



Direktoratet for
e-helse

NUIT

Møte 3/23

14. september 2023

Direktoratet for e-helse

Stedfortredere til dagens møte

- Andreas Høiaas, Kreftforeningen, stiller for Jon Kirknes

	Agenda	Innretning	Presenterer saken	Start
27/23	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning	Mariann Hornnes, Direktoratet for e-helse	09:00
28/23	Godkjenning av referat fra møtet 25 mai 2023	Godkjenning	Mariann Hornnes, Direktoratet for e-helse	09:05
29/23	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering	Mariann Hornnes, Direktoratet for e-helse	09:15
30/23	Status og erfaringer med pasientens journaldokumenter (deling av pasientens journaldokumenter gjennom kjernejournal)	Drøfting	Eli Stokke Rondeel, Helse Sør-Øst RFH, og Liv Oftedal Rossow og Jan Arne Holtz, Oslo kommune	09:35
31/23	Målarkitektur og overordnet plan for felles grunndatatjenester for legemiddelinformasjon	Drøfting	Elin H. Kindingstad, Direktoratet for e-helse	10:15
	Lunsj			11:00
32/23	Forordningsforslag om et europeisk helsedataområde (EHDS)	Orientering	Norunn Saure og Marianne Bårtvedt van Os, Direktoratet for e-helse	11:30
33/23	MyHealth@EU – Norsk kontaktpunkt, søk og visningsmodul	Drøfting	Gunnar Øiaas, Norsk helsenett SF, og Georg Ranhoff, Direktoratet for e-helse	11:50
34/23	Digital infrastruktur for helseovervåking, analyse, statistikkproduksjon og deling – som del av helhetlig økosystem for den digitale helseberedskapen i Norge	Drøfting	Trine Orten Groven og Alexander Wetzel, FHI	12:20
	Pause			12:50
35/23	Nasjonal e-helseportefølje – status og tiltak for 2024 for å nå mål i veikartet	Drøfting	Anne Greibrokk, Direktoratet for e-helse	13:00
	Pause			13:40
36/23	Redusert arbeidsbyrde for helsepersonell	Orientering	Lucie Aunan, Direktoratet for e-helse	13:50
37/23	Portaler for rapportering for helsepersonell	Drøfting	Merete Lassen, Direktoratet for e-helse	14:00
38/23	Forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten	Drøfting	Norunn Saure, Direktoratet for e-helse	14:30
39/23	Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre	Drøfting	Kjersti Smeland, Direktoratet for e-helse	15:00
40/23	Referatform i NUIT	Drøfting	Norunn Saure, Direktoratet for e-helse	15:40
41/23	Eventuelt		Mariann Hornnes, Direktoratet for e-helse	15:55



Direktoratet for
e-helse

Sak 27/23

Godkjenning av innkalling og dagsorden

Forslag til vedtak

NUIT godkjenner innkalling og dagsorden.



Direktoratet for
e-helse

Sak 28/23

Godkjenning av referat fra NUIT

25. mai 2023

Forslag til vedtak

NUIT godkjenner referatet fra NUIT 25. mai 2023.



Direktoratet for
e-helse

Sak 29/23

Orientering fra Direktoratet for e-helse

Orientering fra Direktoratet for e-helse

1 Nye divisjonsdirektører i Direktoratet for e-helse

2 Endringer i organiseringen av den sentrale helseforvaltningen

3 Prioriteringer i PDS for 2024

4 Dataansvar

Nye divisjonsdirektører i Direktoratet for e-helse

To nye divisjonsdirektører er rekruttert for å lede divisjonene informasjonsforvaltning, og prosess og metode i Direktoratet for e-helse: Espen Sjøvoll og Bente Andersen Sundlo.



Orientering fra Direktoratet for e-helse

1 Nye divisjonsdirektører i Direktoratet for e-helse

2 Endringer i organiseringen av den sentrale helseforvaltningen

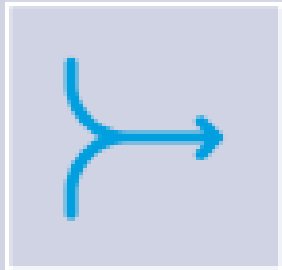
3 Prioriteringer i PDS for 2024

4 Dataansvar

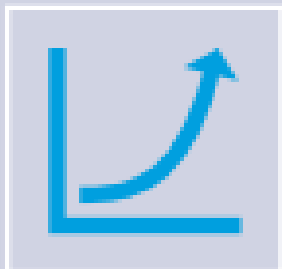
Direktoratet for e-helse



Myndighetsoppgavene innen digitaliseringsområdet styrkes og kobles tettere til tjenesteutviklingen.



Detta innebærer at Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse slås sammen gjennom en virksomhetsoverdragelse



Helseregisterområdet inkl. Helsedataservice i Direktoratet for e-helse flyttes til Folkehelseinstituttet og samles med instituttets egne registre



Helse- og omsorgsdepartementet



**Målene og
ambisjonen på
e-helsefeltet
står fast**



Vi skal gjøre det vi kan for å holde farten oppe i tiltakene som er prioritert.

Orientering fra Direktoratet for e-helse

1 Nye divisjonsdirektører i Direktoratet for e-helse

2 Endringer i organiseringen av den sentrale helseforvaltningen

3 Prioriteringer i PDS for 2024

4 Dataansvar

Prioriteringer i PDS for 2024



Orientering fra Direktoratet for e-helse

1 Nye divisjonsdirektører i Direktoratet for e-helse

2 Endringer i organiseringen av den sentrale helseforvaltningen

3 Prioriteringer i PDS for 2024

4 Dataansvar

Dataansvar



Forslag til vedtak

NUIT tar sakene til orientering.



Direktoratet for
e-helse

Sak 30/23

**Status og erfaringer med pasientens
journaldokumenter (deling av pasientens
journaldokumenter gjennom
kjernejournal)**

Kjernejournal pasientens journaldokumenter

NUIT 14. september 2023, Eli Stokke Rondeel

HELSE  SØR-ØST

Innhold

- Hva har vi gjort?
- Hvilken nytte trodde vi det ville gi?
- Hva er status?
- Hvor vil vi?

Se dokumentliste

Kjernejournal - Internet Explorer
https://st3.kjernejournal-test.no/

Innlogget som: Ben Psa Reddik / Lege - GLØSHAUGEN LEGESENTER DA

Gry Telokk
120579 00499
Kvinne (40 år)
Kjernejournal opprettet 20.08.2014

OVERSIKT OM PASIENTEN LEGEMIDLER KRITISK INFO BESØKSHISTORIKK **JOURNALKOKUMENTER** INNSTILLINGER

Det finnes sperrede journaldokumenter som ikke kan vises via kjernejournal. Trykk på knappen Sperrede dokumenter for detaljer.

Det finnes journaldokumenter der innsyn er nektet for pasienten. Gjeldende dokumenter er markert med blå varseltriangel, hold musepekeren over denne for detaljer.

Tilgang til journaldokumenter via kjernejournal er foreløpig begrenset. Det vises kun epikriser fra Helse Sør-Øst, men vil senere utvides med flere dokumenttyper fra ulike kilder.

Dokumentliste

12.05.1979 - 27.01.2020 Utvid rader Kopier Sperrede dokumenter

Dokumentnavn Type Undertype Enhet/Avdeling Institusjon Søk

Dato	Dokumentnavn	Nekting	Type	Undertype	Enhet/Avdeling	Institusjon
23.01.2020	Epikrise somatikk (edi)		Epikriser og sammenfatninger	Epikrise	Kliniske systemer	Oslo universitetssykehus HF
22.01.2020	Epikrise somatikk (edi)		Epikriser og sammenfatninger	Epikrise	Kliniske systemer	Oslo universitetssykehus HF
22.01.2020	Epikrise somatikk (edi)		Epikriser og sammenfatninger	Epikrise	Kliniske systemer	Oslo universitetssykehus HF
Forfatter: Kjell Gunnar Guttormsen Ikke angitt		Klokkeslett for opprettelse: kl.15:45		Dokument-Id: urn:uuid:103db4b1-0000-0000-0000-000000000000		Åpne Kopier referanse
20.12.2019	Epikrise somatikk (edi)		Epikriser og sammenfatninger	Epikrise	Revmatologisk avd RS	Revmatisme sykehuset Lillehammer
Forfatter: Liz Marina Paucar Loli Avdelingsoverlege		Klokkeslett for opprettelse: kl.10:43		Dokument-Id: urn:uuid:072e5e4e-0000-0000-0000-000000000000		Åpne Kopier referanse
20.12.2019	Epikrise somatikk (edi)		Epikriser og sammenfatninger	Epikrise	Revmatologisk avd RS	Revmatisme sykehuset Lillehammer
20.12.2019	Epikrise somatikk (edi)		Epikriser og sammenfatninger	Epikrise	Revmatologisk avd RS	Revmatisme sykehuset Lillehammer
20.12.2019	Epikrise somatikk (edi)		Epikriser og sammenfatninger	Epikrise	Nevrologi Lillehammer	Sykehuset Innlandet HF
17.12.2019	Epikrise - svangerskapsobservasjon		Epikriser og sammenfatninger	Epikrise	Fødeavd.	Oslo universitetssykehus HF
15.11.2019	Brev tillegg til utsendt epikrise (edi)		Epikriser og sammenfatninger	Epikrise	Karkirurgisk avd. AK	Oslo universitetssykehus HF
15.11.2019	Brev tillegg til utsendt epikrise (edi)		Epikriser og sammenfatninger	Epikrise	Karkirurgisk avd. AK	Oslo universitetssykehus HF

Forrige Side 1 av 17 10 rader per side Neste

Miljø: Systest 3 (20.Q1.4.1-SNAPSHOT) Hjelp

Se innhold i enkeltdokument

Kjernejournal - Internet Explorer
https://st3.kjernejournal-test.no/

Innlogget som: Ben Psa Reddik / Lege - GLØSHAUGEN LEGESENTER DA

Gry Telokk
120579 00499
Kvinne (40 år)
Kjernejournal opprettet 20.08.2014

OVERSIKT OM PASIENTEN LEGEMIDLER KRITISK INFO BESØKSHISTORIKK **JOURNALKOKUMENTER** INNSTILLINGER

Det finnes sperrede journaldokumenter som ikke kan vises via kjernejournal. Trykk på knappen Sperrede dokumenter for detaljer.

Det finnes journaldokumenter der innsyn er nektet for pasienten. Gjeldende dokumenter er markert med blå varseltriangel, hold musepekeren over denne for detaljer.

Tilgang til journaldokumenter via kjernejournal er foreløpig begrenset. Det vises kun epikriser fra Helse Sør-Øst, men vil senere utvides med flere dokumenttyper fra ulike kilder.

Dokumentliste Epikrise somatikk (edi) 22.01.2020

Dato: 22.01.2020 Dokumentnavn: Epikrise somatikk (edi) Type: Epikriser og sammenfatninger Enhet: Kliniske systemer HF/Institusjon/Organisasjon: Oslo universitetssykehus HF
Forfatter: Kjell Gunnar Guttormsen Klokkeslett for opprettelse: kl.15:45 Dokument-Id: urn:uuid:103db4b1-0000-0000-0000-000000000000

Epikrise somatikk (edi)

Kritisk informasjon : Dette er en test for å se hvordan dokumenter i Arena vises i Classic

Familie/sosialt : Dette er kun en test, men pasienten har både familie og er rimelig sosial.

Tidligere sykdommer : Ja

Aktuelt : Aktuell for Skal vi danse og 71 grader Nord.

Funn og undersøkelsesresultater : Det er gjort masse spennede funn

Ubesvarte prøvesvar :

Diagnostisk vurdering/behandling/forløp :

Legemidler ved utskriving :

Seponerte legemidler :

Videre oppfølging : Ja gjerne

Miljø: Systest 3 (20.Q1.4.1-SNAPSHOT) Hjelp Driftstatus Logg ut

Helse Sør-Øst deler alle epikriser og sammenfatninger fra man startet elektronisk meldingsutveksling (edi) og fremover

Kjernejournal dokumentdeling fase 2 – fremdriftsplan

2023

Januar

Februar

Mars

April

Mai

Juni

Juli

August

September

Oktober

Interregional samordning

Bruksvilkår, informasjon og innsyn innbygger, tidsbegrensning innhold, forvaltning, teknisk løsning, opplæring, ROS & DPIA, Helsefaglig vurdering

Bruksvilkår, informasjon og innsyn innbygger, tidsbegrensning innhold, forvaltning, teknisk løsning, opplæring, ROS & DPIA, Helsefaglig vurdering

Trinn A: Dele referanser fra alle HF i HSØ med alle konsumenter av KJ

A

Ny nasjonal teknisk løsning

Trinn B: Dokumentinnsyn for leger/psykologer i HSØ

B

Dele mellom HF i Helse Nord og Helse Sør-Øst

Trinn C: Dokumentinnsyn for fastleger

C

Dele til pleie og omsorg/helsehus i Bodø og Oslo kommuner

Mini-D

Trinn D: Dokumentinnsyn for leger/psykologer ved legevakt og KAD i Oslo kommune, Diakonhjemmet og Lovisenberg

D

13. juni

Videreutvikling

Overlevering til forvaltning

avslutning

Faktisk fremdrift pr. 01.09.2023

Planlagt fremdrift pr. 01.09.2023

Omfang Helse Sør-Øst 2023

Hva blir tilgjengelig fra foretakene i HSØ

Hvem får se i juni

Hvem får se til høsten

Se dokumentliste

Alle med tilgang til kjernejournal

Ca
30.000

Alle med tilgang til kjernejournal

Se innhold i enkeltdokumenter

Fastlege

Ca
4.500

Fastlege

Lege og psykologer i HSØ

Lege og psykologer i HSØ

Ca
14.000

Lege og psykologer i Diakonhjemmet og Lovisenberg

Lege og psykologer i Diakonhjemmet og Lovisenberg

Leger og psykologer i Oslo kommune legevakt, KAD Aker og helsehus

Leger og psykologer i Oslo kommune legevakt og KAD Aker

Ca 800

Lege og psykolog Bodø kommune

Lege og psykologer i HN

Lege og psykologer i HV ??

Lege og psykolog Stavanger kommune

Kvalitativ nytte

Nr.	Nytteverdiområde	Beskrivelse	Verdi
1	Møte forventninger fra myndigheter om å realisere «En innbygger, en journal»	Dokumentdeling via kjernejournal er et strategisk viktig steg i retning «En innbygger, en journal»	Helse Sør-Øst har en stor pasientpopulasjon internt i regionen, og i tillegg et betydelig antall pasienter fra andre helseregioner. Økt informasjonsdeling med primærhelsetjenesten i egen og andre regioner, og med spesialisthelsetjenesten i andre regioner, vil være et viktig steg mot å møte myndighetenes forventninger.
2	Møte samfunnsmessige forventninger	Samfunnet har en forventning om at helsepersonell har tilgang til relevant informasjon om pasienter, uavhengig av kilder: helsevirksomheter, helseregioner og omsorgsnivåer.	Som over.
3	Økt trygghet og tillit fra pasienten når behandler har tilgang til mer relevant informasjon	Visshet om at sentral journalinformasjon som allerede er registrert ved en eller flere helsevirksomheter er tilgjengelig for behandlingsansvarlig kan gi pasienter økt trygghet og tillit til helsehjelpen.	Pasienter kan i redusert omfang oppleve å bære et tungt ansvar ved stadig å være hovedkilde til repetert informasjon om til dels kompliserte medisinske tilstander og sykdomsforløp.
4	Bedre kvalitet og raskere pasientbehandling	Tilgang til journalinformasjon fra flere kilder/helsevirksomheter kan gi behandlere bedre og raskere beslutningsgrunnlag i diagnostikk og behandling.	Tusenvis av pasienter behandles årlig ved andre virksomheter enn ved hjemstedet, og mange pasientforløp involverer skifter mellom to eller flere virksomheter. Dette er en viktig kvalitativ gevinst, men prosjektet anser den vanskelig å måle i kroner.
5	Redusert risiko for feilbehandling, økt trygghet for pasienter (bedre pasientsikkerhet)	Enklere tilgang på journalinformasjon fra andre helsevirksomheter gir bedre og raskere beslutningsgrunnlag for behandlere og kan gi redusert risiko for feilbehandling og skade.	Statistikk fra Norsk pasientskadeerstatning dokumenterer at det forekommer et høyt antall pasientskader hvert år. Prosjektet vurderer det sannsynlig at noen av disse pasientskadene kan unngås dersom behandlere har tilgang til relevant pasientinformasjon fra flere virksomheter i helsetjenesten.
6	Hensynet til konfidensialitet ivaretas bedre	Direkte elektroniske oppslag, med sporbarhet og logging, reduserer antall hender som må håndtere informasjon og antall øyne som må forholde seg til informasjonen.	Tilgangskontroll utøves i EPJ, i henhold til regionale tilgangsprinsipper, og vil være basert i tjenstlig behov

Kvantitativ nytte

Nr.	Nytteverdiområde	Beskrivelse	Vurdert potensiale akkumulert 10 år (2021-2030)
7	Redusert tidsbruk for behandlingsansvarlig ved innhenting av informasjon fra annet helseforetak (konsument)	Raskere tilgang på relevante journalopplysninger om pasienter frigir tid. Gjelder f.eks overflytting av pasienter mellom helseforetak hvor behandler må bruke tid på å innhente eller etterspørre dokumentasjon. Beregnet for 10% av gjestepasienter. 20 minutter per pasient per opphold hvor informasjon innhentes	116 MNOK
8	Frigjort tid for behandlingsansvarlig og pasient i direkte pasientkontakt (konsument) Konsultasjonen tar kortere tid	Pasient og behandlingsansvarlig sparer tid i direkte pasientkontakt. Potensielt færre konsultasjoner i et pasientforløp/reduert liggetid.	14 MNOK
9	Frigjort tid for kontorpersonell ved oversending og innskanning av journalinformasjon til/fra annet helseforetak (kilde)	Kontorpersonell hos avsender og mottaker sparer tid ved oversending og innskanning av journaldokumenter mellom helseforetak. 8 minutter per pasient	11 MNOK

Bruk 13. juni – 31. august 2023

Helseforetak som er kilde	OUS	AHUS	VVHF	SØHF	SIHF	SIVHF	STHF	SSHF	SUNHF	Totalt pr. konsument
Virksomhet som har gjort innsyn										
Oslo kommune	5887	1310	136	88	76	51	20	39	18	7625
Lovisenberg diakonale sykehus	4439	223	124	39	64	24	54	8	12	4987
Diakonhjemmet sykehus	1758	818	147	28	28	25	20	18	7	2849
Oslo universitetssykehus HF	131	268	298	127	119	101	73	52	1	1170
Sykehuset innlandet HF	232	127	89	20	115	35	16	27	9	670
Sunnaas sykehus HF	247	77	31	64	81	7	25	32	9	573
Vestre Viken HF	235	68	69	23	44	32	50	24	4	549
Akershus universitetssykehus	314	73	31	24	59	9	2	17	7	536
Sykehuset Østfold HF	177	145	22	68	14	34	6	1	4	471
Sykehuset i Vestfold HF	89	32	59	40	4	25	64	10		323
Ulike legesenter	71	13	46	124	7	32	8	12	1	314
Sykehuset Telemark HF	61	17	13	20	3	53	33	43		243
Sørlandet sykehus HF	56	33	21	15	12	36	12	22		207
Totalt pr. kildeforetak	13697	3204	1086	680	626	464	383	305	72	20517

- Opplevde mye støy i forbindelse med at tjenesten var utilgjengelig 3 dager siste halvdel av august -> signaliserer etterspørsel av tjenesten der den er tatt i bruk

Brukerhistorie

- Terje Sandvik, fastlege ved [Telegrafan legekontor, Kongsberg](#)

- Ny pasient på mitt kontor fra sommeren. Ved første konsultasjon viste vedkommende frem et arr etter hjerteoperasjon, men kunne kun uklart redegjøre for hva slags operasjon. "Noe med en tråd i hjertet." I Kjernejournal fant jeg et ti år gammelt (2013) dokument som omhandlet en akutt klaffeoperasjon. Epikrisen var oppklarende og det var også omtalt anbefalt kontroll etter 6 måneder.
- Første (og siste) kontroll ble gjennomført i 2018 bedømt ut fra dokumenter og besøkshistorikk.
- Han ble henvist for ny kontroll hos kardiolog.
- Meget gunstig at det ikke er noen tidsbegrensning på hvilke dokumenter som er tilgjengelige i Kjernejournal.
- Dokumentdelingen lot meg få oversikt over historikk som ellers ville vært umulig for meg å finne og bidro til at pasienten sikres god medisinsk oppfølging fremover.

Lovisenberg har byttet ut faksmaskinen med deling i kjernejournal (dagensmedisin.no)



VELDIG FORNØYDE: Lege i spesialisering, Anders Løyning Bekkevoll, og overlege Maria Seferowicz ved akuttmedisinsk avdeling ved Lovisenberg Diakonale Sykehus mener det er tryggere å få informasjon gjennom kjernejournal. FOTO: Tone Herregården

Lovisenberg har byttet ut faksmaskinen med deling i kjernejournal

Før måtte de få fakset informasjon fra for eksempel OUS for å få kunnskap om en akuttpasient.
– Jeg er ganske trygg på at vi har unngått feilbehandling, sier overlege Maria Seferowicz.

Hvor vil vi?

- Over på nasjonalt tillitsrammverk i Helse ID
- Utvide med hvilke dokumenter som deles, spesielt tekstlige prøvesvar fra mikrobiologi og patologi
- Utvide med flere konsumenter og kilder – flere kommuner, fastleger og på tvers av regionene
 - [Deling av pasientens journalldokumenter gjennom kjernejournal - Norsk helsenett \(nhn.no\)](#)
- Utvide med deling av bilder/multimedieobjekter

Bestill pasientens journalldokumenter

Vi skiller mellom tilgang til oversikten over journalldokumenter (dokumentlisten), og oppslag på journalldokumenter (journalldokumenter). Du trenger kun å bestille tilgang dersom du ønsker å lese journalldokumenter.

Bestilling for Helseforetak [↗](#)

Bestilling for kommuner og fastleger [↗](#)



Klinisk nytte ved Pasientens journaldokumenter

Jan Arne Holtz

Lege på legevakta

Oslo kommune



Jobben som legevaktslege

- Møter stort sett pasienter for første gang
- Bruker adskilt journalsystem fra både sykehus, fastlege og pleie- og omsorg
- Samle nok informasjon til å fatte raske, riktige og trygge beslutninger for alle pasienter

Case 1: Blålysscenario
Hvem skal inn i fasttrack?

Tid til behandling er kritisk.

Typisk: Mistanke om hjerneslag, hjerteinfarkt og sepsis (blodforgiftning)

- Pasient, 55 år, akutt svimmel.
- Pasient forteller at hen var innlagt for 8 år siden – «noe med hjertet»
- I etterkant benyttet forebyggende medisin for hjerte- og karsykdom
- Kommer på legevakta etter illebefinnende på jobbmøte for 90 min siden. Svimmelhet og problemer med å gå
- Trombolysevindu: 360 min



Case 2: Multisyke eldre
Hvilket nivå er riktig?

Typisk: 3-5 ulike kroniske sykdommer. Oppfølging av like mange spesialister. Opp til 20 ulike medisiner daglig.

- Pasient, 87 år, begynnende demens.
- Bruker rullator i det daglige.
- Behandles for diabetes, nyresvikt, hjertesvikt, kols og revmatisk sykdom.
- Innlagt Lovisenberg, Ullevål og KAD siste 6 uker i henholdsvis 5, 2 og 3 dager.
- Kommer med ambulanse da hjemmesykepleien opplever pasienten som verre enn normalt. Pasienten sier selv at det er omtrent som før, men er usikker på hvor vi er.



Case 3: Psykiatriscenario

Typisk: Kronisk syke pasienter med oppfølging innen psykisk helse og rusomsorg.

- Pasient, 35 år, kommer med politiet grunnet påfallende adferd i bybildet.
- Flere tidligere innleggelse fra oss til psykiatrisk avdeling.
- I perioder behandlet under tvungent psykisk helsevern.
- Det foreligger sannsynligvis en behandlingsplan.
- Er pasienten samtykkekompetent? Hva er pasientens vanlige funksjonsnivå?



Case 4: Sjeldne tilstander

- Mange har sjeldne tilstander som få leger kjenner godt.
- Spesialavdelingen legger detaljerte planer som kommuniseres til fastlegene via epikrisemeldinger.
- Nå har vi det (endelig) tilgjengelig via dokumentdeling.



Forslag til vedtak

NUIT drøftet saken og ba aktørene i dette ta med innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.



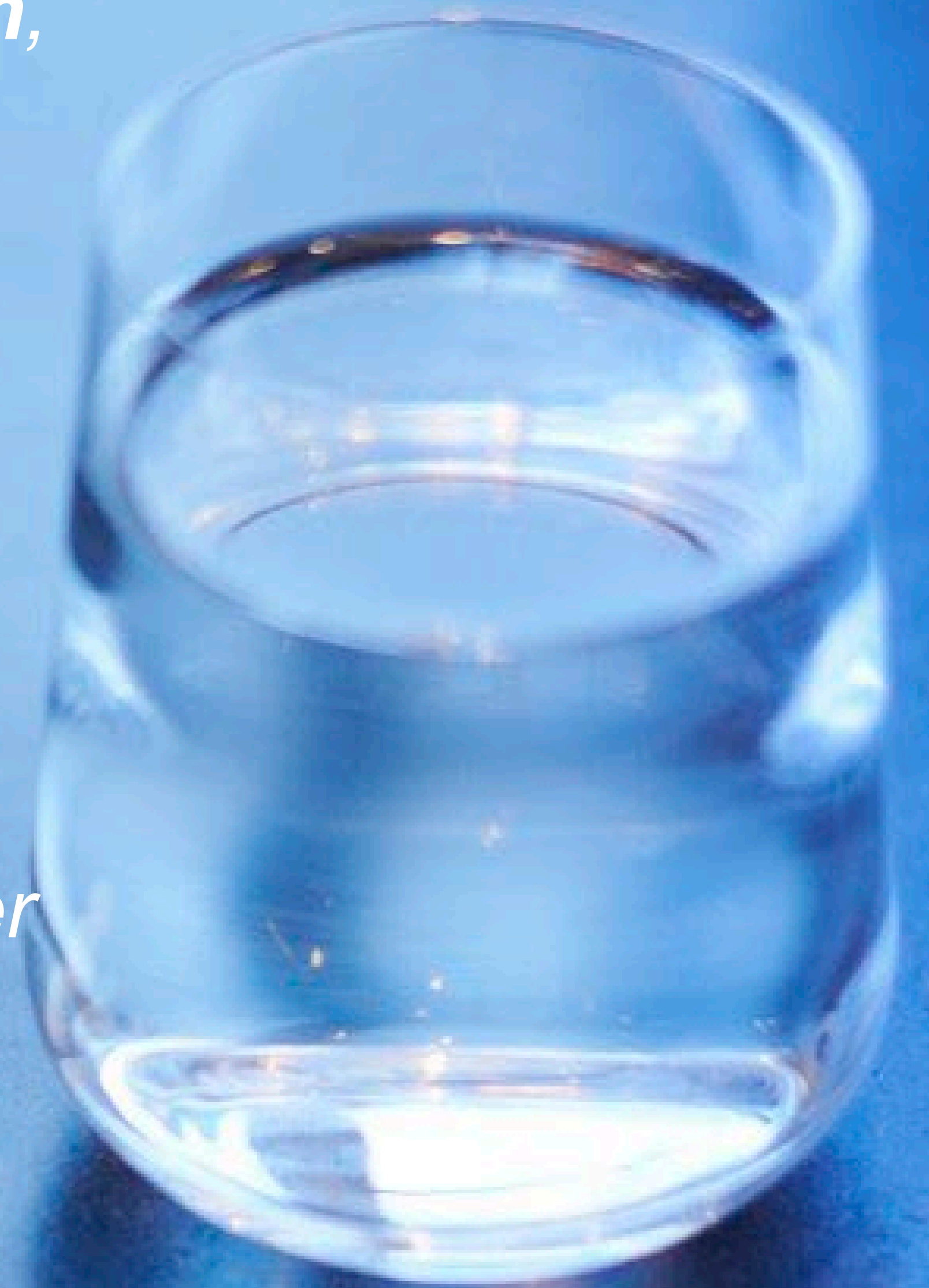
Direktoratet for
e-helse

Sak 31/23

Målarkitektur og overordnet plan for felles grunndatatjenester for legemiddelinformasjon

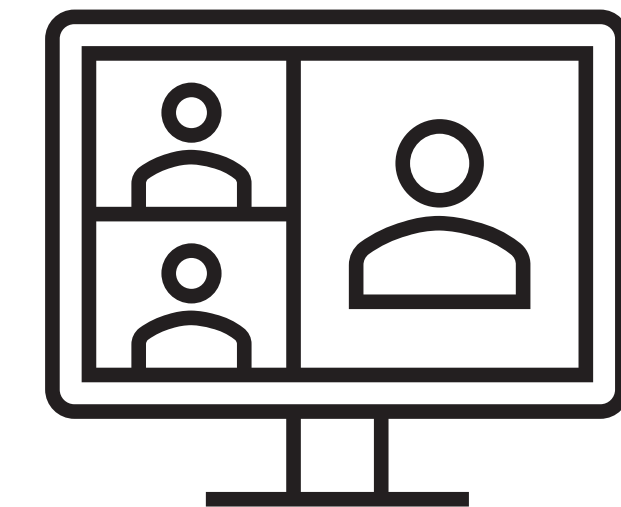
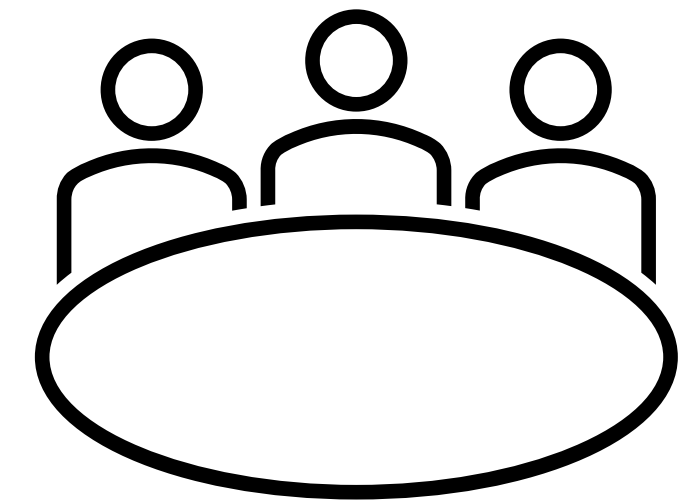
*Direktoratet skal videreføre arbeidet med felles
grunndatatjenester for legemiddelinformasjon,
herunder målarkitektur og overordnet plan.*

*Dette skal gjøres i samarbeid med Statens
legemiddelverk, Norsk helsenett SF,
Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet. KS, de
regionale helseforetakene og øvrige interessenter
skal involveres etter behov.*

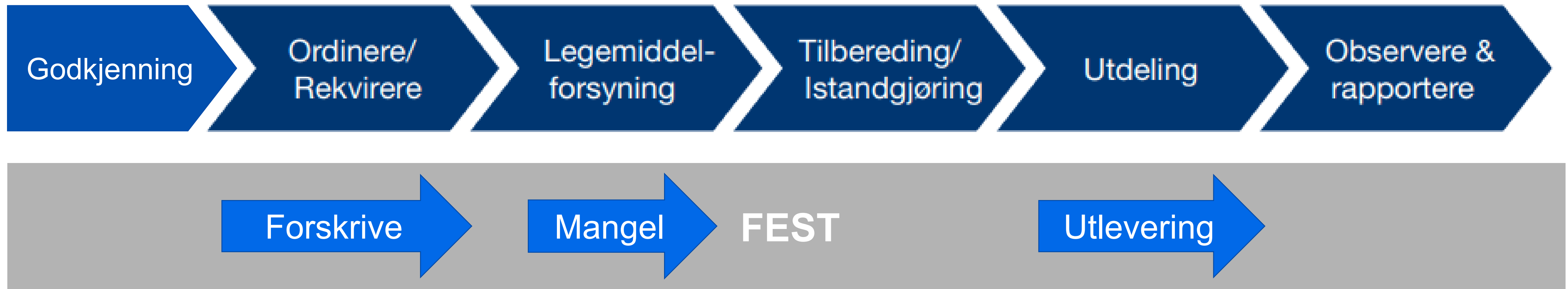


Tett samarbeid og omfattende involvering

- **Kjernegruppe** bestående av representanter fra Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet og Norsk helsenett
- **Koordineringsgruppe** på ledernivå
- Omfattende involvering og forankring i sektoren
 - Ca 50 en-til-en dialogmøter med sentrale aktører
 - Workshops:
 - Workshop januar - Arkitekturmålbilde, prinsipper og referansearkitektur
 - Workshop februar - Forvaltningsmodell, roller og ansvar
 - Workshop juni - Vurderinger og hypoteser
 - Workshop september - Hypoteser og veikart
- Flere dialogmøter med Helse- og omsorgsdepartementet



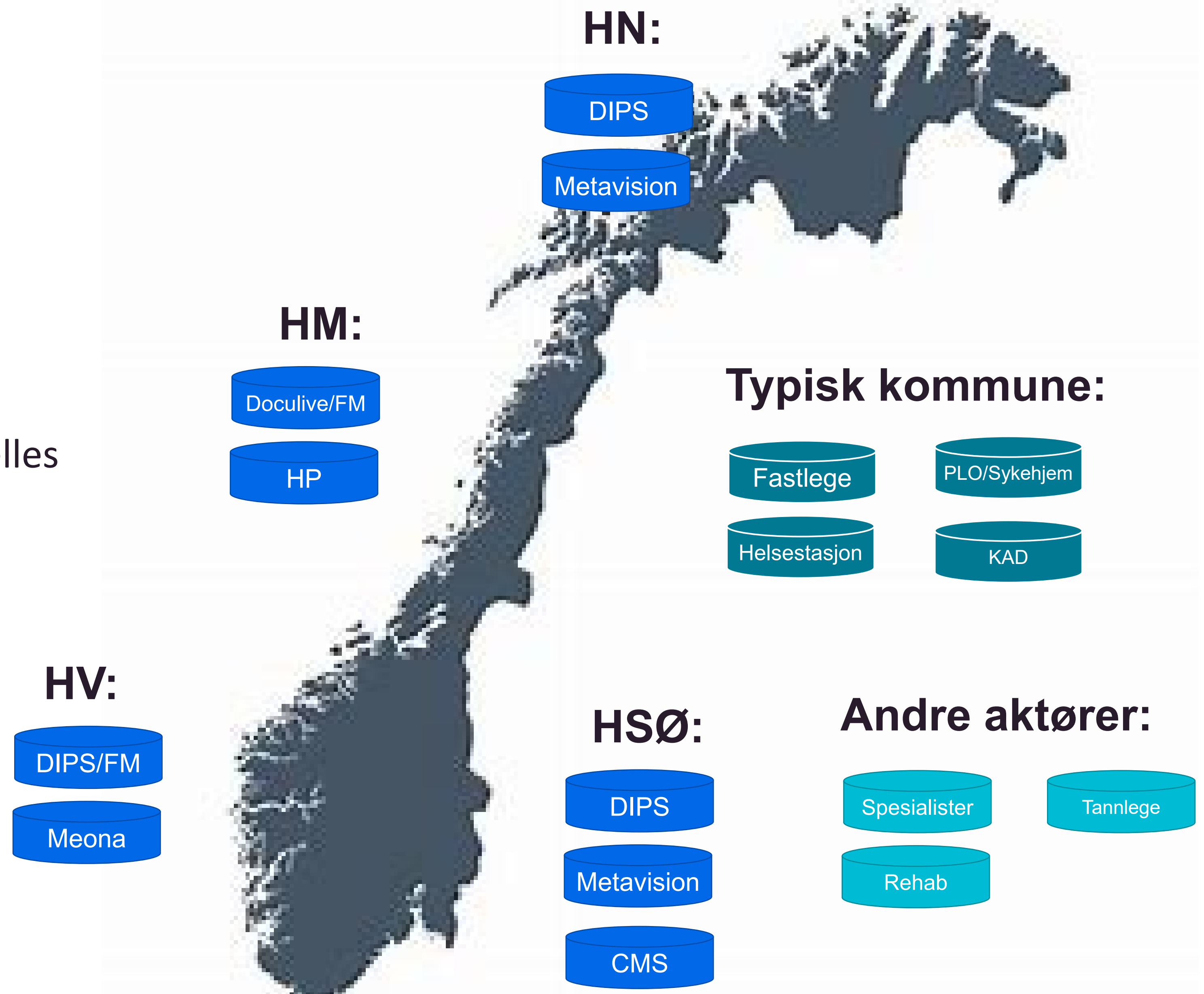
Bakgrunn 1: FEST er en (sær-)norsk løsning, laget kun for e-resept, dekker bare deler av kjeden og er teknisk moden for revisjon



- Grunndata for e-resept ble i 2010 samlet i et system som heter FEST og brukes av alle i e-reseptkjeden
- FEST inneholder ikke alle de grunndata som trengs for å håndtere deling av legemiddelinformasjon innen og mellom aktørene på en effektiv og sikker måte når pasientens legemiddeldata utveksles i hele sektoren
- FEST leveres av SLV og er nå en løsning som både teknisk, funksjonelt og organisatorisk har nådd sin levetid
- FEST inneholder mer enn informasjon om legemidler

Bakgrunn 2: Mangler felles grunndata om legemidler som binder sammen hele helsesektoren

- Hos både kommuner og HF er typisk situasjon at ikke en gang ulike system internt hos en aktør har felles grunndata om legemidler
- Når legemiddeldata samhandles mellom aktører og systemer er vi avhengige av felles grunndata for å unngå legemiddelfeil og oppnå effektive arbeidsprosesser.



Bakgrunn 3: EU-initiativer på legemiddelområdet

- **EU driver frem et relevant alternativ til FEST og stiller krav om utveksling av legemiddeldata**
 - myhealth@eu: Utveksling av legemiddellister basert på standarden IDMP blir et EU-krav
 - UNICOM: Reguleringen av legemiddelområdet i EU baseres på bruk av IDMP og med en felles database for alle legemidler - SPOR
 - WHO utvikler PhPID som supplerer IDMP og gir støtte for virkestoffordinering
- Arbeidet med dette i Norge er godt i gang allerede med SAFEST og norske miljøer er ledende (SLV og HSØ)



Hva skal vi med felles grunndata om legemidler?

Digitale løsninger som bidrar til tryggere, enklere og bedre legemiddelbehandling i hele helse- og omsorgssektoren vil kreve felles grunndata om legemidler .

Når legemiddeldata deles mellom aktører eller systemer hos samme aktør vil felles grunndata (om legemidler) gi grunnlag for at informasjonen kan forstås likt og gjenbrukes på tvers.

Dette er ikke tilfelle i Norge i dag, hverken innen organisasjoner, på tvers av organisasjoner eller mellom land. Samtidig pusher EU på!

Med felles grunndata kan vi redusere feil med legemidler, få mer effektive arbeidsprosesser for helsepersonellet, bedre kontroll for pasienten og enklere og bedre sekundærbruk (Forskning, statistikk, kontroll og kvalitetsforbedring)

Et økosystem for grunndata legemidler og medisinske produkter

Hypotese 1: Det anbefales å etablere en nasjonal styringsmodell for felles grunndata legemidler.

Hypotese 2: Ansvar for å forvalte og levere grunndata for legemidler bør fordeles mellom aktører i tråd med deres ansvar og behov.

Hypotese 3: Det anbefales en gradvis overgang til IDMP som grunnlag for nasjonale legemiddelgrunndata, der videreutvikling av SAFEST er en primær tilnærming.

Hypotese 4: Det anbefales at grunndata leveres over FHIR API fra de ulike ansvarshaverne som tilbyr grunndata.

Hypotese 5: Det anbefales en nasjonal forvaltning og normering av FHIR ressurser for felles grunndata legemidler.

Hypotese 6: Det anbefales å utarbeide prinsipper for finansiering av ulike deler av legemiddel grunndata.

Hypotese 7: Et lærende, fleksibelt og adaptivt samlet veikart for endringene

Hypotese 1: En nasjonal styringsmodell for felles grunndata legemidler og medisinske produkter

Det bør etableres en nasjonal styringsstruktur for legemiddel grunndata som sikrer myndighetsutøvelse og leveranseansvar, tydeliggjør grenser mellom ulike myndighetsorganer og private aktører, samt forbereder grunnlag for behandling i relevante nasjonale råd og utvalg innen e-helse.

- Det foreslås en tredelt modell:
 - Styringsgruppe – forestår myndighetsutøvelsen
 - Fagråd – saksbehandler og foreslår håndtering av behov og løsning
 - Referansegruppe – melder behov og gir råd og synspunkter til fagrådet



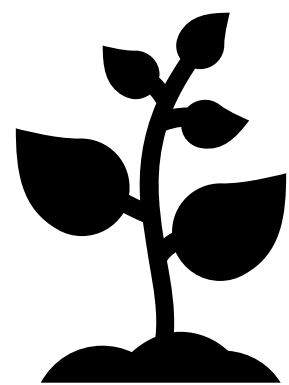
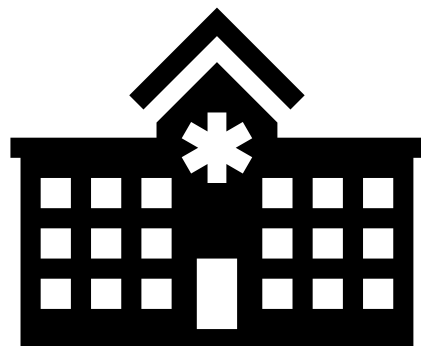
Hypotese 2: Ansvarsdeling i et økosystem for grunndata

- Ansvaret for å tilby grunndata for legemidler bør fordeles mellom ulike aktører i tråd med ansvar og behov
- Forvaltning og publisering av grunndata skal legges nærmest mulig den aktør som i praksis har ansvaret for området
- En aktør må ta ansvaret for å koordinere oppdateringer
- Vi anbefaler videre en modell der grunndata er definert som:
 - Nasjonale grunndata – må brukes likt av alle i Norge
 - Sektordata – av interesse for deler av helsesektoren
 - Tilleggsinformasjon – som kun er av interesse for noen aktører og som i større grad kan overlates til markedet å levere

Hypotese 2 (Forts): Ansvarsdeling i et økosystem for grunndata

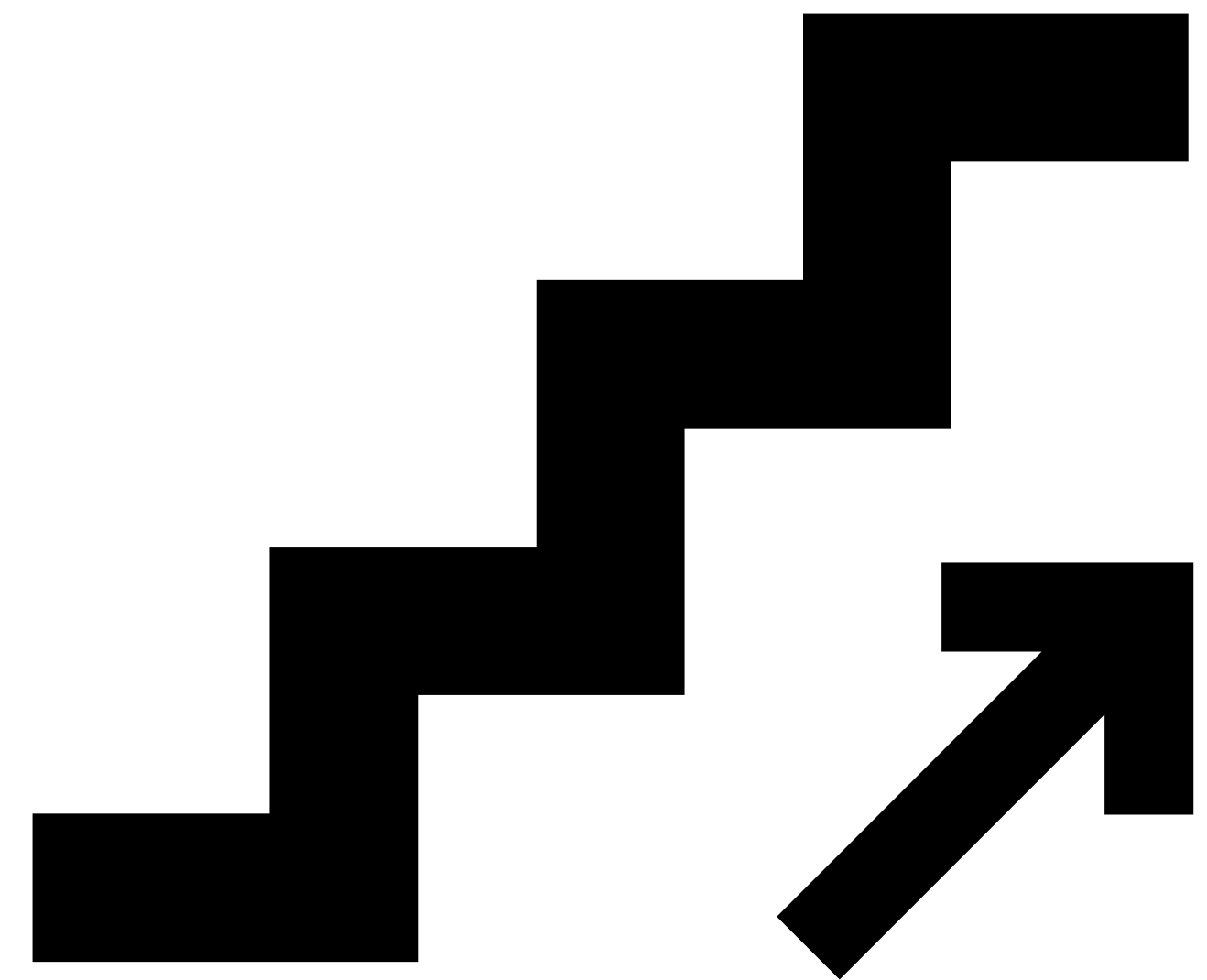


- **Nasjonale oppgave** å sørge for strukturerte grunndata som typisk er:
 - Identifiserende – hvilke entiteter omfattes med navn og ID
 - Definerende – de verdier som definerer entitetene i forhold til grunnleggende egenskaper
 - Regulerende – informasjon om hvordan entitetene skal behandles ift norske regler
- Terminologi – myndighetsoppgave å sikre de nødvendige kodeverk for å sikre de nasjonale og internasjonale faglige interesser og krav
- Myndighetsoppgave å sikre nasjonalt finansiert verdiøkende informasjon der denne vurderes å være nødvendig for fellesskapet (flere eksempler på dette i dagens FEST)
- **Sektoroppgave** å sørge for verdiøkede strukturerte grunndata som supplerer de nasjonale data for deler av sektoren
- **Tilleggsoppgave** (Markedsstyrt): Annen verdiøkende informasjon som ønskes av noen aktører

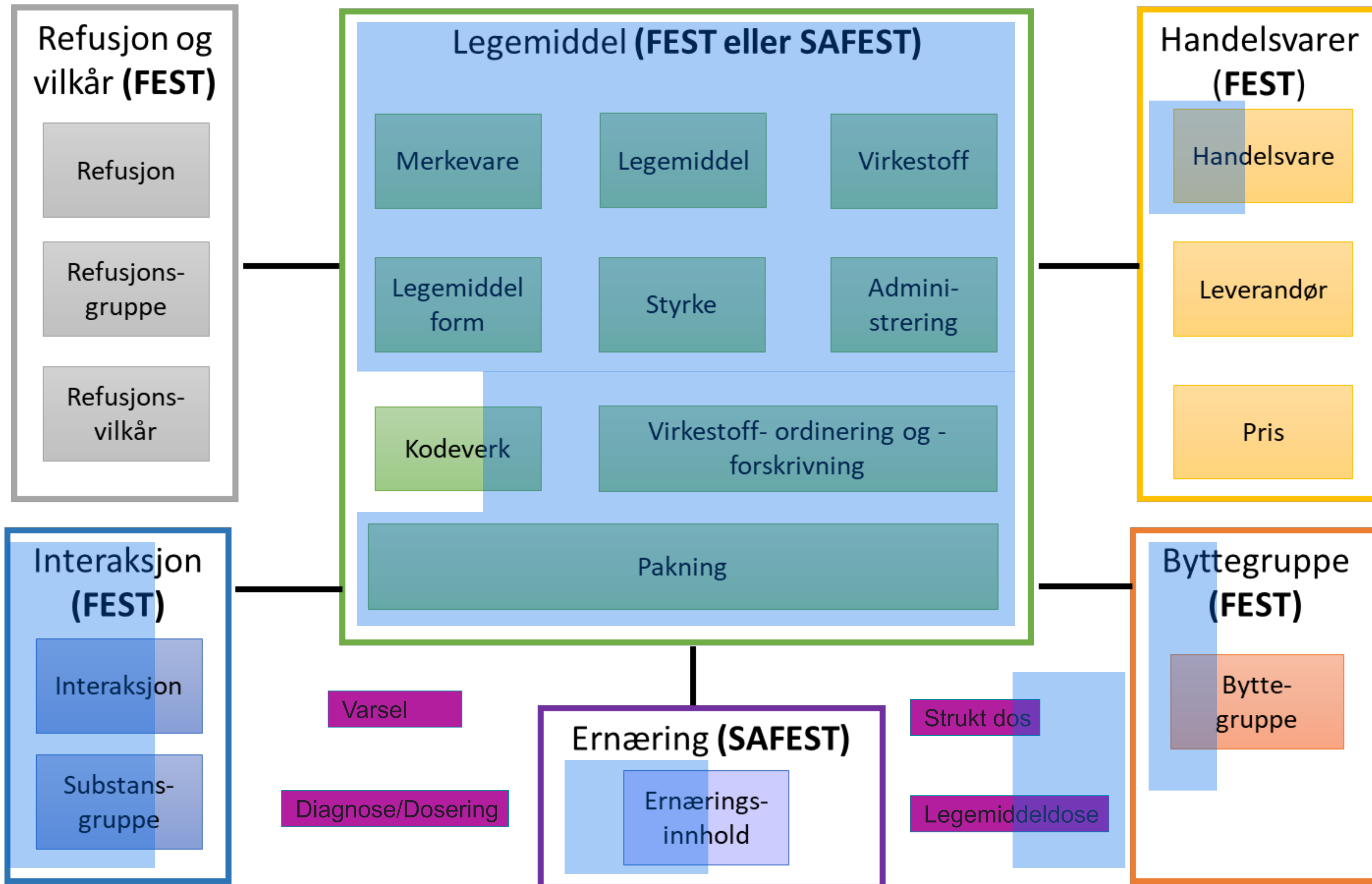


Hypotese 3: Gradvis oppbygging av grunndata basert på IDMP

- Det anbefales en gradvis oppbygging av SAFEST for nasjonale legemiddelgrunndata, basert på IDMP og PhPID.
- En gradvis oppbygging av nye tjenester foreslås
- Oversetting mellom FEST og SAFEST/IDMP må tilbys som nasjonal tjeneste
- Dagens FEST/M30 må leveres så lenge det er behov for den i e-reseptkjeden
- Grunndata som i stor grad tilsvare innholdet i dagens FEST vil fortsatt være et myndighetsansvar.



IDMP dekker ikke alt i dagens FEST

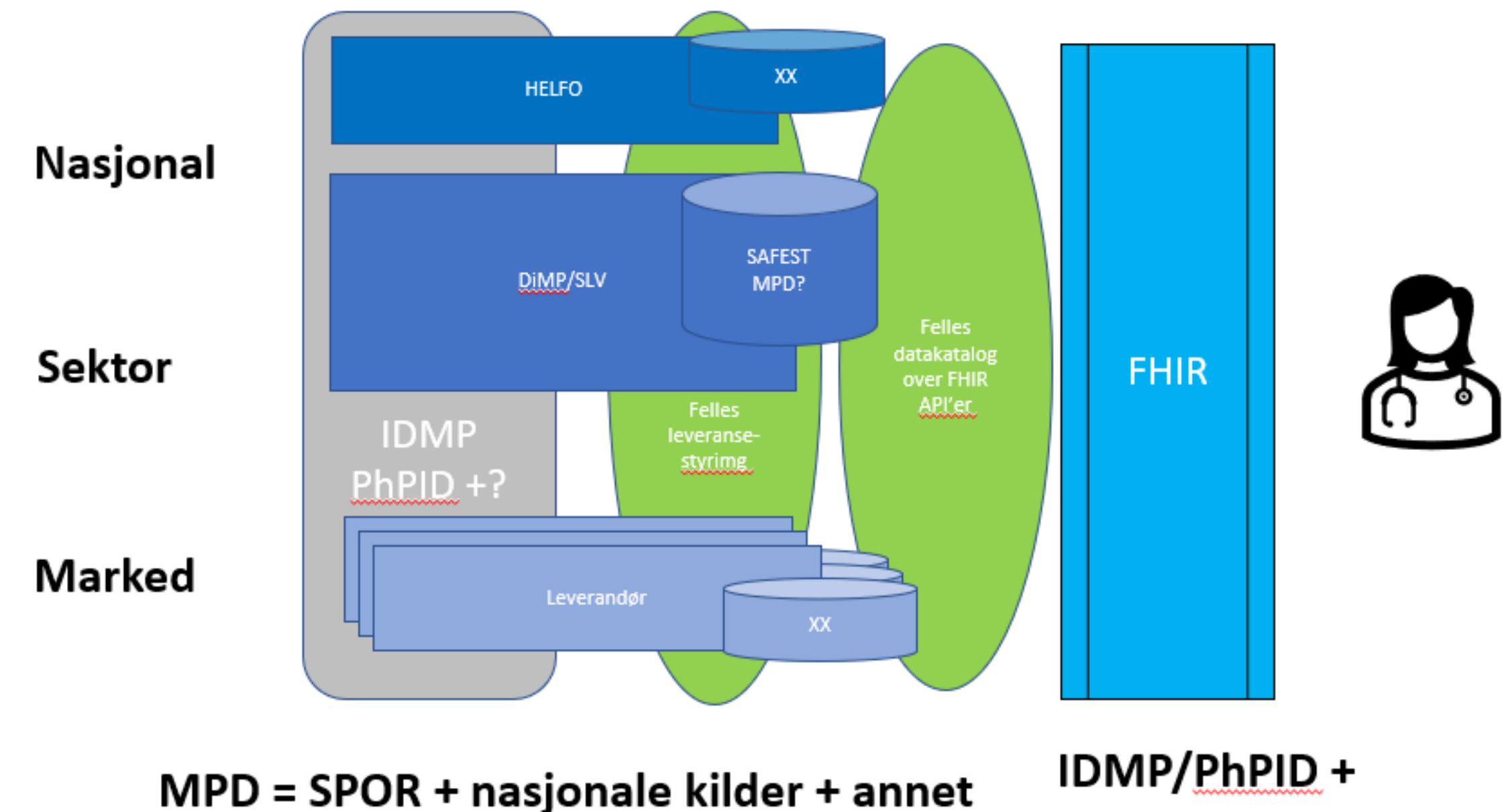


Fortsette med FEST-struktur der IDMP ikke dekker?

Hypotese 4: Grensesnitt i et økosystem - FHIR

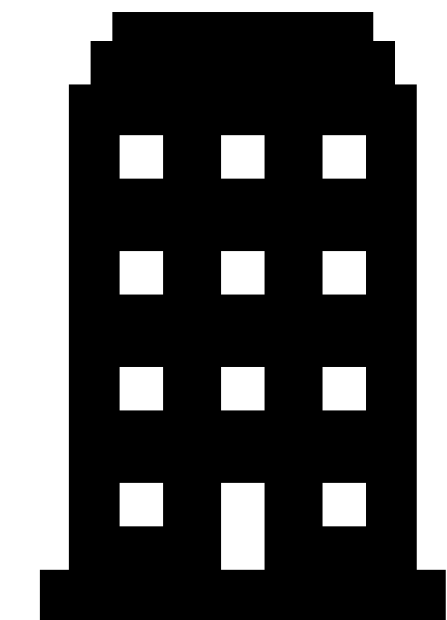
Det anbefales at grunndata leveres over FHIR API fra de ulike ansvarshaverne som tilbyr grunndata.

- Strukturerte grunndata leveres over FHIR API, inkludert mapping, for alle typer grunndata:
 - Nasjonale
 - Sektor
 - Tillegg
- Legemiddeldata som regnes som sektor- og tilleggsoppgaver leveres knyttet til de offentlige ID'er og i tråd med strukturer og kodeverk fra nasjonale grunndata
- Kodeverk leveres over FAT API og/eller FHIR
- *Det etableres også en katalog over alle tjenester som tilbys*
- *Koordinering av forvaltning/leveranse*



Hypotese 5: Forvaltning og normering av FHIR ressurser for felles grunndata legemidler*

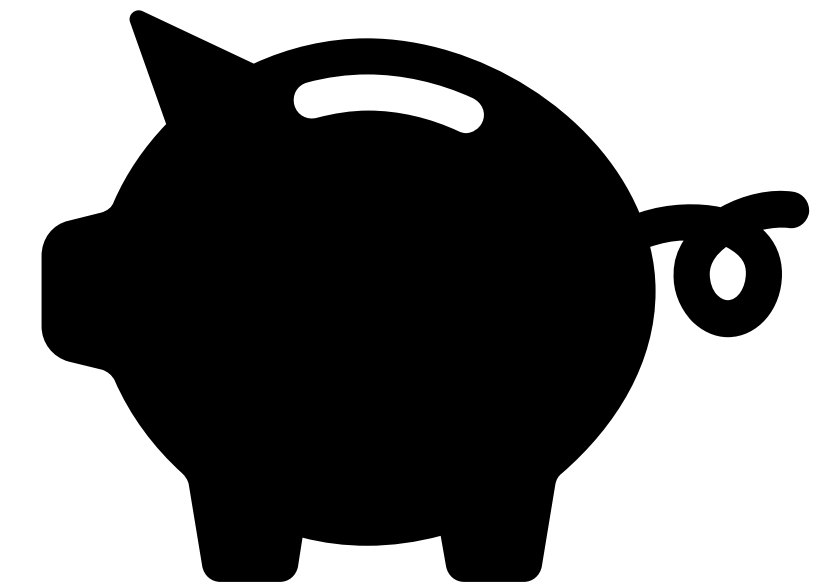
- En rekke ressurser og profiler vil lages internasjonalt og vil i stor grad søkes (gjen)brukt i Norge.
- Det må likevel gjøres noen tilpasninger av ressurser og profiler i Norge, for å dekke nasjonale forhold:
 - Det anbefales at slik forvaltning av profiler og ressurser gjøres i regi av den som eier grunndataene
 - Det må sikres rett bruk av grunndata i tråd med regulatoriske krav
 - Eventuell normering av aktuelle FHIR ressurser skjer hos Helsedirektoratet
- FHIR profiler som benyttes for tilleggsinformasjon styres ikke nasjonalt.



Hypotese 6: Finansiering av legemiddel grunndata

Det anbefales å utarbeide prinsipper for finansiering av ulike deler av legemiddel grunndata, basert på følgende:

- Markedsoppgaver foreslås finansiert av markedet
- Sektoroppgaver foreslås finansiert av aktuell del av sektor
- Nasjonale oppgaver som bør vurderes finansiert av det offentlige er:
 - **Styring:** Styringsmodell (HDIR m.fl)
 - **Oversikt:** katalogtjeneste
 - **Leveranse av nasjonale grunndata (ikke sektor eller marked):**
 - Etablere og forvalte ny nasjonal løsning NY SAFEST+ og DELE (SLV m. fl)
 - Videre håndtering av FEST så lenge som nødvendig
 - Koordinering av leveranse, samt katalog over tjenestene som tilbys
 - Forvaltning og normering av nasjonale FHIR-ressurser
 - **Innføring:**
 - Konsekvenser i e-resept-kjeden ved avvikling FEST?
 - Andre offentlige løsninger som KJ/KI helsenorge



Hypotese 7: Et lærende, fleksibelt og adaptivt samlet veikart for endringene

- Det er mange behov, risiki og avhengigheter som må hensyntas og det trinnvise utviklingsarbeidet må tilrettelegges for å håndtere usikkerheter som:
 - når EU kommer med krav,
 - når PhPID og SPOR er ferdige nok,
 - de mest presserende behovene for bedre grunndata,
 - avhengigheter til PLL og e-resept og
 - andre tiltak på legemiddelområdet hos sykehus og kommuner
 - finansiering av endringer
- En utfasing av FEST er langt frem og forutsetter en rekke forhold vi ikke har tilstrekkelig kontroll på nå.
- En ny løsning basert på SAFEST bygges gradvis opp i parallell med FEST og blir en arena for læring.
- Verdiøkning i SAFEST skal stimulere til bruk av denne.

2023

2024

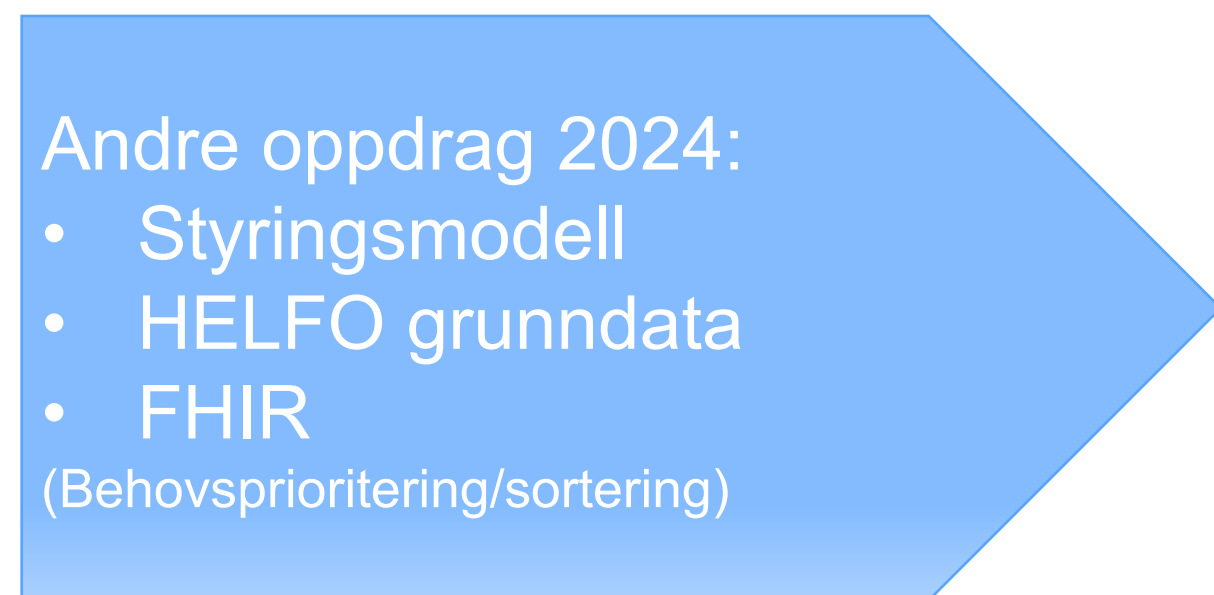
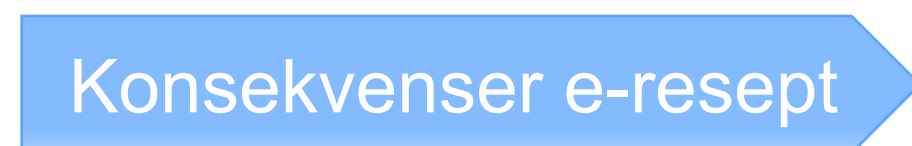
2025

2026

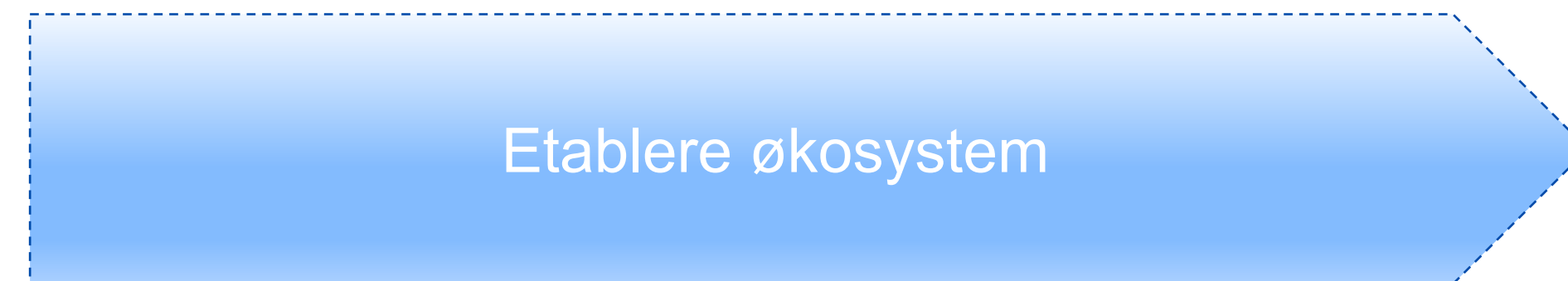
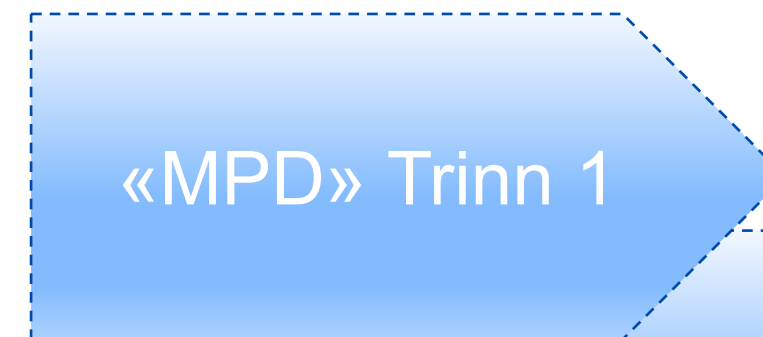
2027

2028

2029



Koordinerende overbygg?
Forprosjekt iht KS-ordning, Satsningsforslag?
Katalogtjeneste
Koordinert vedlikehold og distribusjon



Forslag til vedtak

NUIT gir støtte til at de foreslåtte hypoteser er grunnlag for videre arbeid med legemiddel grunndata. Direktoratet for e-helse vil komme tilbake med en oppdatert sak som inkluderer mulige konsekvenser og målarkitektur.



Direktoratet for
e-helse

Lunsj – oppstart igjen kl. 11.30



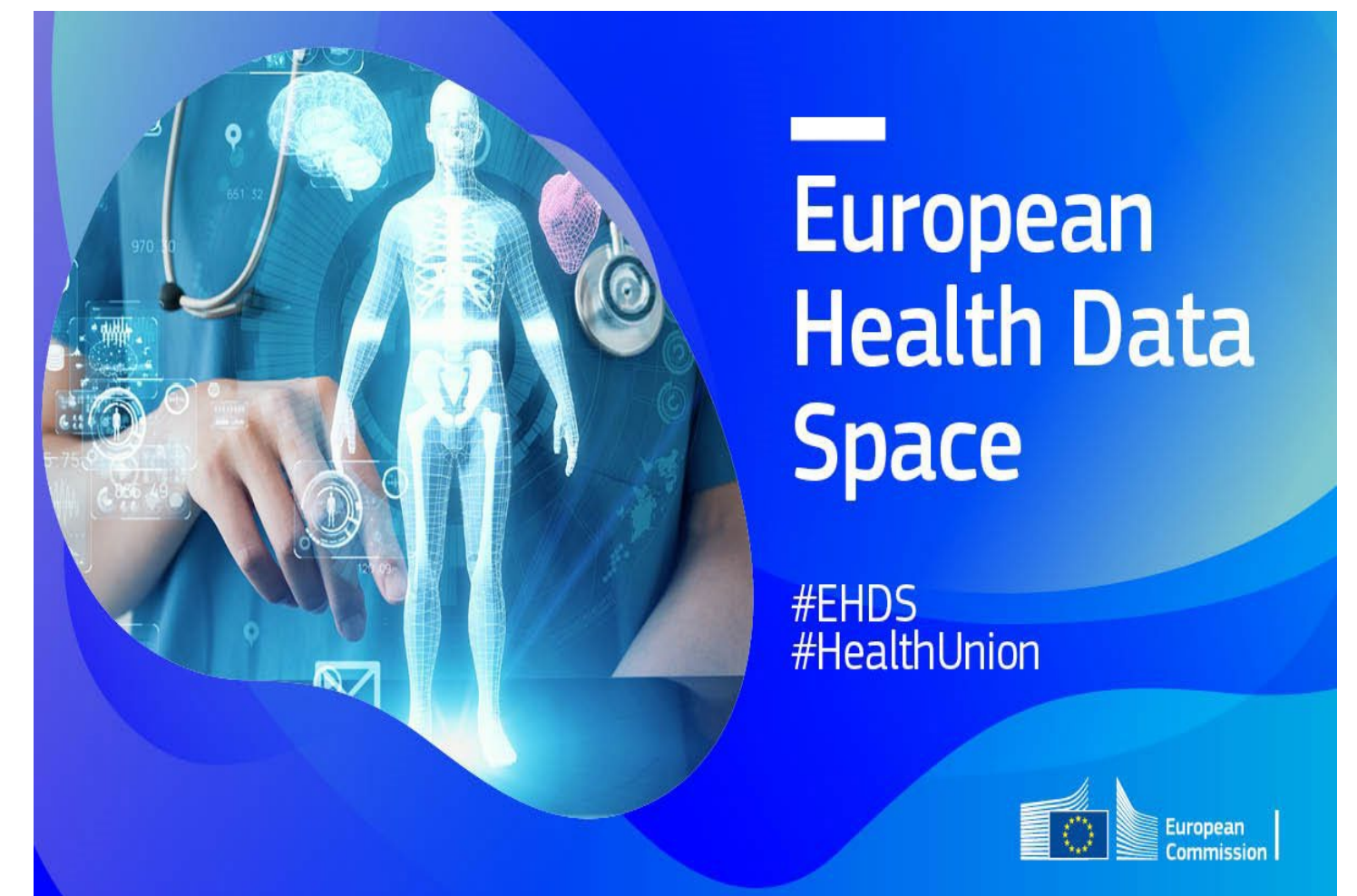
Direktoratet for
e-helse

Sak 32/23

Forordningsforslag om Det europeiske helsedataområdet (European Health Data Space)

Bakgrunn for saken

- Forordningsforslaget om European Health Data Space ble lagt frem 3. mai 2022
- Direktoratet for e-helse har i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet 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 og hva de norske helseaktørene er mest opptatt av

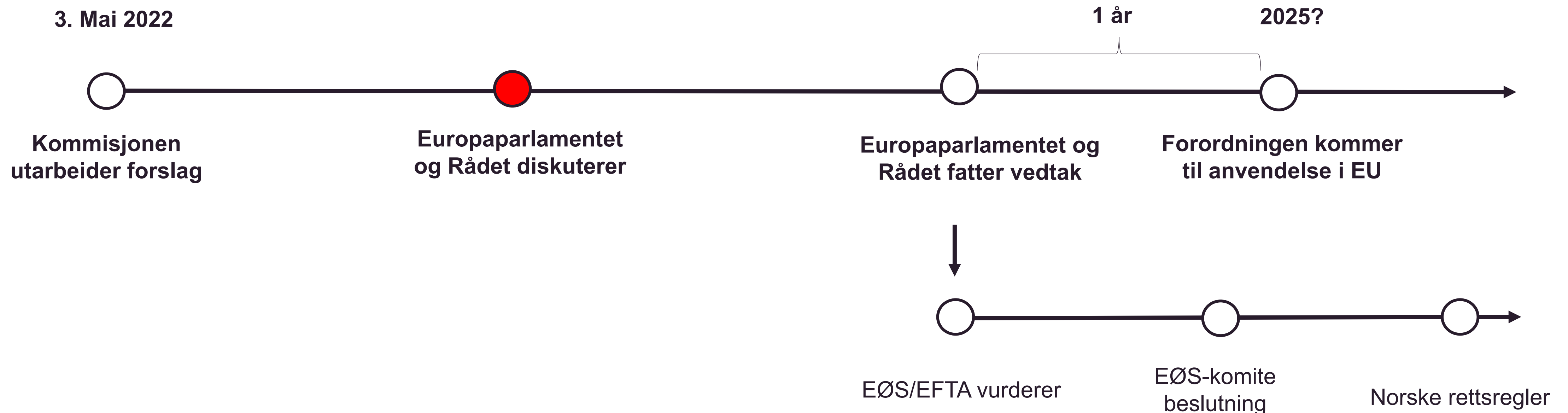


Formål med saken i NUIT

- Gi et aktuelt innblikk i fremdriften på arbeidet med EHDS i EU og i Norge
- Involvere aktørene i NUIT i de innledende vurderingene av lovforslaget og hva de norske aktører er mest opptatt av
- Invitere NUIT til å gi perspektiv på muligheter og utfordringer, og ønsker om videre involvering

Prosess i EU og EØS

- Parallell gjennomgang av teksten i Rådet og Europaparlamentet
- Europaparlamentet: Utarbeidet utkast til posisjon som det skal stemmes over
- Rådet: Fremdriftsrapport fra svensk formannskap



Sentrale tema som fortsatt drøftes i EU

- Opt-in eller opt-out løsning for sekundærbruk
- Datakategorier for sekundærbruk
- Sertifiseringsløsning for EPJ systemer
- Helseapper / livsstilsapplikasjoner
- Tidsplan
- Finansiering
- Styring



Prosess i Norge

- **Informere og mobilisere:**
 - Webinarer, nyhetsmail etc.
 - E-helse rådsmodell
 - 1:1 møter med sektor og helsenæring
- **Vurdere:**
 - Løpende vurdering av konsekvenser og muligheter
 - Sammenheng med annet EU regelverk
 - Finansieringsmuligheter gjennom EU4Health, DIGITAL, HorisontEuropa
- **Involvere og påvirke:**
 - Delta i sentrale europeiske og nordiske fora – eHealth Network, Nordisk Ministerråds e-helsegruppe
 - Aktivt deltakelse i prosjekter knyttet til primær- og sekundærbruk av helsedata



EHDS forordningen – involvering og påvirkning gjennom sentrale fora og prosjekter

EHDS forordningsforslag

- **eHealth Network**, inkl. arbeidsgrupper på semantikk og teknisk interoperabilitet

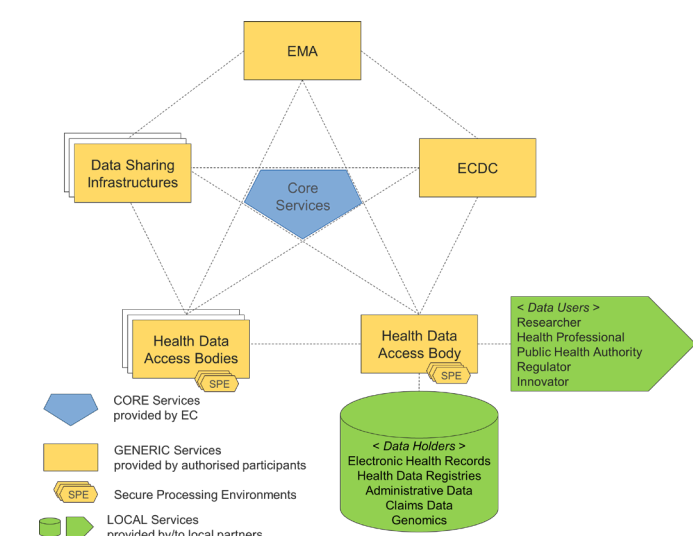
PRIMÆRBRUK

- Infrastruktur **MyHealth@EU** – implementering nasjonalt kontaktpunkt, søk og visningsmodul
- Myndighetssamarbeid primærbruk (JA) **Xt-EHR** nye tjenester, sertifiseringskriterier, telehealth, elektronisk ID



SEKUNDÆRBRUK

- Infrastruktur **HealthData@EU** – deltakelse i pilotprosjekt
- Myndighetssamarbeid sekundærbruk (JA) **TEHDAS**
- Kapasitetsbygging HDAB sikre analyserom - **SPUHIN**
- Data quality and utility label for EHDS - **QUANTUM**



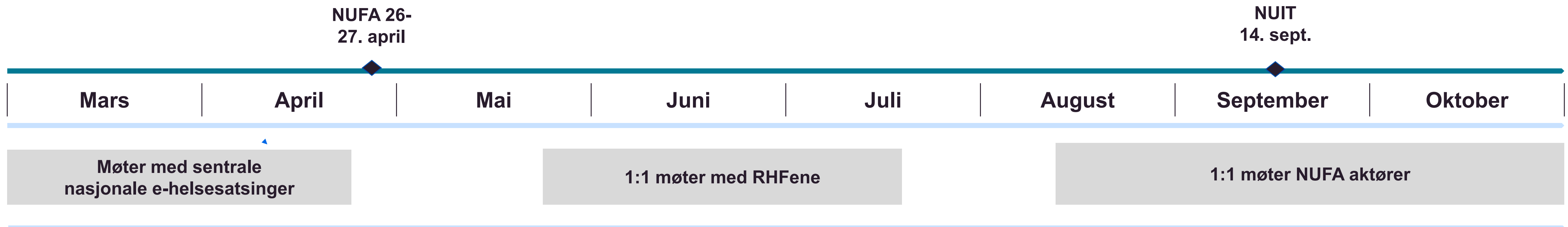
Foreløpige vurderinger fra norsk side

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



Kilde: TEHDAS

Tilbakemeldinger fra norske aktører



- Eksempler på hva RHFene særlig er opptatt av i tilknytning til EHDS
 - Primærbruk:
 - MyHealth@EU use cases for Norge
 - Hvordan data skal deles med EU
 - Hvilke internasjonale standarder som anbefales
 - Sikkerhetsmodeller – EUDI
 - Mulighet for å «åpne» EPJ leverandørmarkedet
 - Stor gevinst at helsepersonell kan dele informasjon

Andre eksempler tilbakemeldinger fra norske aktører

- Eksempler tilbakemeldinger helsenæringen:
 - Positivt med entydige krav til data og struktur – gir en ønsket og etterspurt forutsigbarhet
 - Felles bruk av standarder og europeiske journalformater kan gi leverandørene enklere tilgang til det europeiske markedet
 - Bekymret for kostnader til utvikling og tilpasning
- Utvalgte innspill fra Legeforeningen:
 - CPME (Standing Committee of European Doctors) støtter intensjonene i forslaget
 - Positivt at pasienten settes i sentrum
 - Viktig at klinikere er med i utviklingsprosessen, og at klinisk nytte vektlegges
 - Bekymret for hva dette vil gi av merarbeid for legekontorer
 - Viktig å delta aktivt i EU prosjektarbeid for å kunne påvirke, og dele av norske erfaringer

Spørsmål til diskusjon i NUIT

- Har aktørene i NUIT perspektiv / innspill til muligheter og utfordringer ved EHDS?
- Hvordan vil NUIT involveres videre?

Vil du vite mer om EHDS?

Direktoratet for e-helse har arrangert tre webinarer:

Informasjonsmøte om EHDS 12. september 2022

Informasjonsmøte om EHDS primærbruk av helsedata 18. januar 2023

Informasjonsmøte om EHDS sekundærbruk av helsedata 30. mars 2023

Forslag til vedtak

NUIT tar saken til orientering.



Direktoratet for
e-helse

Sak 33/23

**MyHealth@EU – Norsk kontaktpunkt, søk
og visningsmodul**



Direktoratet for
e-helse

 Norsk helsenett

MyHealth@EU – Norsk kontaktpunkt, søk og
visningsmodul

14.09.2023

Georg F. Ranhoff
Gunnar Øiaas

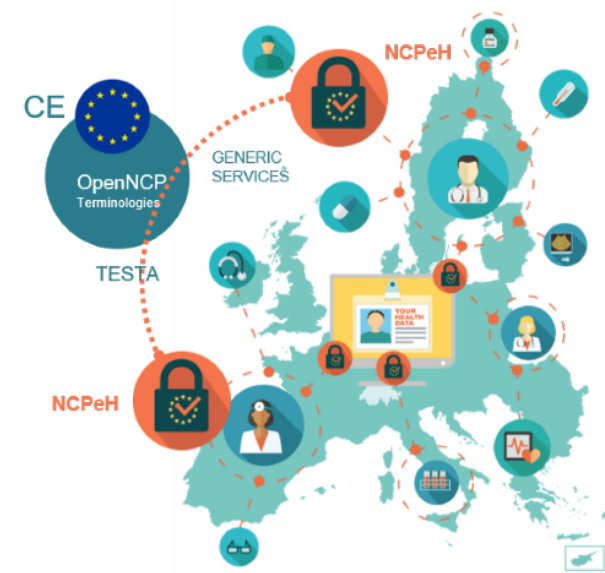


EHDS forordningsforslag

- **eHealth Network**, inkl. arbeidsgrupper på semantikk og teknisk interoperabilitet

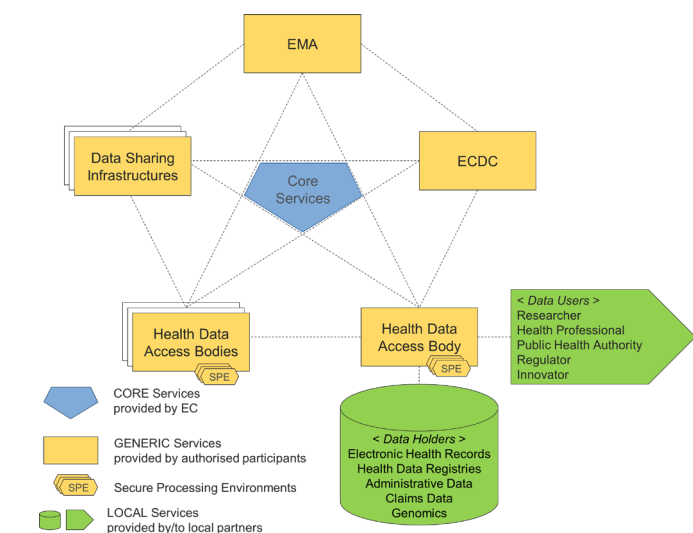
PRIMÆRBRUK

- Infrastruktur **MyHealth@EU** – implementering nasjonalt kontaktpunkt, søk og visningsmodul
- Myndighetssamarbeid primærbruk (JA) **Xt-EHR** nye tjenester, sertifiseringskriterier, telehealth, elektronisk ID



SEKUNDÆRBRUK

- Infrastruktur **HealthData@EU** – deltakelse i pilotprosjekt
- Myndighetssamarbeid sekundærbruk (JA) **TEHDAS**
- Kapasitetsbygging HDAB sikre analyserom - **SPUHIN**
- Data quality and utility label for EHDS - **QUANTUM**

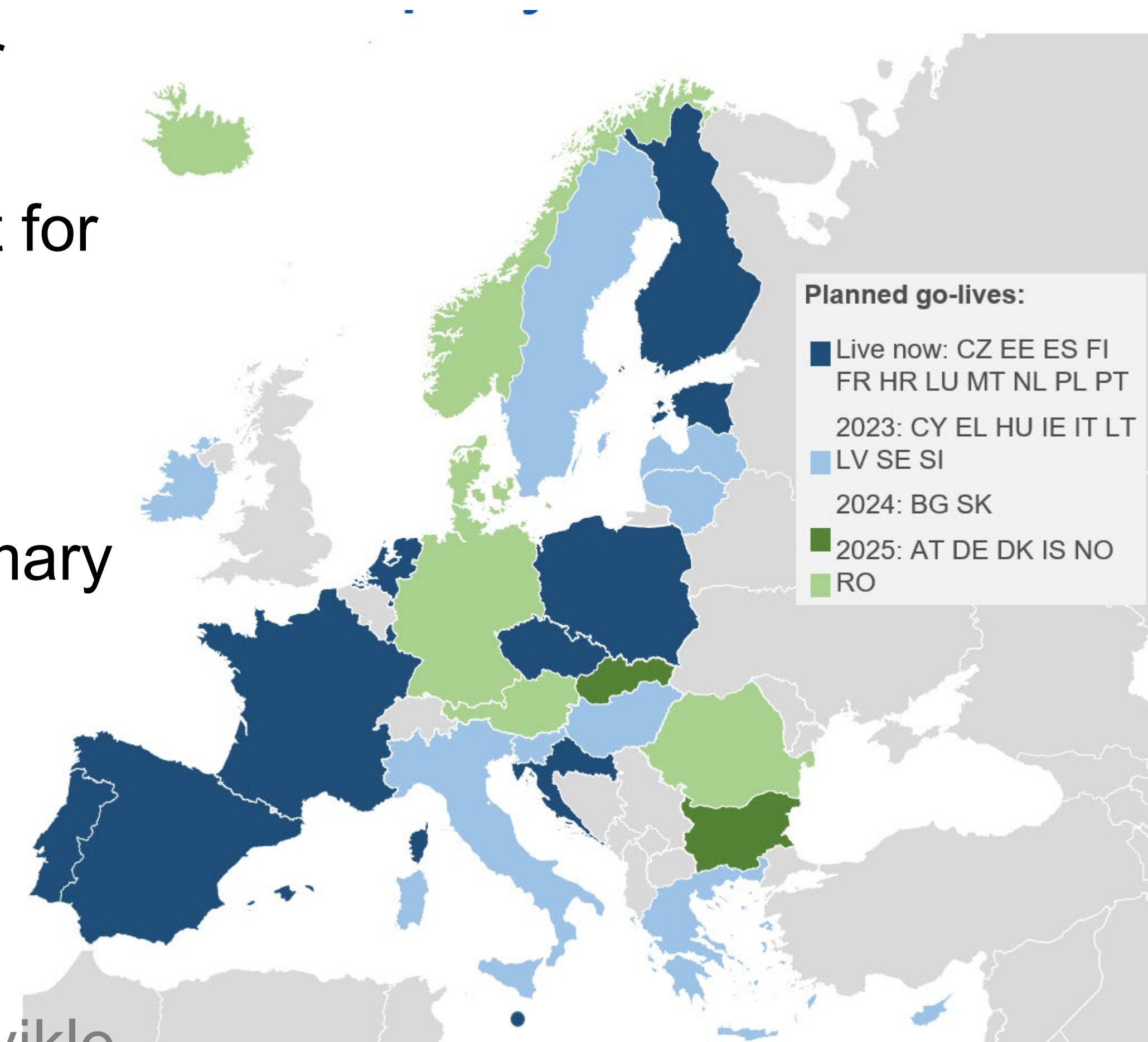


Hensikt med saken er å tydeliggjøre hva som leveres i MyHealth@EU prosjektet nå, og hva som ikke er del av pågående prosjekt.

Det vil være sentralt for å drøfte hvordan vi kan høste erfaringer og involvere for prioritering av EU prosjekter og vurdere hvordan EU initiativ er med på å styrke og påvirke videre nasjonal utvikling.

MyHealth@EU - norsk tilkobling

- Prosjektet startet januar 2023, og skal pågå i tre år
- Samarbeid mellom Norsk helsenett og Direktoratet for e-helse.
- Norge vil i denne omgang åpne for mottak av helsedata fra andre europeiske land (Patient summary og ePrescription)
- Langsiktig ambisjon om å åpne for å dele norske helsedata, tilgjengeliggjøre flere tjenester (bilder, prøvesvar, epikriser mm.) og være med å videreutvikle disse.



Krysser landegrenser ofte

- En dansk ingeniør som bor i Malmø jobber for et norsk konsultentselskap med kontor i Oslo, og har derfor D-nummer
- Han har insulinavhengig diabetes
- Han klarer å glemme insulinmedisinen hjemme, og oppdager det først når han kommer til hybelen sin i Oslo sent søndag kveld.
- Han tar kontakt med nærmeste legevakt for å få utstedt erstatningsmedisin.
- Oppslag i Patient summary og ePrescription forteller hvilke medikamenter og doser som pasienten bruker



ePrescription

September 2023

Land **Antall (ca)**

Totalt:

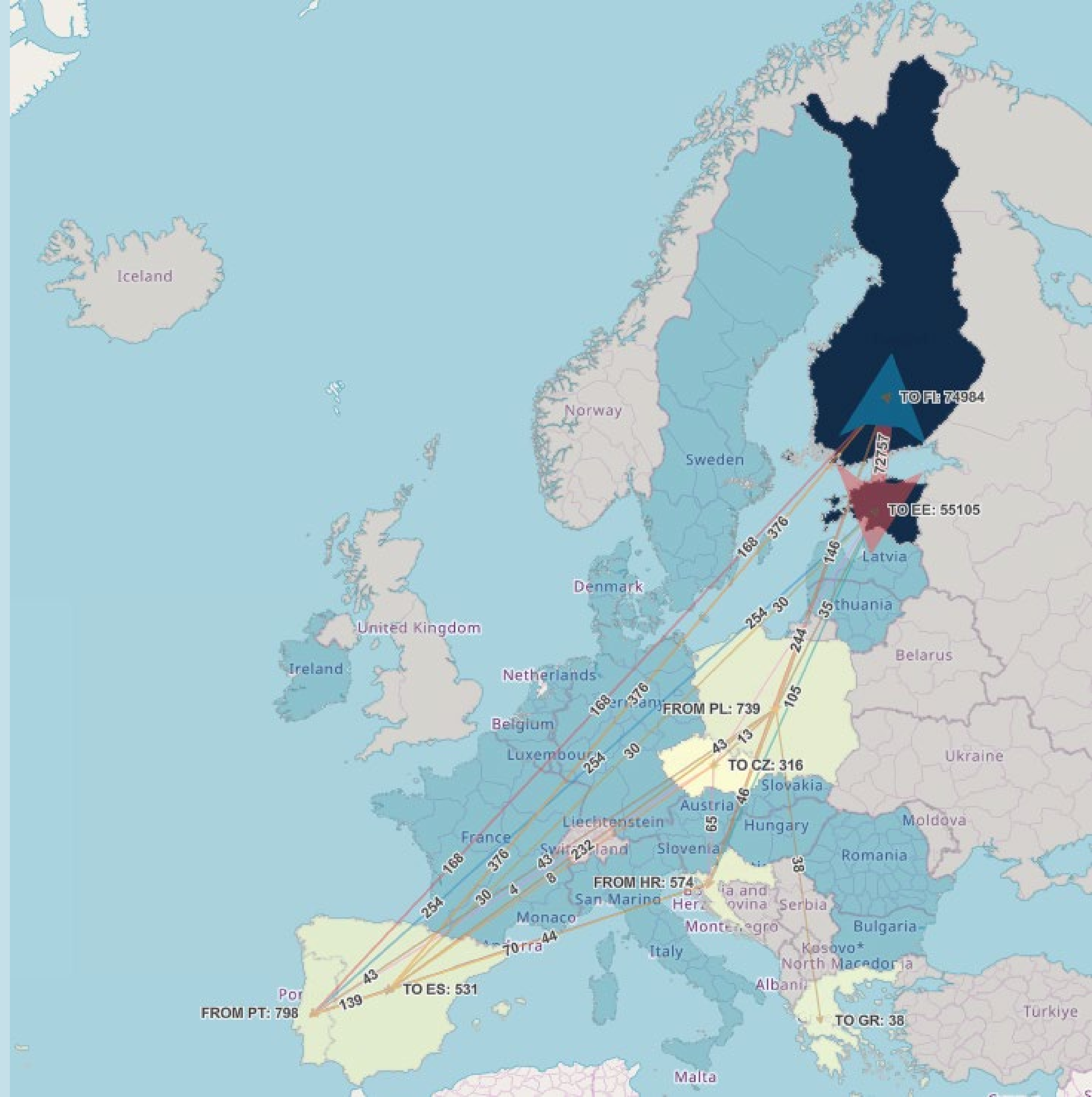
Alle land 132 500

Finland og Estland 130 000

2023:

Alle land 28 500

Finland og Estland 27 500



Kilde: MyHealth@EU Monitoring Framework:
<https://webgate.ec.europa.eu/santegis/eHDSI/>

Patient Summary

September 2023

Land

Antall (ca)

Totalt:

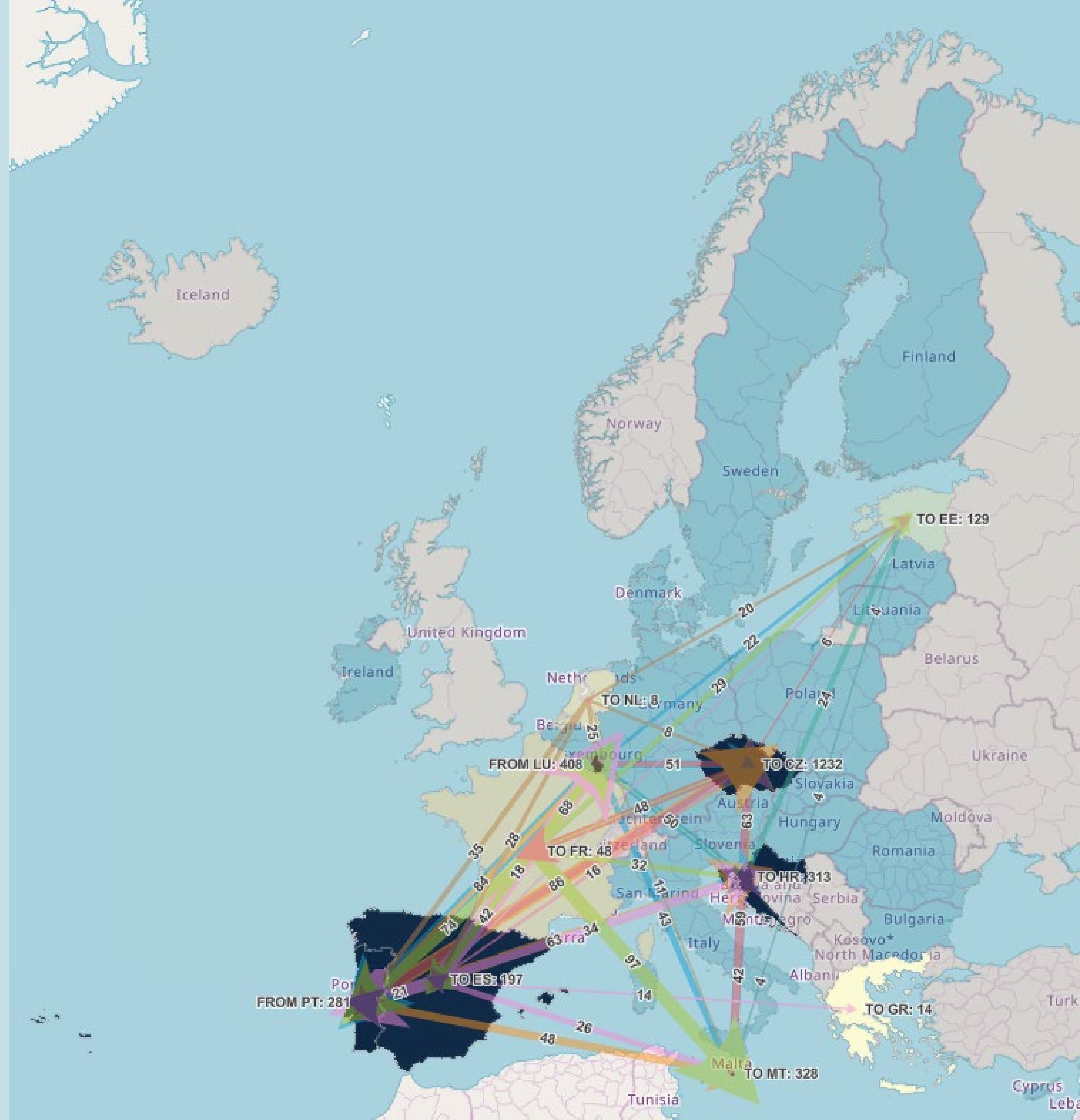
Alle land

3 361

2023:

Alle land

832

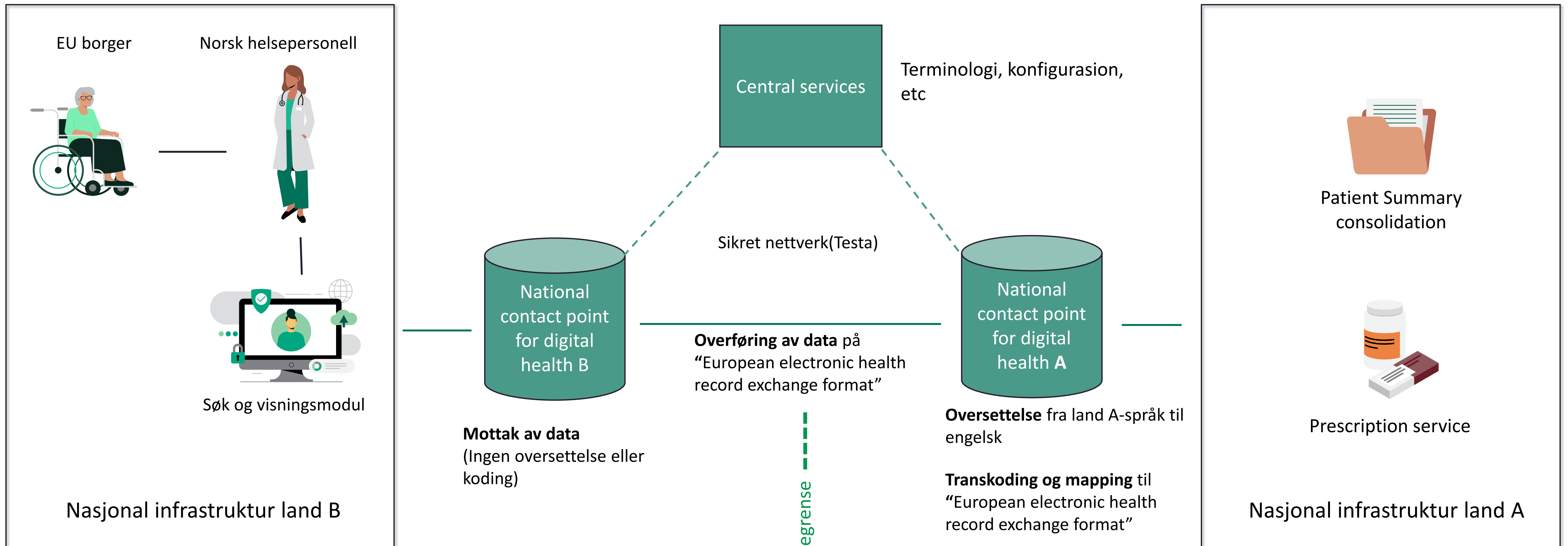


Rammer for prosjektet

- Få etablert norsk MyHealth@EU – tjeneste som inneholder:
 - Nasjonalt kontaktpunkt mot EU
 - Brukergrensesnitt for norsk helsepersonell
- Gjøre en stegvis utrulling
- Lære av erfaringene

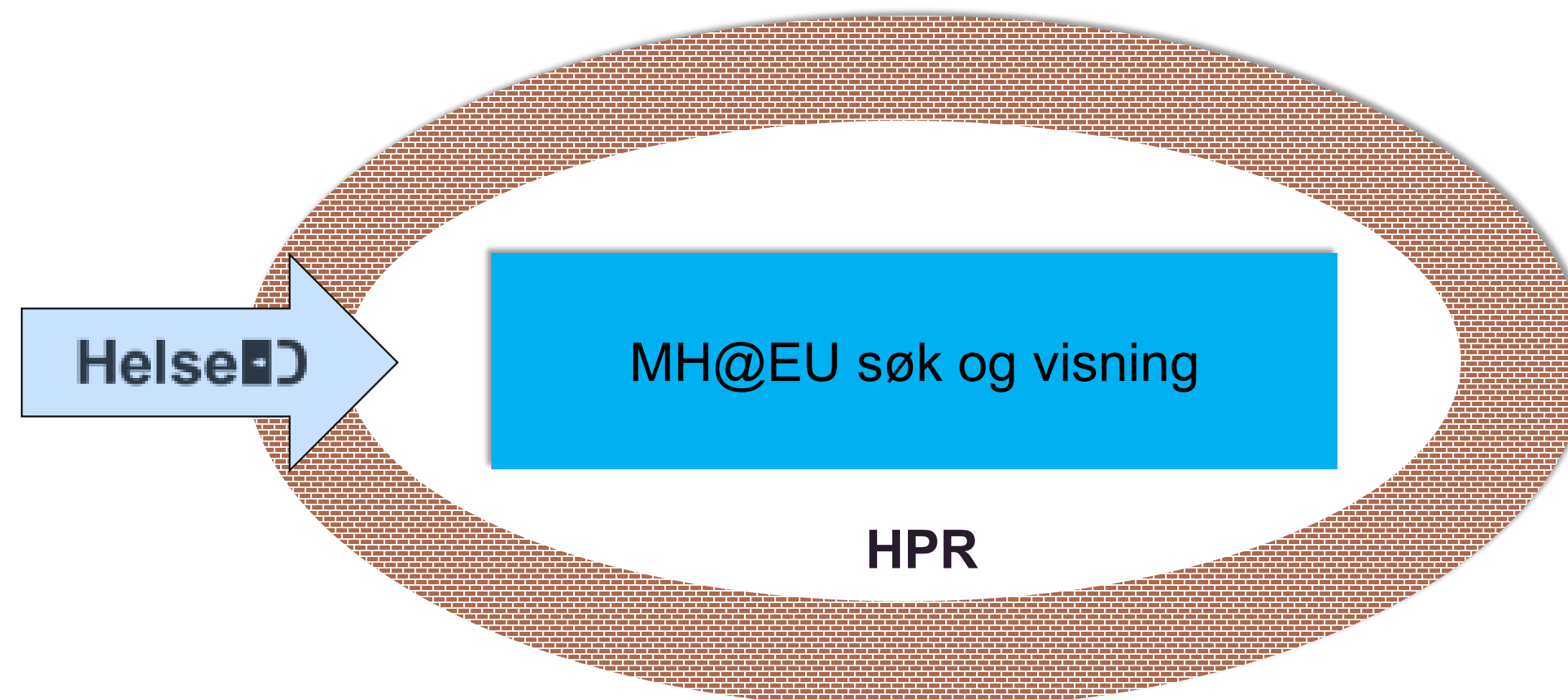
Teknisk implementering

Norsk kontaktpunkt (NCP-B) og dataflyt over landegrensener



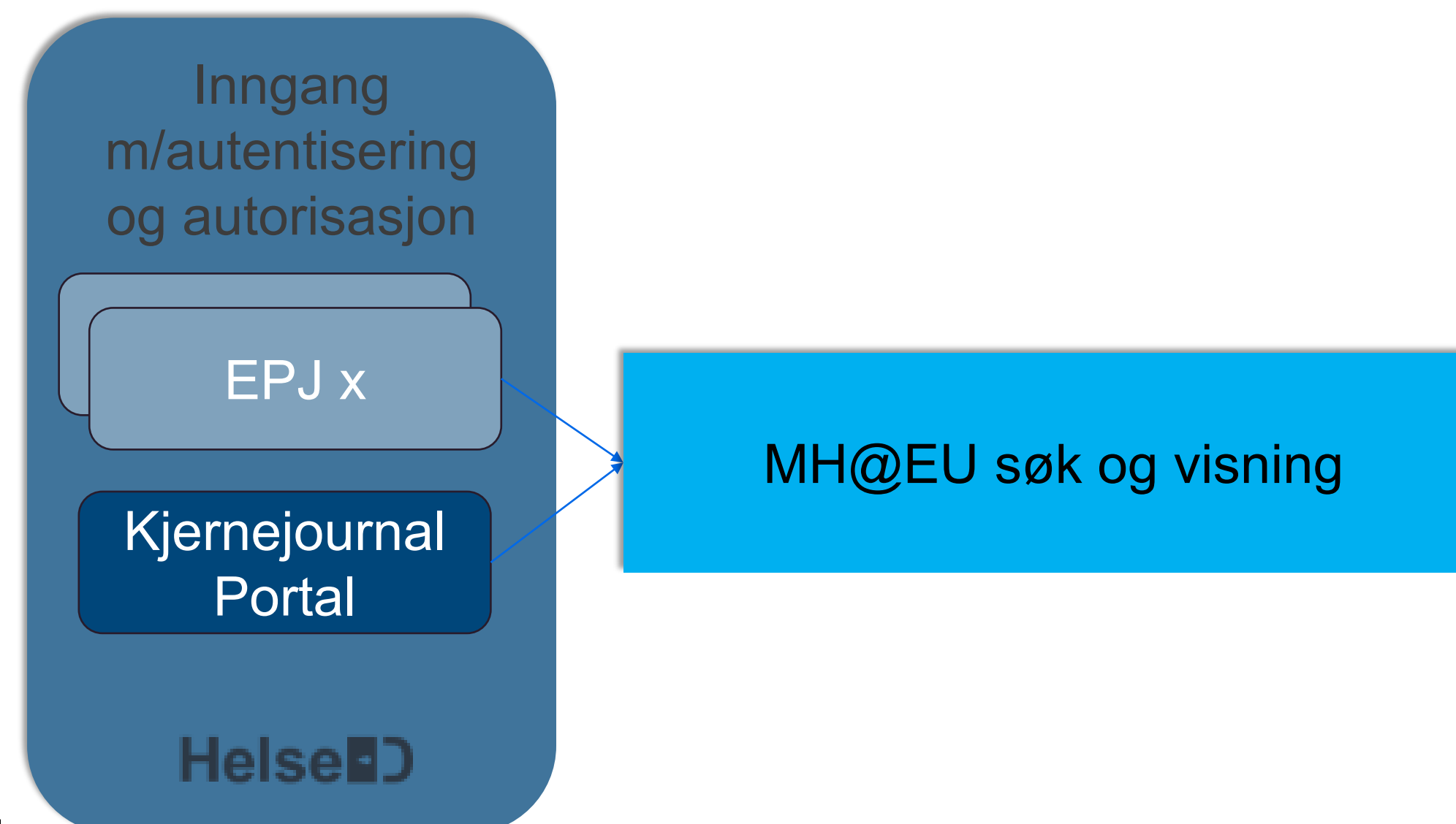
Tillitsmodell

- Tillit er sentralt for å dele helseopplysninger over landegrensene
- EU har definert et sett av krav som Norge må oppfylle før vi slipper in i «Circle of trust»
- Skal bruke HelseID og Helsepersonellregisteret (HPR)
 - Det vil ikke være mulig å bruke MyHealth i Norge uten å ha logget inn med HelseID først (autentisering)
 - Hvilken type informasjon man får tilgang på styres av rollen man har i HPR (autorisasjon)



Søk og visningsmodul

- Gir norsk helsepersonell tilgang til dokumentdeling i MyHealth@EU.
- Vil unngå “enda en portal”. Modulen tilbys derfor gjennom eksisterende systemer (EPJ/KJ)
- Søk- og visningsmodulen inneholder funksjonalitet for å
 - søke opp en pasient i ulike europeiske land
 - finne ut hvilke opplysninger som eksisterer
 - vise fram de dokumentene man har behov for å se.
 - *Patient Summary*
 - *ePrescription*



Eksempel på Søk- og visningsmodul

MyHealth@EU Log out

Patient Search

Country of origin
Finland >

healthCardNumber
label.ism.healthCardNumber

Find patient

Person Identity Traits

firstName
label.ism.firstName

Address
label.ism.addressStreet

City
label.ism.addressCity

gender
label.ism.gender

Next of Kin Identity Traits

familyName
label.ism.familyName

EIR Code
label.ism.addressPostalCode

Country
label.ism.addressCountry

birthDate
label.ism.birthDate

Find patient

MyHealth@EU Log out

Katriina Kastehelmi Kukko | ID 1-1234-W6 | Female | 01.01.2000 (23 years)

ePrescriptions
Select

Patient Summary
Select

Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF ber NUIT drøfte følgende spørsmål:

Hvordan erfaringene gir grunnlag for at kunnskapen fra EU prosjektet er med på å styrke og påvirke videre nasjonal utvikling.

Forslag til vedtak

NUIT er orientert om framdrift og status på arbeid knyttet til etablering av norsk kontaktpunkt, og ber om at Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF tar innspillene med inn i videre arbeid i prosjektet.



Direktoratet for
e-helse

Sak 34/23

**Digital infrastruktur for helseovervåking,
analyse, statistikkproduksjon og deling –
som del av helhetlig økosystem for den
digitale helseberedskapen i Norge**



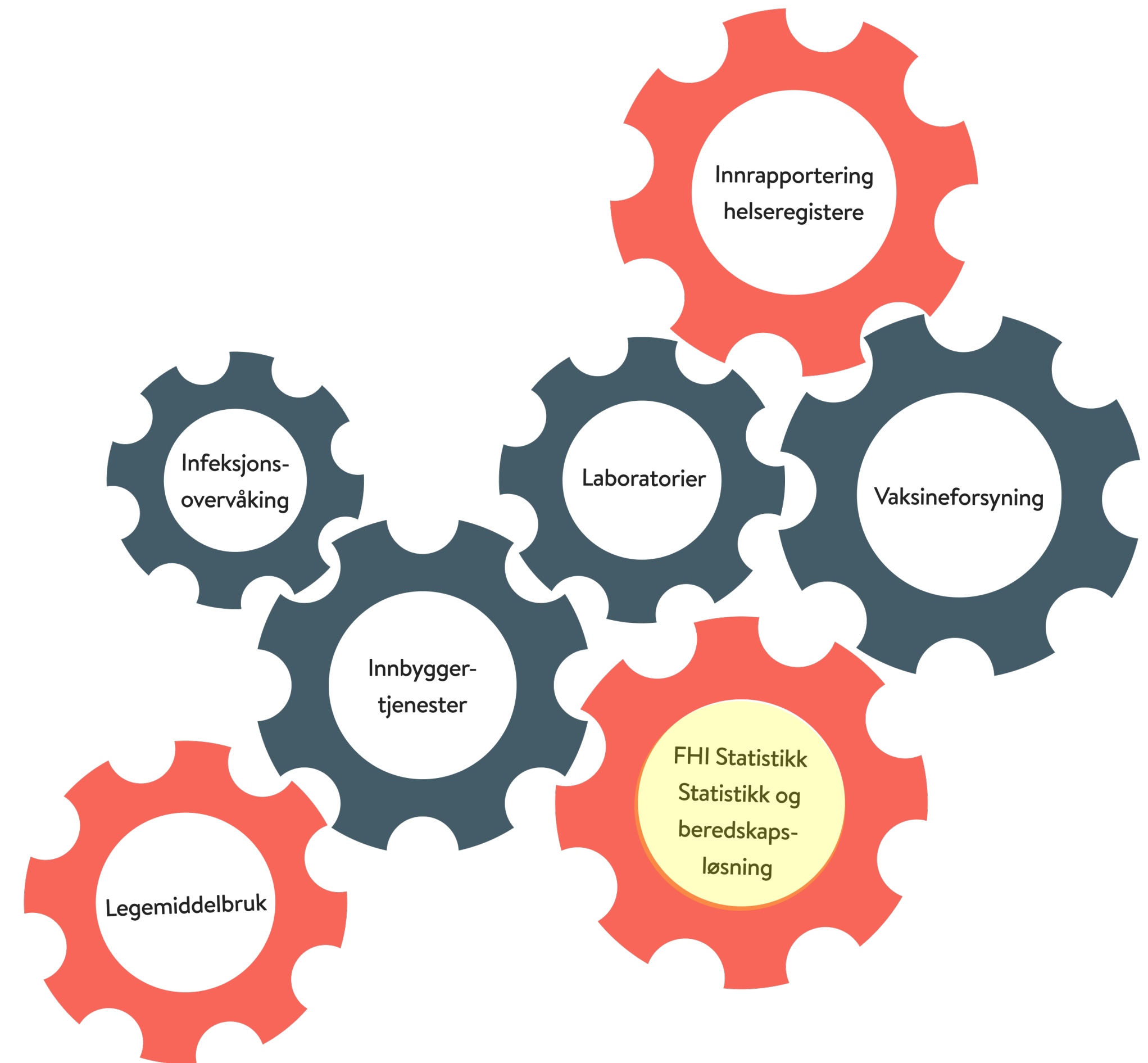
Digital infrastruktur for helseovervåking, analyse, statistikkproduksjon og -deling som del av et helhetlig økosystem for den digitale helseberedskapen i Norge.

Et samarbeid mellom FHI og KS

Strategi for statistikk- og beredskapsløsninger

Ambisjon

- Skalerbart kunnskapssystem til overvåknings- og beredskapsformål
- Data i nær sanntid
- Store datamengder håndteres mer effektivt for økt kunnskapsproduksjon
- Resultater produseres og publiseres fortløpende



Digital infrastruktur for helseovervåking, analyse, statistikkproduksjon og -deling

MÅL

- Analyseinfrastruktur – effektiv datainnhenting og produksjon av statistikk og dataprodukter
- Skalerbar infrastruktur
- Effektive formidlingskanaler

EKSEMPLER PÅ GEVINSTER

- Kommunelegen får en god og rask oversikt over smittesituasjonen
- Kommunen får rask og oppdatert kunnskap om folkehelsen
- Helseforetak får tilgang på relevant kunnskap for å håndtere beredskapssituasjonen på sykehusene og planlegge kapasitet



Digital infrastruktur for helseovervåking, analyse, statistikkproduksjon og -deling

- Trygg og effektiv deling av data på tvers av aktører i helsesektoren (FHI og kommuner)
- Forenkle arbeidshverdag for aktører i kommuner med tjenstlig behov for relevant kunnskap
- Forenkle arbeidshverdag for analytikere i FHI



Digital infrastruktur for helseovervåking, analyse, statistikkproduksjon og -deling

Avgrensninger

- Vi skal ikke forbedre dataleveranser til helseregistrene/datakildene
- Vi skal ikke forbedre utlevering av data til forskningsformål
- Vi skal ikke bygge en (analyse)plattform til bruk utenfor FHI



FHI (og KS) ønsker å legge til rette for at kommuneleger kan holde løpende oversikt over infeksjonsepidemiologiske forhold i sin kommune



Knut – Kommuneoverlege i middels stor kommune

45 år og digital kompetent

Stor andel jobbspennere i kommunen

Overvåking

Innsikt og analyse

Planlegging

Gjennomføring av tiltak

Oppfølging av tiltak

1. Automatisk varsling om influensasmitte i nabokommuner

Knut får et automatisk varsel om at det er stigende influensatrend i sin nabokommune (enten i eget system eller direkte fra FHI)

2. Tilgang til sanntidsdata om influensasmitte

Knut logger seg inn som kommunelege i sitt verktøy/applikasjon for å få tilgang til oppdaterte data om influensasmitte for sin kommune og region.

3. Tilgang til sammenstilte data for helhetlig bilde

Knut ser det er lite påvist influensasmitte i sin kommune, men at det samtidig er få som foreløpig er vaksinert mot årets influensavirus

4. Rask planlegging av tiltak basert på sammenstilte data

Knut vurderer hvilke innbyggere som bør vaksineres først basert på egne vurderinger og anbefalinger av tiltak fra FHI og/eller sentrale myndigheter

5. Informasjonstiltak basert på datainnsikt

Knut initierer målrettede informasjons- og kommunikasjonstiltak til eksempelvis eldre aldersgrupper og institusjoner som sykehus, sykehjem, skoler, barnehager m.fl.

6. Vaksinasjon av målgrupper

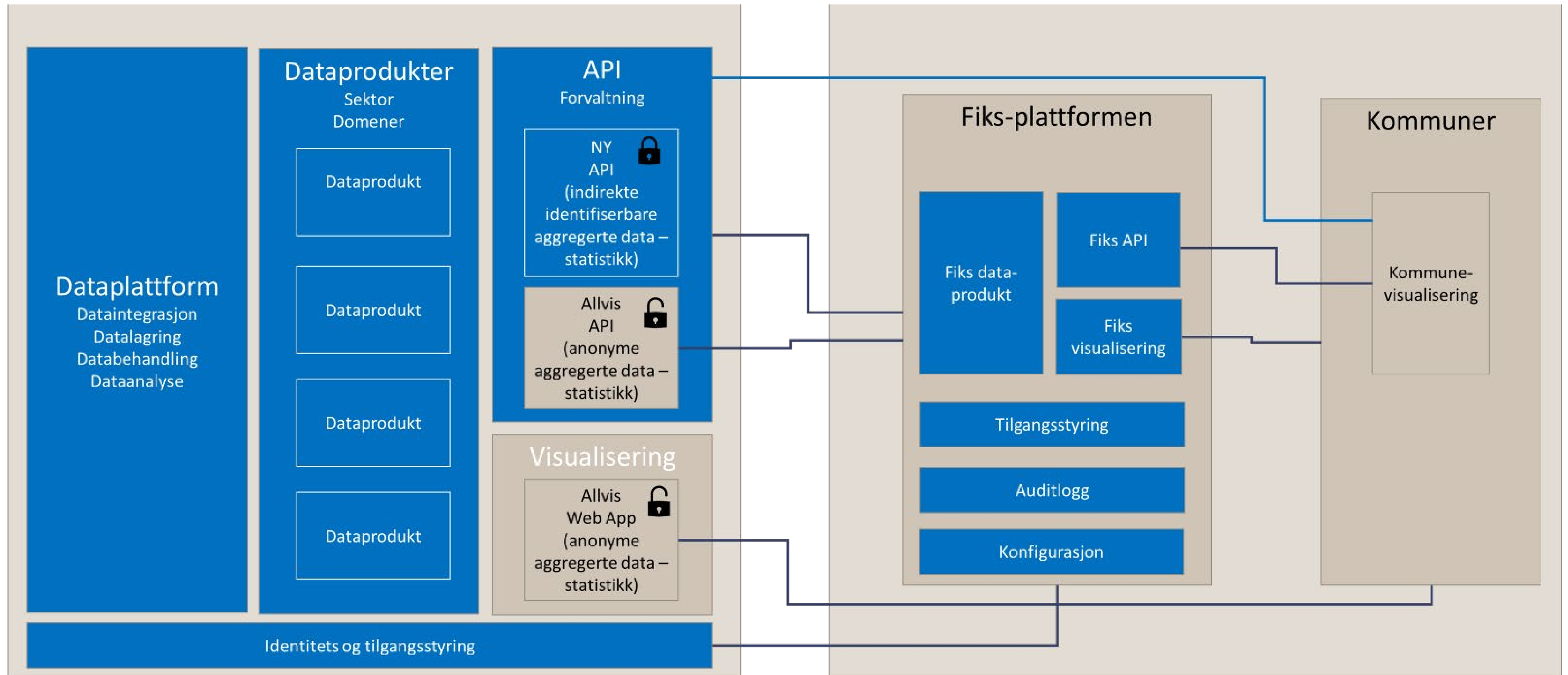
Knut, i samarbeid med sine kollegaer, sørger for at tiltakene kan gjennomføres effektivt gjennom eks. tilstrekkelig med vaksiner, personell, lokaler, innkalling, vaksinasjonstimer m.m.

7. Fortløpende oppfølging av tiltak

Knut har mulighet til å fortløpende følge opp effekten av iverksatte tiltak gjennom sitt verktøy/applikasjon:

- Er det flere i målgruppen som vaksinert seg?
- Sammenligning av influensasmitte i sin kommune vs. andre kommuner
- Sammenheng mellom influensasmitte, antall innleggelser på sykehus, dødsfall m.m.

Overordnet forslag til infrastruktur - komponenter og integrasjoner



- Leveranser som dekkes av søknaden
- Eksisterende produkter som skal videreutvikles i prosjektet, men som ikke er et nytt produkt

Kapabiliteter

Dataforvaltning



Teknologier for å samle inn, prosessere, organisere og tilgjengeliggjøre data for analysene og brukere

Analyser



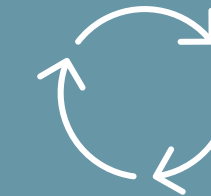
Teknologi og teknikker for å kunne transformere data til innsikt/ kunnskap eller beslutninger

Governance



Regler som sikrer informasjonssikkerhet (konfidensialitet, tilgjengelighet, integritet, sporing), kostnadskontroll samt brukbarhet av dataene

Prosesser



Prosesser som sikrer utvikling, drift og forvaltning av komponentene for å kunne gjennomføre analysene og produsere produkter/ tjenester og leveranser

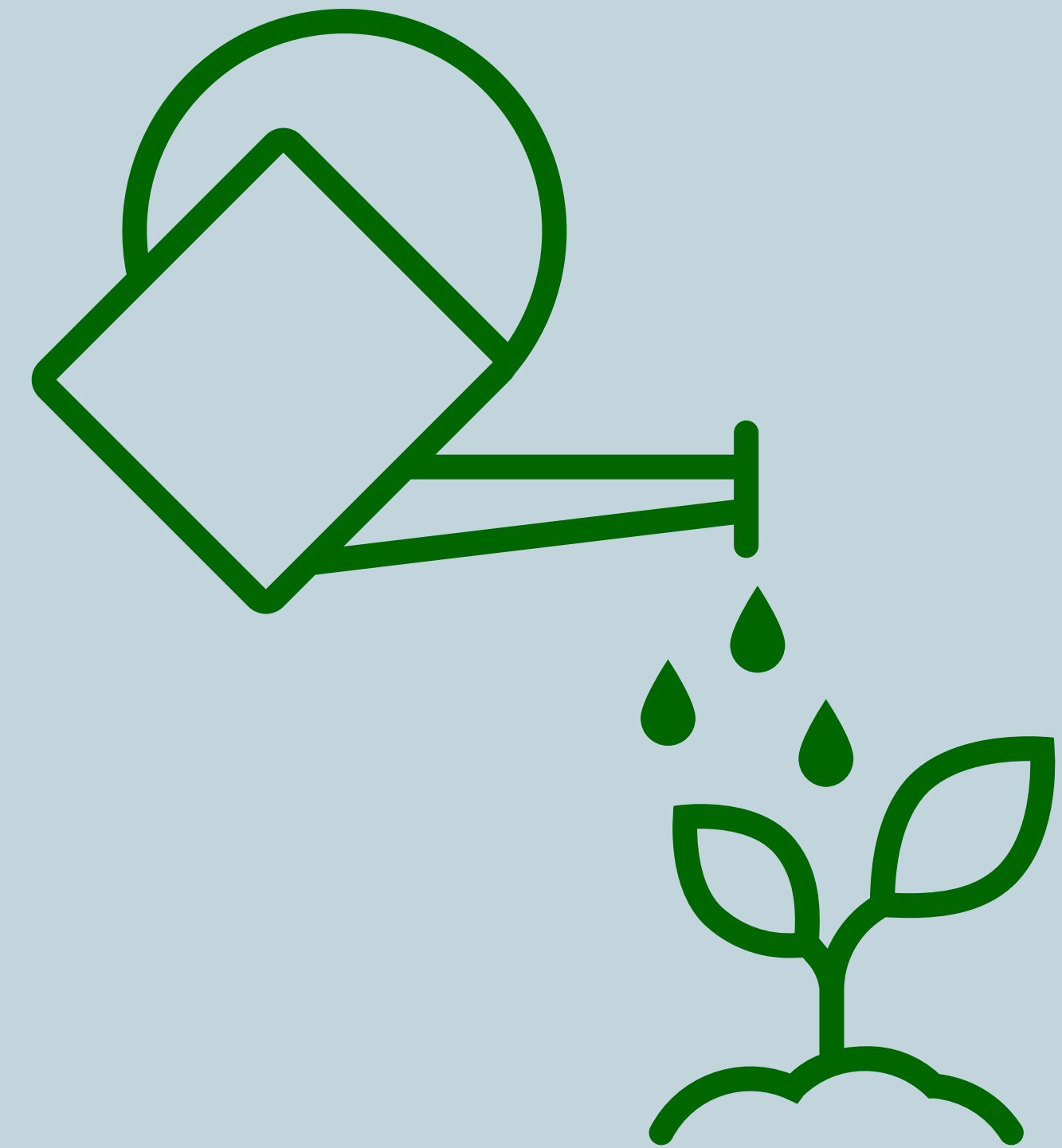
Mennesker



Roller, kunnskap, kompetanse for å kunne støtte eller utføre prosessene som kreves for å kunne dra nytte av de andre kapabilitetene

Status nå

- Søknaden godkjent og endelig tildeling foretatt
- Samarbeidsavtale mellom KS og FHI er signert
- Prosjektstart september 2023
- Styringsstruktur er straks klar
 - Referansegruppe
- Oppdrag fra HOD (tillegg til TB)



Oppdraget til FHI

«...beskrive et målbilde for helhetlig system for infeksjonsovervåking i Norge.»

«...ses hen til hvordan man kan få inn data fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.»

«Løsninger for rapportering fra systemet, visualisering og samhandling må også omtales.»

«Vi ber om forslag til stegvis gjennomføring.»

«Det forventes at FHI samarbeider med de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og KS/kommunesektoren om oppdraget.»

Folkehelseinstituttet
Postboks 222 Skøyen
0213 OSLO

Deres ref

Vår ref
22/3800-

Dato
24. juli 2023

Statsbudsjettet 2023 kap. 745 Folkehelseinstituttet - supplerende tildelingsbrev nr. 12

Oppdrag nr GK 21 om system for infeksjonsovervåking

Helse- og omsorgsdepartementet ber Folkehelseinstituttet beskrive et målbilde for helhetlig system for infeksjonsovervåking i Norge. Målbildet må vise hvilken informasjon systemet skal gi, hvilke datakilder som skal brukes, og hvordan data skal innhentes. Nødvendige koblinger med andre datakilder må beskrives, og det må spesielt sees hen til hvordan man kan få inn data fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Løsninger for rapportering fra systemet, visualisering og samhandling må også omtales.

Vi ber om forslag til en stegvis gjennomføring. For hvert steg må nødvendige juridiske rammer og økonomiske konsekvenser beskrives, herunder om arbeidet er planlagt og kan gjøres innenfor gjeldende budsjetttrammer eller om særskilt finansiering er nødvendig. Det forventes at FHI samarbeider med de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og KS/kommunesektoren om oppdraget.

Forslaget må ses i sammenheng med det pågående arbeidet i kjernegruppen Kunnskap i kriser og legge til grunn de endringene i organisering som nå gjennomføres i den sentrale helseforvaltningen, herunder samling av nasjonale helseregistre i FHI.

Forslaget må ta utgangspunkt i pågående arbeid med å styrke infeksjonsovervåkingen som gjøres innenfor gjeldende budsjetttrammer og tildelte prosjektmidler, herunder arbeid med samhandling. Videre må administrative og økonomiske konsekvenser utredes og beskrives.

Frist: 1. november 2023

Med hilsen

Line Vold (e.f.)
ekspedisjonssjef

Tone Brox Eilertsen
seniorrådgiver

Involvering av aktører

Aktør	Kommentar
RHF-ene	Regionale kompetansesenter for smittevern og Fagdirektører via fast samarbeidsmøte
Helsedirektoratet	Egne møter via smittevernteam, fellesmøter med flere aktører samt orientering i andre fora. Involverer også registrene.
KS/kommunesektor	Via FIDA-prosjektet, DigDir
Kommuneoverleger	Felles med KS
Kjernegruppe kunnskap i krise	
Statsforvaltere	Via Hdir – felles møte
Mattilsynet	Felles møte med Hdir
E-Helsedirektoratet	Via SODH, NUIT, NUFA
Samarbeidsorgan for digital helseberedskap -SODH	Orientering 13.9
NUFA (Fagutvalget)	Orientering 30.8
NUIT (Prioriteringsutvalget)	Orientering 14.9
Laboratoriene	
Pasientorganisasjoner	Noen dekket av NUFA og NUIT
<i>Statens legemiddelverk</i>	Inkl vaksine og vaksinebivirkninger
<i>Tannhelse</i>	
<i>Nasjonalt e-helseråd?</i>	
HOD	

Spørsmål til drøfting

1. Hvilke risikomomenter bør vi være spesielt oppmerksom på?
2. Andre prosjekter vi bør koordinere oss mot eller samarbeide med?
3. Hvilke muligheter/ gevinster finnes for andre aktører i helsesektoren på sikt?

Forslag til vedtak

NUIT tar saken til orientering og ber Folkehelseinstituttet om å ta med innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.



Direktoratet for
e-helse

Pause – oppstart igjen kl. 13.10



Direktoratet for
e-helse

Sak 35/23

Nasjonal e-helseportefølje – status og tiltak for 2024 for å nå mål i veikartet

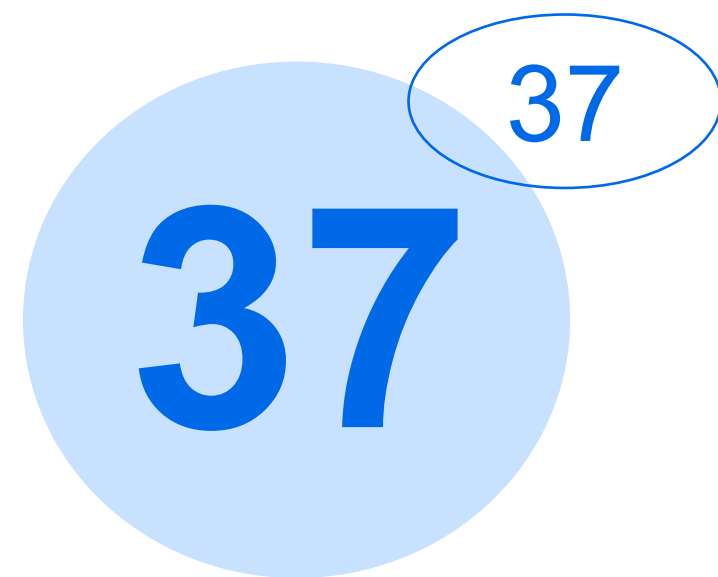
Agenda

- Status nasjonal e-helseportefølje
- Temaer i porteføljerapporten
- Veikart for nasjonal e-helsestrategi
- Tiltak 2024 for å nå mål i veikartet

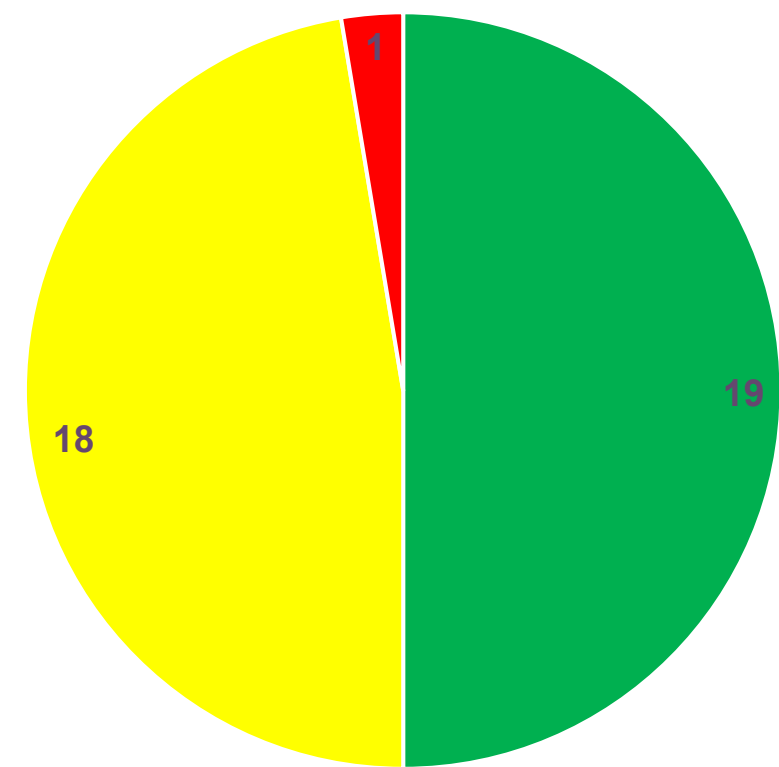


Nasjonalt portefølje august 2023

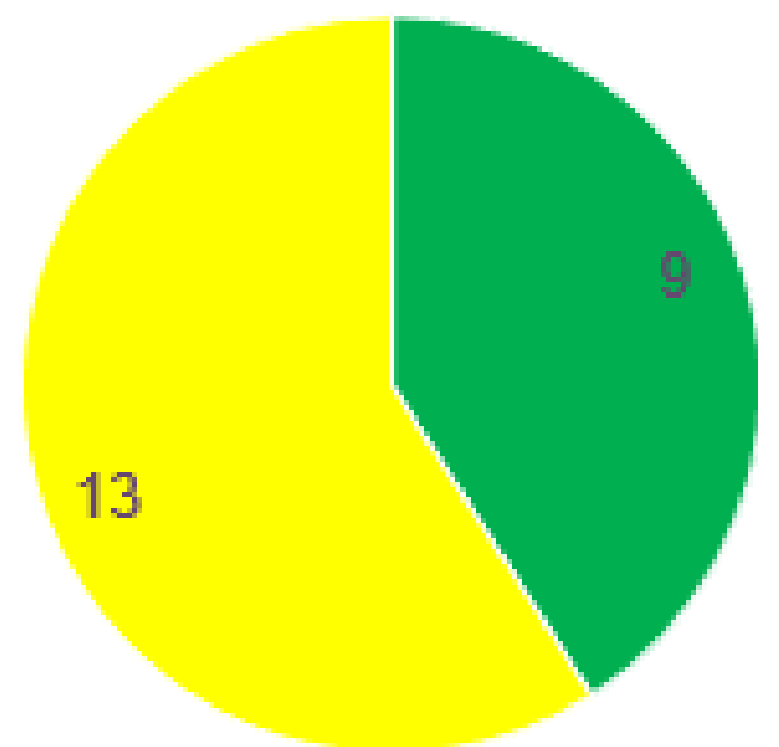
Antall prosjekter/programmer



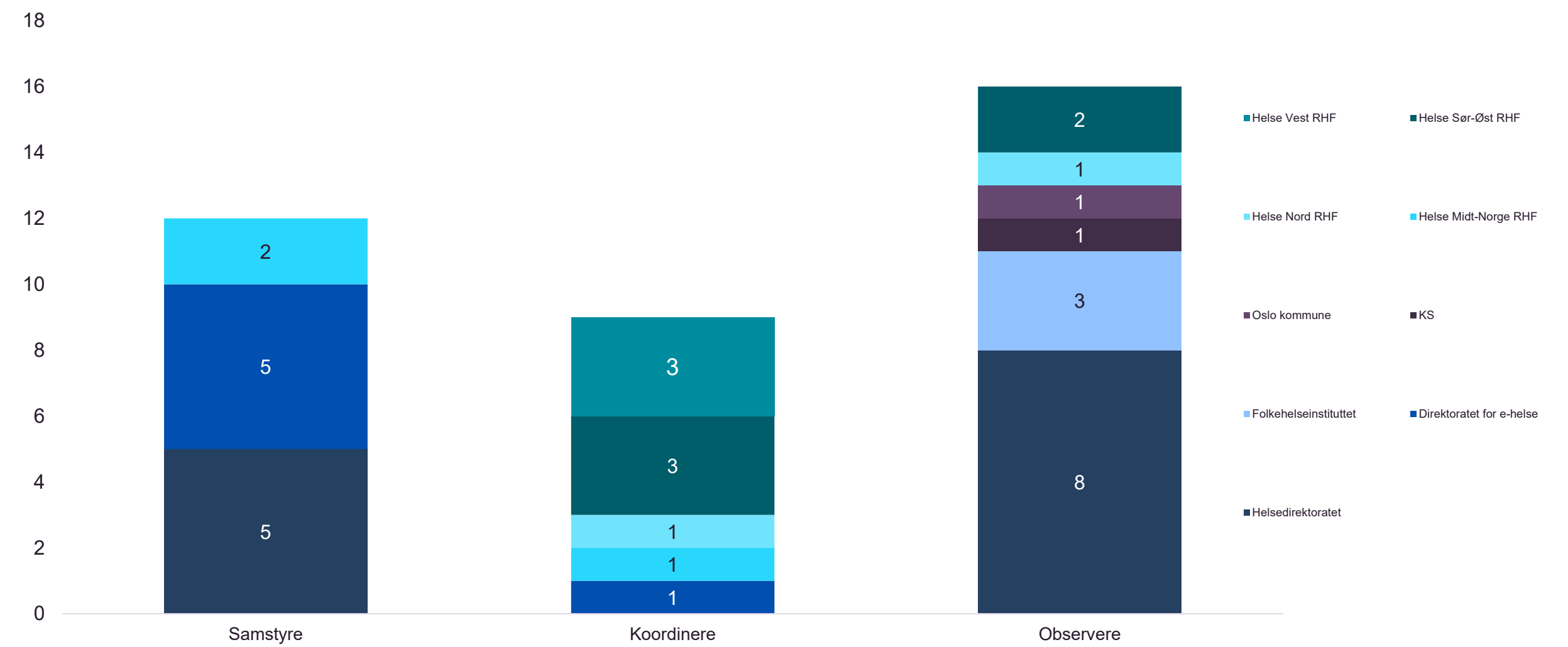
Status



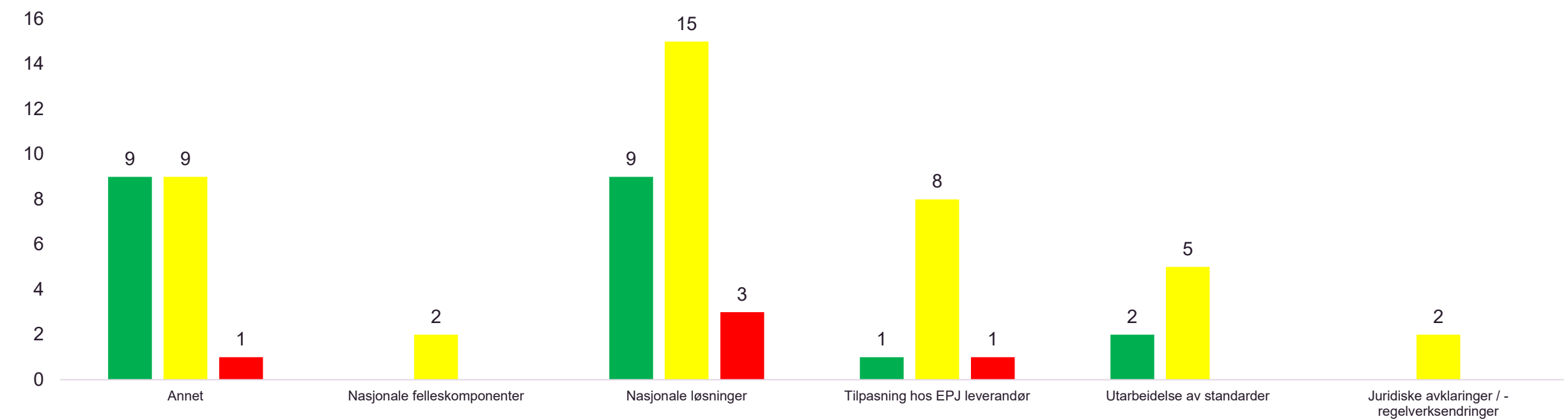
Risiko



Fordeling segmenter



Avhengigheter



Aktuelle tema fra porteføljerapport

Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner

- Utprøving pågår, men på en løsning som ikke kan breddes.
- Behov for avklaringer strategisk, arkitekturmessig og praktisk hvordan behandlingsplaner skal lagres og integreres, lokalt i tillegg til kjernejournal.
- Finansiering etter 2023 ikke avklart.

Smart on FHIR i helsesektoren

- Digital førerrettsforvaltning har utviklet løsning med bruk av SMART on FHIR, men foreløpig er kun en leverandør på.
- NAV planlegger også bruk av denne teknologien. Det vurderes også i Oppdrag portaler for rapportering for helsepersonell.
- Flere leverandører vil vite om dette er en teknologi som vil satses på før de utvikler for det. En annen utfordring er forvaltning og eierskap av applikasjoner basert på SMART on FHIR.

Virkestoff-forordning

- Helseplattformen har tatt i bruk Snomed CT til virkestofforordning etter tilpasning i samarbeid med Direktoratet for e-helse
- Bruk av IDMP, som er en internasjonal standard, vurderes brukt for virkestoffer i andre løsninger.
- Direktoratet for e-helse gjennomfører nå en utredning av grunndata legemidler i samarbeid med flere av aktørene i helse- og omsorgs sektoren som vil gi en tydeligere anbefaling på dette området i november.



Felles kommunal journal

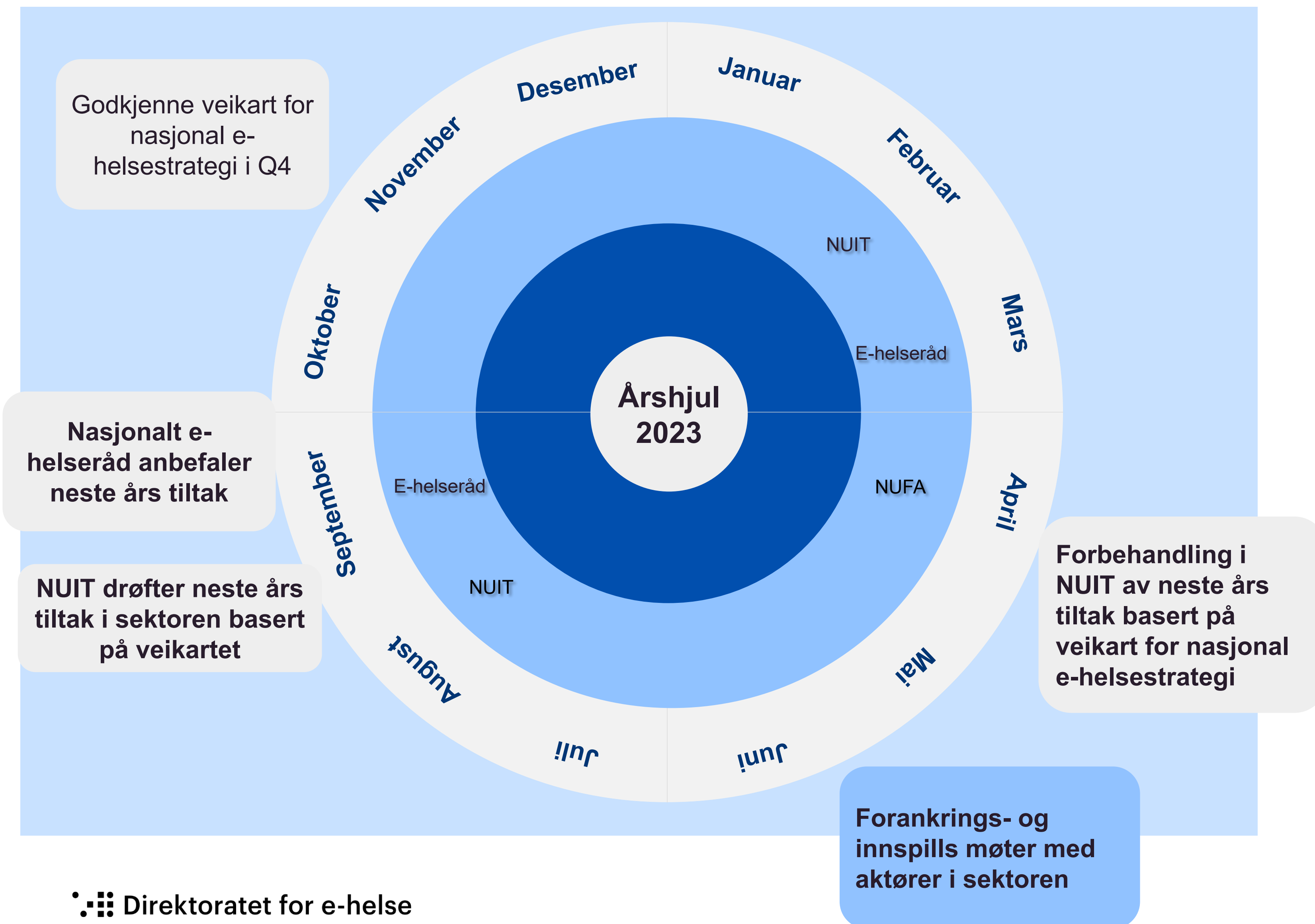
- FKJI AS avsluttet prosjektet 30.6.2023
- Styringsdokument anbefaler videreføring av prosjektaktiviteter i regi av KS digitale fellestjenester.

Deling av pasientens journaldokumenter gjennom kjernejournal

- Den positive fremdriften i arbeidet fortsetter.
- Levert i juni 23: Helse HSØ og –Nord deler dokumenter. Helsepersonell kan lese dokumentliste. Utvalgte sykehusleger, fastleger og legevakt kan lese dokumentene
- Planlagt oktober 2023: Utprøving skalerbar løsning, tillitsrammeverk som støtter dokumentdeling.

Oppdrag TB2023-02

Forvalte og videreutvikle veikart og definere tiltak for påfølgende år



- Veikartet for nasjonal e-helsestrategi er basis for tiltak for 2024
- Bred forankring med kontakter fra eksterne virksomheter og fagansvarlige i Direktoratet
- 1.0 versjonen planlegges behandlet i nasjonal rådsmodell i Q4.



Enklere arbeidshverdag

Helsepersonell skal ha tilgang til pasientens legemiddelliste (PLL)			
Målsetting / forutsetning	Fullføre nasjonal innføring i løpet av 2029, slik at helsepersonell får tilgang på oppdatert informasjon om pasientens legemiddelbruk Aktiviteten forutsetter finansiering.		
Hvem	Tjeneste	Hva skal skje i 2024?	Totalperiode
Fastlege og apotek	Innføring av e-multidose	Fullføre innføring i 2024	2021 - 2024
Legevakt og avtalespesialist	Innføring av SFM	Fortsette tilrettelegging og innføring med EPJ-leverandør	2023 - 2025
Sykehjem og hjemmetjenesten		Fortsette tilrettelegging og innføring med EPJ-leverandør	2023 - 2025
Kommuner i Midt-Norge		Videre innføring av SFM, følger innføringsløp til Helseplattformen	2022 - 2026
Helse Midt-Norge RHF	Innføring av SFM	Videre innføring av SFM, følger innføringsløp til Helseplattformen	2022 - 2024
NHN	Utvikling og innføring av SFM	Utvikle og tilgjengeliggjøre SFM funksjonalitet for alle relevante brukergrupper. Fortsette utprøving og innføring av SFM	2023 - 2024
Bergen kommune og nærliggende kommuner	Innføring PLL	Ferdigstille utprøving og starte innføring i samarbeid med helsefellesskapet	2024
Helse Nord		Starte utprøving i utvalgte kommuner	2024
Helse Nord RHF		Starte utprøving PLL	2024
Helse Vest RHF		Ferdigstiller utprøving og starte innføring for Haukeland Universitetssykehus og Bergensområdet	2022 - 2024
Helse Sør-Øst RHF		Teknisk tilrettelagt	2023 - 2025
Direktoratet for e-helse		Koordinere nasjonal innføring av PLL (oppstartspakke)	2024 - 2029



Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling



Enklere arbeidshverdag

Innføring og bruk av nye informasjonstjenester – Deling av pasientens journaldokumenter			
Målsetting / forutsetning	Målsetning er samhandling gjennom deling av pasientens journaldokumenter på tvers av forvaltningsnivåer ved bruk av kjernejournal og den nasjonale dokumentdelings-infrastrukturen. Etablering og utprøving av tillitsrammeverket er en forutsetning for nasjonal innføring. Nasjonal innføring i løpet av 2027 forutsatt finansiering		
Hvem	Tjeneste	Hva skal skje i 2024?	Totalperiode
Sykehjem og hjemmetjenester	Innføring av kjernejournal	Jobbe for å få opp bruk av kjernejournal og få på resterende kommuner	2021 - 2024
Primærhelsetjenesten	Deling av pasientens journaldokumenter (dokumentdeling i kjernejournal)	Konsumenter av pasientens journaldokumenter	2023 -
Helse Nord RHF		Videre innføring (Planer for 2024 – 2027 skal opp som kommende styresak i Helse Nord).	2023 – 2026
Helse Vest RHF		Ferdig med utprøving av deling av pasientdokumenter Innføring av dokumentdeling	2023 - 2026
Helse Midt-Norge RHF		Starte med nasjonal utprøving	
Helse Sør-Øst RHF		Forvaltning med eventuelt utvidelse til nye brukergrupper og dokumenttyper	2024
NHN		Ferdigstille tjenester for dokumentdeling (NHN)	2023 - 2024



Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling



Enklere arbeidshverdag

Innføring og bruk av nye informasjonstjenester			
Målsetting	<p>Nasjonal innføring (bredding) i løpet av 2024, finansiering ut 2024.</p> <p>Innbyggere får tilgang til alle sine prøvesvar i Helsenorge, og kan ta et større eierskap til egen helse</p> <p>Helsepersonell får trygg og sikker tilgang til informasjon, slipper å etterlyse informasjon, som kan bidra til raskere diagnostisering og bedre kvalitet i helsetjenestene.</p>		
Hvem	Tjeneste	Hva skal skje i 2024?	Totalperiode
Primærhelsetjenesten	Pasientens prøvesvar	EPJ leverandører skal ta i bruk API og integrere Pasientens prøvesvar	2023 - 2024
Radiologi og laboratorier utenfor RHF		Klinisk utprøving med de største laboratoriene	2021 - 2024
Større radiologi og lab utenfor RHF		Deler klinisk utprøving og få på plass de største laboratoriene	2021 - 2024
RHF		Deler rekvirerte prøvesvar (ambisjon om at 80% av prøvesvarene tilgjengelig i Kjernejournal)	2024 -
RHF		Helsepersonell med tjenstlig behov skal ta i bruk prøvesvar som konsumenter	2024
NHN		Utvikler og ferdigstiller i henhold til regelverket og behov Bistår i bredding av Pasientens prøvesvar	2023 - 2024
Direktoratet for e-helse		Lede utvikling av prinsipper for utsatt forsinket innsyn i prøvesvar for innbygger	2024



Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling



Enklere arbeidshverdag

Innføring og bruk av nye informasjonstjenester			
Målsetting / forutsetning	Kritisk informasjon kan endres og deles av aktørene i helse- og omsorgstjenesten gjennom et felles grensesnitt (API) i kjernejournal. Målsetning for 2024 er å ferdigstille standard og tilpasse API i kjernejournal i henhold til den nye standarden Fullført nasjonal innføring i løpet av 2027 forutsatt finansiering.		
Hvem	Tjeneste	Hva skal skje i 2024?	Totalperiode
Fastleger	API for kritisk informasjon	Nasjonal utvikling og innføring	2024 – 2027
Sykehjem og KAD/ØHD		Starte nasjonal utvikling og innføring	2024 – 2027
Helse Vest RHF		Ferdigstille utprøving og innføring av kritisk informasjon med API	2023 - 2024
Helse Nord RHF, Helse, Helse Sør – Øst RHF		Oppstart teknisk integrasjon	2024 - 2025
Midt-Norge RHF		Avventer til standardisering er på plass før begrenset utprøving	2024
NHN		Videreutvikle tjenester for API kritisk informasjon	2024 - 2025
Direktoratet for e-helse		Utarbeide / videreutvikle standard for kritisk informasjon	2023 - 2024



Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging			
Målsetting / forutsetning	Videre spredning av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging, med en ambisjon om at alle helsefelleskapene har etablert tilbud innen utgangen av 2024 Videre arbeid med Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner forutsetter finansiering for 2024.		
Hvem	Tjeneste/aktivitet	Hva skal skje i 2024?	Totalperiode
Kommunale helsetjenester	Nasjonalt velferdsteknologiprogram og DigiHjem	Fortsette utprøving av digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner i 4 kommuner i Helse Nord	2024 →
		Velferdsteknologiske knutepunkt, innføring	2021 - 2025
Kommunale tjenester i Helse Midt	Digital hjemmeoppfølging	Friskliv og Mestring	2023 -
Helse Nord RHF	Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner	Videre arbeid med digitale behandling- og egenbehandlingsplaner, tett integrasjon	2024 →
	Nasjonalt velferdsteknologiprogram og DigiHjem	Utprøving av VKP, Bodø kommune og Nordland sykehus (digitale innbyggertjenester og samhandling)	2023 →
Helse Sør-Øst RHF	Digital hjemmeoppfølging	Digital hjemmeoppfølging: teste ut teknologi og arbeidsform (på prosessplattform)	2023 →
Helse Midt Norge RHF		Flere program innen digital hjemmeoppfølging tilgjengeliggjøres med Helseplattformen (f.eks. psykisk helsevern, epilepsioppfølging, spiseforstyrrelser,)	2023 – 2024
Helse Vest RHF		Videre tilgjengeliggjøring av: Digitale helsetjenester (Alle møter, digitale brev, digitale skjema) og veiledet nettbasert behandling. Slutføre innføring av tilbakemeldingsløsning (psykisk Helsevern for voksne og Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser).	
Helsedirektoratet	Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner	Videre utvikling og utprøving	
Helsedirektoratet Direktoratet for e-helse	Nasjonalt velferdsteknologiprogram og DigiHjem	Fortsette med nasjonal utvikling: Anbefalinger, råd, veiledning og normering	2021 - 2027
		Videre utprøving og enighet om mål arkitektur som det er enighet om i sektoren.	2024 - 2027
		Fortsette med tilrettelegging for spredning av digital hjemmeoppfølging	2021 - 2027

Spørsmål til NUIT

1. Har NUIT innspill til status eller utfordringer i porteføljen?
2. Kan tiltakene gjennomføres som planlagt?
3. Har NUIT eventuelt andre innspill til forslag til tiltak for 2024?

Forslag til vedtak

1. NUIT drøfter status og fremlagte utfordringer i porteføljen og ber relevante aktører ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.
2. NUIT drøfter fremlagte forslag til tiltak for 2024 og anbefaler tiltakene for Nasjonalt e-helseråd med innspill fra møtet. NUIT ber aktørene ta med seg tiltakene tilbake i egne planleggingsprosesser.

Forslag til vedtak

1. NUIT drøftet status og fremlagte utfordringer i porteføljen og ba relevante aktører ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.
2. NUIT drøftet fremlagte forslag til tiltak for 2024 og anbefaler tiltakene for Nasjonalt e-helseråd med innspill fra møtet. NUIT ba aktørene ta med seg tiltakene tilbake i egne planleggingsprosesser.



Direktoratet for
e-helse

Pause – oppstart igjen kl. 13.50



Direktoratet for
e-helse

Sak 36/23

Redusert arbeidsbyrde for helsepersonell

Samordnet innsats for samhandling med myndighetene

- Direktoratet for e-helse har tre oppdrag som handler om hvordan helsesektorens digitale samhandling med myndigheter og innrapportering til helseregistre kan forenkles og moderniseres, jfr. påfølgende NUIT-sak 36/23 Helseportal oppdrag, 37/23 NAV-oppdrag og 38/23 oppdrag om Automatisert innrapportering
- Direktoratet ønsker at NUIT skal se disse tiltakene i sammenheng og gi innspill på hvilke grep sektor bør ta på dette området kommende år

3 oppdrag som adresserer relaterte behov

Aut. innrapportering og Helseportaloppdraget:
«Vi trenger langsiktige føringer og tydelige rammebetingelser fra myndighetene slik at vi kan tilrettelegge for integrasjon og gode tjenester for helsepersonell»

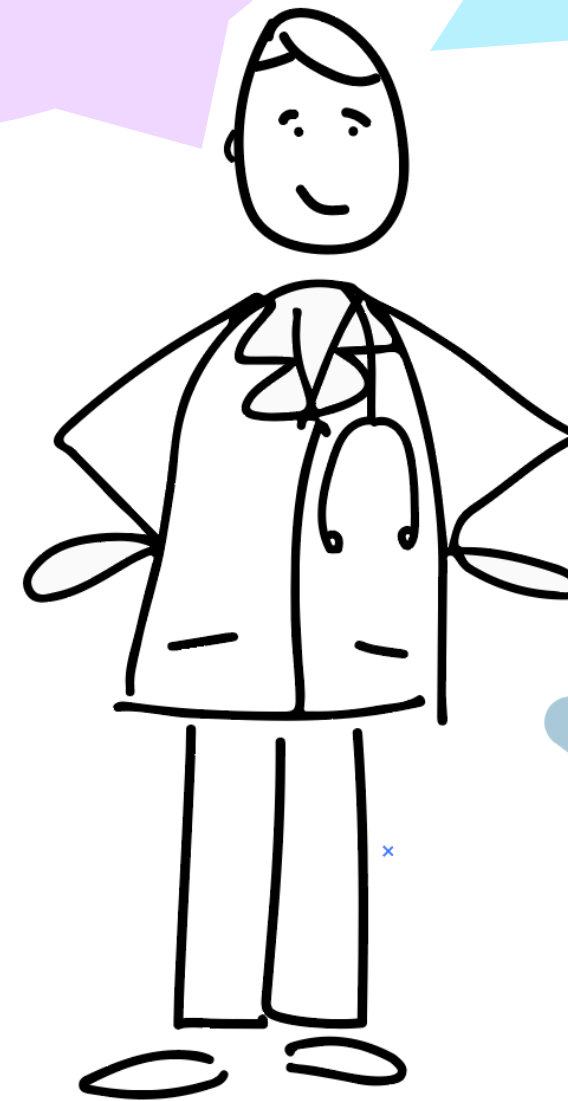
«Hvert helseregister har over lang tid hatt stor frihet til å definere hvilke variabelsett som skal innrapporteres og hvordan dette skal skje, noe som er kostbart og gir lite mulighet for gjenbruk på tvers»

Aut. innrapportering og Helseportaloppdraget:
«Vi trenger all tiden vår til pasientrettet arbeid og har ikke kapasitet til unødvendig dobbelregistrering/ rapportering»

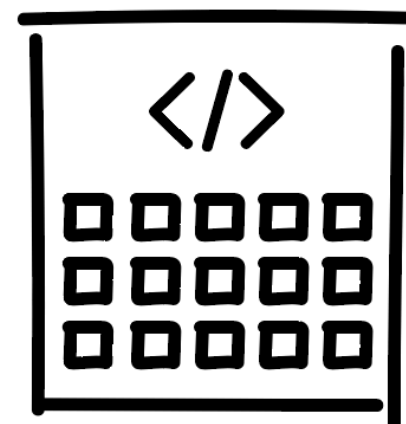
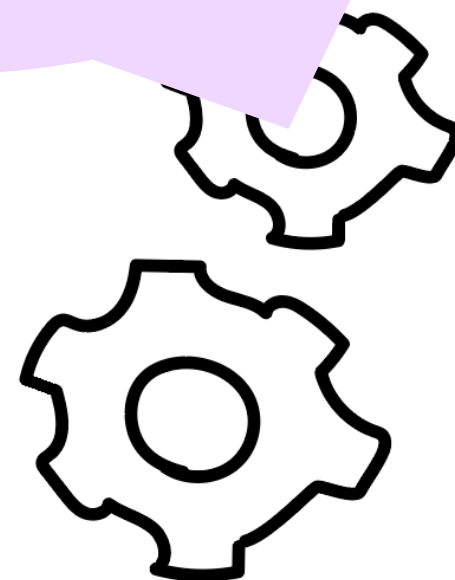
NAV-oppdraget:
«Vi bruker unødvendig mye tid på å formidle helseopplysninger til NAV, og det er ofte utilfredsstillende dialog med NAV»

Aut. innrapportering og Helseportaloppdraget:
«Vi trenger rask og enkel tilgang på data av god kvalitet til styring og planlegging»

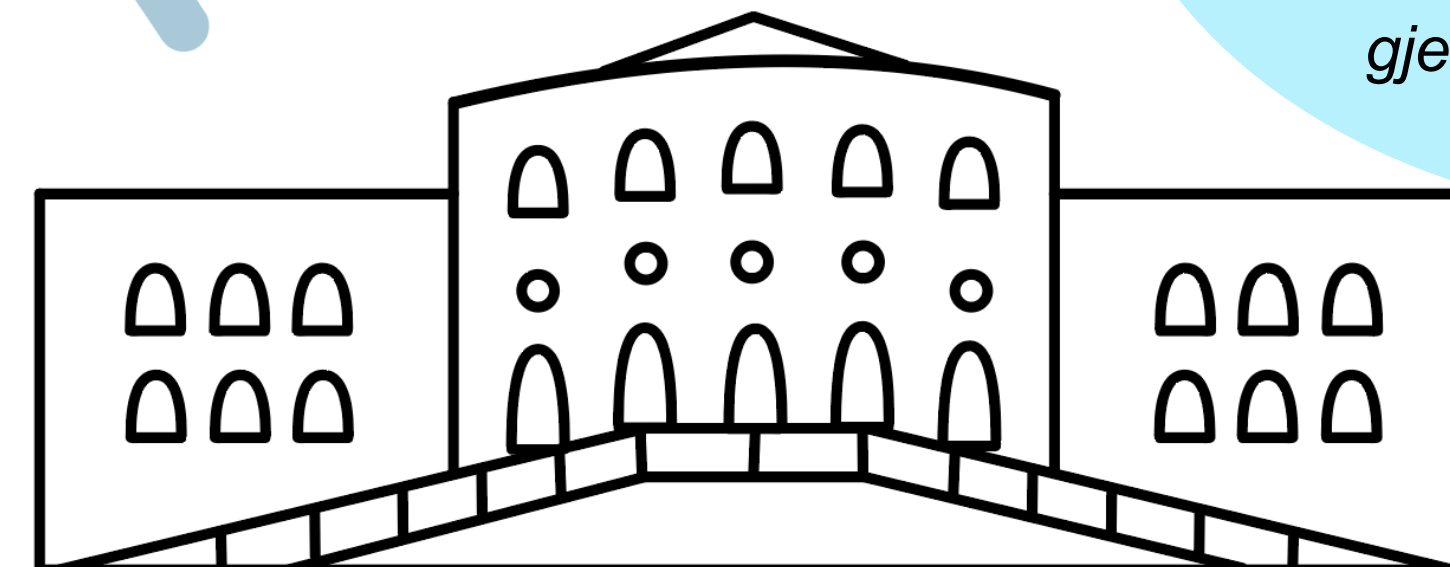
NAV-oppdraget:
«Vi vil forbedre informasjonsutvekslingen for å lette arbeidsbyrden i helsetjenesten, men er låst av dagens avhengighet til EPJ-leverandørene for å gjennomføre endringer»



Helsepersonell



Leverandørmarkedet



Myndigheter

Samordnet innsats mot felles mål?

Helseportal- og NAV-oppgøret



Informasjonsforvaltning - nasjonal styring og samordning (automatisert innrapportering)

*Helhetlig informasjonsforvaltning
Bruk av internasjonale standarder*

*Harmonisering av variabler
Standardisert språk*

*Normering
Strukturering av journal*

Forslag til vedtak

NUIT drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill til hvilke hovedgrep det er viktig å ta neste år for å redusere arbeidsbyrde knyttet til innrapportering for helsepersonell.



Direktoratet for
e-helse

Sak 37/23

Portaler for rapportering for helsepersonell



Direktoratet for
e-helse



Portaler for rapportering for helsepersonell

NUIT 14. september 2023

Agenda

1. Bakgrunn
2. Tiltakene med høyest prioritet i arbeidsgruppen
3. Videre arbeid med nyttevurderinger

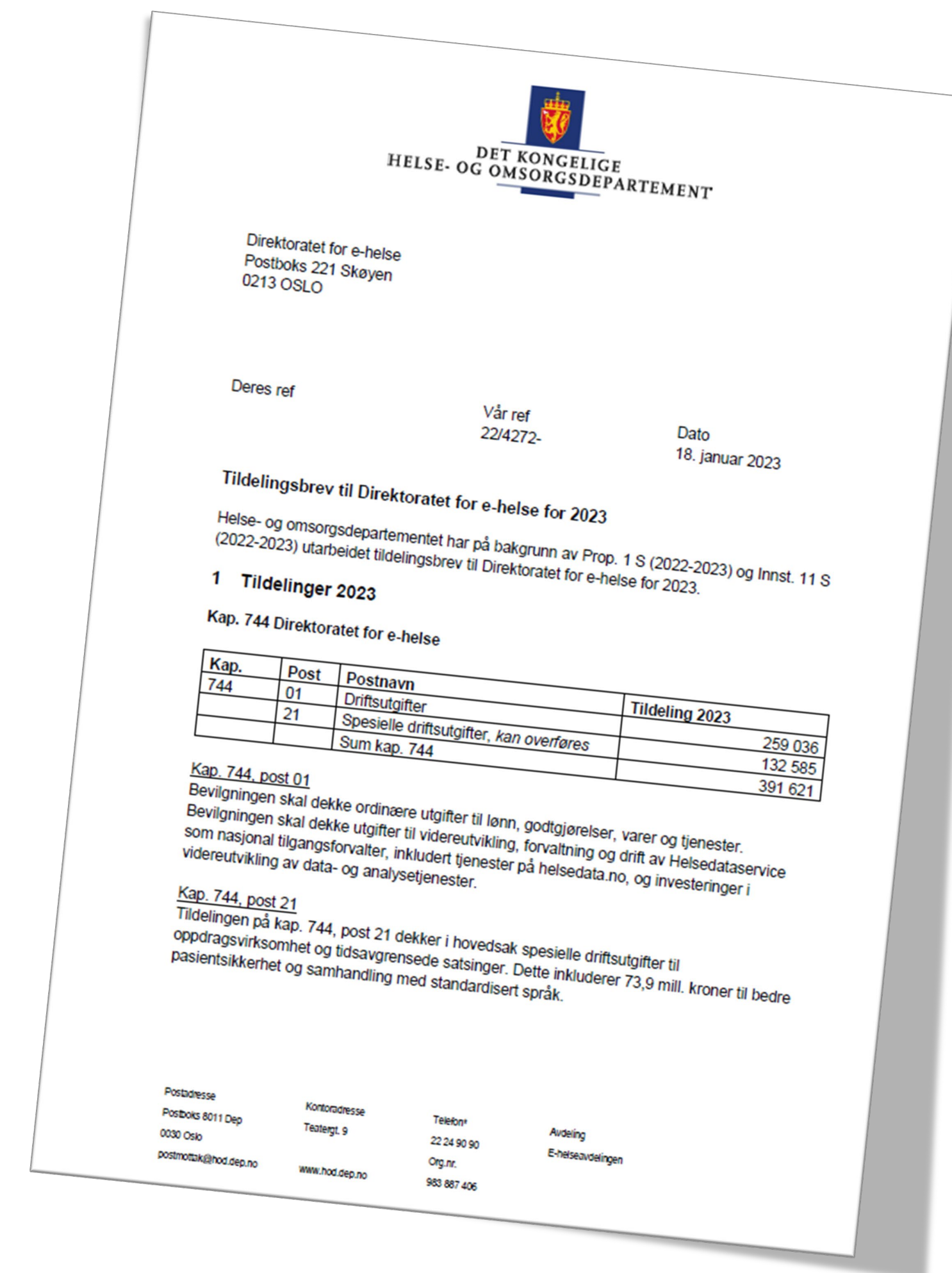
Bakgrunn og mål for prosjektet

Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å se samlet på portaler for rapportering mellom helsepersonell og myndigheter

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Direktoratet for e-helse i oppdrag å se på rapportering og informasjonsutveksling mellom myndigheter og helsepersonell.

Direktoratet har i innovasjonsprosjektet et særskilt fokus inn mot fastlegens arbeidsbyrde, men vil verifisere overførbarhet av anbefalinger og tiltak inn mot andre grupper helsepersonell.

Departementet har lagt til grunn at prosjektet skal bidra til å realisere følgende mål: **forenkle rapporteringsbyrden for fastleger, legge bedre til rette for leverandørmarkedet og bidra til økt sikkerhet.** Direktoratet for e-helse skal anbefale tiltak for hvordan denne typen informasjonsutveksling bør håndteres fremover. Fristen for oppdraget er satt til **1. november.**



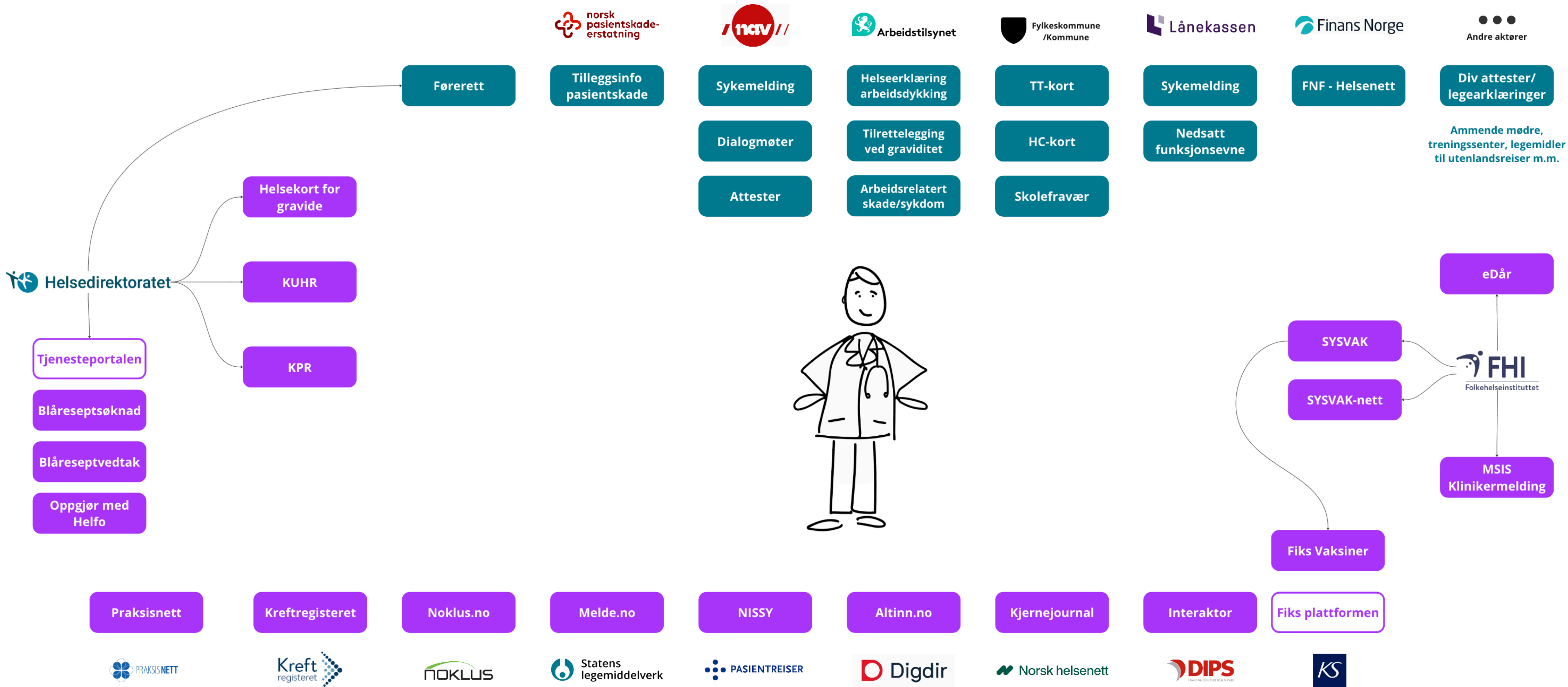
Utfordringsbildet

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

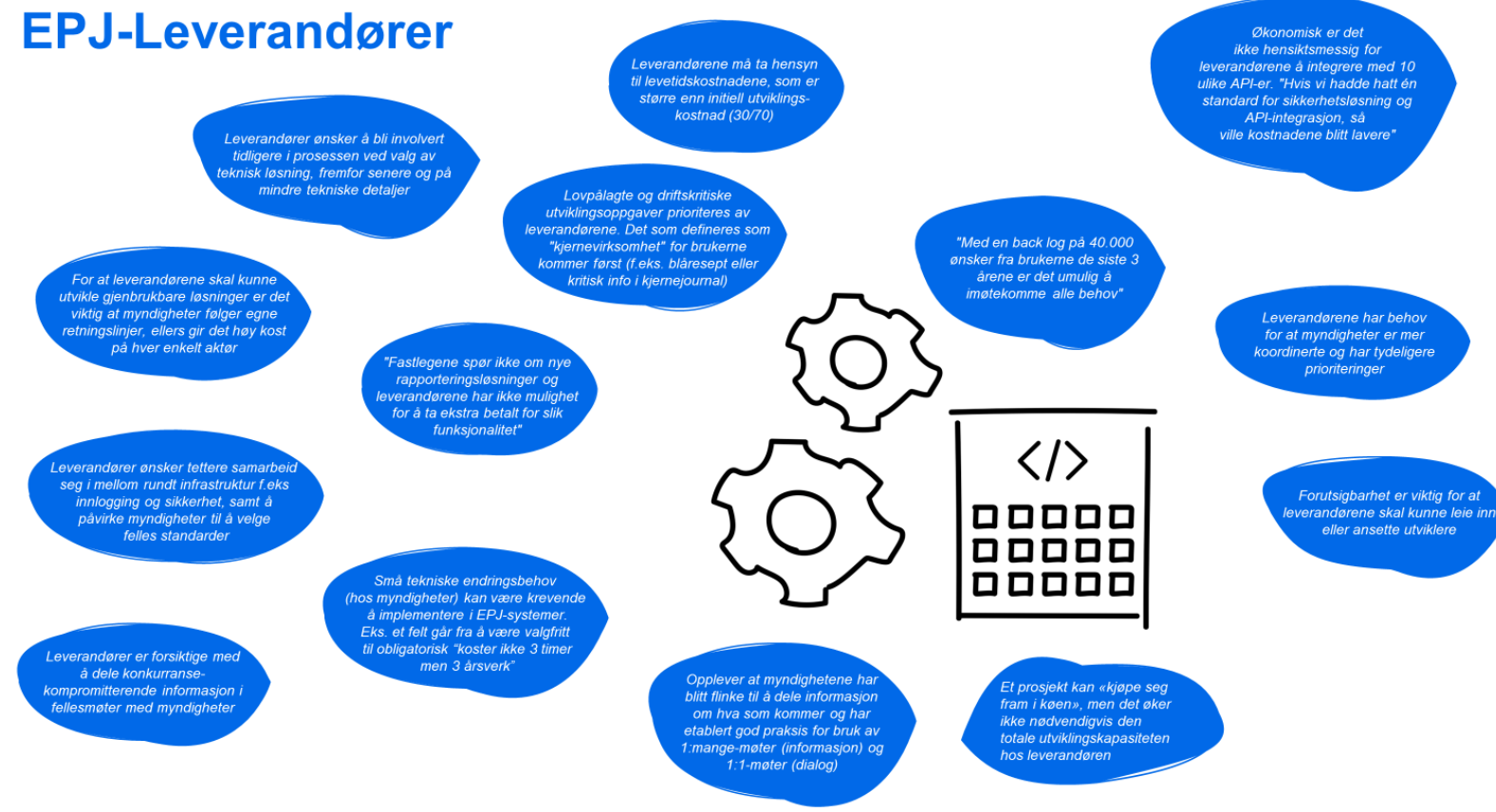
Informasjonsdelingslandskapet for fastleger

- Attester og legeerklæringer
- Annen type informasjonsdeling



Ulike behov er bakgrunn for problemkomplekset

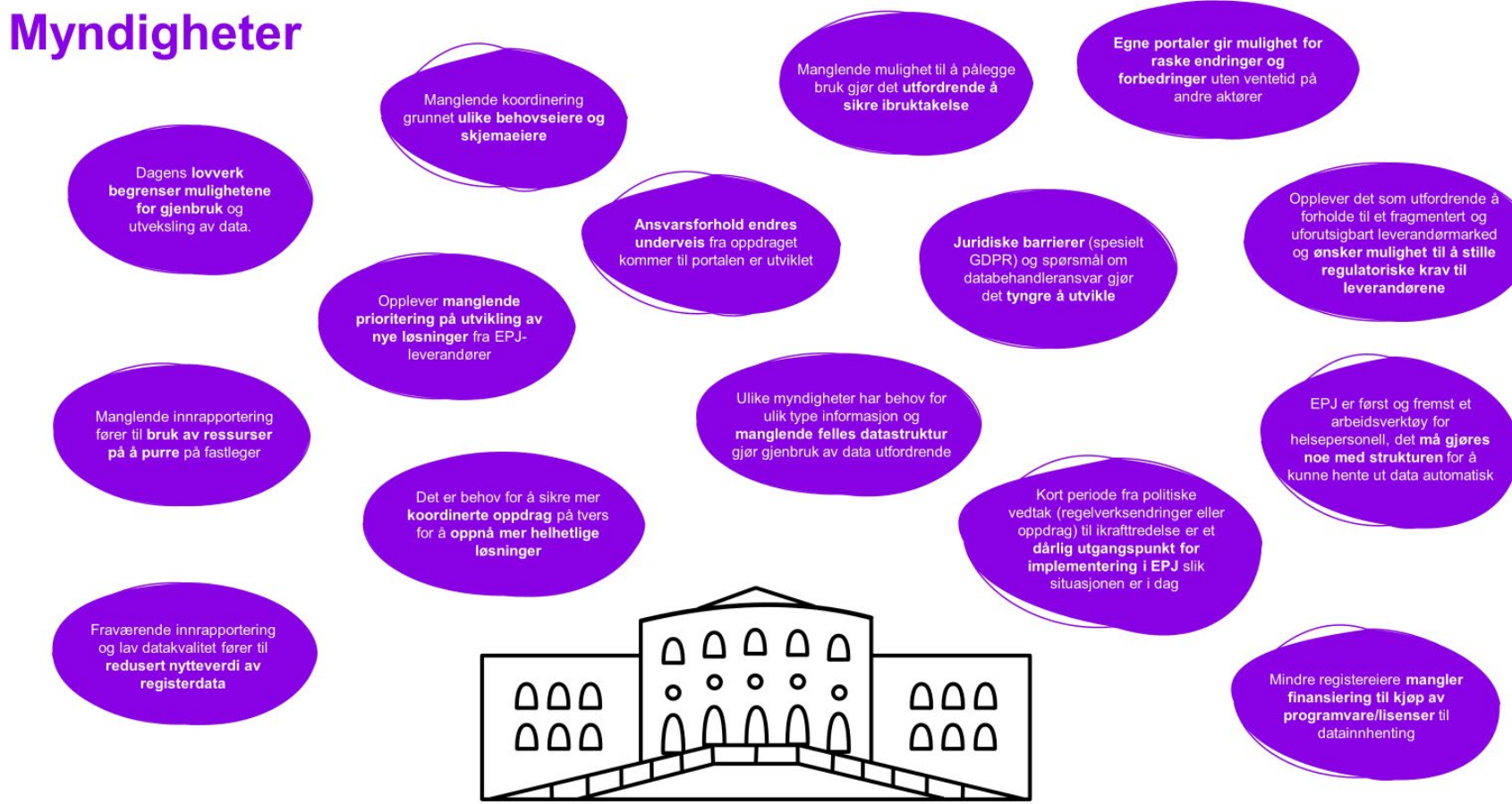
EPJ-Leverandører



••••• Direktoratet for e-helse

Viktigste behov og utfordringer sett fra EPJ leverandørene

Myndigheter



••••• Direktoratet for e-helse

Viktigste behov og utfordringer sett fra myndighetene

Fastleger



••••• Direktoratet for e-helse

Viktigste behov og utfordringer sett fra fastlegene

Identifiserte mulighetsområder

Juridisk tilrettelegging for gjenbruk av data

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

Felles arena for samskaping

Det bør vurderes å opprette et felles forum som favner alle sentrale aktører tilknyttet helsesektoren (eksempelvis også NAV?) for å identifisere utfordringer og behov på tvers, samt utvikle felles tiltak. Det skal være en arena med fokus på konkret og teknisk løsning, men også et prioriteringsforum.

Teknisk og semantisk tilrettelegging for gjenbruk av data

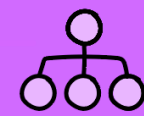
Det er potensiale i å etablere felles kodeverk, felles datastrukturer og felles API-er som øker mulighetene for gjenbruk av data. Hva skal til for å realisere felles tekniske standarder og integrasjonsmekanismer for mer effektiv informasjonsdeling?

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.



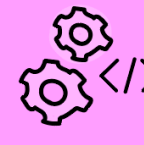
Juridisk samhandlingsevne



Organisatorisk samhandlingsevne



Semantisk samhandlingsevne



Teknisk samhandlingsevne

Styring og forvaltning av sammenhengende tjenester

Styring, samordning og koordinering

Det er behov for tydeligere styring, koordinering og samordning av oppdrag i sektor og på tvers av sektorer. Myndigheter må bli mer koordinerte rundt felles behov, definere tydelige prioriteringer til EPJ og arbeide for samordning rundt datastrukturer og API-integrasjoner.

Krav til EPJ-leverandører og incentiver til fastleger

Myndigheter har behov for å stille krav til EPJ-leverandører som på sin side ønsker felles retningslinjer fra myndighetene for økt forutsigbarhet. Det er potensiale i å heve normeringsgrad og utforske incentivmodeller for å øke innrapporteringsgrad fra fastleger.

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.



Direktoratet for
e-helse

3. Tiltakene med høyest prioritet i arbeidsgruppen

Tiltak med høyest prioritet fra arbeidsgruppen

1.

Fastlegens arbeidsverktøy

Portal(er)

1A. Samleside med lenker til alle portaler

1B. Felles rammeverk for portaler

1C. Én felles portal for helsepersonell

SMART on FHIR

1D. Etablere støtte for SMART applikasjoner i fastlegens EPJ

API-integrasjon i EPJ

1E. Videreutvikle og migrere til felles rammeverk for API-integrasjon

2.

Samskappingsarena

2A. Samskappingsarena fra portal-oppgavet videreføres

2B. EPJ-løftet videreutvikles til en helhetlig samskappingsarena

2C. Etablere en ny nasjonal og helhetlig samskappingsarena med fastlegefokus i et tverrsektorielt perspektiv

3.

Nasjonal styring og koordinering av fastlegens rapporteringsoppgaver

3A. Gatekeeper – Prosess/innretning for nasjonal styring og validering av fastlegens rapporteringsoppgaver

3B. Veileder og verktøy for innhenting av data samt valg av teknisk løsning basert på behovet (data som skal samles inn)

4.

Tydeligere rammer og prioriteringer inn mot EPJ-markedet

4A. Etablere prosesser for nasjonal styring og koordinering ut mot EPJ-markedet

5.

Juridisk støtte for deling og gjenbruk av data

5A. Forskrifter til helseregistre legger ikke til rette for effektiv utveksling og gjenbruk av data for andre formål enn det de opprinnelig blir samlet inn for.

5B. Det er behov for mer smidig regelverksutvikling, slik at regelverket harmoniserer bedre med den tekniske utviklingen.

5C. Det er krevende å forstå det juridiske mulighetsrommet.

5D. Vurderinger knyttet til databehandleransvaret oppleves som utfordrende ved utveksling av data.

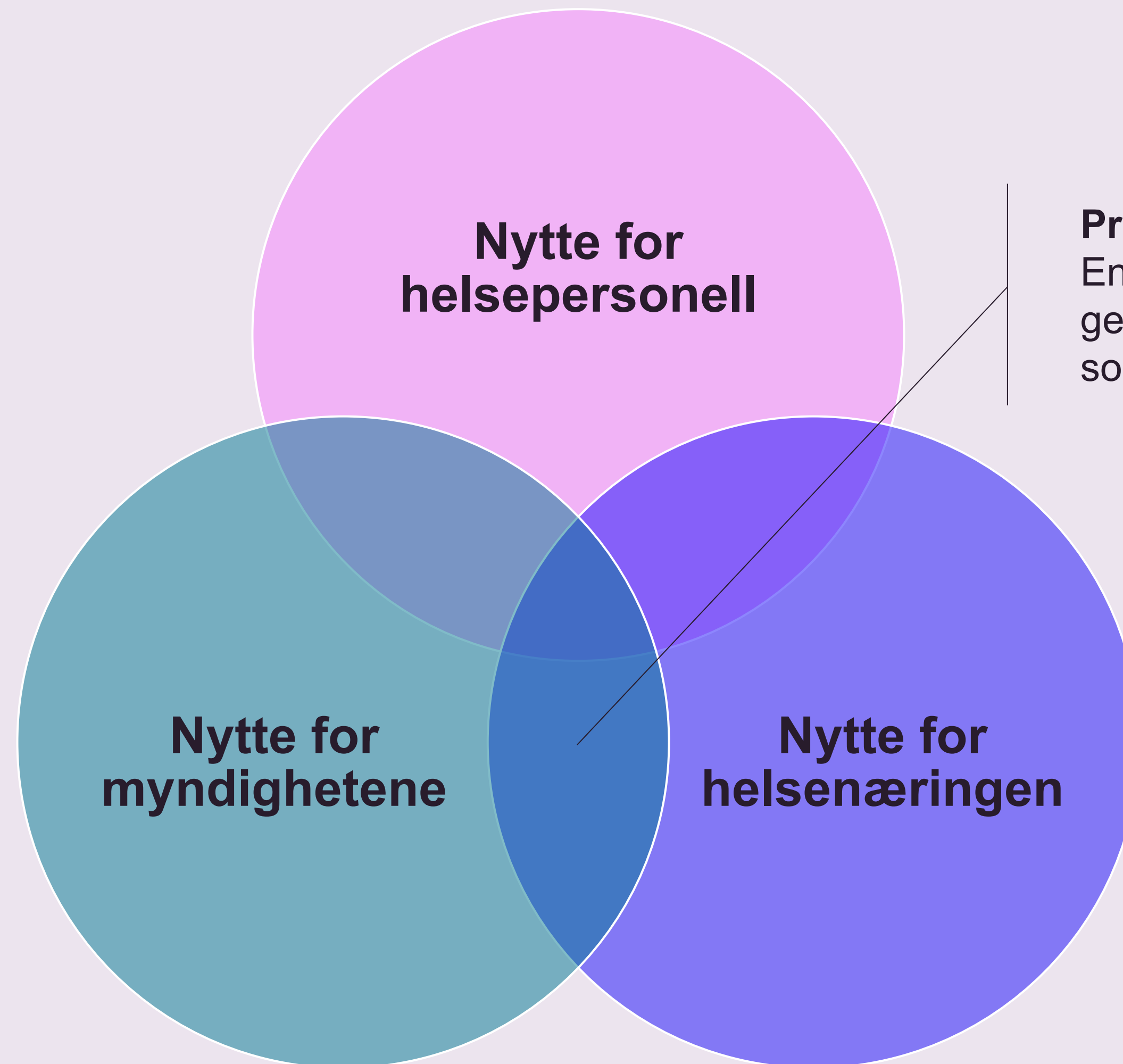
5E. Kravene i databehandleravtaler, særlig for fastleger, kan oppleves utfordrende å håndtere i praksis, og det er et behov for mer støtte og bruk av standard databehandleravtaler.

Spørsmål til NUIT

- Hvilke tiltak dere vurderer kan gi størst nasjonal nytteverdi, - dvs hvilke tiltak har dere mest tro på?
- Er det tiltak dere savner?
- Har dere relaterte initiativ i egen virksomhet som er relevante for Portaloppdraget å kjenne til?

Neste steg: nyttevurderinger

Redusert rapporteringsbyrde for helsepersonell



Prosjektets foreslåtte tiltak
En forutsetning for å lykkes i gevinstrealiseringen er tiltak som har verdi for alle parter

Forslag til vedtak

NUIT drøftet saken og ba Portaloppdraget ta med seg følgende innspill til hvilke tiltak representantene i NUIT vurderer vil kunne gi størst nytteverdi nasjonalt for å redusere arbeidsbyrde knyttet til innrapportering for helsepersonell.

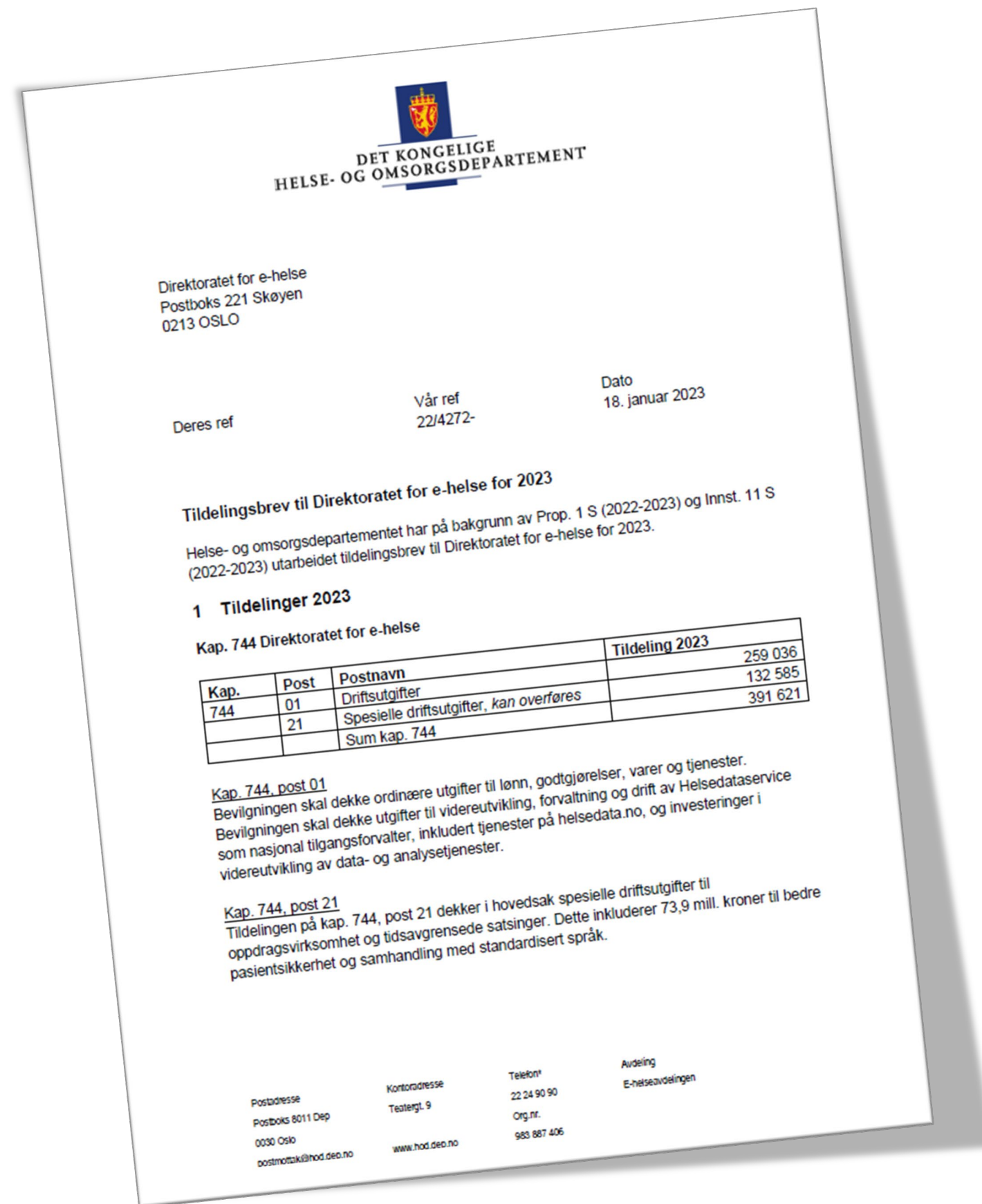


Direktoratet for
e-helse

Sak 38/23

Forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten

Oppdrag fra AID og HOD til AVDir, E-helse og HDir



Oppdrag 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.

Frist: 1. oktober

Rapport: Utveksling av helseopplysninger mellom NAV og helsesektoren



Utteksling av helseopplysninger mellom NAV og helsesektoren

Utredning om forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten

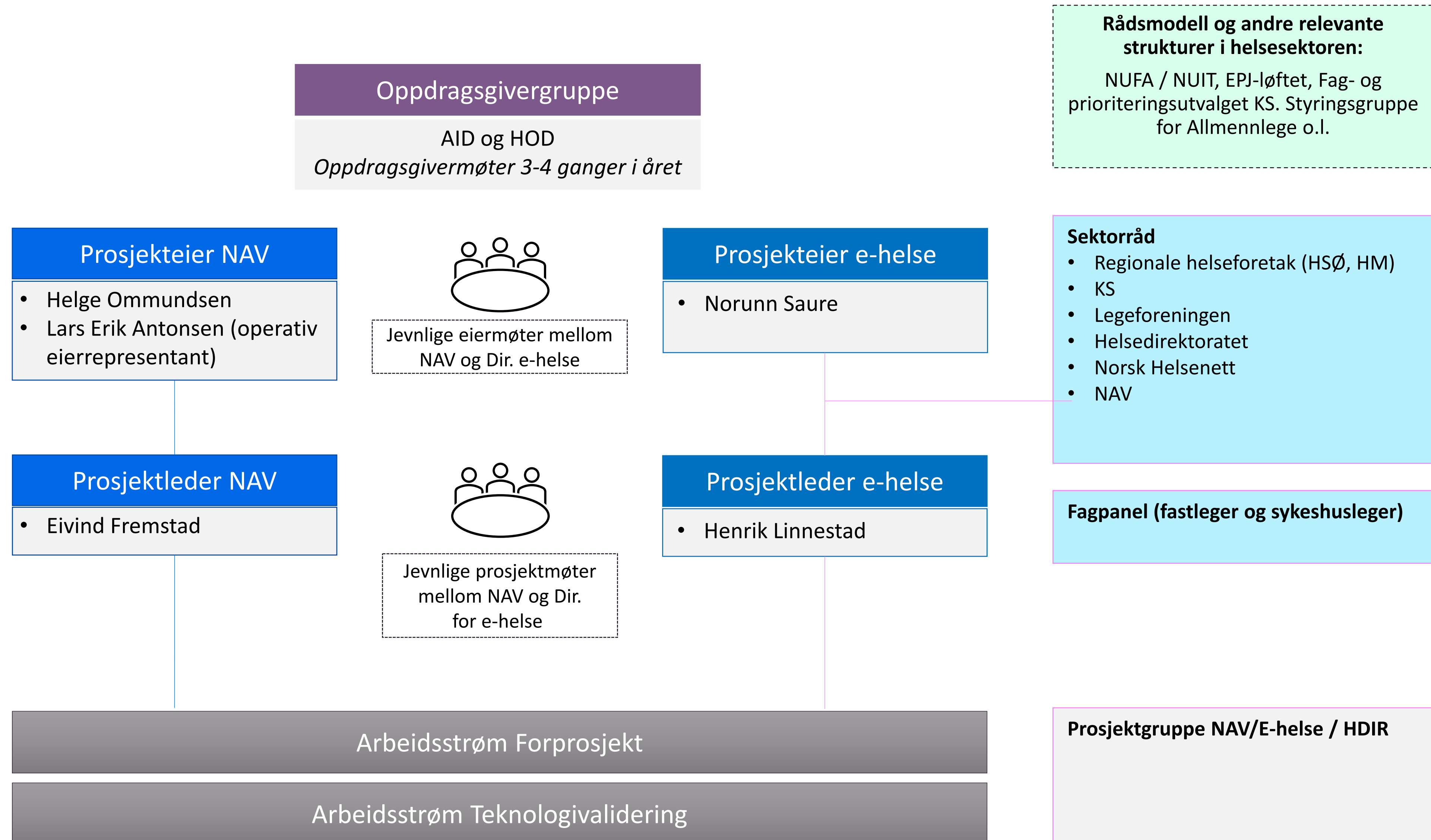


Rapport utarbeidet av NAV og Direktoratet for e-helse på oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet

Rapportstruktur

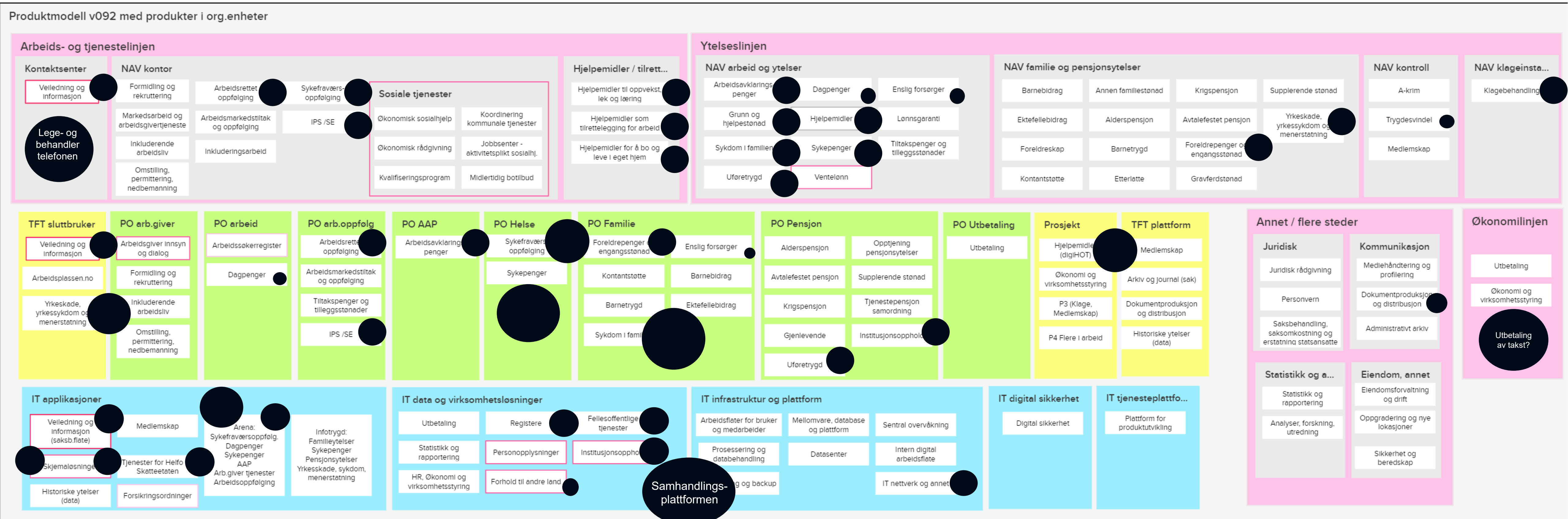
1	Innledning	Bakgrunn og mandat, organisering og metode, avgrensninger, avhengigheter til andre tiltak, struktur for rapport
2	Samhandlingsområder mellom NAV og helsetjenesten	Gjennomgang av ytelses- og tjenesteområdene i NAV og deres samhandling med helsetjenesten
3	Utfordringer ved dagens informasjonsutveksling	Beskrivelse av dagens situasjon, problemene med dagens situasjon og fremtidig behov
4	Funksjonelle behov for informasjonsutvekslingen	Beskrivelse av samhandlingsmønstre og funksjonelle behov
5	Alternative tekniske løsninger	Gjennomgang av alternative tekniske løsninger
6	Juridiske rammer og behov for regelverksutvikling	Redegjørelse for sentrale juridiske rammebetingelser og drøfting av behov for regelverksutvikling
7	Tilnærming til EPJ-markedet	Aktørbildet, handlingsrom og utfordringsbildet. Vurdering av virkemidler for å tilnærme seg EPJ-markedet
8	Overordnet om kostnadsbilde og gevinstpotensial	Beskrivelse av hva som er de største kostnadsdriverne, hvilke aktører som får hvilke type kostnader og hvilke typer gevinster som kan oppnås
9	Anbefalinger og videre arbeid	Forslag til videre initiativer og tiltak

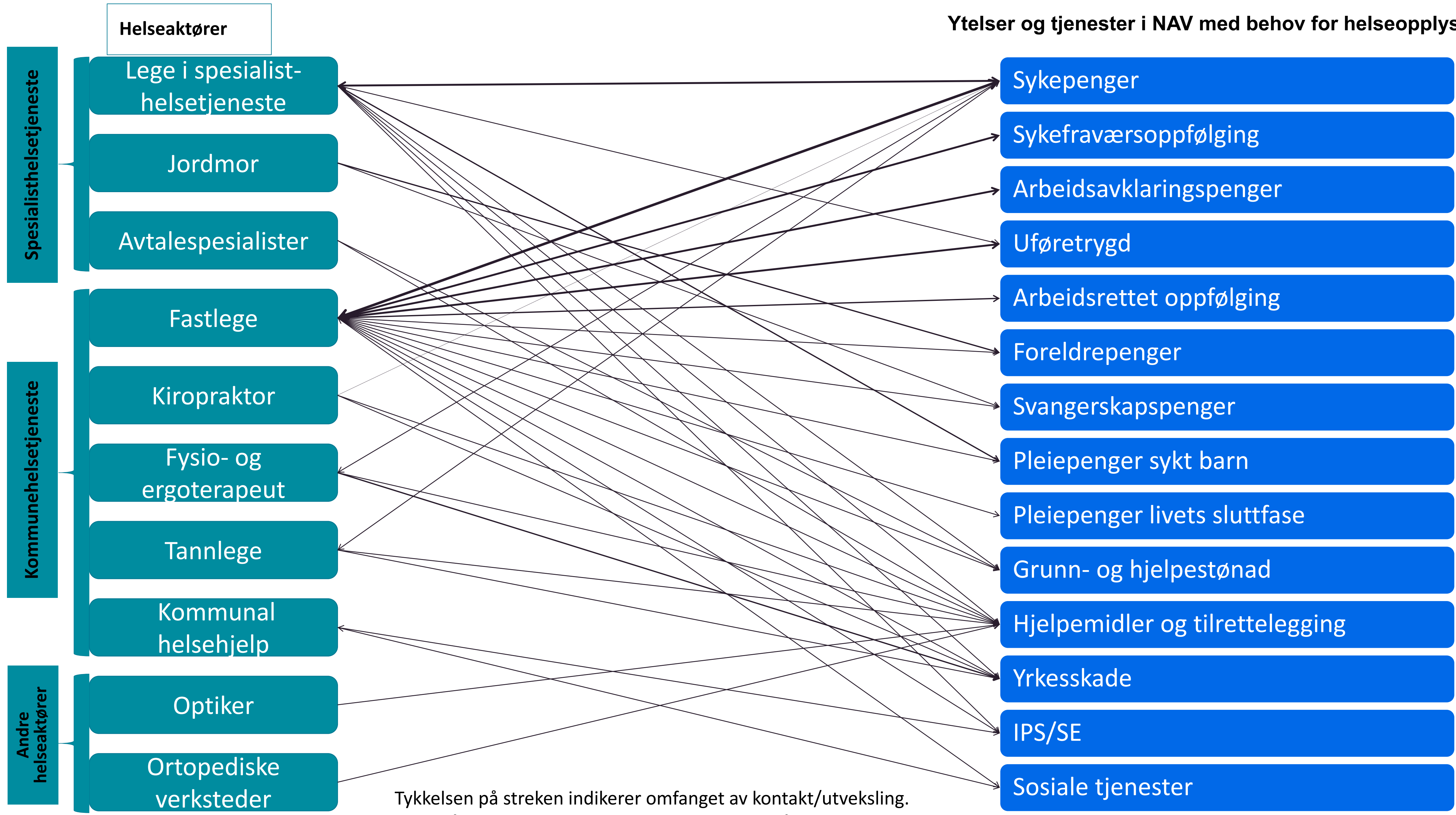
Organisering og forankring



Ytelsesområder hvor NAV benytter helseopplysninger

Illustrasjon





Tykkelsen på streken indikerer omfanget av kontakt/utveksling.
Pilen på streken indikerer hvilken vei dialogen går

Vi har identifisert tre primære bruksmønstre som skal støttes

Bruksmønstre:

Helsepersonell tar initiativ til innsending av opplysninger til NAV

NAV varsler helsepersonell om behov for opplysninger

Dialog mellom NAV og helsepersonell

Funksjonelle behov/krav:

- Oppleveres som integrert i brukerflate (EPJ)
- Ingen ekstra innlogging
- Automatisk journalføring i EPJ
- Preutfylling av informasjon fra både NAV og EPJ

- NAV gjør helsepersonell oppmerksom på behov for opplysninger
- Helsepersonell mottar varsel/melding som del av ordinært meldingsmottak/oppgavebenk

- Dialog mellom NAV og helsepersonell

Det er flere tekniske konsepter som kan være aktuelle

Bruksmønstre:

Helsepersonell tar initiativ til innsending av opplysninger til NAV

NAV varsler helsepersonell om behov for opplysninger

Dialog mellom NAV og helsepersonell

Aktuelle tekniske konsepter

API-basert tilnærming

Smart on FHIR web-app i EPJ

Selvstendig web-app fra NAV

Ny meldingshub

Dialogmelding

Ny standardisert dialogmelting-profil

Ny meldingshub som SoF-app

Dialogmelding

Anbefalt tilnærming

- Prioritering av samhandlingsområder som skal forbedres bør baseres kriterier som bl.a. vurderinger av kostnader og nytte, gjennomførbarhet og gjensidige avhengigheter/sammenhenger
- Forbedring av prioriterte ytelsesområder bør innrettes med fokus på tjenesteutvikling f.eks. ved bruk av tjenstedesign.
- Det er behov for informasjonsmodellering for ivareta et helhetlig grep om informasjonselementer på tvers av ytelser/ytelsesområder
- Før gjennomføring er det behov for å detaljere analysen per ytelse og bekrefte at forutsetninger vellykket gjennomføring er til stede (f.eks. knyttet til oppslutning fra EPJ-leverandører)

Nyttekostnad

- 1) Gevinst for pasient/sluttbruker (tidsbruk, kvalitet)
- 2) Gevinst for helsetjenesten (volum, tidsbruk, kvalitet av info)
- 3) Gevinst for NAV (effektivitet i forvaltning og drift, kvalitet i saksbehandling)
- 4) Kostnad

Gjennomførbarhet

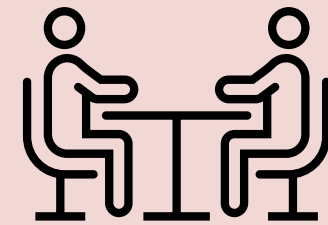
- 1) Endringsdyktighet for fagsystem i NAV
- 2) Kapasitet i fag- og utviklingsmiljø hos NAV
- 3) Gjennomførbarhet hos EPJ
- 4) Behov for regelverksutvikling

Gruppering og rekkefølge

- 1) Gjenbruk og læring
- 2) Skjemaer som brukes i samme prosess eller henger tett sammen
- 3) Hensyn til helhetlig informasjonstilfang

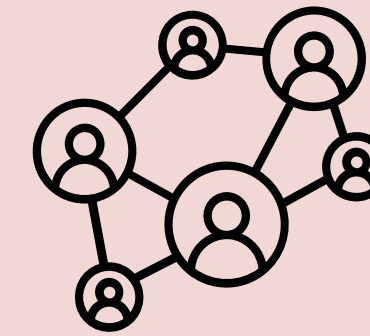
Tentative anbefalinger til departementene

1



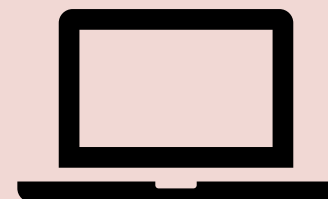
Det strategiske samarbeidet mellom NAV og helsesektoren bør videreføres

3



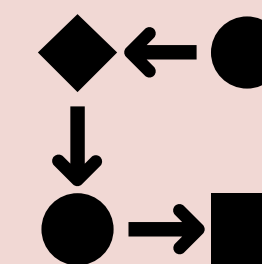
Videre arbeid bør innrettes som tjenesteutvikling og starte med sykmeldingsområdet

2



Identifiserte digitale samhandlingsløsninger bør undersøkes nærmere gjennom pilotering

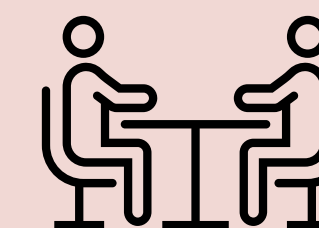
4



Det bør etableres en virkemiddelplan som kan sikre den nødvendige oppslutningen fra EPJ-leverandørene

1

Det strategiske samarbeidet mellom NAV og helsesektoren bør videreføres



Anbefaling:

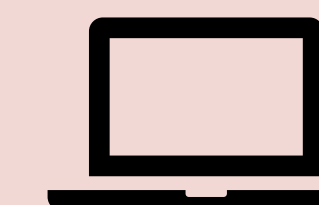
- AID og HOD bør gi likelydende oppdrag til AVdir og Hdir i 2024 om å arbeide videre i tråd med prosjektets anbefalinger, og departementene bør ha felles oppfølging av oppdraget
- HOD bør vurdere å gi styringssignaler til RHF-ene om deltakelse i arbeidet
- Som del av sitt oppdrag bør Hdir sørge for at helsesektorens aktører inviteres med i et langsiktig strategisk samarbeid om tiltaket

Begrunnelse:

- Kontinuitet i arbeidet
- Balansering av behovene til to sektorer – for å sikre helhetlig ivaretagelse av pasienten/brukeren
- Forutsigbarhet og klare premisser for samordning av helsesektorens aktører
- God forankring i styringslinjer med mulighet for raske avklaringer
- Evne til å fjerne hindre, f.eks. knyttet til ressurstilgang og prioritering

2

Identifiserte digitale samhandlingsløsninger bør undersøkes nærmere gjennom pilotering



Anbefaling:

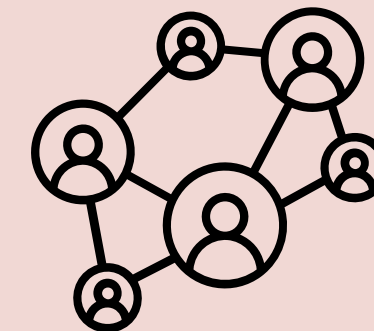
- NAV, i samarbeid med Hdir, EPJ-leverandører og representanter fra helsetjenesten, bør arbeide videre med testing av ulike tekniske løsninger for å vurdere deres egnethet, og for å redusere usikkerhet og risiko. Det er særlig viktig å få mer kunnskap om egnetheten i en fastlege-kontekst.

Begrunnelse:

- Både Smart on FHIR og selvstendige web-apper er konsepter som så langt vurderes som aktuelle. Prosjektet har per nå ikke en endelig konklusjon om hvilke(t) konsept(er) som er å foretrekke.
- Det er behov for mer kunnskap, blant annet om alternativene fyller tekniske og funksjonelle behov, slik som single sign-on, pre-utfylling og automatisk journalføring. Risiko i utvikling, migrering og bredding av løsningene må vurderes. Oppslutning fra både EPJ-leverandører og deres kunder til utviklingsretningen er en viktig faktor.
- Det bør vurderes om det er hensiktsmessig at flere tekniske løsninger eksisterer side om side i en tid fremover.

3

Videre arbeid bør innrettes som tjenesteutvikling og starte med sykmeldingsområdet



Anbefaling:

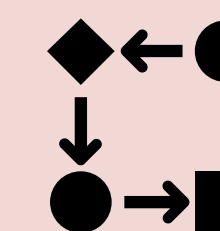
- Tiltak bør startes som en tjenesteutviklingsprosess, hvor prosess, aktørinvolvering, informasjonselementer, digitale løsninger, regelverksutvikling, m.m. sees i sammenheng for å oppnå et bedre og mer helhetlig tjenesteforløp. Alle berørte parter bør representeres i dette arbeidet, inkludert pasienter/brukere, NAV, helsesektorens aktører og EPJ-leverandører.
- Sykepenger og AAP peker seg ut som prioriterte områder. Av hensyn til gjennomførbarhet hos NAV anbefaler prosjektet at arbeidet starter på sykepengeområdet, med plan for etterfølgende, tilsvarende arbeid med AAP.

Begrunnelse:

- Samhandlingen (arbeidsprosesser og informasjonsflyt) mellom NAV og helsesektoren har høy kompleksitet og stort volum. For å sikre fokus og fremdrift bør ikke neste fase ha for stort omfang.
- Ett av kriteriene for prioritering er samfunnsøkonomisk nytte for NAV, helsepersonell, innbygger og samfunnet for øvrig. Nyttepotensialet antas å være størst innen sykepenge- og AAP-området.
- Nav har for tiden svært begrenset mulighet til å arbeide med arbeidsavklaringspenger. Sykmeldinger har svært høyt volum.

4

Det bør etableres en plan for virkemiddelbruk som kan sikre den nødvendige oppslutningen fra EPJ-leverandørene



Anbefaling:

- Det bør etableres en arena for åpen dialog mellom NAV, helsesektoren og EPJ-leverandørene, hvor ønsket utviklingsretning kan legges frem og diskuteres.
- Det bør gjøres en vurdering av om EPJ-leverandørene og deres kunder kan og vil bidra til en ønsket utviklingsretning
- En bred palett av virkemidler må vurderes, inkludert standardisering, normering, samordning på kundesiden, finansiering, pedagogiske virkemidler, etc.

Begrunnelse:

- EPJ-markedet, spesielt innen fastlegeområdet, består av et betydelig antall leverandører med ulik profil når det gjelder utviklingskapasitet, forretningsstrategi, etc.
- Det kan ikke forutsettes at EPJ-leverandørene har naturlige insentiver til å utvikle sine løsninger i tråd med direktoratenes anbefalinger. Det vil kunne være utfordrende for staten å sikre oppslutning fra leverandørene.

NUIT bes gi innspill på

- prosjektets tentative konklusjoner og anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet
- hvilke(t) samhandlingsområde(r) er det hensiktsmessig å starte konkret forbedringsarbeid på?
- hvordan bør det videre arbeidet med å forbedre informasjonsutvekslingen mellom NAV og helsesektoren innrettes og organiseres?
- hvordan kan vi eventuelt oppnå oppslutning fra EPJ-leverandørene om en mulig utviklingsretning med bl.a. Smart on FHIR?
- hva skal til for at det videre arbeidet med samhandlingen med NAV skal lykkes?

Forslag til vedtak

NUIT drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill fra møtet i det videre arbeidet med forbedring av informasjonsutvekslingen mellom NAV og helsesektoren.



Direktoratet for
e-helse

Sak 39/23

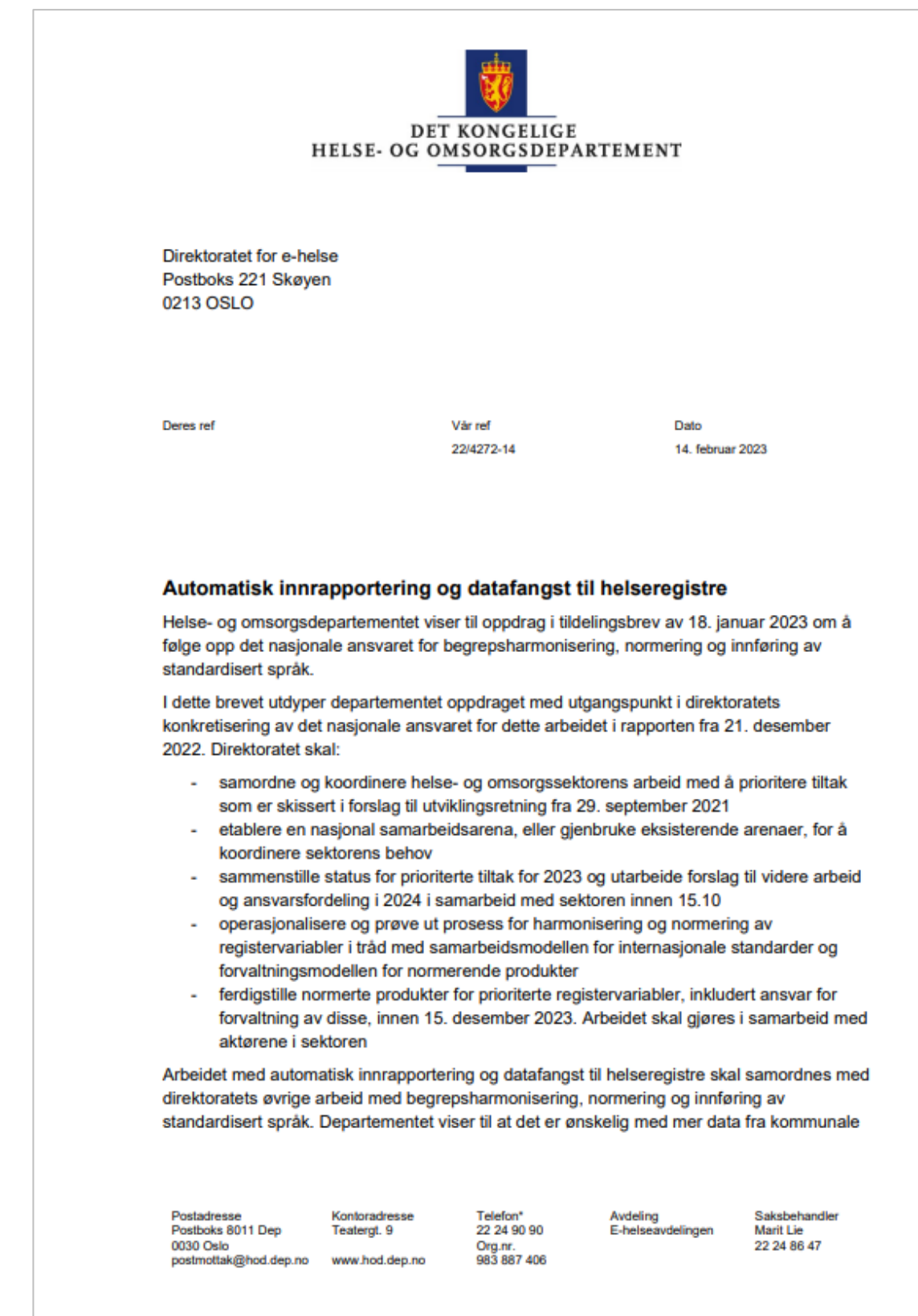
Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre

Tildelingsbrev 2023 | Oppdrag

Direktoratet skal

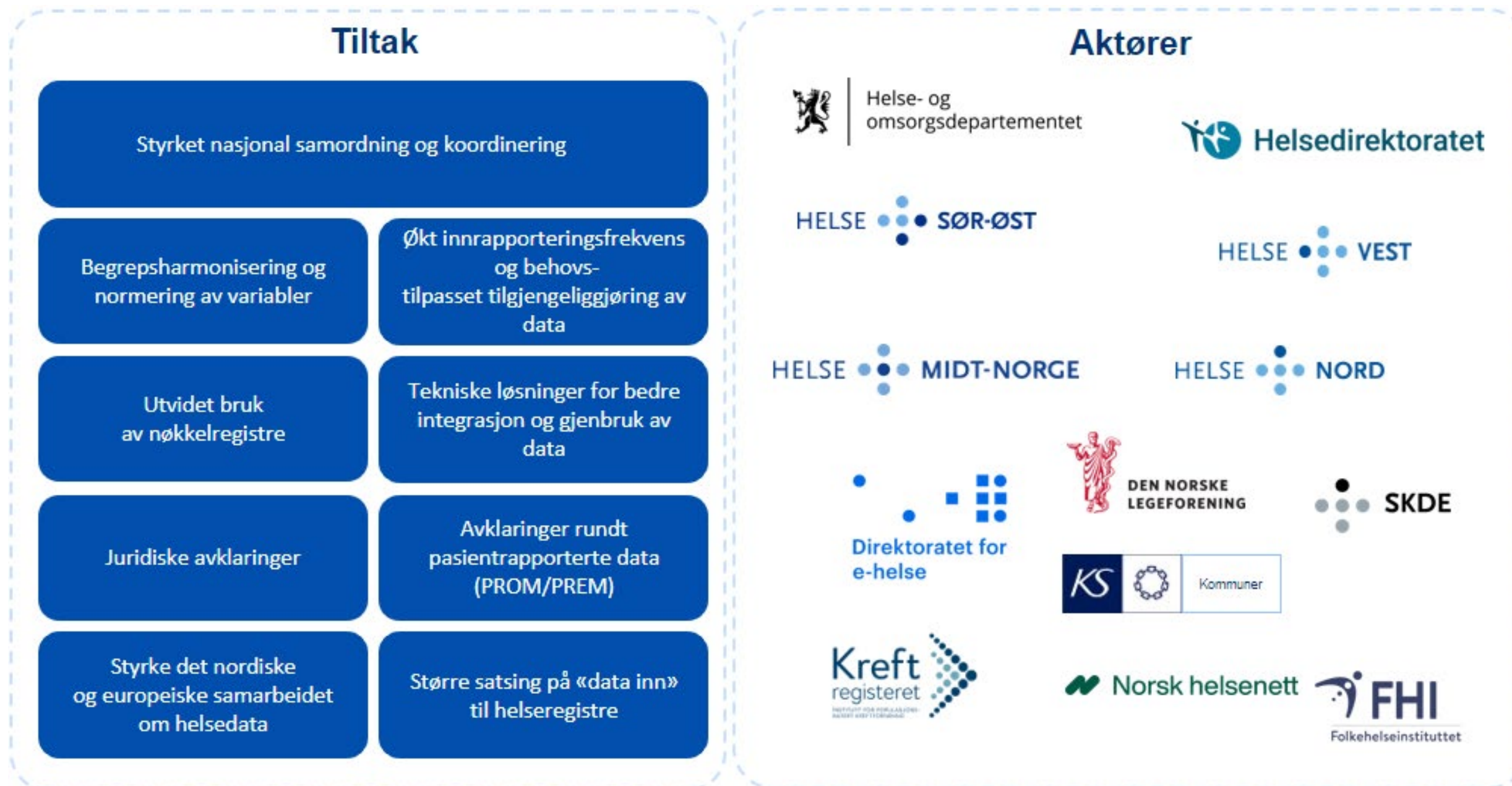
- **samordne og koordinere** helse- og omsorgssektorens arbeid med å prioritere tiltak som er skissert i forslag til utviklingsretning fra 29. september 2021
- **etablere** en nasjonal samarbeidsarena, eller **gjennbruke eksisterende arenaer**, for å koordinere sektorens behov
- **sammenstille status for prioriterte tiltak** for 2023 og utarbeide **forslag til videre arbeid og ansvarsfordeling** i 2024 i samarbeid med sektoren innen 15.10
- operasjonalisere og prøve ut prosess for harmonisering og normering av registervariabler i tråd med samarbeidsmodellen for internasjonale standarder og forvaltningsmodellen for normerende produkter
- ferdigstille normerte produkter for prioriterte registervariabler, inkludert ansvar for forvaltning av disse, innen 15. desember 2023. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med aktørene i sektoren

Arbeidet med automatisk innrapportering og datafangst til helseregistre skal samordnes med direktoratets øvrige arbeid med begrepsharmonisering, normering og innføring av standardisert språk. Departementet viser til at det er ønskelig med mer data fra kommunale helse- og omsorgstjenester og ber om at virkemidler for å øke dette datatilfanget vurderes som del av arbeidet.

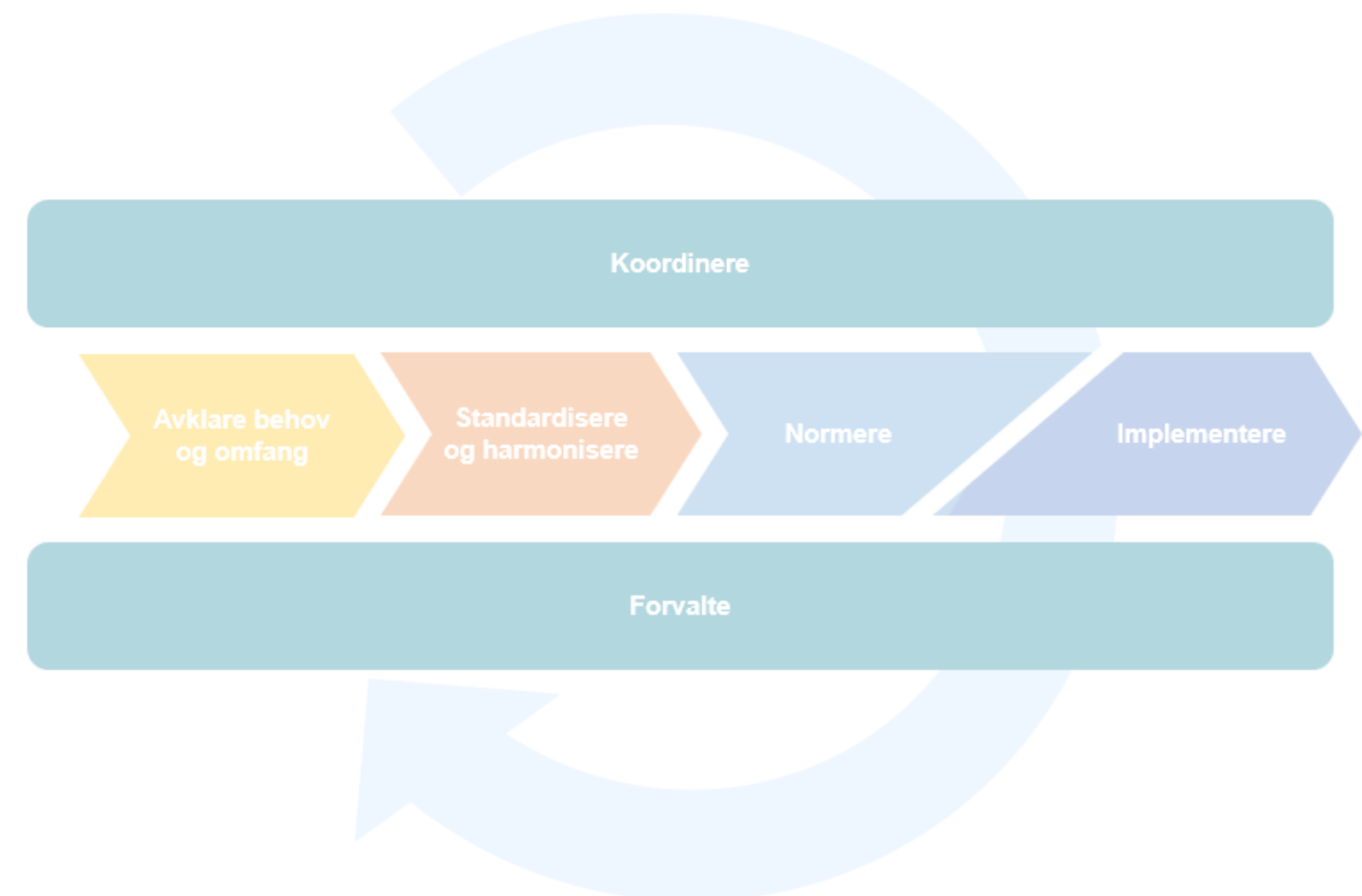


Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre | To hovedleveranser

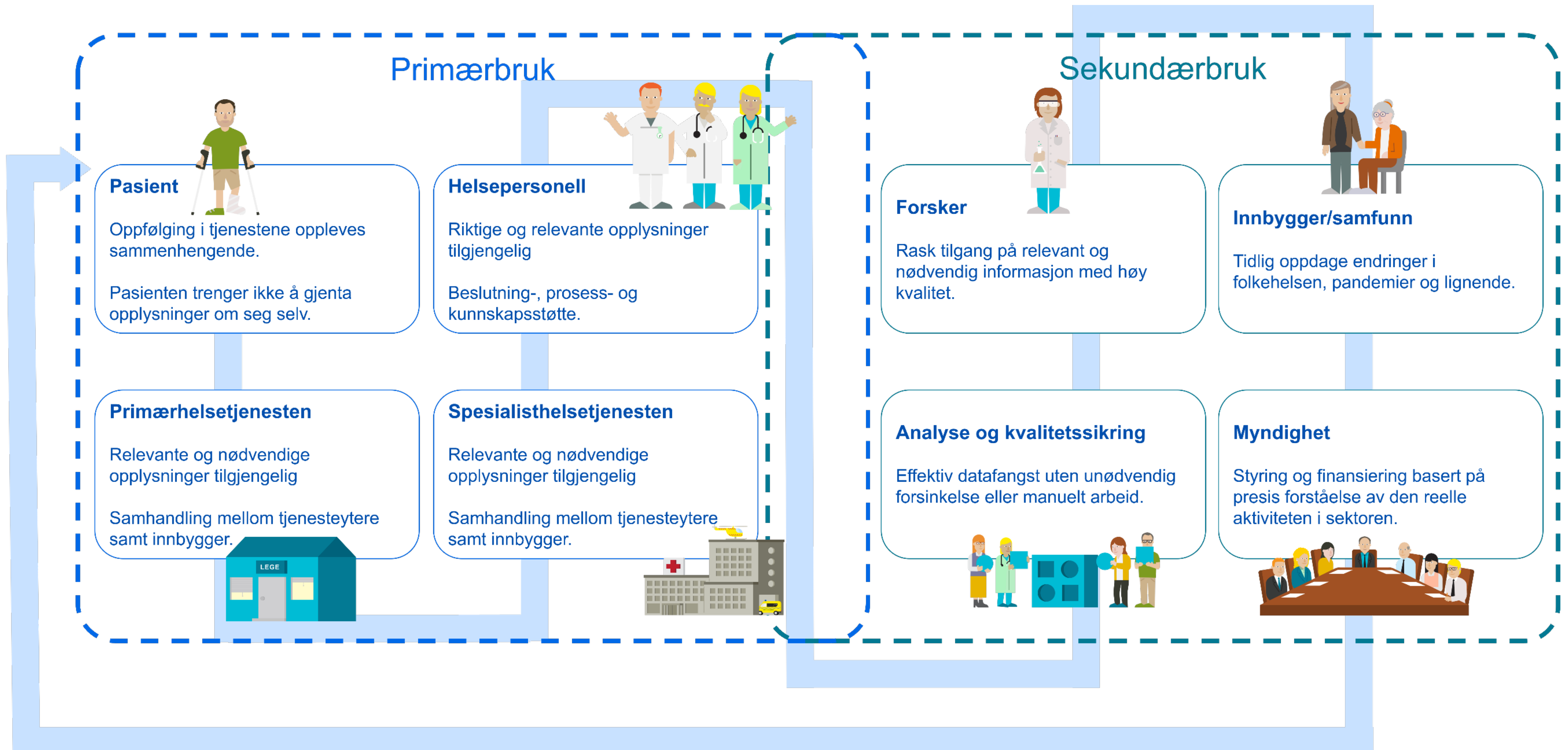
Samordne og koordinere arbeidet med automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre



Operasjonalisere prosess for harmonisering og normering av registervariabler



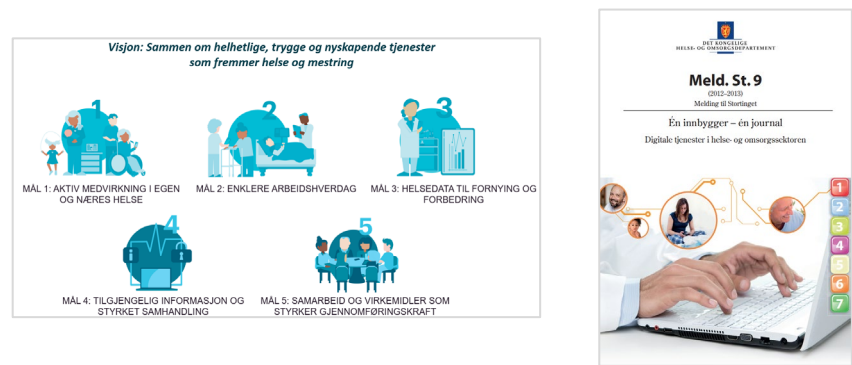
Tilgang til komplette, korrekte og oppdaterte data fra helseregistre



Aktører og tiltak realiserer målbildet i fellesskap

"Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning"

"Innrapportering til registre skal skje mest mulig automatisk, uten dobbeltregistrering, og være en integrert del av de faste arbeidsprosessene"



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



Automatisert innrapportering og datafangst | Ansvarsdeling og samarbeidsarenaer

Roller og ansvar for realisering av målbildet

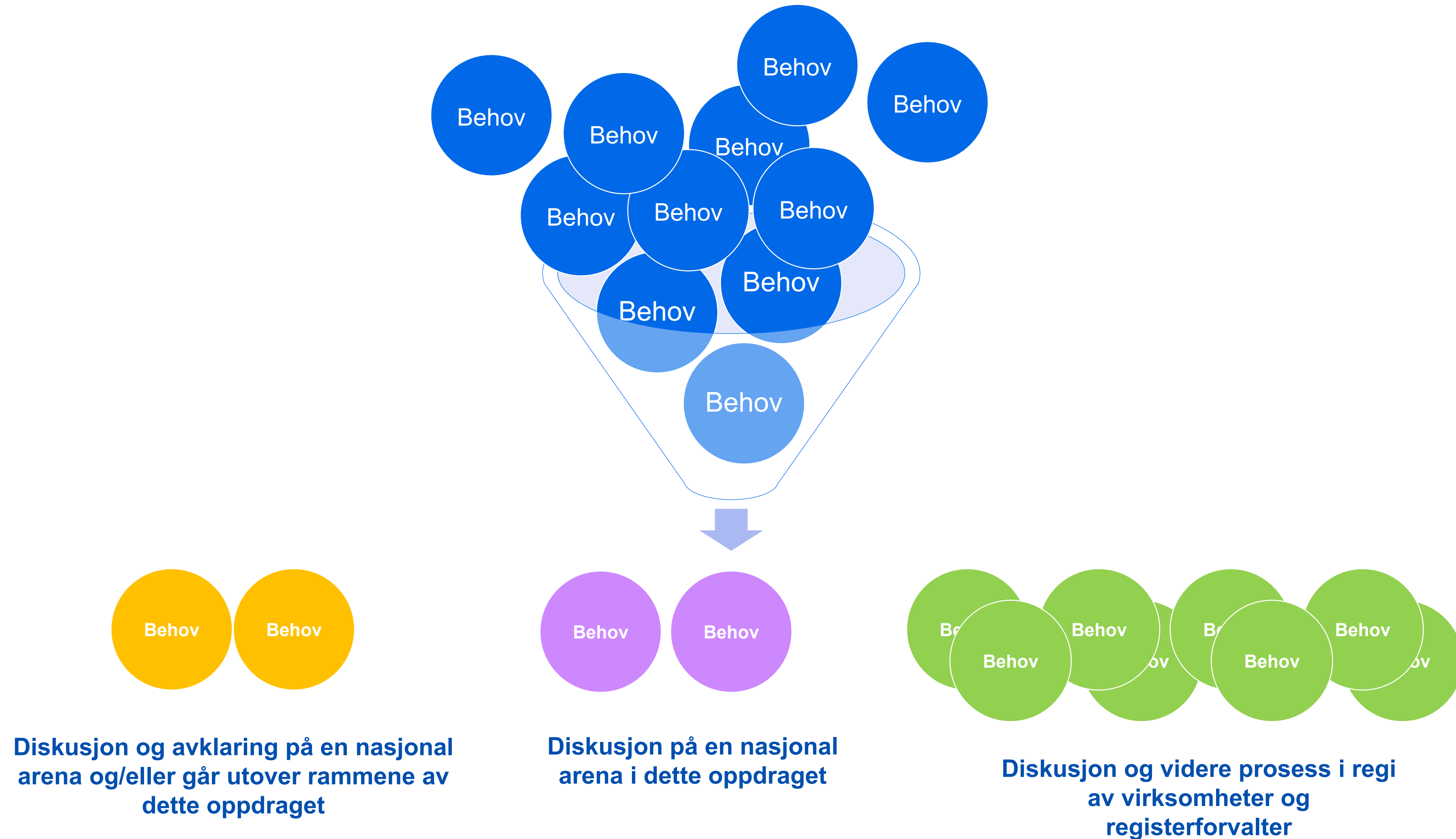
- Ansvar for sentrale helseregistre og nasjonale medisinske kvalitetsregistre er plassert i hht. gjeldende føringer for roller og ansvar
- **Myndigheter (i denne sammenheng Direktoratet for e-helse)** er premissgiver, faglig rådgiver og pådriver.
- **Virksomheter med journal- og fagsystemer** har ansvar for å avklare og formidle behov sammen med registerforvalterne. Dette omfatter også ansvar for beslutningsgrunnlag om videre arbeid på aktuelle tiltaksområder der de har et ansvar.
- **Registerforvalterne** har ansvar for å avklare og formidle behov sammen med virksomhetene, inkludert beslutningsgrunnlag om videre arbeid samt ansvar for bruk av standarder i egen virksomhet og evt. tilpasninger ved behov.
- Endring i helseforvaltningen fra 2024

Samarbeidsarenaer på flere nivå

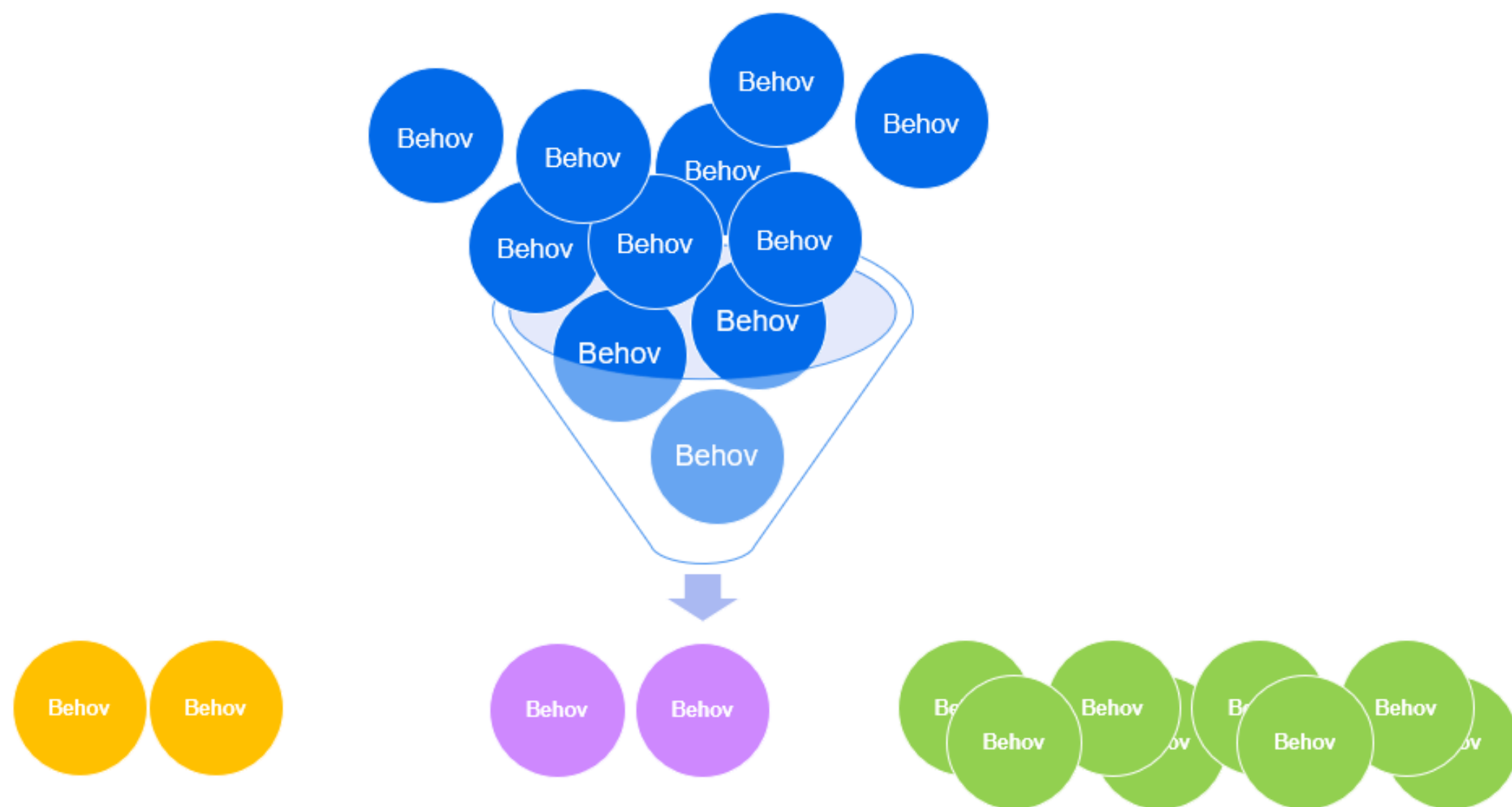
- Flere arenaer og fora for rådgivning, samarbeid og samstyring i helse- og omsorgsektoren
- Fragmentert landskap med mange aktører, flere styringslinjer, ulike forvaltningsnivå
- Kommunale, regionale, sektorielle og tverrsektorielle fora og arenaer



Samordning og koordinering | Status behov og videre prosess



Fra behov til tiltak og leveranser, ansvar fordeles på flere



Ansvarsdeling og samarbeidsarenaer | Foreløpig oppsummering

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

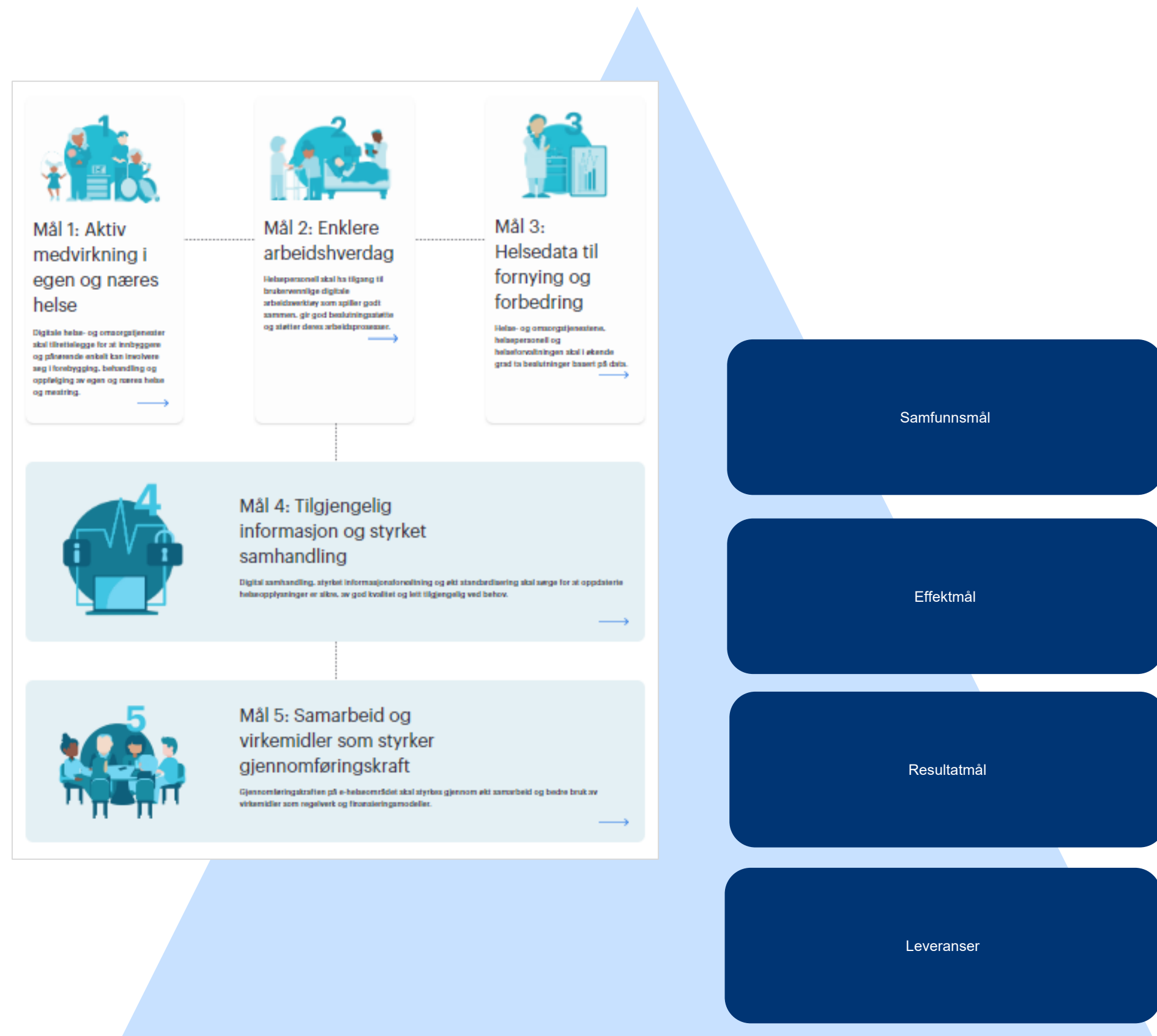
Avklaringer rundt pasientrapporterte data (PROM/PREM)

Styrke det nordiske og europeiske samarbeidet om helsedata

Større satsing på «data inn» til helseregistre

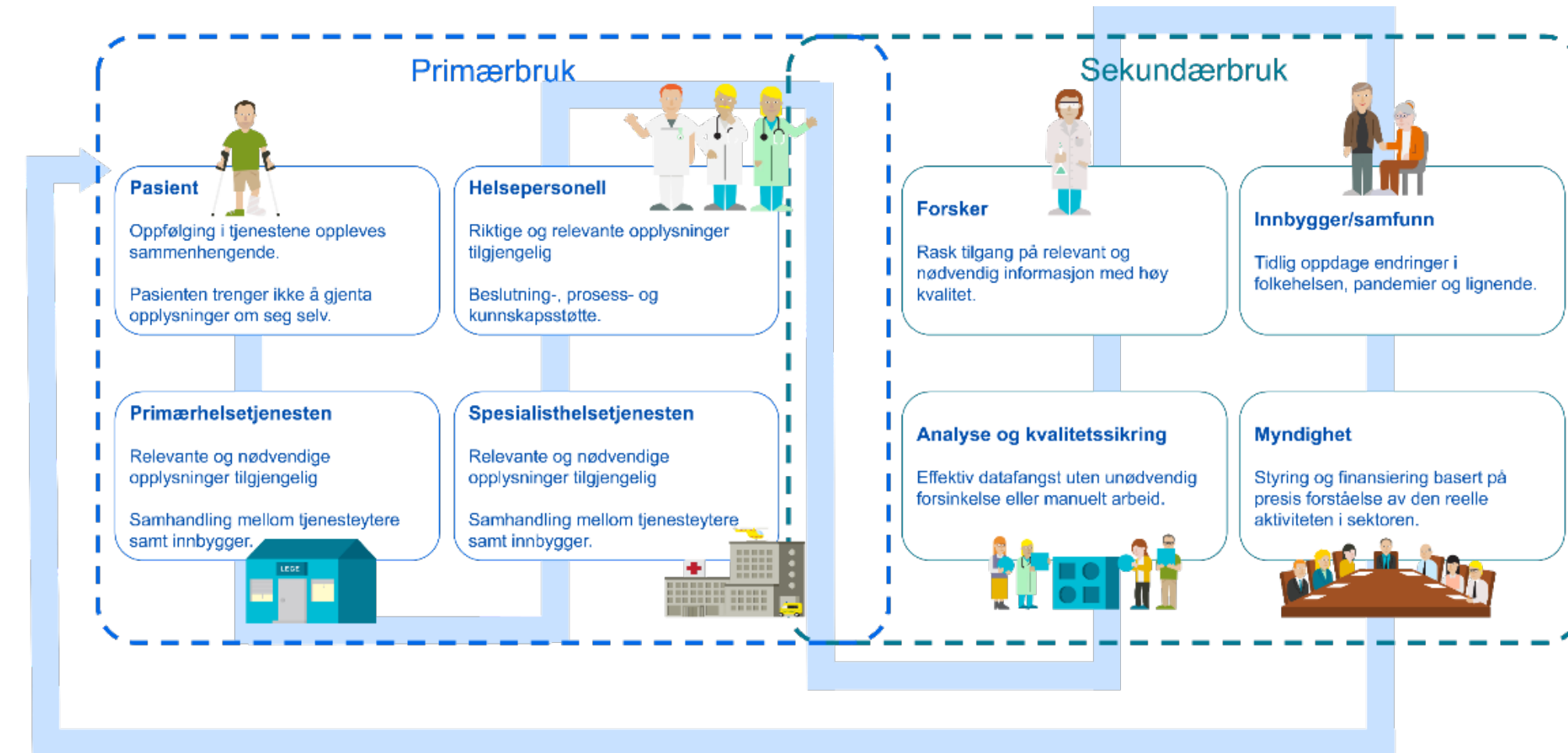
Tiltak	Ansvarsplassering (tiltakseier)	Samarbeidsarena
Styrket Nasjonal samordning og koordinering	Direktoratet for e-helse	Til avklaring
Begrepsharmonisering og normering av variabler	Direktoratet for e-helse med deltagelse fra aktører jfr. Prosess for begrepsharmonisering og normering	Standardiseringsutvalget for internasjonale e-helsestandarder, NUFA, nedsatte arbeidsgrupper
Økt innrapporteringsfrekvens og behovstilpasset tilgjengeliggjøring av datasett	Registerforvaltere som involverer innrapporterende virksomheter	Tiltakseier vurderer egnet arena
Utvidet bruk av nøkkelregistre	Registerforvaltere som involverer andre registerforvaltere	Tiltakseier vurderer egnet arena
Tekniske løsninger for bedre integrasjon og gjenbruk av data	Registerforvaltere for sine registre. Virksomheter for egne løsninger	Tiltakseier vurderer egnet arena
Juridiske avklaringer	Formidles til HOD og den/de myndighetsorganet(ene) med fortolkningsansvar	Tiltakseier vurderer egnet arena
Avklaringer rundt pasientrapporterte data (PROM/PREM)	Aktører som med særskilte roller og ansvar for sine tiltak, som igjen involverer interessenter	Tiltakseier vurderer egnet arena
Styrke det nordiske og europeiske samarbeidet om helsedata	Direktoratet for e-helse med deltagelse fra aktører i standardiseringsutvalget for internasjonale standarder	Standardiseringsutvalget for internasjonale e-helsestandarder
Større satsing på data inn til helseregistre	Direktoratet for e-helse	Tiltakseier vurderer egnet arena

Sammenfallende problemstillinger på tvers



«Portaler for rapportering for helsepersonell»

«Informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten»



«Kunstig intelligens»

«Persontilpasset medisin»

Foreløpig anbefaling

- Arbeidet med automatisert innrapportering jfr. beskrivelse i rapporten fortsetter
 - Videre arbeid i regi av tiltakseier
 - Ansvars plassering jfr. aktørenes roller og ansvar
 - Samarbeidsarenaer som angitt eller etter tiltakseiers vurdering
- Behovet for nasjonal samordning og koordinering av aktører og tiltak som bidrar til måloppnåelse står seg
- Endringer i sentral helseforvaltning må sees i sammenheng og vil legge føringer for videre arbeid etter at rapporten er overlevert



Forslag til vedtak

NUIT drøftet foreløpig oppsummering, og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill fra møtet i det videre arbeidet.



Direktoratet for
e-helse

Sak 40/23

Referatform til møtene i NUIT

Referatform til møtene i NUIT

- Direktoratet for e-helse har sekretariatsfunksjonen for utvalgene i den nasjonale rådsmodellen for e-helse, og ansvaret for at det ferdigstilles et referat fra utvalgsmøtet.
- Direktoratet for e-helse ønsker at referatet etter møtene i NUIT skal gi en kort og konkret oppsummering av de innspillene som ble gitt, samt eventuelle aksjonspunkter relatert til tema.

Drøftings spørsmål:

- Er det et riktig format på referatene fra møtene i NUIT?
- Ønsker dere at vi knytter navn, evt. aktør, til innspillene som blir gitt i møtene?

Forslag til vedtak

NUIT drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet til retningslinjer for referatføring fra møtene i NUIT.



Direktoratet for
e-helse

Sak 41/23

Eventuelt



Direktoratet for
e-helse

Takk for i dag!

Neste møte i NUIT er 16. november i Direktoratet for e-helse sine lokaler på Skøyen.