelt laboratoriefag (utenom patologi)
- Funksjonelt radiologi og patologi

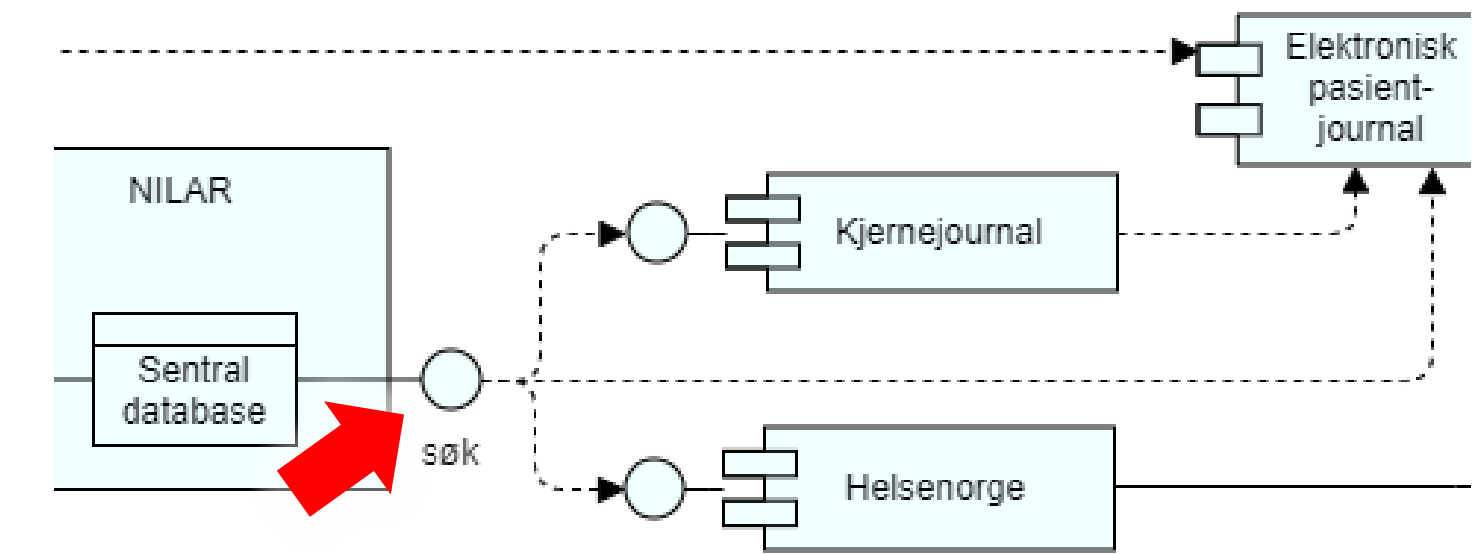
Møtelogg:

- Mai: oppstartsmøte
- Jun: vedtatt inndeling i fagområder for grov- og finmasket søk, samt prinsipper for tilgjengeliggjøre svarrapporter
- Aug: demo 1 FHIR api
- Sep: detaljering av tilgjengeliggjøring av svarrapporter i kjernejournal

Fremover: (månedlige møter)

- 18. okt Teknisk samarbeidsgruppemøte
- 20. okt Funksjonelle samarbeidsgrupper med videre detaljering av svarrapporter i kjernejournal, bruk av nasjonale kodeverk, roller, personvern m.v.

FHIR-API for fin- og grovmasket søk

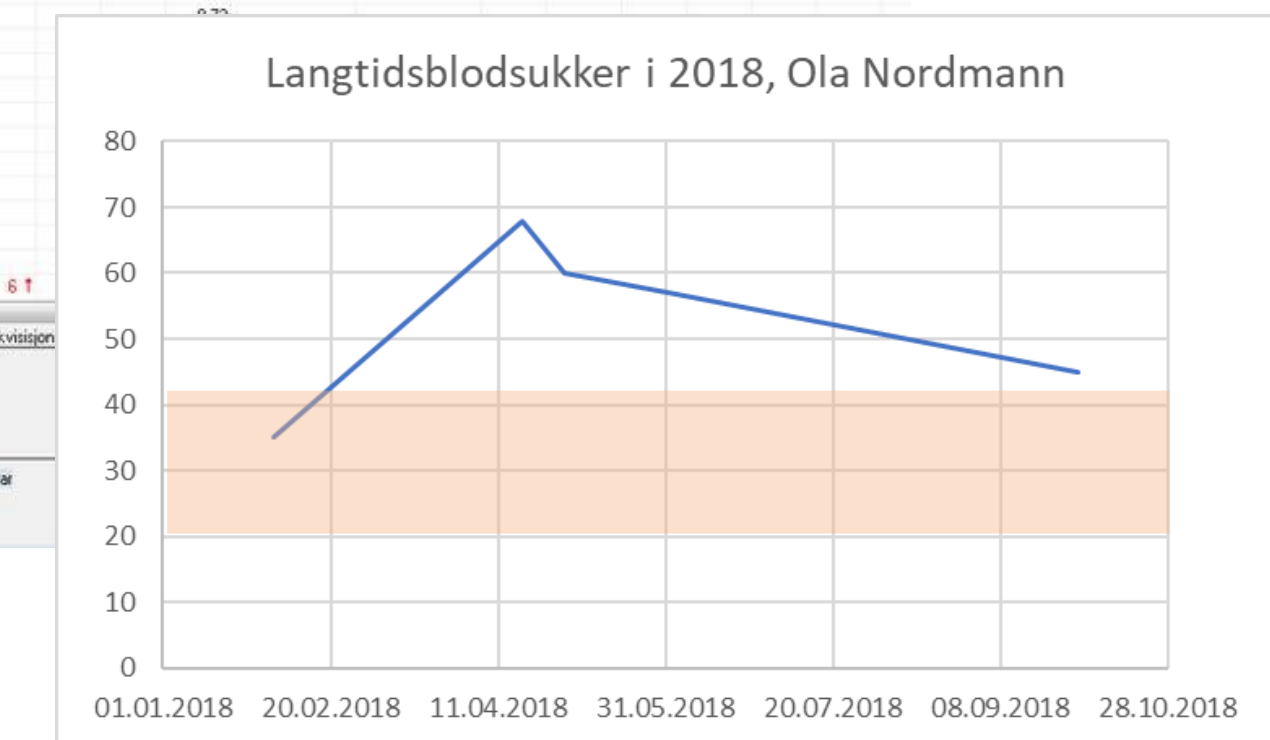


- All dokumentasjon om FHIR-API'et (inkludert mapping) ligger her: <https://github.com/HL7Norway/NILAR>
 - Api'et som brukes for uthenting av data er definert i FHIR (<http://www.hl7.org/fhir/search.html>).
- Følgende FHIR-ressurser brukes:
 - Patient,
 - DiagnosticReport
 - ServiceRequest
 - Specimen
 - Observation
- FHIR-mapping av fagområde hentes fra kodeverdi i nasjonal kode
 - Medisinsk biokjemi, klinisk farmakologi, immunologi og transfusjonsmedisin, medisinsk mikrobiologi og genetikk hentes fra NLK-koden
 - Radiologi og nukleærmedisin vil bli skilt ut basert på NCRP-koden, og prøvesvar innen patologi angis ved at prøvesvarene er kodet med NORPAT.
- Vi jobber nå med endring og kansellering (N,M,C), og håper å ha det på plass ila oktober for test i API
- Det er også mulig å sende inn anonymiserte testmeldinger til NILAR-internet@samsvar.nhn.no (HER-ID 8139952)

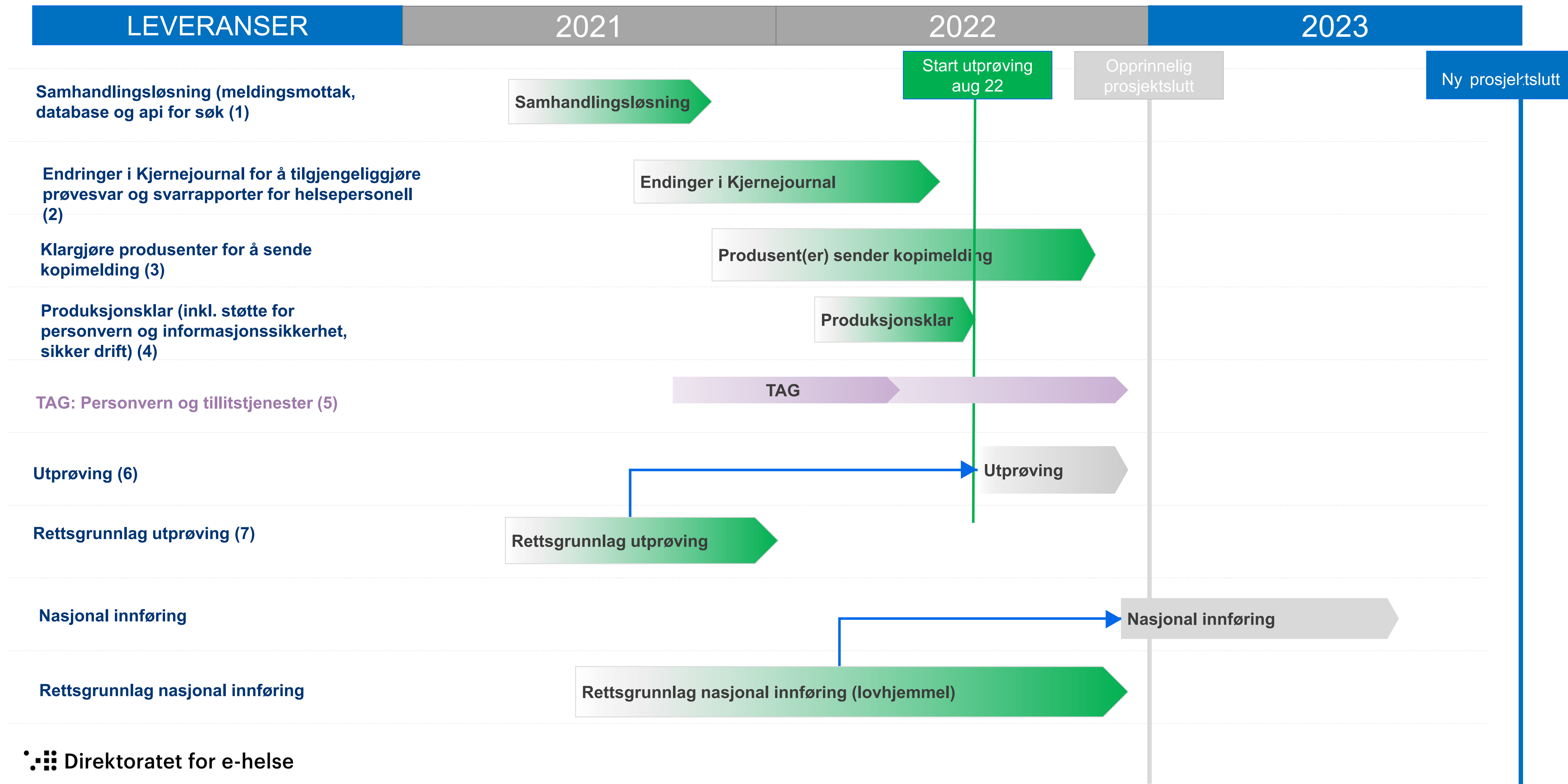
Bruk av kodeverk i svarmeldingene

- Finmasket søk er avhengig av felles kodeverk for å identifisere undersøkelser som er av samme type
- Prosjekt NILAR legger opp til å benytte koder fra nasjonale kodeverk i svarmeldingene
 - NCRP (radiologi og nukleærmedisin)
 - NORPAT (patologi)
 - NLK (øvrige fagområder)
- Vi legger ikke opp til å mappe mellom koder for undersøkelser, hverken lokale eller nasjonale
- Undersøkelser angitt med lokale koder (eller med avvikende måleenheter) vil bli vist i svarrapporter og i søkeresultater, men
 - de vil ikke bli sammenstilt i grafer
 - de vil ha separate rader i labark-visning

Analyser	Ref. område	25.03.13 08:58	25.03.13 08:27	22.03.13 08:00	21.03.13 08:00	20.03.13 08:00	19.03.13 13:15	05.03.13 15:30	15.02.13 11:15	28.01.13 10:55	02.01.13 11:40	24.09.12 11:20	04.09.12 11:25	26.07.12 09:50
vB-Basie (mmol/L)	3.0 - 3.0									1.1	2.3	-2.9	-3.6 ↓	-4.0 ↓
vB-HCO3 (mmol/L)	22 - 26									26	28 ↑	23	22 ↓	21 ↓
B-Hemoglobin (g/dL)	13.4-17.0		9.4 ↓	9.5 ↓		9.4 ↓	10.2 ↓		9.9 ↓	9.2 ↓	9.6 ↓	11.0 ↓	10.3 ↓	11.8 ↓
B-EVF (l)	0.40-0.50		0.30 ↓											
B-Leukocytter (10 ⁹ /L)	3.5-11.0		6.2			6.1	5.8	6.9		8.6	9.6	8.4	8.1	8.9
Lk-Naytr. gran. (10 ⁹ /L)	1.7-8.2					4.0								
Lk-Lymfocytter (10 ⁹ /L)	0.7-5.3					0.9								
Lk-Monocytter (10 ⁹ /L)	0.04-1.30													
Lk-Eos. gran. (10 ⁹ /L)	0.0-0.7													
Lk-Baso. gran. (10 ⁹ /L)	0.0-0.3													
B-Trombocytter (10 ⁹ /L)	145-348													
B-Plakk. cytter (10 ¹² /L)	0.030 - 0.11													
Reticulocyt HB (pg)	31.5 - 35.5													
S-Kobalamin (pmol/L)	175 - 700													
S-Folater (nmol/L)	> 8.0													
S-Ferritin (µg/L)	34 - 300													
S-Glukose (mmol/L)	4.0-6.0													
HbA1c (%)	4.0 - 6.4													
S-CRP (mg/L)	<5													



Leveranseplan 2021-23 (Minimumsløsning NILAR for helsepersonell)



Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering.



Direktoratet for
e-helse

Sak 34/21: Strategi for informasjonssikkerhet og
personvern for program digital samhandling

Forslag til vedtak

- NUFA tar retningen i strategiarbeidet for informasjonssikkerhet og personvern til orientering, og har i møtet gitt innspill til det videre arbeidet.

Mål og hensikt

- Presentere retningen i arbeidet med strategi for informasjonssikkerhet og personvern
- Drøfte prinsipper som er lagt til grunn, innretning, ambisjonsnivå og veien videre
- Motta innspill som kan være til nytte for å ferdigstille strategien

Innhold

- Kort om oppdraget og deltagere
- Hva vi har arbeidet med
- Overordnet sikkerhetsstrategi
- Overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering
- Overordnet personvern vurdering
- Status og veien videre
- Spørsmål



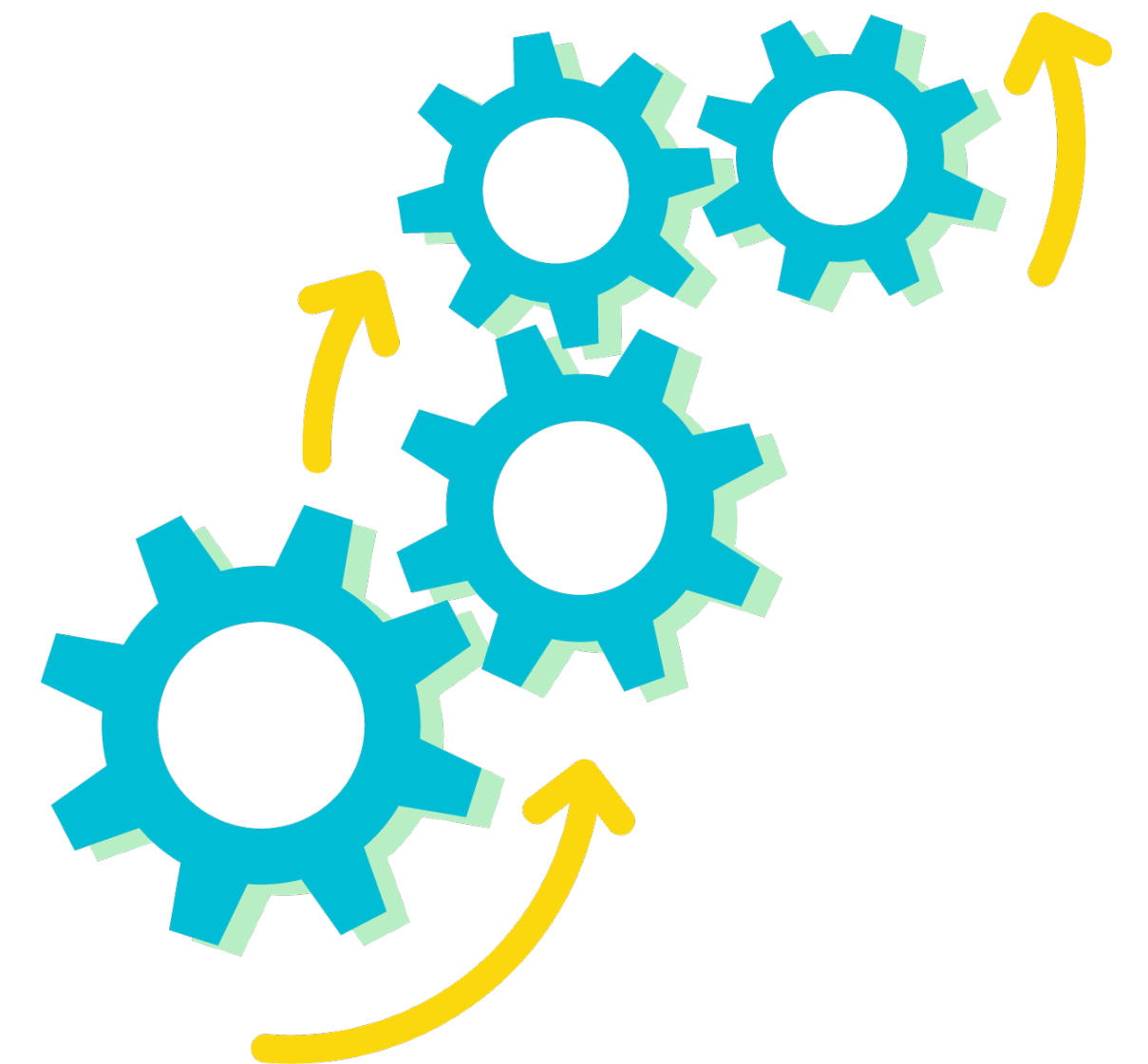
Oppdrag og deltagere

- Oppdrag:
Utarbeide en overordnet strategi for informasjonssikkerhet og personvern for PDS
 - Deltagere:
 - Knut Herje
 - Siw Tynes Johnsen
 - Siri Pernille Utkilen
 - Barbro Onsøien
 - Thomas Grimeland
- Avd. juss og informasjonssikkerhet
- Avd. arkitekturstyring



Hva vi har arbeidet med

- Få forståelse om hva som inngår i PDS, lese dokumenter, samtaler i gruppen
- Avklare hva vi legger i «overordnet strategi»
- Dialog om hva som synes hensiktsmessig for PDS
- Gjenbruk av deler av dokumentasjonen fra Akson
- Påbegynt overordnet sikkerhetsstrategi
- Påbegynt risiko- og sårbarhetsvurdering, inkl. workshop
- Snart ferdigstilt overordnet personvern vurdering

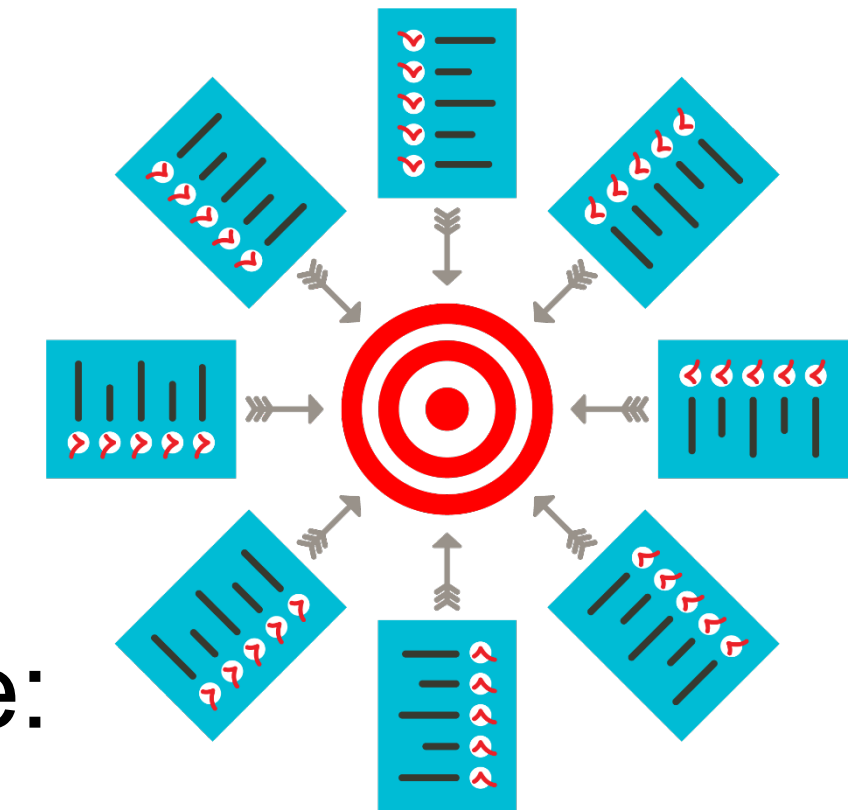


Overordnet sikkerhetsstrategi

- Dokumentet er påbegynt, er tenkt som et vedlegg til SSD
- Egne vedlegg med overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering, samt overordnet personvern vurdering
- Sikkerhetsstrategien skal gi overordnede føringer, som må tas mer ned i detalj av NHN for bygging og forvaltning av samhandlingsløsningen
- Sentralt i dokumentet er forutsetninger og hovedprinsipper
- **Konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet** er sentrale begreper
- Dokumentet beskriver også hovedtrekkene fra risiko- og sårbarhetsvurderingen, samt overordnet om ivaretagelse av personvernprinsipper og rettigheter



Overordnet sikkerhetsstrategi - hovedprinsipper

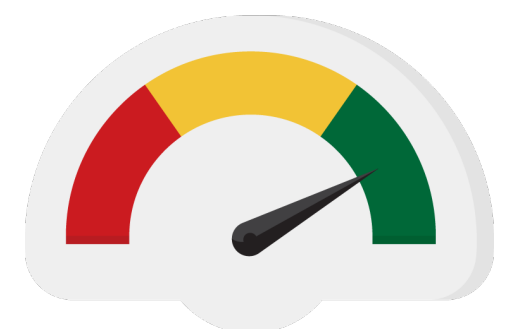
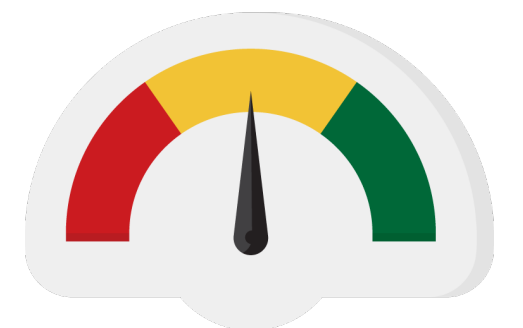
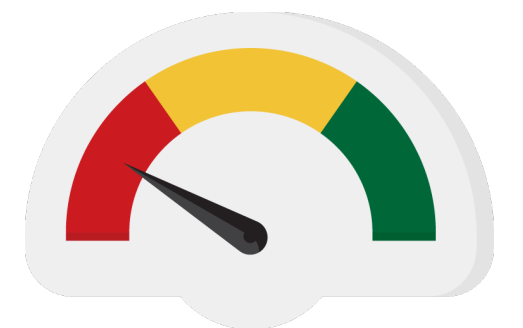


Vårt utgangspunkt er at sikkerhetsstrategien baseres på disse hovedprinsippene:

- Pasient og bruker skal være i sentrum i håndtering av personvern
- Helsepersonell skal ha tilgang til relevante og nødvendige helseopplysninger innenfor rammen av taushetsplikten
- Sikkerhet og personvern skal være innebygget og ivaretas i hele utviklingsprosessen
- Helse- og personopplysninger skal behandles i henhold til krav i Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren
- Løsningen for digital samhandling skal være robust under utvikling og i produksjon
- Løsningen for digital samhandling skal baseres på moderne og fremtidsrettede rammeverk for informasjonssikkerhet og risikohåndtering
- Løsningen for digital samhandling skal etableres med lagdelt sikkerhetsarkitektur og sikring i dybden

Overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering

- Overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering er under arbeid
- Gjennomført innledende workshop
- Har benyttet direktoratets metode for ROS-vurdering i arbeidet
- Har identifisert risiko, sårbarhet, konsekvens, sannsynlighet og trusselaktører
- Risiko, sannsynlighet og konsekvens er vurdert og satt i matrise
- Beskrevet forhold til sikkerhetsloven og NIS-direktivet
- Risikoreduserende anbefalinger utarbeidet
- Behov for ytterligere bearbeiding, vurdering og forankring





Forhold til sikkerhetsloven og NIS-direktivet

- Det er usikkert hvorvidt løsningen for digital samhandling vil omfattes av både sikkerhetsloven og NIS-direktivet
- Helse- og omsorgsdepartementet har ikke konkludert sitt arbeid med å identifisere virksomheter, infrastruktur, objekter og systemer som understøtter grunnleggende nasjonale funksjoner (GNF), og forskrifter til NIS-loven er fortsatt ikke ferdig utarbeidet
- Ferdigstilling av disse prosessene vil påvirke hvorvidt digital samhandling vil omfattes av begge regelverk

Verdier

- Helseopplysninger er den viktigste verdien – har størst skadepotensial
- Helseopplysninger er essensielle for pasientsikkerheten, for kvalitet i behandlingen og for at man skal kunne ivareta de registrertes personvernrettigheter, og det vil være svært skadelig om konfidensialiteten, integriteten og/eller tilgjengeligheten til helse- og personopplysningene trues

 Helseopplysninger	 Administrativ informasjon	 Info om infrastruktur
<ul style="list-style-type: none">- Prosessinformasjon- Dokumenterte vurderinger- Målinger, observasjoner og resultater- Sammenstilt og oppsummert informasjon	<ul style="list-style-type: none">- Informasjon om ansatte- Medisinteknisk utstyr o.l.- Medisinbeholdning og -bestillinger	<ul style="list-style-type: none">- Designdokumenter- Arkitekturskisser- Beskrivelse av sikkerhetstiltak- Krypteringsnøkler- Beskrivelse av eventuelle kjernepunkter i løsningen- Etc.

Risiko- og sårbarhetsvurdering

- Eksempler på trusselaktører: nærstående, aktivister, organiserte kriminelle, næringsinteresser, innsidere og fremmede makter
- Eksempel på metoder som benyttes av trusselaktører:
 - Angrep på tilgangskontrollmekanismer
 - Angrep på autorisasjonskontrollmekanisme
 - Angrep på kommunikasjonsløsninger
 - Virus eller annen skadevareprogramvare, eksempelvis krypteringsvirus (ransomware)
 - Fysisk tilgang eller fysiske angrep
 - Tjenestenektangrep
 - Sosial manipulasjon
 - Kompromittere leverandører
 - Rekognosering og informasjonsinnsamling

Risiko- og sårbarhetsvurdering (forts.)

- Eksempler på risikoscenarioer som har blitt vurdert:
 - Tilsiktet lekkasje av sensitiv informasjon (inkludert helse- og personopplysninger)
 - Utilsiktet lekkasje av sensitiv informasjon (inkludert helse- og personopplysninger)
 - Nedetid for personell med tjenstlig behov
 - Manglende integritet i helse- og personopplysninger
 - Manglende etterlevelse av krav knyttet til innbyggers valg og rettigheter
 - Kompleksitet medfører brudd på konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet
 - Sensitive data blir behandlet utenfor EU/EØS eller godkjente tredjeland



Risiko- og sårbarhetsvurdering (forts.)

- Ulike risikoscenarioer er vurdert og satt i matrise med sannsynlighet og konsekvens

Sannsynlighet	4 Svært høy				
	3 Høy		R3		
	2 Moderat	R5, R15	R7, R16, R18	R11, R14	R1, R2, R4, R10, R13, R17, R19, R22, R23, R24, R25
	1 Lav		R6, R8, R9, R20		R12, R21
RISIKO		1 Lav	2 Moderat	3 Høy	4 Svært høy
		Konsekvens			

Tidlig utkast

Overordnet personvern vurdering

- Pågår arbeid med overordnet personvern vurdering, kommet langt
- Personvern vurderinger bygger på forprosjektet til helhetlig samhandling Akson
- Viser til sentrale krav i regelverket:
 - Formålet med behandlingen av helseopplysningene
 - Rettsgrunnlag for behandling av helseopplysningene
 - Plasseringen av dataansvaret
 - Ivaretagelse av personvernprinsipper og den registrertes rettigheter
 - Ivaretagelse av grunnleggende rettigheter



Innhold

Innhold

1 Innledning	4
1.1 Forutsetninger og avgrensninger	5
1.2 Konseptbeskrivelse	6
1.3 Overordnet gjennomføring av konseptet	7
2 Formålet med behandlingen av helseopplysningene	8
3 Rettsgrunnlag for behandlingen av helseopplysningene	10
3.1 Gjeldende rett	10
3.2 Sende og motta	12
3.3 Slå opp og tilgjengeliggjøre	12
3.4 Endre og dele	13
3.5 Samhandlingsplattformen	14
4 Ansvar og roller – særlig om dataansvar	15
4.1 Helsepersonellens individansvar	15
4.2 Virksomhetsansvar	16
4.3 Dataansvar	17
Gjeldende rett	17
Helse- og omsorgsdepartementets vurdering	17
Konklusjon/vurdering	18
5 Ivaretagelse av personvernprinsipper	19
5.1 Lovlighet, rettferdighet og åpenhet	19
5.2 Formålsbegrensning	20
5.3 Dataminimering	20
5.4 Riktighet	21
5.5 Lagringsbegrensning	22
5.6 Integritet og konfidensialitet	22
5.7 Ansvarlighet	23
6 Ivaretagelse av rettigheter	23
6.1 Rett til informasjon	24
6.2 Rett til innsyn	24
6.3 Rett til retting	25
6.4 Rett til sletting	27
6.5 Rett til å motsette seg	27

6.6 Rett til begrensning av behandling	28
6.7 Rett til dataportabilitet	29
6.8 Rett til å protestere	29
6.9 Automatiserte individuelle avgjørelser/profilering	29
7 Ivaretagelse av rettigheter og friheter (grunnleggende rettigheter)	30
9 Veien videre	31
10 Referanser	32

Status og veien videre

- En del arbeid og nærmere forankringer gjenstår
- Innspill og evt. justeringer etter presentasjon her i NUFA 27. oktober
- Dialog med NHN
- Videre fremdrift med frister i flere faser, bl.a. strategien som vedlegg til sentralt styringsdokument (SSD) versjon 0.9 til 6. desember
- Dialogmøte med Datatilsynet
- Strategien bør oppdateres ved behov, og må sees i sammenheng med bl.a. det pågående arbeidet med strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren



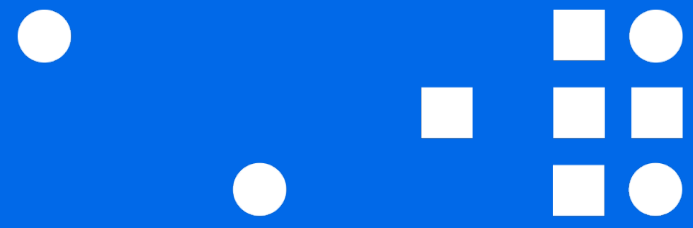
Drøfting, spørsmål og innspill

- Drøfting: Det er ønskelig med innspill fra NUFA på strategiens retning og innhold (prinsipper), ambisjonsnivå og veien videre
- Andre spørsmål?



Forslag til vedtak

NUFA tar retningen i strategiarbeidet for informasjonssikkerhet og personvern til orientering, og har i møtet gitt innspill til det videre arbeidet.



Direktoratet for
e-helse

Sak 35/21: Digitalisering og effektivisering for å
understøtte helseinstitusjoners mulighet til å ivareta
rapporteringsplikt til NAV



Digitalisering for å effektivisere og forbedre innrapportering av institusjonsopphold til NAV

Helseinstitusjoners rapporteringsplikt til NAV

Om NAVs behandling av ytelser og rapporteringsplikt

- NAV skal sikre legitimitet av velferdsordningene med nødvendig kontroll

Institusjonsoppholdsregisteret

Institusjonsoppholdsregisteret inneholder informasjon om personers opphold på institusjon.

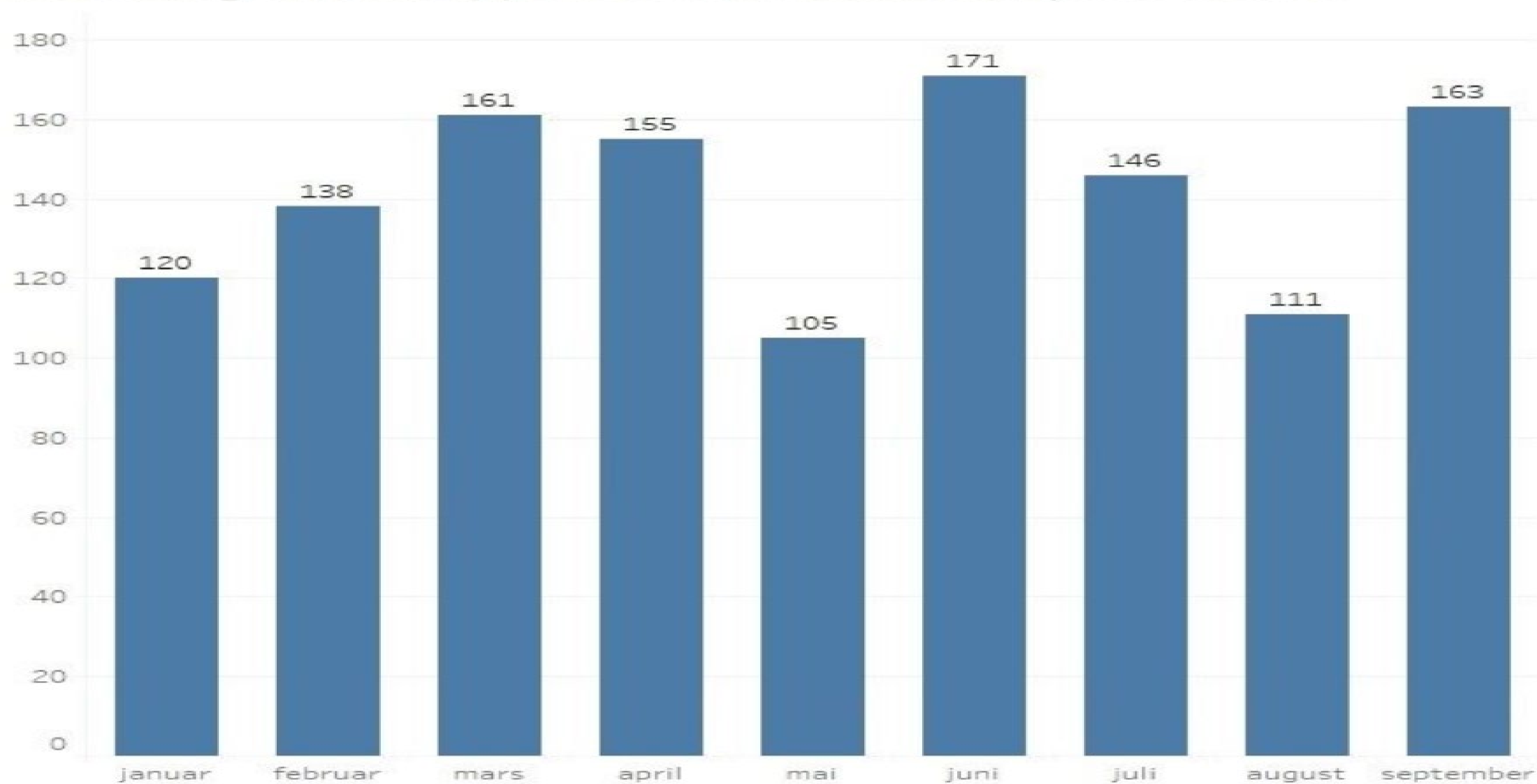
Det brukes av alle saksbehandlere i NAV i de tilfellene institusjonsopphold kan ha innvirkning på beregning av stønadene til brukeren eller for oppfølging av brukeren.

Typer av institusjonsopphold

- Opphold i somatiske sykehusavdelinger.
- Opphold i helseinstitusjon under statlig eller fylkeskommunalt ansvar unntatt somatiske sykehusavdelinger.
- Opphold i fengsel – herunder varetekt, soning, sikring og forvaring.
- Opphold i alders- og sykehjem.

Tall fra NAV som understøtter tanker om underrapportering

Antall registrerte opphold ved helseinstitusjoner i 2021



Antall pasienter med døgnopphold i somatiske helseinstitusjoner i 2020. Tall fra SSB

- Pasienter som hadde minst en behandling ved sykehus.

<https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/pasienter-pa-sykehus>

Pasienter med døgnopphold	490 112
---------------------------	---------

Spesialisthelsetjenesten er ikke med i statistikken. Heller ikke pasienter uten norsk ID og der kommunenummer er usikker.

Tall fra NAV for 2020

Fra NAV statistikk for 2020 antall personer som hadde opphold:

- I helseinstitusjon – 55378;
- Alders- og sykehjem – 32310.

Dette er inkl. personer med opphold i somatiske helseinstitusjoner og spesialisthelsetjenesten.

Dagens praksis: Hvordan rapporteres det?

<https://www.nav.no/no/samarbeidspartner>

Skal melde om opphold i helseinstitusjoner, aldershjem eller fengsel

Om melding til NAV ved opphold i helseinstitusjon, alders- og sykehjem eller fengsel



Utfordringer med dagens innrapportering

- Ikke alle er kjent med rapporteringsplikten
- Av de som kjenner til den, er meldingene ofte på feil format

Hvorfor?

- Svikt i rutinen?
- Kanal for innsending?

Ulike løsninger for rapportering til NAV

- Hente dataene fra kilden – Norsk pasient register
- Få dataene fra kanalen som populærere kilden med opplysninger om innleggelse
- Få dataene NAV trenger fra EPJ

Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering.



Direktoratet for
e-helse

Pause – oppstart igjen kl. 16.00



Direktoratet for
e-helse

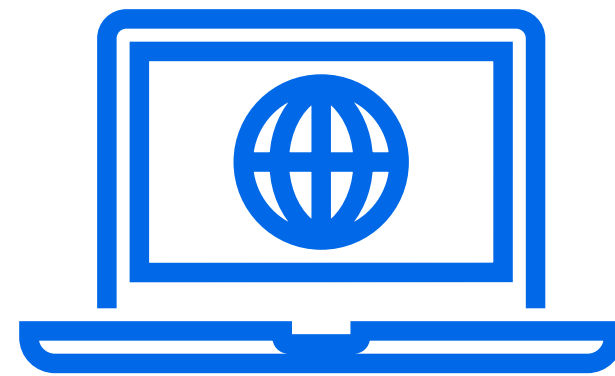
Sak 36/21: Roller og ansvar internasjonale standarder

Innhold



- Roller og ansvar: bakgrunn og formål
- Behov for ansvarsmodell
- Plan for internasjonale standarder 2021-2024
- Arbeidsprosess og aktiviteter så langt

Økt bruk av internasjonale standarder i Norge



Økt global digitalisering innen helse, gir økt behov for e-helse standarder



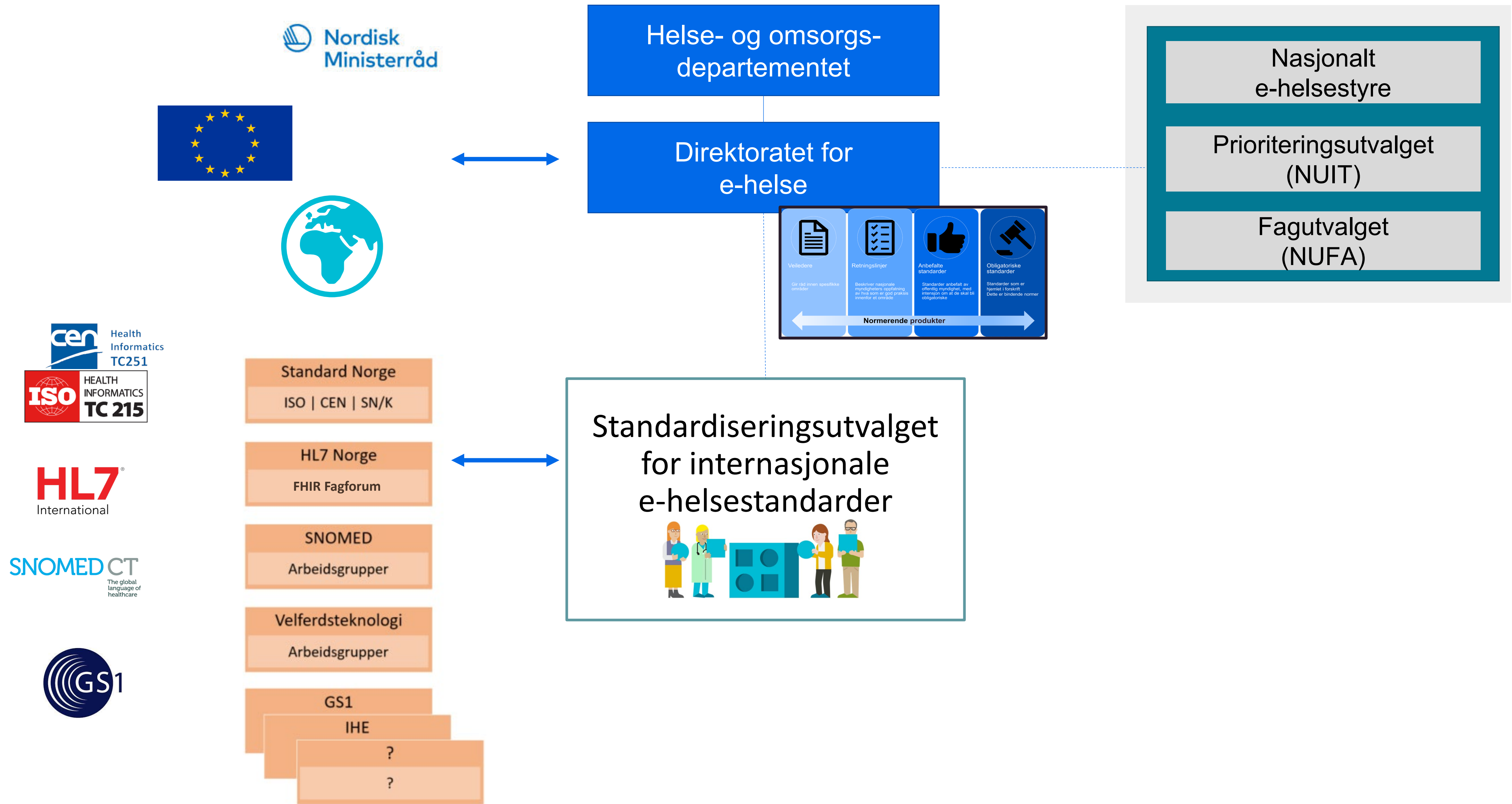
Mer effektiv utvikling av standarder gjennom internasjonalt samarbeid



En forutsetning for fremtidens samhandling




Hvorfor trenger vi å tydeliggjøre ansvar og roller?

- Standardisering skjer mer distribuert og er basert på smidig utvikling
- Økt bruk av internasjonale standarder gir flere relasjoner på internasjonale arenaer
- Tilrettelegge for økt innovasjon
- Forutsigbarhet og avklarte forventninger til hvem som gjør hva



Plan for internasjonale standarder 2021-2024

- Tiltak og anbefalinger om bruk av internasjonale standarder på prioriterte områder
 - Tilrettelegge for innovasjon og næringsutvikling

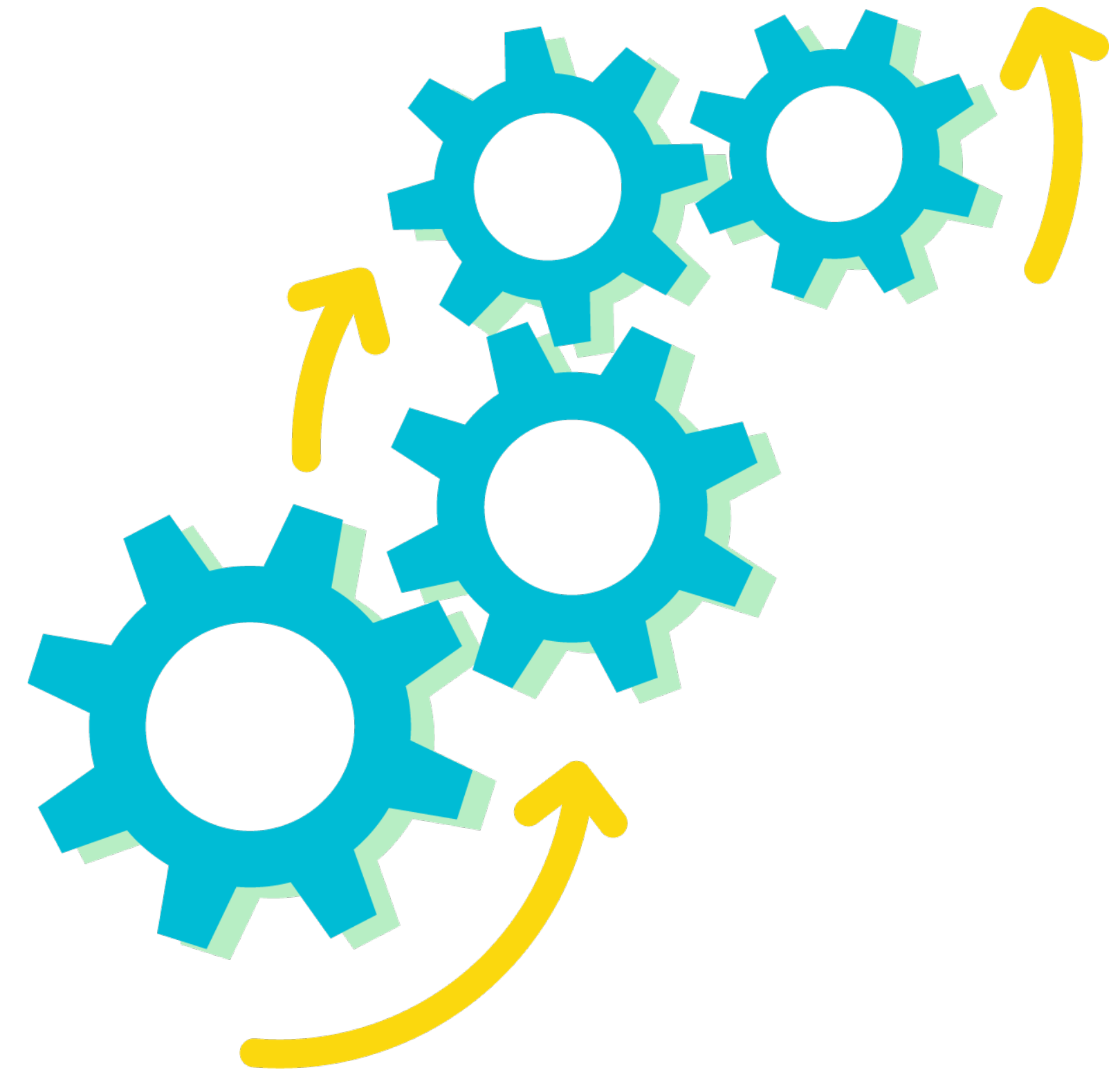
Roller og ansvar			
2021	2022	2023	2024
 Utarbeide ansvarsmodell	 Operasjonalisere ansvarsmodell	 Ferdigstille og normere ansvarsmodell	

- Etablere sammen med aktørene i sektoren en ansvarsmodell: beskrivelser av roller, ansvar og samarbeid
 - Kartlegge nasjonale og internasjonale erfaringer for tilsvarende arbeid
 - Beskrive virkemidler for bruk av modellen
 - Forankring hos alle relevante aktører



Ansvarsmodellen skal avklare

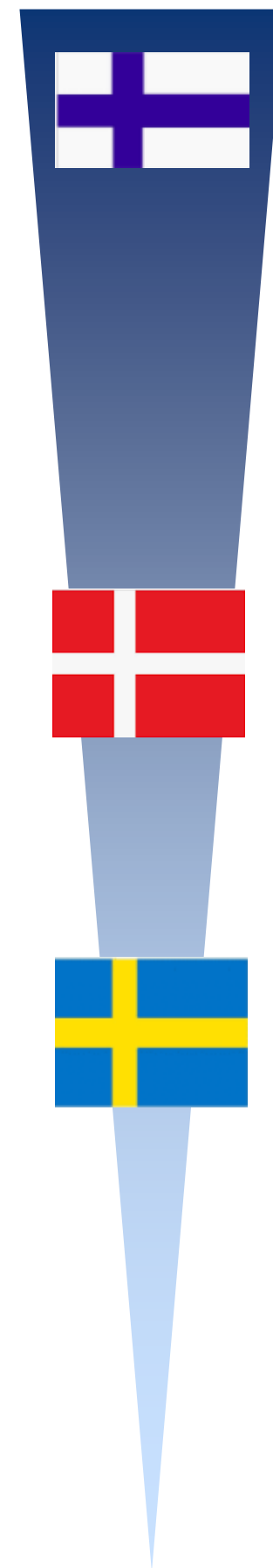
- Standardiseringsorganisasjonenes rolle (Standard Norge, HL7 Norge, GS1 Norge)
- Virksomhetenes forpliktelse for at lokal og regional utvikling bidrar til nasjonal normering
- Leverandørenes rolle for utprøving og bidrag til smidig normering



Standardisering og normering i Norden

Enkel kartlegging

Ulik tilnærming til standardisering på myndighetsnivå



Finland har høyest grad av nasjonal styring:

- Sentraliserte, lovpålagte e-helseløsninger, statlig finansiering.
- Myndighetsstyrt utvikling og forvaltning av mange internasjonale og nasjonale klassifikasjoner og terminologier, nasjonale programmer/prosjekter for utvikling av HL7-spesifikasjoner i samarbeid med myndighetene.

Danmark

- Myndighetene anbefaler/normerer hvilke standarder som skal brukes (Sundhetsstyrelsen).
- Egen enhet (MedCom) som utarbeider og forvalter standarder, inkl. profiler av internasjonale standarder.

Sverige

- Desentralisert utvikling av e-helsespesifikasjoner.
- Myndighetene har etablert katalog med godkjente nasjonale e-helsespesifikasjoner
- Ingen myndighetsfunksjon som anbefaler bruk av standarder (nasjonale krav på noen ansvarsområder, f.eks. for legemiddellisten)

Eksempler internasjonalt standardiseringssamarbeid

Utvikling og bruk av internasjonale standarder krever tett samarbeid mellom myndigheter, virksomheter, leverandører og standardiseringsorganisasjonene

“To foster collaboration between standards and clinical communities worldwide for coordinated — not competitive—standards”
JIC

Joint Initiative Council (JIC)



- Samarbeid mellom 9 internasjonale standardiseringsorganisasjoner
- “Joint Initiative Council recognises that digital healthcare needs a variety of standards that can be easily brought together in coordinated ways to solve real-world problems.”

EU UNICOM



Legemiddelstandardisering

- Rundt 50 deltakere fra myndigheter, industri og standardiseringsorganisasjoner
- “This European Commission supported Innovation Action focuses on the implementation of the International Organization for Standardization (ISO) suite of IDMP (IDentification of Medicinal Products) standards.”
- “Work will involve further development, testing, implementation and diffusion of these standards”

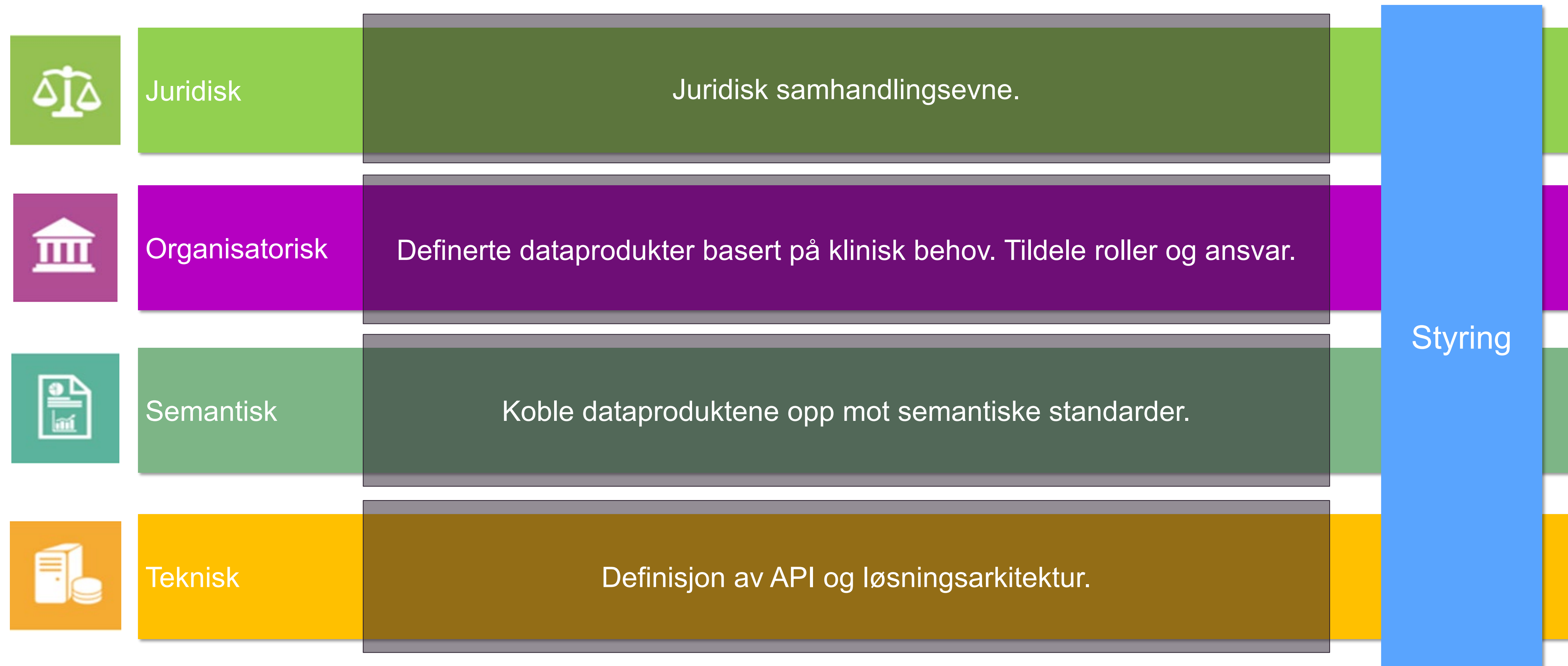
EU X-eHealth

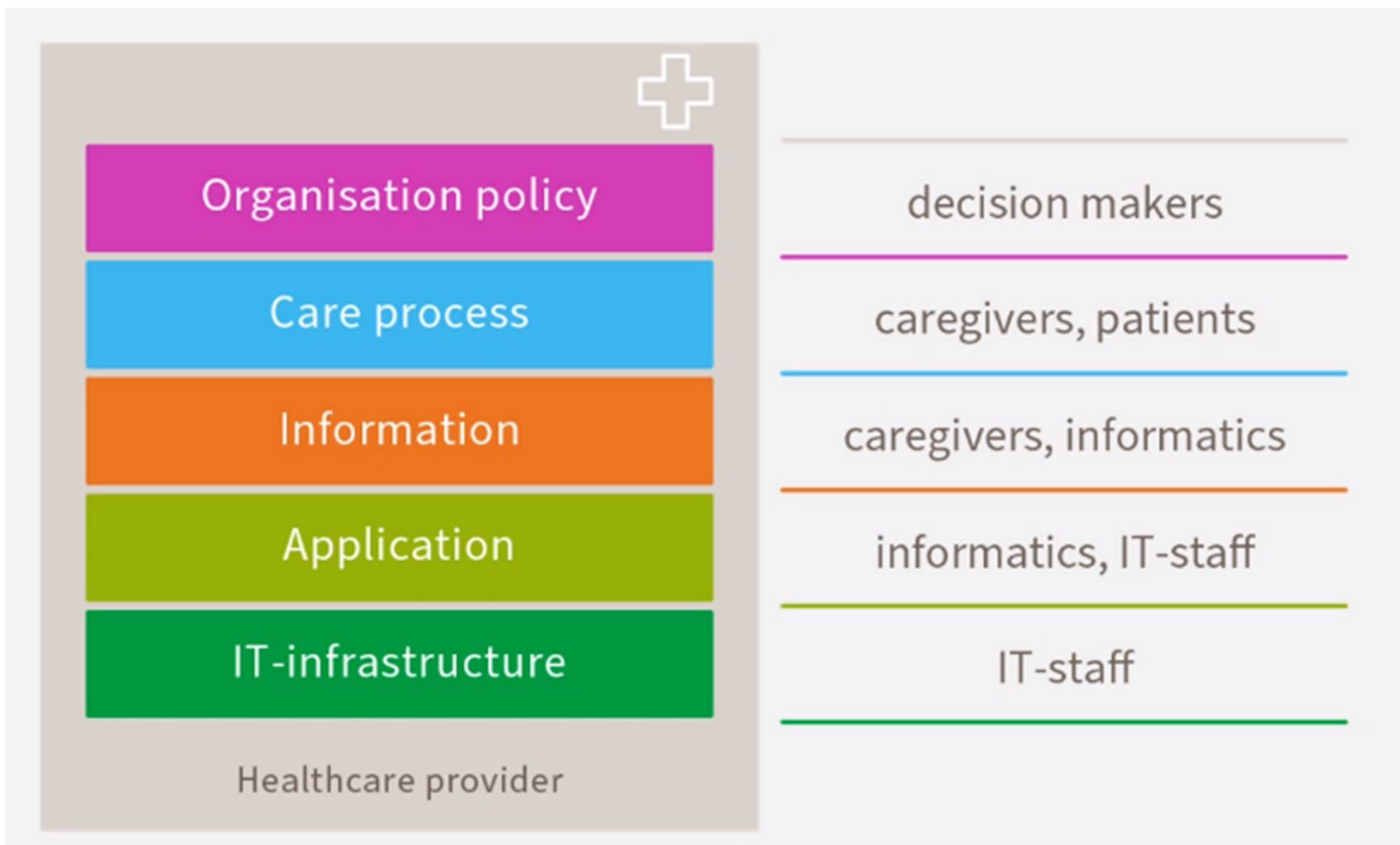


Lab, bildedeling, epikrise

- “For this to become possible, a holistic view of the processes that make up the eHealth ecosystem at national and European level is fundamental to frame the bases for a sustainable and cooperative future.”
 - Care Provision (Health Professionals and Citizens),
 - Member States (Decision-Makers and National Health Authorities),
 - Innovators (Health Industry and Scientific Community)
 - Infrastructure (Network of Hospitals)

Tiltak for å oppnå Semantisk samhandling i helsesektoren

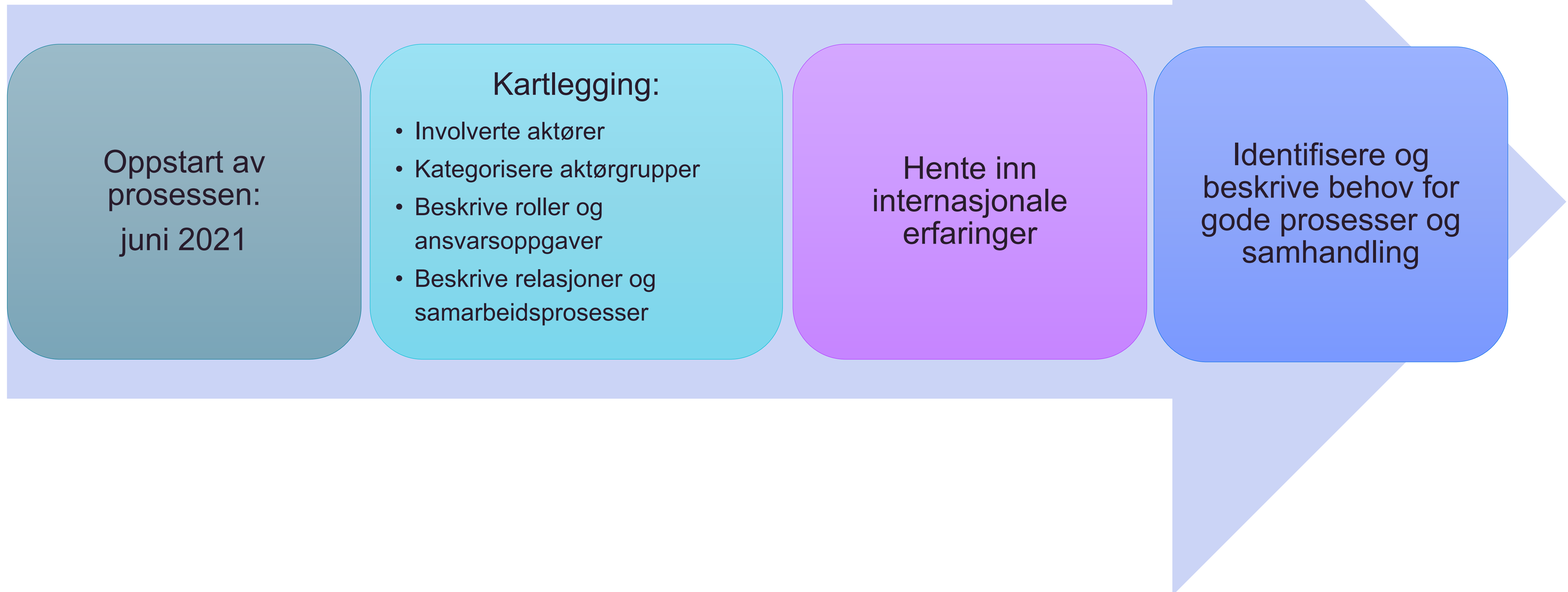




Grupper av aktører



Utvikling av ansvarsmodell



Drøftingspunkter

- Hvilke aktørgrupper er sentrale i utvikling av modellen:
 - Direktoratet for e-helse som myndighet
 - Standardiseringsorganisasjoner
 - Leverandører og virksomheter
 - Andre aktører?
- På hvilken måte skal aktørene være involvert i arbeidet med ansvarsmodellen?
- Hvordan skal arbeidet med ansvarsmodellen forankres?

Forslag til vedtak

NUFA drøftet ansvarsdelingen mellom aktører på området internasjonale standarder. Direktoratet for e-helse tar med innspill som framkom på møtet i det videre arbeidet.



Direktoratet for
e-helse

Takk for møtet!

Velkommen til middag kl. 18.30.