



Direktoratet for  
e-helse

## Møte i NUIT

Møte 3/22  
19. Mai 2022

Direktoratet for e-helse

# Medlemmer og observatører i NUIT

Navn: Mariann Hornnes (leder)  
Tittel: Direktør  
Aktør: Direktoratet for e-helse



Navn: Asbjørn Finstad  
Tittel: Avdelingsdirektør  
Aktør: KS



Navn: Morten Fronth-Andersen  
Tittel: Avdelingsdirektør Prosjekt og Tjenstedesign  
Aktør: Helsedirektoratet



Navn: Ole Johan Kvan  
Tittel: Enhetsleder IKT koordinering  
Aktør: Helse Sør-Øst RHF



Navn: Bente R. Herdlevær  
Tittel: Kommunaldirektør  
Aktør: Bærum kommune



Navn: Roger Schäffer  
Tittel: IT-direktør  
Aktør: Folkehelseinstituttet



Navn: Erik M. Hansen  
Tittel: Adm. direktør IKT  
Aktør: Helse Vest RHF



Navn: Wenche P. Dehli  
Tittel: Helse- og velferdsdirektør  
Aktør: Trondheim kommune



Navn: Egil Johanessen  
Tittel: Fastlege  
Aktør: Representerer fastlegene



Navn: Per Olav Skjesol  
Tittel: IKT-sjef  
Aktør: Helse Midt-Norge RHF



Navn: Harald Sundt-Ohlsen  
Tittel: Avdelingsdirektør  
Aktør: Oslo kommune



Navn: Bente Christensen  
Tittel: Seniorrådgiver  
Aktør: Norsk Sykepleierforbund



Navn: Bjørn Nilsen  
Tittel: IT-sjef  
Aktør: Helse Nord RHF



Navn: Terje Jørgensen  
Tittel: Leder eHelse arkitektur, ForUT, Digitaliserings- og IKT-kontoret  
Aktør: Bodø kommune



Navn: Anne-Lise Härter  
Tittel: Direktør e-helse  
Aktør: Apotekforeningen



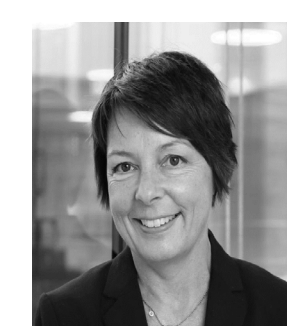
Navn: Terje Wistner  
Tittel: Avdelingsdirektør e-helse  
Aktør: KS



Navn: Kristin Brekke  
Tittel: Fagleder  
Aktør: Bergen kommune



*Observatør*  
Navn: Bodil Rabben  
Tittel: Divisjonsdirektør Nasjonale e-helseløsninger  
Aktør: Norsk Helsenet SF



	<b>Agenda</b>	<b>Innretning</b>	<b>Presenterer saken</b>	<b>Start</b>
16/22	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning	Mariann Hornnes Direktoratet for e-helse	08:30
17/22	Godkjenning av referat fra NUIT 17. februar og ekstramøtet 8. april 2022	Godkjenning	Mariann Hornnes Direktoratet for e-helse	08:32
18/22	<b>Orientering fra Direktoratet for e-helse:</b> - Videre prosess PDS steg 2 - Prosess for nye mandater for utvalgene i styringsmodellen	Orientering	Mariann Hornnes og Karl Vestli Direktoratet for e-helse	08:35
19/22	<b>Utveksling av helseopplysninger mellom NAV og helsesektoren</b>	Drøfting	Lars Erik Antonsen og Marit Hermansen NAV	08:50
20/22	<b>Tryggere Helseapper</b>	Drøfting	Arve Paulsen Helsedirektoratet	09:20
	<b>Pause</b>			<b>09:50</b>
21/22	<b>Nasjonal e-helseportefølje – status og planer samt oppdatert Veikart</b>	Drøfting	Siv Ingebrigtsen Direktoratet for e-helse	10:00
22/22	<b>Kostnadsfordeling av drift og forvaltning for de nasjonale e-helseløsningene</b>	Drøfting	Karl Vestli Direktoratet for e-helse	10:30
23/22	<b>Ansvarsfordeling og prinsipper for innføring av nasjonale e-helseløsning</b>	Drøfting	Siv Ingebrigtsen Direktoratet for e-helse	11:00
24/22	<b>Nasjonal e-helsemonitor – status og plan for videreutvikling</b>	Anbefaling	Ole Bryøen Direktoratet for e-helse	11:30
	<b>Lunsj</b>			<b>12:00</b>
25/22	<b>Strategi digital smittevernberedskap</b>	Drøfting	Roger Schäffer og Susanne Hegg FHI	12:30
26/22	<b>DigiPan-rapporten</b>	Drøfting	Terje Wistner og Ellen Normannseth KS	13:00
27/22	<b>Orientering om arbeidet med Felles kommunal journal (FKJ)</b>	Drøfting	Terje Wistner og Kjetil Løyning KS	13:20
28/22	<b>Strategisk plan for digitalisering av legemiddelområdet</b>	Drøfting	Ivar Thor Jonsson, Mildrid Ræstad og Solrun Elvik Direktoratet for e-helse	13:50
	<b>Pause</b>			<b>14:30</b>
29/22	<b>Vurdering av alternativer for felles styring av PLL og PDS steg 2</b>	Drøfting	Lars Angell-Jørgensen Direktoratet for e-helse	14:40
30/22	<b>Samarbeidsmodell for bruk av internasjonale standarder i helse- og omsorgssektoren</b>	Drøfting	<b>Saken er utsatt til møtet 14. september</b>	
31/22	<b>Eventuelt</b>		Mariann Hornnes Direktoratet for e-helse	15:25



Direktoratet for  
e-helse

# Sak 16/22

## Godkjenning av innkalling og dagsorden

# Forslag til vedtak

NUIT godkjenner innkalling og dagsorden.



Direktoratet for  
e-helse

## **Sak 17/22**

**Godkjenning av referat fra NUIT 17.  
februar og ekstramøtet 8. april 2022**

# Forslag til vedtak

NUIT godkjenner referatet fra NUIT 17. februar og ekstramøtet 8. april 2022.



Direktoratet for  
e-helse

## Sak 18/22

# Orientering fra Direktoratet for e-helse



# Orientering fra Direktoratet for e-helse

**1** Videre prosess PDS steg 2

**2** Prosess for nye mandater for utvalgene i styringsmodellen

**3** Forordning om et Europeisk fellesområde for helsedata

# Orientering fra Direktoratet for e-helse

**1** Videre prosess PDS steg 2

**2** Prosess for nye mandater for utvalgene i styringsmodellen

**3** Forordning om et Europeisk fellesområde for helsedata

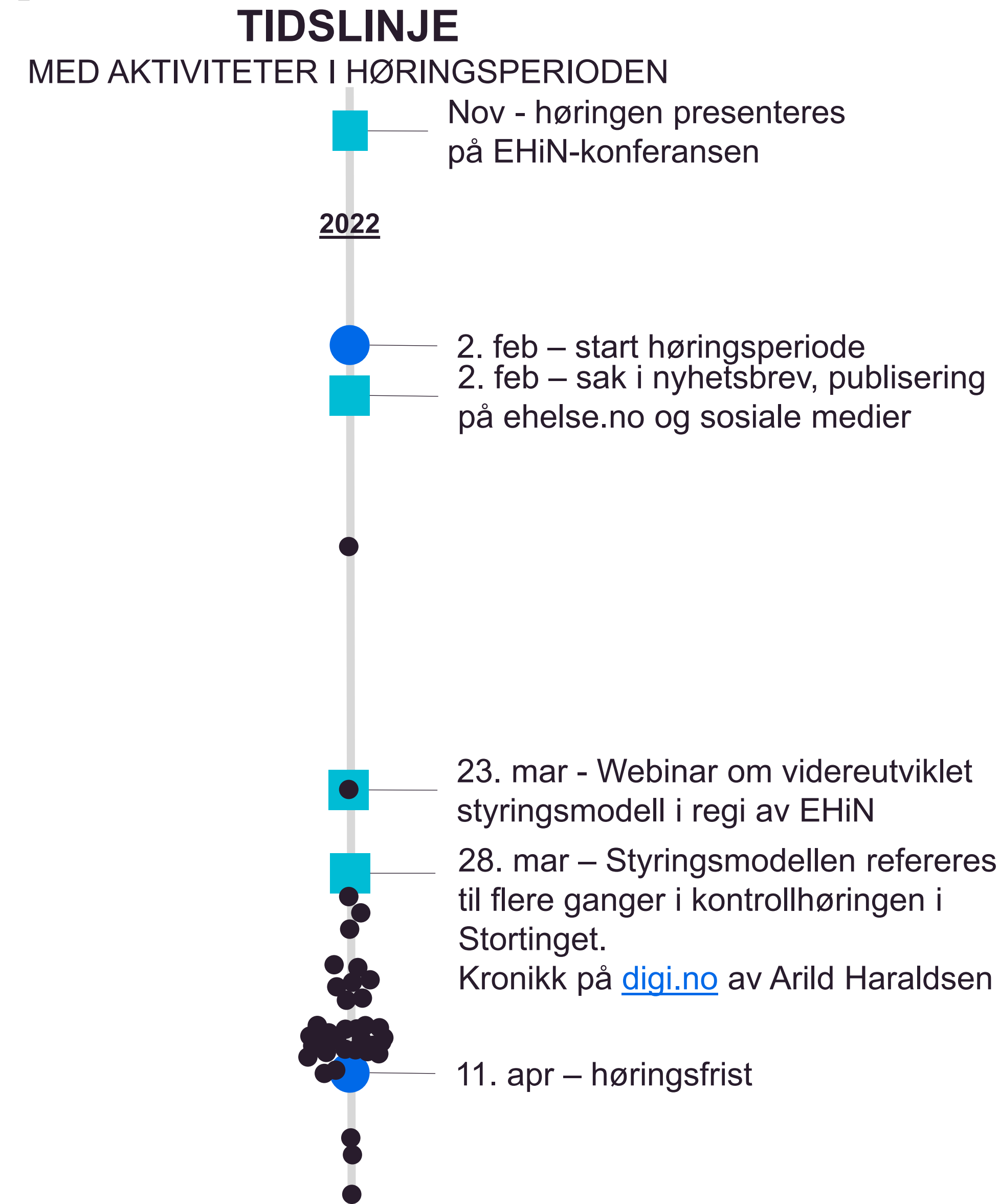
# Høringen og prosess for nye mandater

- Kommunikasjonsaktiviteter
- Start + slutt høringsprosess
- Mottatt hørings svar

- Høringsperiode fra 2. februar 2022– 11.april 2022 (10 uker)
- Hørings svar er publisert fortløpende på høringssiden på ehelse.no
- Hva vi spesielt ønsket tilbakemelding på:
  1. Er dere enige i de foreslåtte endringene i styringsmodellen eller er det andre endringer og tiltak som Direktoratet for e-helse bør vurdere?
  2. Har dere forslag til konkrete endringer i de revidert mandatene?
  3. Har dere tilbakemeldinger på hvilke saker som skal/bør behandles i styringsmodellen?

## Videre prosess

- Nye mandater for NUIT og NUFA skal vedtas i Nasjonalt e-helsestyre 8.juni
- Det skal publiseres et oppsummeringsnotat av hørings svarene i løpet av juni. Dette skal inneholde hvordan direktoratet stiller seg til innspillene, om det skal gjøres endringer i mandatene eller om det er andre oppfølgingspunkter.



# Orientering fra Direktoratet for e-helse

**1** Videre prosess PDS steg 2

**2** Prosess for nye mandater for utvalgene i styringsmodellen

**3** Forordning om et Europeisk fellesområde for helsedata

# Forordning om et Europeisk fellesområde for helsedata



- EHDS (European Health Data Space) forordningen ble lagt frem av EU-kommisjonen 3. mai
- Målsetningen for EHDS er å fremme sikker *tilgang til* og *utveksling av* helsedata på tvers av landegrenser i EU
- Forordningen kan få stor innflytelse både på primær- og sekundærbruk av data også i Norge
- Lovforslaget skal nå behandles av EU-rådet og EU-parlamentet
- HOD ønsker at Direktoratet for e-helse vurderer konsekvenser og muligheter av forordningen for Norge

# Forslag til vedtak

NUIT tar sakene til orientering.



Direktoratet for  
e-helse

## Sak 19/22

# Utveksling av helseopplysninger mellom NAV og helsetjenesten



## Utveksling av helseopplysninger mellom helsesektoren og NAV

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

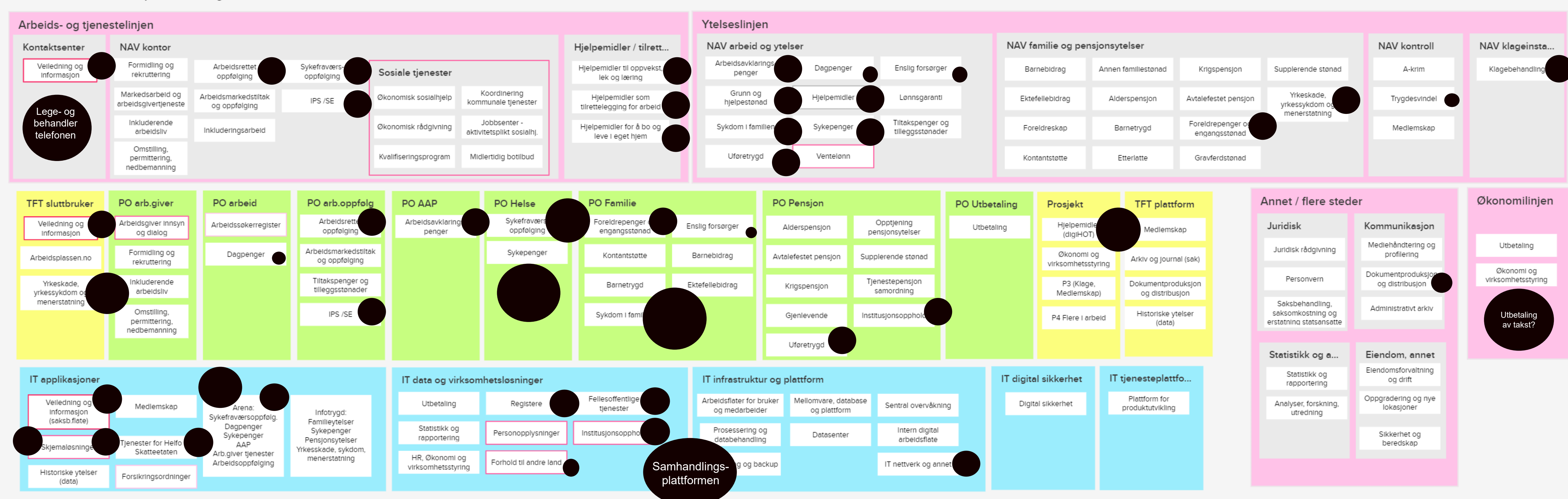




# Helseopplysninger benyttes og påvirker tjenesteproduksjonen mange steder i NAV

Her illustrert i «byplanen» fra NAVs virksomhetsarkitektur

Produktmodell v092 med produkter i org.enheter



- Helseopplysninger er et identifisert digitaliserings- og moderniseringsbehov i mange POer, prosjekter.
- Det er manuelle rutiner, BAU og IT-drift knyttet til innsamling av helseopplysninger og dialog med helsetjenesten idag.
- Dagens samhandlingsarkitektur i NAV er ikke innenfor omfanget for arbeidet med «teknologisk legacy»

# Teknologiske migreringsløp i NAV

Mai 2022

31.12.2023

31.12.2025

- Migrering ut av stormaskin, dvs. «Infotrygd» + registre
- Kulmineringen av mange års arbeid; Moderniseringsprosjektene P1, P2 og P3, Pensjonsprogrammet og en rekke andre prosjekter.

- Migrering ut av Oracle Forms, dvs. «Arena»
- P4 - Flere i arbeid
- *«All kritisk funksjonalitet skal kunne skrues av i Arena»*

# Endringsevne og politiske forventninger

Det er svært viktig å skape endringer på området for å skape bedre tjenester fra NAV, lette arbeidsbelastning for helsetjenesten (spesielt fastleger og behandlere) og gjennomføre vedtatt politikk.

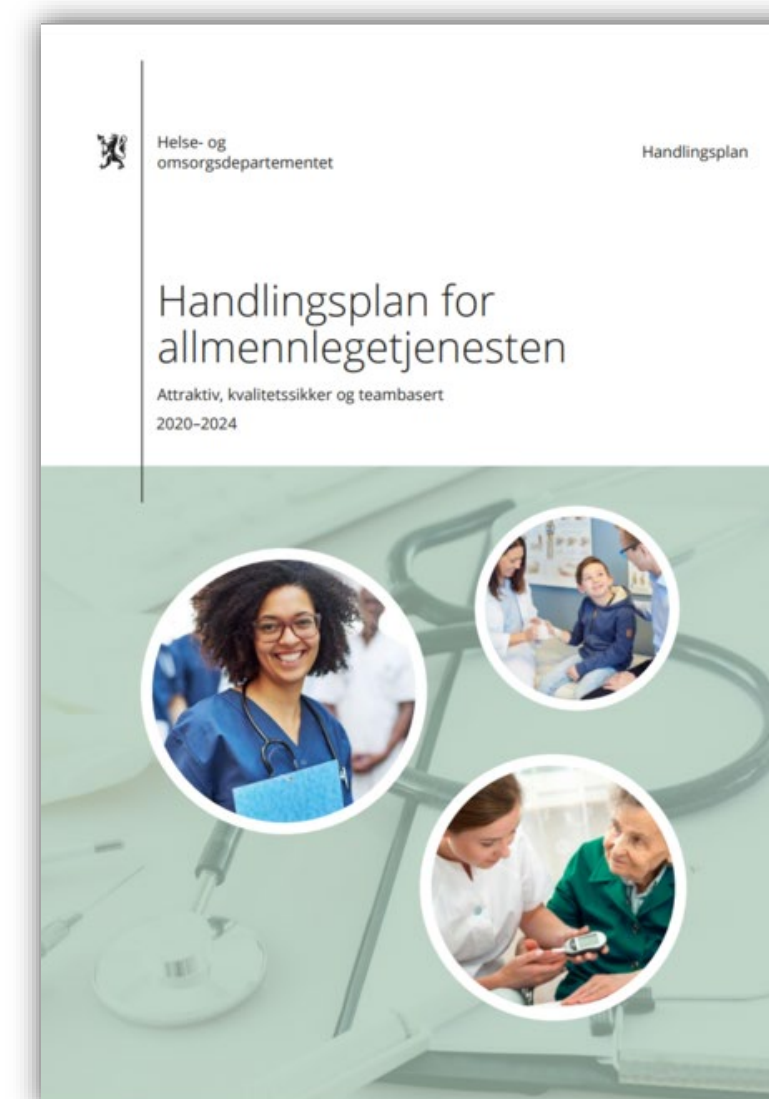
1

NAV klarer ikke gjennomføre nødvendig modernisering og digitalisering i informasjonsflyten med helsetjenesten



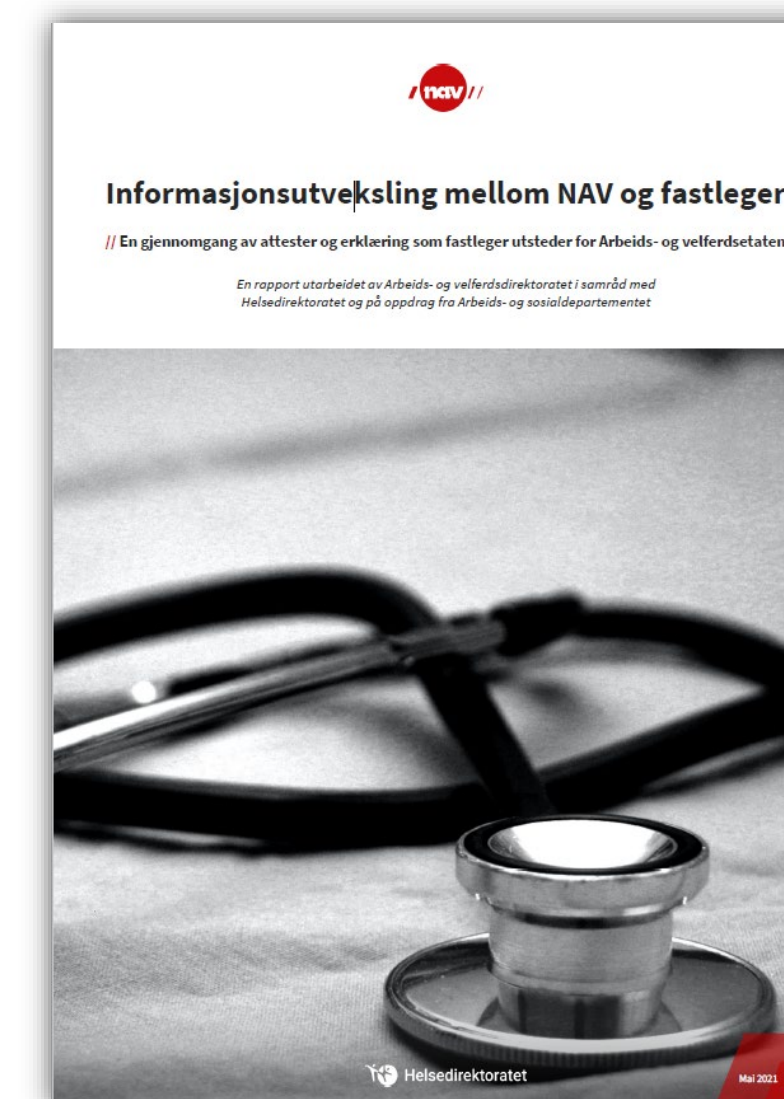
2

Fastlegekrisen skaper behov for bedre og mer effektiv kommunikasjon med NAV for å frigjøre fastlegens tid til pasientbehandling



3

Sysselsettingsutvalget og andre politiske føringer krever endringer som i dag er svært vanskelig å realisere grunnet dårlig digital infrastruktur



# Utfordringen er at en ikke vil klare å utløse større gevinster på området uten å endre selve metoden for informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten



Dagens skjemaer er i stor grad tett integrert i journalsystemene i helsetjenesten (EPJ-systemer) og krever deres involvering ved endringer



Erfaring viser at det er svært vanskelig å gjennomføre endringer i EPJ-systemene



Konsekvensen er at det i liten grad kan gjennomføres endringer i tjenestene til NAV på dette området



Noen av leverandørene av EPJ-systemer i dag

## Nyttiggjøre NAVs kapabilitet utenfor NAV

Forbedre dialog med og utvikling hos behandler

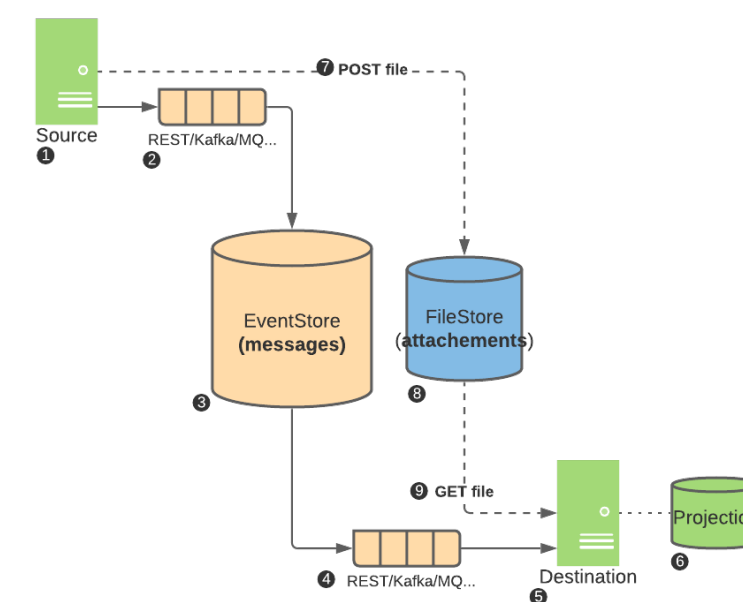
Utvikling hos/Forbedre utvekslingen med spesialisthelsetjenesten

Utvikling hos/Forbedre utvekslingen og dialog med kommunale (helse-)tjenester



## Foreslått tilnærming:

### Etablere kapabilitet i NAV\*



+ metode  
+ kompetanse

\*og legge til rette for endringsevne i team og POer

## Nyttiggjøre NAVs kapabilitet i NAV

Forbedre dialogen og informasjonsutvekslingen ved uføretrygd

Forbedre dialogen og informasjonsutvekslingen ved AAP

Forbedre dialogen og informasjonsutvekslingen i arbeidsrettet oppfølging

Forbedre dialogen og informasjonsutvekslingen i sykefraværsoppfølging

Forbedre dialogen og informasjonsutvekslingen ved sykemelding

Forbedre dialogen og informasjonsutvekslingen ved svangerskap og fødsel

Forbedre dialogen og informasjonsutvekslingen ved sykdom i familien

Forbedre dialogen og informasjonsutvekslingen ved yrkesskade

Forbedre dialogen og informasjonsutvekslingen ved behov for hjelpemidler og tilrettelegging

# Gevinstbildet, slik vi ser det

## Innovasjons- og endringsevne

- Etterslepet av ønskede endringer kan implementeres
- Trygghet rundt migrering fra legacy
- Systemet blir mer løskoblet; NAV kan forbedre på sin side uten dyre og langvarige utrullinger i «helse»
- Leverandørene av helsesystemer vil oppleve samarbeidet med NAV som mer strømlinjeformet
- Økt hastighet på «utrulling» av HL7 FHIR i Norge ?

## Effektivitet og tidsbesparelser

- Vi kan jobbe med **presisjon** i dialogen med helsesektor, og **spare**
  - *Behandlere for unødvendig tidsbruk – NAVs bidrag til Fastlegekrisen*
  - *Brukere for ventetid*
  - *Saksbehandlingen i NAV for tid i «helsedialogen»*
- Potensial for effektivisering hos flere aktører gjennom økt hastighet på informasjonsflyten og mer automatisering
- Redusere tidsbruk på aktiviteter som kommer av manglende eller forsinket informasjon

## Kvalitet

- Helsetjenestens samarbeid med NAV blir mer meningsfullt og pasientorientert
  - *Bedre informasjonsflyt*
  - *Færre administrative oppgaver*
- Mer treffsikker dialog gir færre unødvendige henvendelser fra NAV til behandler, og en mer relevant involvering av helsetjenesten i arbeidsevnevurderingen.

## Rettsikkerhet

- Økt sporbarhet i dialogen mellom bruker, arbeidsgiver, NAV og helsetjenesten (behandlere)
- Innbyggere vil ha bedre oversikt over hvilke helseopplysninger NAV har innhentet
- Mindre innsamling av overflødig helseinformasjon
- Mer riktige vedtak som skaper mindre klagesaker og omgjøringer

# Hva har skjedd så langt?

- NAV var i NUFA i april 2021 og i april i år
- I mai 2021 leverte NAV en rapport om informasjonsutveksling mellom NAV og fastlegene «store forbedringsmuligheter krevende å skape endring»
- Teamet bak rapporten jobbet ut 2021 med å kartlegge tiltak på kort og lang sikt, og se på mulige veier videre.
- Arbeidet med helseopplysninger ble ikke prioritert i NAVs utviklingsbudsjett for 2022 på grunn av usikkerheten omkring gjennomføring på helsesiden.
- NAV har i 2022 hatt dialog med AID om et mulig oppdrag til både NAV og til helsesektor. AID koordinerer mot HOD om dette.



- *Det er NAVs hypotese at teknisk tilpasning av EPJ-løsninger i markedet ikke vil skje i ønsket takt\* uten et rettet kjøp av kjøp av utviklingskapasitet hos EPJ-leverandørene.*
- *Det er ønskelig at dette kan gjøres med helsesektorens kompetanse og merkantile rigg (fra EPJ-løftene).*

\*jf. NAVs planlagte utvikling og politiske ambisjoner





# Skisse til prosessen videre

*Utfordringen er at en ikke vil klare å utløse større gevinster på området uten å endre selve metoden for informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten. For å få til dette må det skje utvikling både på NAVs side og i EPJ-systemene.*

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

# Forslag til vedtak - oppdatert

NUIT tar saken til orientering og partene tar med seg innspillene i det videre arbeidet.





Direktoratet for  
e-helse

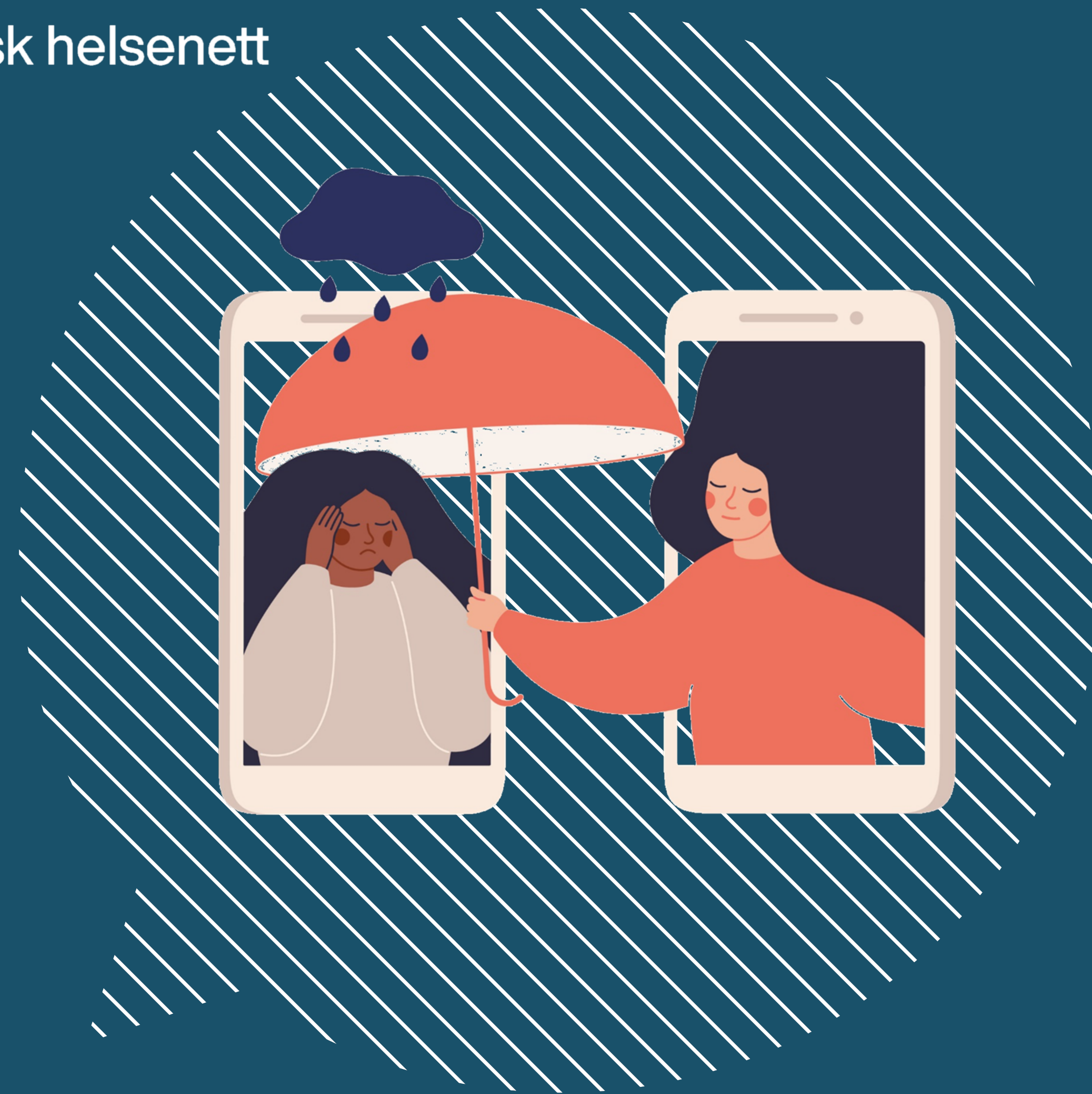
# Sak 20/22

## Tryggere helseapper

# Tryggere helseapper

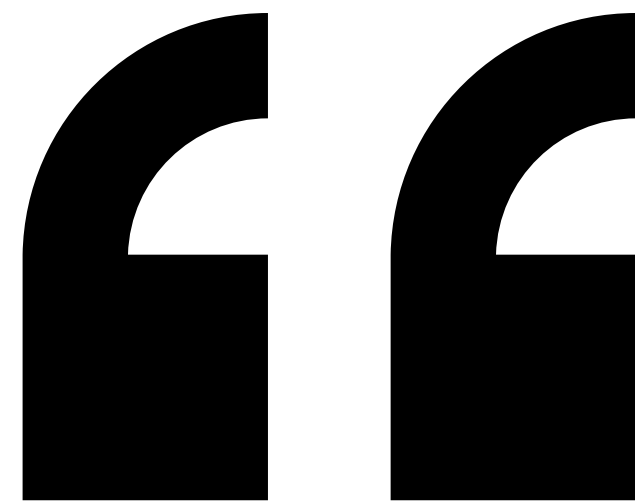
Konseptstudie juni 2022

Arve Paulsen, prosjektleder HDIR  
22. april 2022





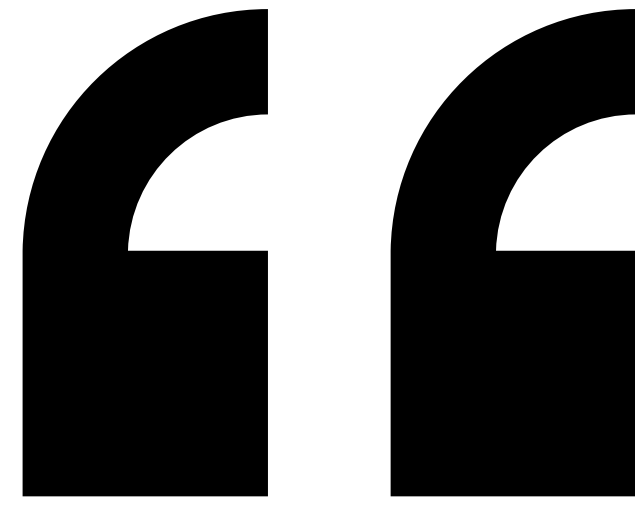
**350.000**  
**helseapper**



70 % av kommunene i NVP tilbyr velferdsteknologi som en ordinær del av tjenestene.

Flertallet av kommunene som har vært med i utprøvingen rapporterer både reduserte timeverk og reduserte kostnader – og bedre tjenester/livskvalitet hos brukere

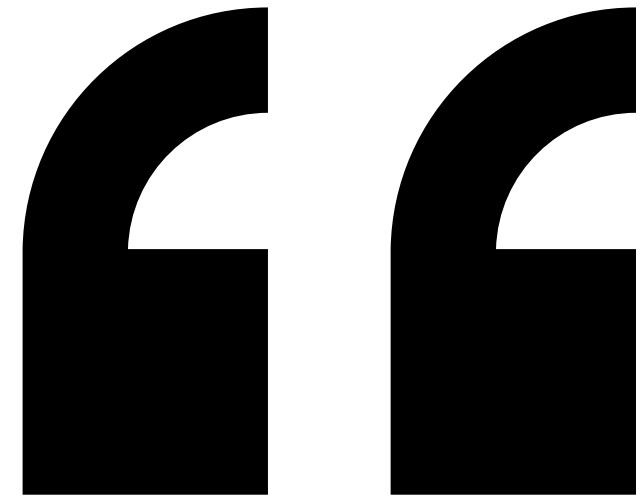
*Gevinstrealiseringsrapport fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram datert september 2021*



As interest in health apps continue to climb, national regulatory bodies have turned their attention toward strategies to **protect** consumers from apps that **mine and sell** health data, recommend **unsafe** practices, or simply **do not work** as advertised

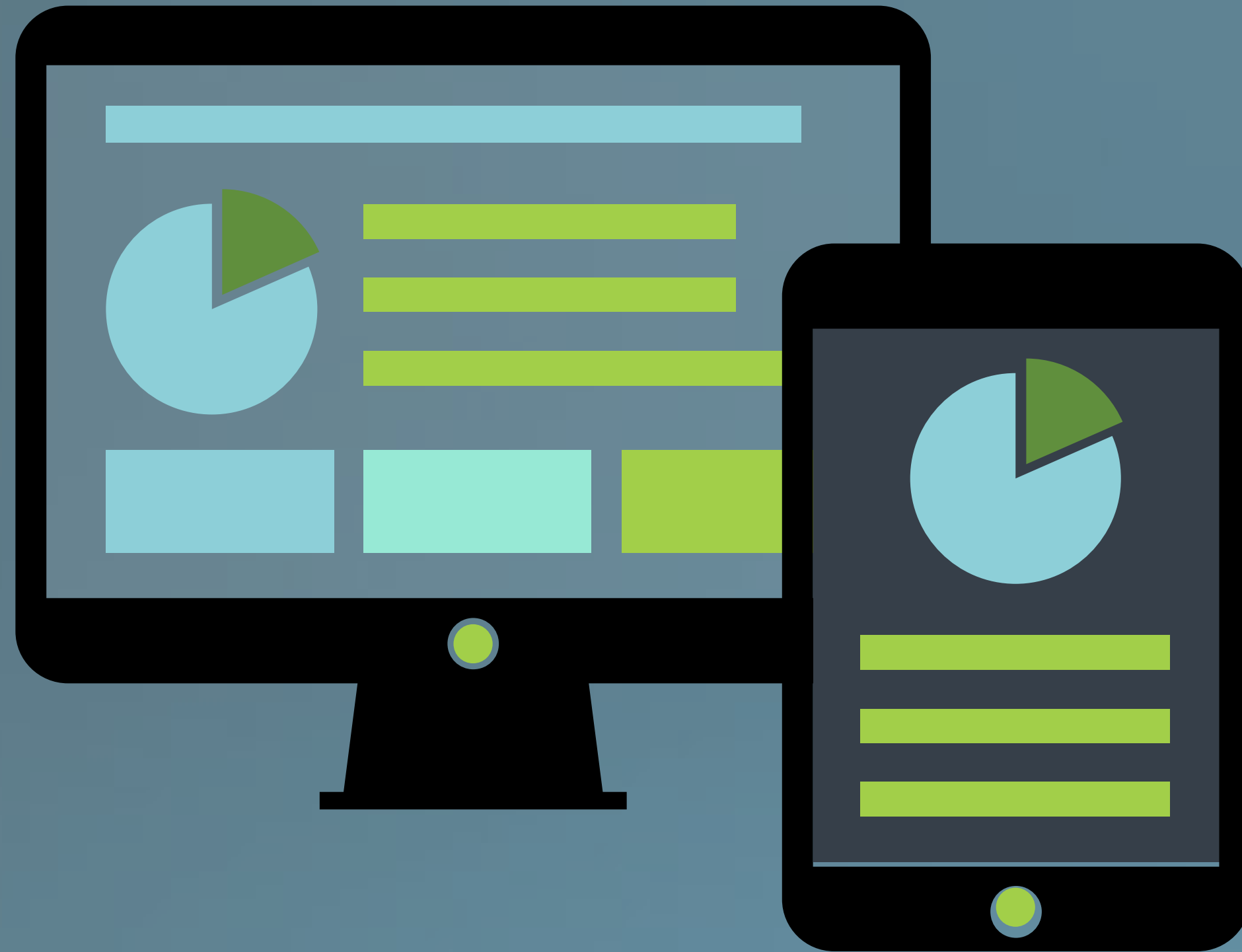
James A. Diao, Kaushik P. Venkatesh, Mariam M. Raza & Joseph C. Kvedar, Harvard Medical School, Boston, MA, USA. Publisert i Nature - *npj Digital Medicine*.





Vi trenger noe som kan guide befolkningen, pasienter og helsepersonell i mylderet av ulike helseapper sånn at vi faktisk oppnår de positive effektene dette kan gi

*Kreftforeningen*



**Hvilke apper er trygge å bruke for meg?**



**Hvilke apper tør jeg å anbefale?**



# Kategorisering av helseapper

## Fri bruk



### Tusen blomster blomstrer

Apper som "alle" bruker, men ikke en del av prosjektet

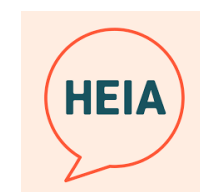


## Lærings- og mestringsverktøy for selvhjelp



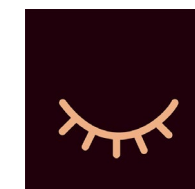
### Selvdeklarerer

Brukervennlighet  
Personvern  
Datasikkerhet  
Helsenytte



### Selvdeklarerer med kontroll

Brukervennlighet  
Personvern  
Datasikkerhet  
Helsenytte  
Opplysninger er verifisert

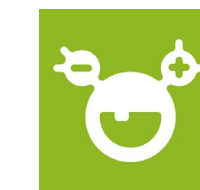


## Medisinsk utstyr for behandling



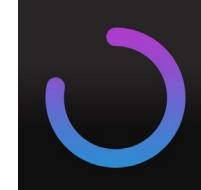
### Godkjent som medisinsk utstyr

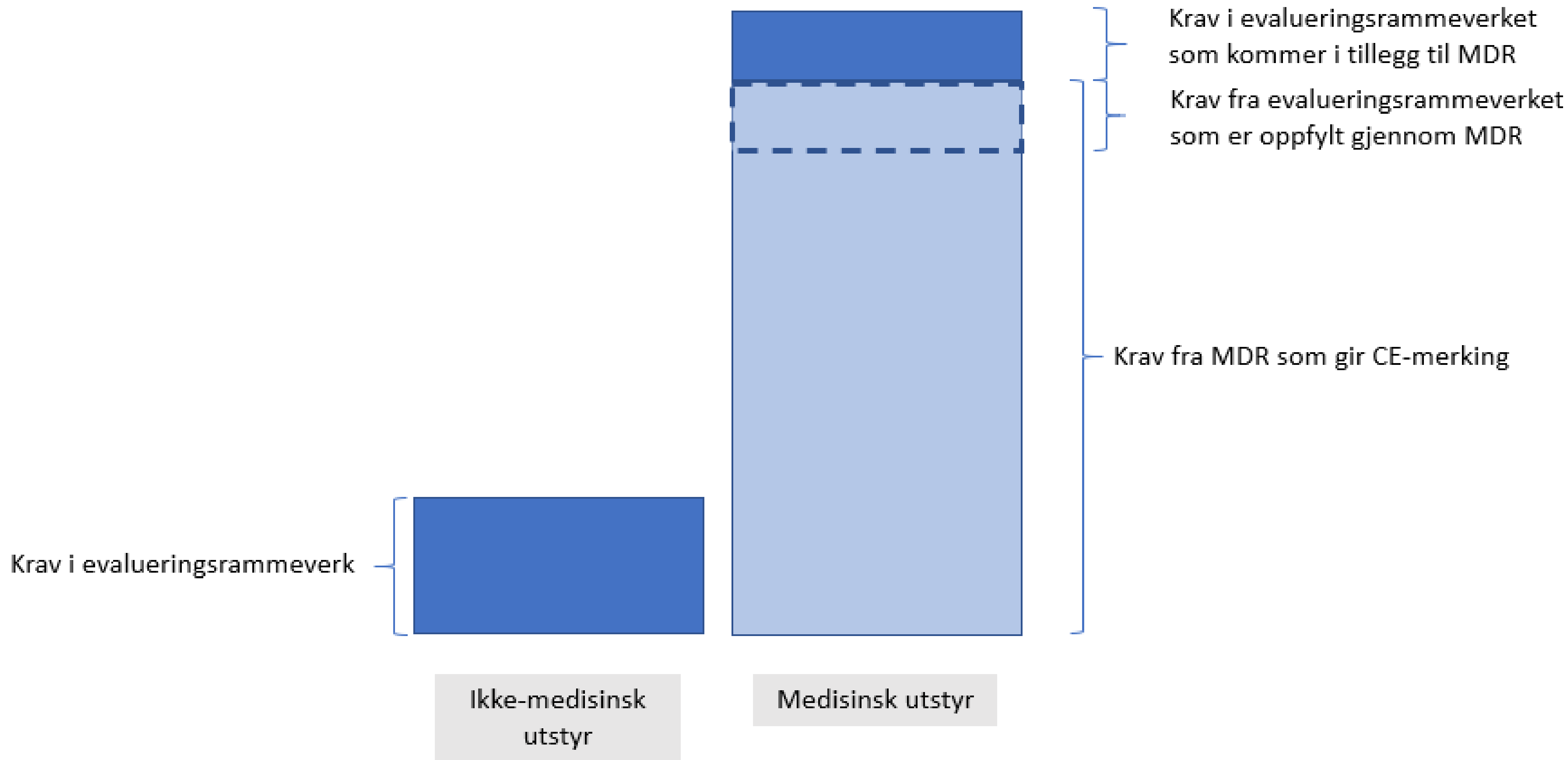
CE-merket  
Inn i retningslinje?



### Godkjent som medisinsk utstyr og "anskaffet"

CE-merket  
Inn i retningslinje?  
Knyttet til takst?  
Data fra app til EPJ?





# Evalueringskravene for helsenytt

## Helsenytte

### Opplevd nytte for bruker

- Brukerne av appen gir appen høy score.
- Utvikleren av appen har relevante sertifiseringer.
- Pasienter/brukere av appen har bistått utviklingen av appen.
- Myndigheter/offentlige institusjoner har tatt i bruk appen.
- Appen ber brukerne kontinuerlig om å dokumentere helsenytt/atferdsendringer.

### Involvering av helsepersonell

- Helsepersonell med relevant kompetanse har vært inkludert i utviklingen av innholdet i appen.
- Tilsvarende skandinavisk/nordisk\* app er godkjent av deres respektive helsemyndighet/lignende institusjon.
- Det eksisterer uttalelser fra flere uavhengige leger/medisinsk personell med positiv evaluering av appen.
- Det eksisterer uttalelser fra medisinske interessegrupper med positiv evaluering av appen.

### Forskningsmessig evaluering av metode og design

- Det er gjennomført og dokumentert risikovurderinger av hvilke ulemper/farer bruk av appen kan ha for pasienten.
- Det er bevis i appen på at utvikleren har kvalitetssikret innholdet med pålitelige medisinske kilder.
- Det er tydelig beskrevet og dokumentert hva slags helsenytt appen har.
- Det foreligger en plan for å dokumentere helsenytt studier som understøtter helsenytt av appen.
- Det eksisterer dokumentasjon i form av RCT-studier som understøtter helsenytt av appen.

# Evalueringskravene for personvern, informasjonssikkerhet og brukervennlighet

## Brukervennlighet

- Det anbefales å benytte seg av brukerinvolvering underveis i utviklingen.
- Verktøyet må utvikles etter standarder knyttet til universell utforming som tar utgangspunkt i forskrift for universell utforming.
- Alle medisinske og tekniske begreper skal defineres og forklares til bruker på en forståelig måte.

## Personvern

- Det skal etableres en behandlingsoversikt
- Selskapet skal utarbeide en personvernerklæring.
- Selskapet skal ha en dedikert person som personvernansvarlig
- Forbrukerrettighetene skal tydelig beskrives for brukeren og følges etter beste praksis.
- Det skal gjennomføres en personvernkonsekvensvurdering.
- Det skal foreligge tilstrekkelig med databehandleravtaler.

## Informasjonssikkerhet

- Det skal gjennomføres penetrasjons- og sårbarhetstest i henhold til beste praksis.
- Det skal gjennomføres en teknisk sikkerhetsvurdering/-gjennomgang av appen.
- En prosess for sikker utvikling skal følges.
- Det skal være implementert en prosess for å forhindre uautorisert tilgang og endringer i helseappens kildekode.
- Autentisering og autorisering av brukere skal implementeres for å sørge for sikker tilgang til appen.
- Alle personopplysninger skal ha tilstrekkelig kryptering under transport og lagring.
- Håndtering og respondering på sikkerhetssårbarheter skal ha en risikobasert tilnærming, og sikkerheten i helseappen skal testes regelmessig og ved store endringer.
- Personvernerklæringen skal beskrive aspekter av informasjonssikkerhet.

# Pilotering



### Evalueringsskrav Tryggere Helseapper

Informasjon om selskapet

- Selskapsnavn  
Skriv inn svaret
- Navn på innsender  
Skriv inn svaret
- E-post:  
Skriv inn svaret
- Navnet til appen  
Skriv inn svaret

Neste

Utlever aldri passordet ditt. [Rapporter misbruk](#)

### Evalueringsskrav Tryggere Helseapper

Helseeffekt

30. Har utvikler av appen

Ja  
 Nei

Informasjonssikkerhet

20. Appen har god teknisk stabilitet og

Ja  
 Nei

21. Har det blitt gjennomført penetrasjons

Eksempel på beste praksis:  
<https://owasp.org/www-project-owasp-testing-framework/>

Ja  
 Nei

32. Har leger/medisins

Ja  
 Nei

22. Har det blitt gjennomført en teknisk

Eksempel på rammeverk for vurdering:  
<https://owasp.org/www-project-owasp-testing-framework/>  
eller  
<https://github.com/OWASP/owasp-testing-framework>

Ja  
 Nei

34. Har myndigheter/

Ja  
 Nei

23. Har app-produzent og andre part

27001 eller tilsvarende?

Ja  
 Nei

Tilbake

### Evalueringsskrav Tryggere Helseapper

Universell ut

17. Aktivt bruke

Ja  
 Nei

18. Verktøyet ut

Android App

Ja  
 Nei

19. Dersom det

Ja  
 Nei

### Evalueringsskrav Tryggere Helseapper

Personvern

5. Det eksisterer en personvernerklæring som forklarer hvilke personopplysninger som samles og hvordan disse behandles.

Ja  
 Nei

6. Personvernerklæringen opplyser om brukere er informert om utviklerens intensjoner for prosessering og deling av deres data.

Ja  
 Nei

7. Personvernerklæringen opplyser om brukere har gitt samtykke, og hvordan samtykke er innhentet. Personvernerklæringen er skrevet slik at innholdet er forståelig og tydelig for målgruppen.

Ja  
 Nei

Flag or logo	Health app quality label
App icon	App name
Platform icons	
Name app manufacturer	
<b>Benefit of the app</b> With this app [intended users] can [intended use] / With this app [x in 10] [intended users] [health effect] [if use]	
Check [here] when app requires approval from a health professional before use.	
<b>Healthy and safe</b> B A	
<b>Easy to use</b> D C B A	
<b>Secure data</b> E D C B A	
<b>Robust build</b> A	
<b>Overall health app quality score</b> C B A	
<input checked="" type="checkbox"/> App checked on [date]	

HELSE NORGE meny søk Logg inn

< Forside

## Verktøy ?

Verktøy kan være et nettkurs, app eller video som hjelper deg å mestre din helse- og livssituasjon. De supplerer behandlingen du får. Ved å logge inn får du tilgang til å samle verktøy i din egen liste, og se verktøy som du har fått tilsendt fra din behandler.

Logg inn for å se dine verktøy

Finn verktøy >

11 verktøy

### Co-mestring

- Tekst og bilder
- Læring
- Ungdom
- Voksne
- Eldre
- Psykisk helse
- Norsk bokmål

Co-mestring er et digitalt selvhjelpsprogram for deg som opplever økt stress og uro i forbindelse med koronapandemien.

Les mer om verktøyet og personvern

Åpne verktøy

Gå10 - Gå 10 minutter hver dag



# Anbefalinger

- **Evalueringsrammeverket som er utviklet i prosjekt "Tryggere helseapper" legges til grunn for sertifisering og tilgjengeliggjøring av helseapper for de norske helse- og omsorgstjenestene.**
  - Rammeverket kan brukes «as is»
  - Det offentlige bør ta en rolle i å kvalitetssikre/sertifisere helseapper. Dette kan gjøres i egen regi, eller via akkreditert tredjepart (som DNV for CE-merket utstyr)
  - Helseapper tilgjengeliggjøres på hels norge. Innbygger får tilgang via Hels norge, helsepersonell via Helseaktørportalen (<https://internett-portal.helsedirektoratet.no/> ) Evt supplert av andre portaler/microsites
  - De internasjonale standardene som kravene i evalueringsrammeverket er basert på (ISO 82304-2 Health and wellness apps) etableres som et normerende produkt som eies og forvaltes av Direktoratet for e-helse i samråd med Helsedirektoratet.
  - Det er anbefalt at et videre prosjekt bør eies og drives av E-helse

# Realiseringsprosjekt fase 1

- Etablere forvaltning av evalueringsrammeverket og den nasjonale modellen for kvalitetssikring og tilgjengeliggjøring, inkludert finansiering
- Etablere kriterier og et system for å godkjenne evaluatorene
- Etablere kriterier for hvilke apper som kan sertifiseres og tildeles kvalitetsmerket
- Bidra til at det blir etablert grunnlag for et digitalt system for evaluering og sertifisering av helseapper
- Forbedre tilgjengeliggjøring av helseapper for innbygger og helsepersonell.
- Utrede en sanntids kobling mellom evalueringsmotoren og publiseringen på Helsenorger.
- Delta i arbeid med mulige fellesnordiske løsninger
- Vurdere etiske og juridiske problemstillinger knyttet til egenandeler/reklame
- Samfunnsøkonomisk analyse

# Realiseringsprosjekt fase 2

- Et "bibliotek" av apper som er kvalitetssikret av myndighetene kan i tillegg eksponeres på andre sider enn helsenorge. Prosjektet må derfor delta som aktiv medspiller i arbeidet med Felles Kommunal Journal i regi av KS, og i arbeidet med Helseplattformen. I tillegg er det nødvendig å vurdere mikrosider som når ut til spesifikke målgrupper, eksempelvis i regi av Digi-UNG.
- Etablere et innføringsløp i helsetjenesten slik at helsepersonell i større grad blir oppmerksom på mulighetene for, og aktivt kan tilby, helseapper til innbygger.

# Forslag til vedtak

NUIT slutter seg til anbefalingene fra prosjekt Tryggere helseapper for evalueringsrammeverk og nasjonal modell for kvalitetssikring av helseapper. NUIT slutter seg også til planen for et realiseringsprosjekt i to faser, og ber om at saken igjen fremmes for NUIT når det er gjennomført nødvendige økonomiske analyser.

God helse  
Gode liv



Direktoratet for  
e-helse

Pause – oppstart igjen kl. 10.00



Direktoratet for  
e-helse

## **Sak 21/22**

# **Nasjonalt e-helseportefølje – status og planer samt oppdatert Veikart**

# Agenda

- Status nasjonal e-helseportefølje
- Temaer i porteføljerapporten til drøfting i NUIT
- Veikart v 22.2
- Forslag til tiltak for 2023 fra veikartet



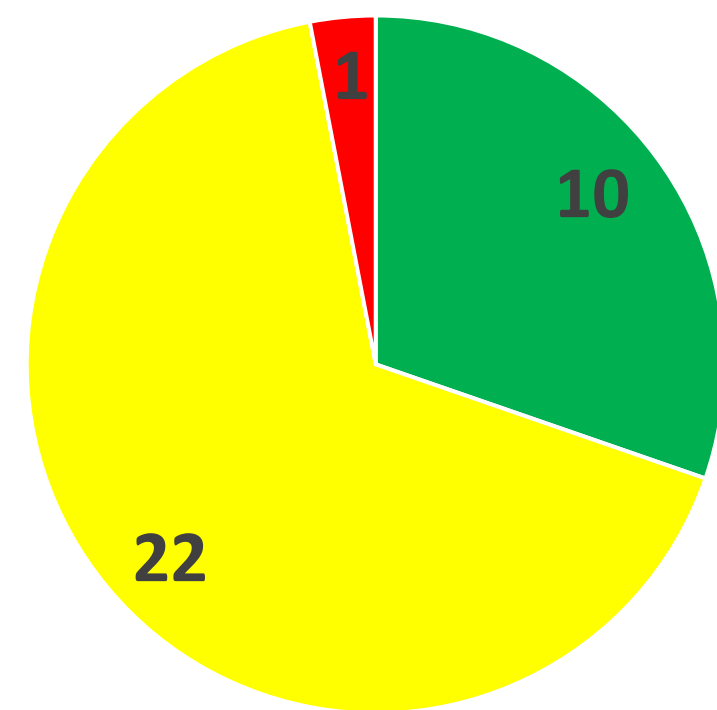


# Nasjonal portefølje mars 2022

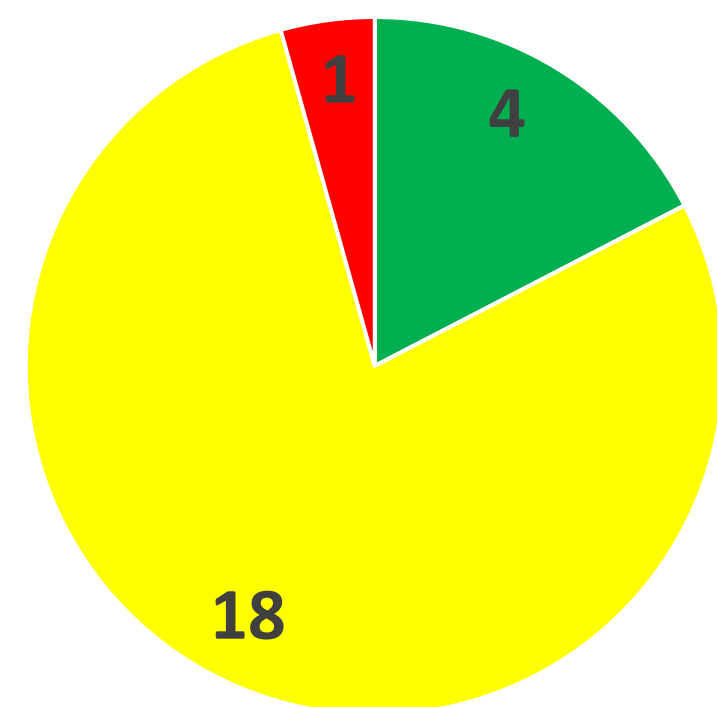
## Antall prosjekter/programmer



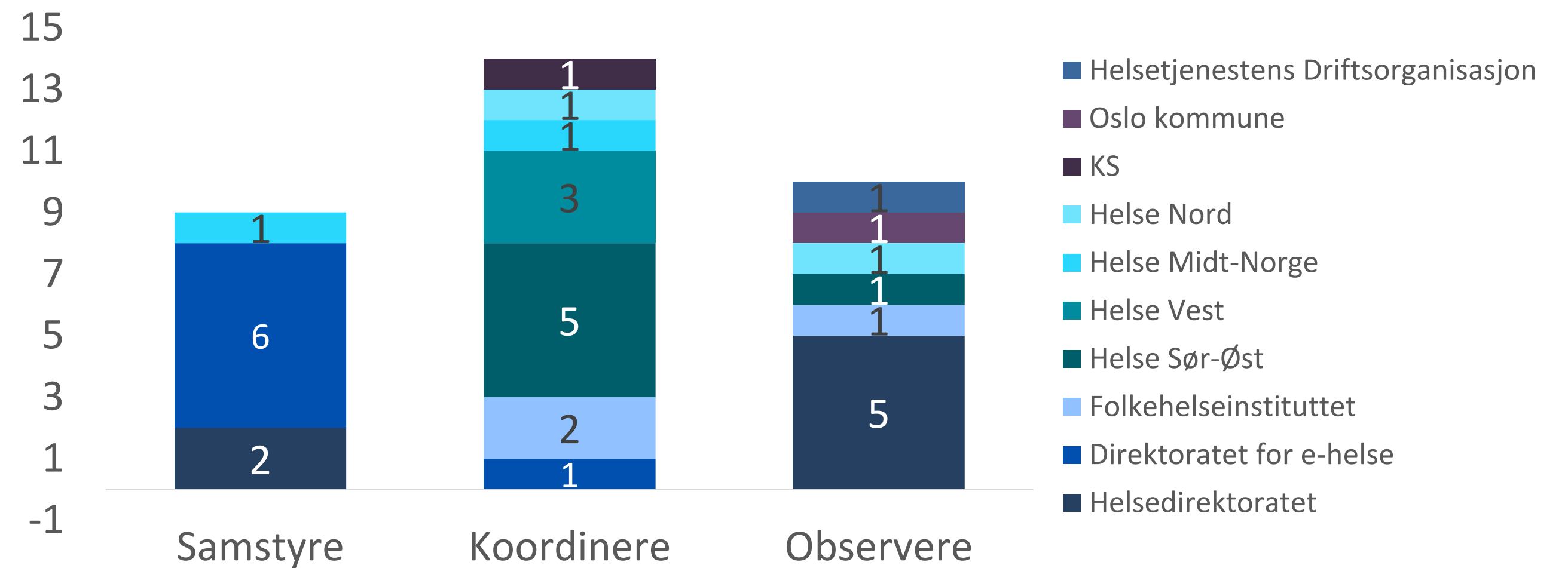
## Status



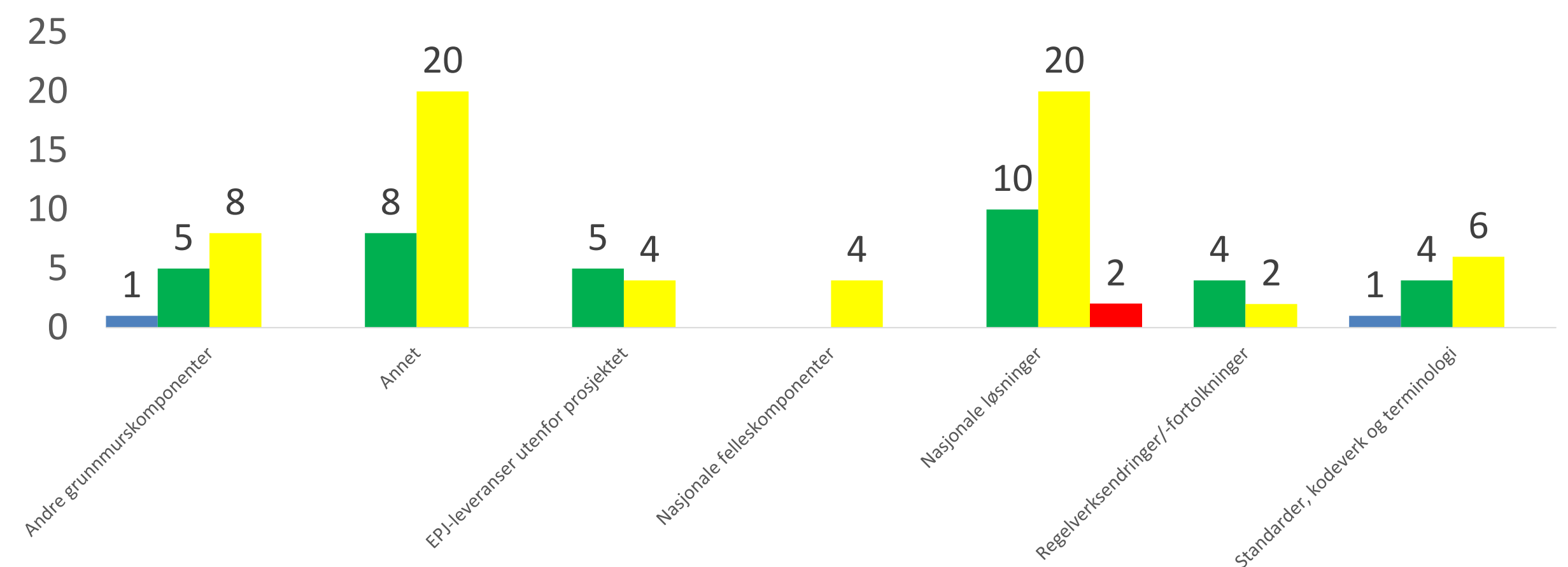
## Risiko



## Fordeling segmenter



## Avhengigheter



# Produksjonssetting av Helseplattformen



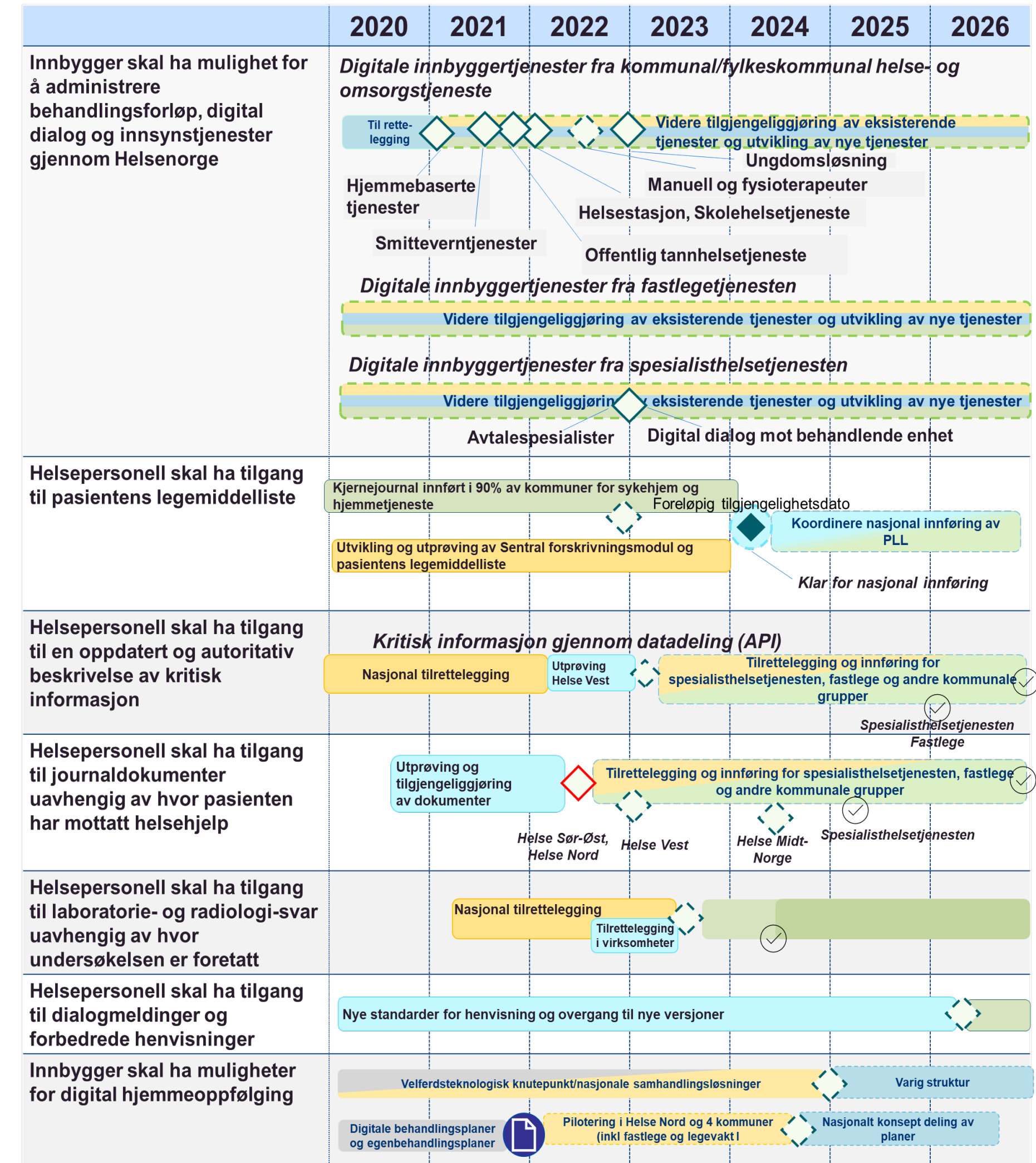
- Styre for Helseplattformen AS har godkjent Helseplattformens løsning for produksjonssetting.
- Løsningen var klar til bruk fra 6. mai.
- Trondheim kommune tok Helseplattformen i bruk i mai.
- St. Olavs hospital ønsker å utsette innføring til etter sommeren.

# Temaer og utfordringer fra forrige porteføljerapport

- **Status Helseanalyseplattformen**
  - E-helse utreder alternative løsninger for etablering av dataplattform og analysetjenester
- **Dokumentdeling gjennom kjernejournal**
  - HDIR, NHN og Direktoratet for e-helse har levert juridiske vurderinger til HOD
  - Videre fremdrift er avhengig av de juridiske avklaringen, som kan medføre endringsbehov.
  - NHN etablerer forvaltning og bruksvilkår for løsningen
- **Deling av kritisk informasjon**
  - Utprøving av «overfølsomhetsreaksjoner» i Helse Vest RHF er forsinket grunnet behov for avklaringer
  - Program digital samhandling skal gjøre en vurdering av dagens bruk av kritisk informasjon opp mot den internasjonale standarden International Patient Summary (IPS), og utarbeide en anbefaling for standarden videre.
  - Det er foreslått å etablere standardisert samhandling rundt kritisk informasjon relatert til legemiddelbruk.

# Veikartet 22.2

- Versjon 22.2 av veikartet er oppdatert med siste status.
- Det vil bli en forsinkelse for tjenesten «Helsepersonell skal ha tilgang til pasientens legemiddelliste». Nye datoer for journaldokumenter uavhengig av hvor pasienten har mottatt helsehjelp». Nye datoer for leveransen er ikke klare og denne delen av veikartet er dermed heller ikke oppdatert.
- NILAR/pasientens prøvesvar for innbygger er nå prioritert i behovskø for PDS steg 1.



# Forslag til tiltak for 2023 fra portefølje og veikart

Tildelingsbrev 2022: Direktoratet for e-helse:

«Direktoratet for e-helse skal gjennom veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-hesløløsninger bidra til å samle sektoren om felles mål og prioriteringer, og innen 15. oktober hvert år anbefale hvilke tiltak og oppgaver som bør gjennomføres påfølgende år.»

Hva skal til for å nå målene for 2023?



Innbygger skal ha mulighet for å administrere behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorge

Det er så langt ikke etablert konkrete målsetninger for 2023, det arbeides med dette i forbindelse med et oppdrag fra HOD

Helsepersonell skal ha tilgang til pasientens legemiddelliste

Oppstart av Nasjonal innføring. Innføring av kjernejournal til 80% av kommunal pleie- og omsorgstjeneste.

Helsepersonell skal ha tilgang til en oppdatert og autorativ beskrivelse av kritisk informasjon

Kommunal sektor og spesialisthelsetjenesten vil starte tilrettelegging og innføring.

Helsepersonell skal ha tilgang til journaldokumenter uavhengig av hvor pasienter har mottatt helsehjelp

Spesialisthelsetjenesten vil starte innføring. Kommunal sektor har behov for en avklaring av samarbeid, for deretter å starte nasjonal tilrettelegging og utprøving.

Helsepersonell skal ha tilgang til laboratorie- og radiologisvar uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt

Tilrettelegging og innføring.

Helsepersonell skal ha tilgang til dialogmeldinger og forbedrede henvisninger

Videreføre pågående arbeid

Innbyggere skal ha mulighet for digital hjemmeoppfølging

Tilrettelegging digital behandlings- og egenbehandlingsplaner starter i spesialisthelsetjenesten.

Ny persontjeneste for modernisert folkeregister

Videreføre tilrettelegging og oppstart innføring i sektor.

# Forventninger til aksjoner i 2023 for å oppnå mål

<b>Tjeneste</b>	Helsepersonell skal ha tilgang til journaldokumenter uavhengig av hvor pasienten har mottatt helsehjelp		
<b>Målsetting</b>	Nasjonal innføring i løpet av 2026. Leses via kjernejournal		
	<b>Hvem</b>	<b>Hva</b>	<b>→ Ferdigdato Startdato →</b>
<b>Kommunal sektor</b>	Alle	Endring i virksomhetene for å lese dokumenter via kjernejournal	→ <b>2023</b>
	Pleie og omsorg	Innføring av kjernejournal innenfor målet om dekning av 80% av kommunene.	→ <b>2023</b>
	Legevakt og øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)/kommunal akutt døgnenhet (KAD)	Starte nasjonal tilrettelegging og utprøving dokumentproduksjon	<b>2023</b> → 2026
<b>Spesialisthelse-tjenesten</b>	Helse Midt-Norge	Starte utprøving	<b>2023</b>
	Helse Sør-Øst	Innføring dokumentproduksjon	2022→ 2025
	Helse Vest	Innføring dokumentproduksjon	2022→ 2025
	Helse Nord	Innføring dokumentproduksjon	2022→ 2025
	Avtalespesialister	Starte nasjonal tilrettelegging og utprøving dokumentproduksjon	<b>2023</b> → 2026
<b>Sentralt</b>	Direktoratet for e-helse	Finansiering av PDS steg 2	2022
	Direktoratet for e-helse/NHN	Nasjonal tilrettelegging og innføring for nye kilder	2022→ 2026

# Drøftinger

## Nasjonal portefølje

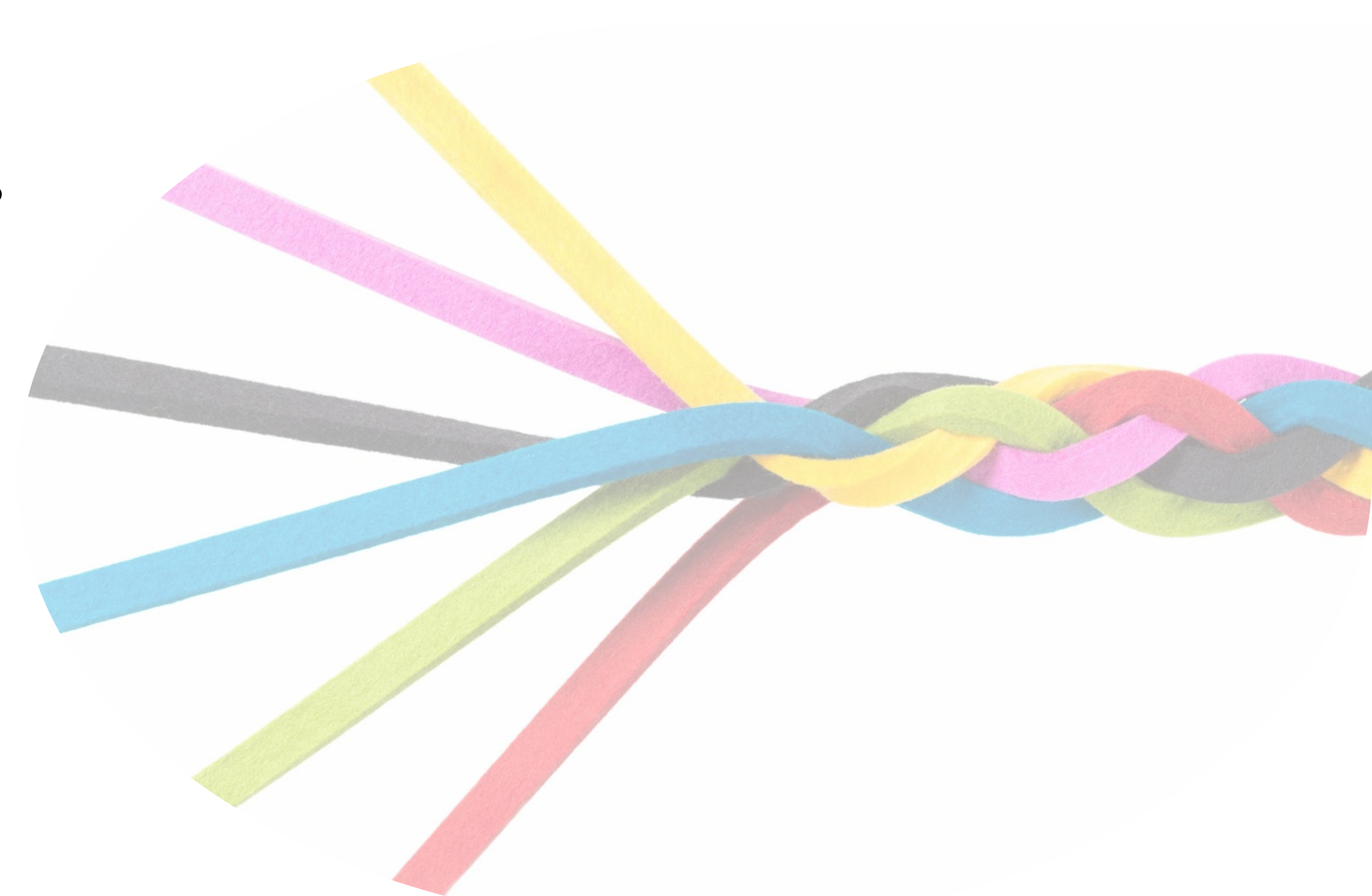
- Har NUIT innspill til status eller utfordringer i porteføljen?

## Veikart

- Har NUIT noen innspill til veikartet før publisering av versjon 22.2?

## Tiltak for 2023

- Ligger fremlagt tiltak i planene til relevante aktører?
- Har NUIT noen innspill på tiltakene?
- Er det flere vesentlige tiltak i sektoren som burde være med?





# 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 versjon 22.2 av veikart for nasjonale e-helseløsninger. Oppdatert veikart med innspill fra møtet vil bli publisert i etterkant av møtet.
3. NUIT drøfter fremlagte forslag til tiltak for 2023, og ber relevante aktører ta med seg tiltakene og innspill fra møtet til drøfting i egne virksomheter.



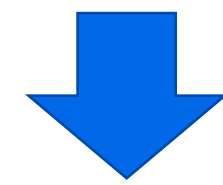
Direktoratet for  
e-helse

## **Sak 22/22**

# **Kostnadsfordeling av drift og forvaltning for de nasjonale e-helseløsningene**

# Oppdrag

Prinsipper for fordeling av kostnader  
til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene



Fordeling av kostnadsøkninger for 2023

NHN evaluerer og justerer prismodellene innen 2024.



# Helse- og omsorgsdepartementets vurdering i Prop. 3 L (2021-2022)

Gir utgangspunkt for drøfting av fordeling av kostnader, blant annet gjennom disse punktene:

- ...Plikt til betaling fra de regionale helseforetakene og kommunene være uavhengig av om løsningene faktisk er gjort tilgjengelig i den enkelte virksomhet.
- ..Departementet legger vekt på at pålegg om betaling vil stimulere virksomhetene til å ta løsningene i bruk og på denne måten bidra til å øke nytten av løsningene.
- ...Departementet legger til grunn en betalingsmodell der **kostnadene til forvaltning og drift av e-resept, kjernejournal og helsenorge.no fordeles omtrent likt mellom regionale helseforetak og kommuner** ( etter at bidraget fra apotek og bandasjister til betaling for e-resept er trukket fra).
- ...Selv om det er pasientene som har den største nytten av løsningene, viser tilgjengelige samfunnsøkonomiske analyser at både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten har nytte av løsningene.
- Departementet går imidlertid inn for, at det i **en overgangsperiode, tas hensyn til muligheten for å ta løsningene i bruk** når veksten i kostnader til forvaltning og drift fordeles.

# Fordeling kostnader i 2022

## Fordeling av vekst i kostnader for drift- og forvaltning av nasjonale e-helseløsninger

Løsning	Regionale helseforetak	Kommuner	Apotek
Grunndata og HelseID	50 %	50 %	
Kjernejournal	60 %	40 %	
E-resept	44,5 %	44,5 %	11,0 %
Helsenorge	60 %	40 %	

Begrunnelse for skjevfordeling:

- Kjernejournal fordelingsnøkkel for 2022 tar hensyn til dagens bruk og forventninger om bruk videre.
- Større andel av Helsenorges kostnadsvekst dekkes av regionale helseforetak, som har større utbredelse og bruk av løsninger på helsenorge.

## Fordeling av kostnader for drift- og forvaltning av nasjonale e-helseløsninger (MNOK)

Løsning	2021	Endring til 2022	2022 total	2022 andel RHF	2022 andel kommuner	2022 andel apotek
Grunndata og HelseID	98	-28	70	35,2	35,2	
Kjernejournal	89	19	108	56,1	52,1	
E-resept	122	3	125	55,5	55,5	13,7
Helsenorge	217*	47	264	137,8	126,2	
<b>Sum</b>	<b>526</b>	<b>41</b>	<b>567</b>	<b>284,6</b>	<b>269</b>	<b>13,7</b>

# Forslag til fordeling av kostnader i 2023

	Estimert vekst 2023	Estimert total kostnad 2023 (før prisjustering)
Grunndata HelseID	7	77
Kjernejournal	0	108
E-resept	0	125
Helsenorge	28	292
SUM	35	602

Fordeling av vekst i kostnader for drift- og forvaltning av nasjonale e-hesløsninger			
Løsning	Regionale helseforetak	Kommuner	Apotek
Grunndata og HelseID	50 %	50 %	
Kjernejournal	55 %	45 %	
E-resept	44,5 %	44,5 %	11,0 %
Helsenorge	55 %	45 %	

Begrunnelse for forslaget:

- Skjevdeling skal være midlertidig
- Innføring av kjernejournal i kommunene øker ibruktakelsen
- Flere tjenester på Helsenorge tas i større grad i bruk i kommunal sektor

Vi anbefaler at fordelingen gjelder samlet kostnadsøkning over grunnbeløp.

# Hvorfor redusere skjevfordelingen på Kjernejournal

- I 2023 vil de nasjonale e-helseløsningene ha økt utbredelse.
- Kjernejournal vil bli innført i større del av kommunal sektor.
- Prosjekt 'Kjernejournal til sykehjem og hjemmetjenester' under Program Pasientens legemiddelliste fortsetter koordinert innføring. Det planlegges for at 60% av kommunene har innført kjernejournal i løpet av 2022, og 80% i løpet av 2023.

Tabellen nedenfor viser utviklingen innenfor kommunal sektor så langt.

Kjernejournal i kommunene	2020	2021	Jan 2022	April 2022	Kommentar
Legevakt	100 %	100 %	100 %	100 %	
Fastlege	91 %	91 %	91 %	91 %	
Hjemmebaserte tjenester	5 %	17 %	23 %	28 %	Pågående prosjekt i regi av program pasientens legemiddelliste
Sykehjem	5%	17%	23%	28%	Pågående prosjekt i regi av program pasientens legemiddelliste
Helsestasjon					Ingen planer for denne gruppa

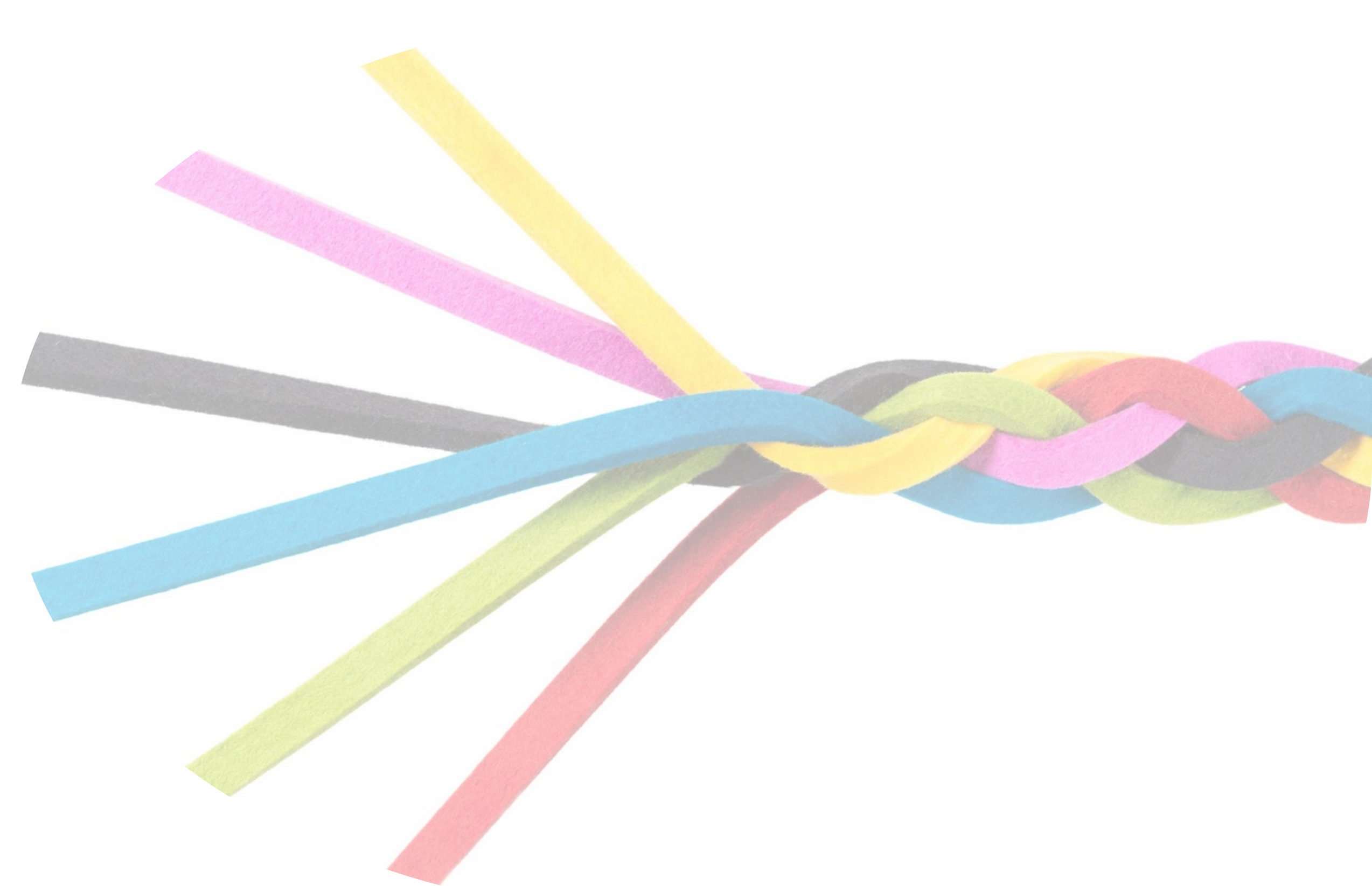
# Hvorfor redusere skjevfordelingen på Helsenorge

- Flere tjenester på Helsenorge vil i større grad brukes i kommunal sektor, blant annet gjennom DigiHelse-arbeidet.
- Det er innført tjenester for helsestasjoner og skolehelsetjenesten i kommunene.
- Det er besluttet å etablere et nasjonalt innføringsprosjekt for DigiHelsestasjon. Fremover vil det være behov for videre tilrettelegging og innføring.



# Vedtak til drøfting i NUIT

- NUIT drøfter fremlagte forslag til fordeling av vekst i kostnader til forvaltning og drift for de nasjonale e-helseløsningene for 2023. NUITs innspill vil bli innarbeidet i forslag som skal drøftes i Nasjonalt e-helsestyre.





Direktoratet for  
e-helse

## Sak 23/22

# Ansvarsdeling og prinsipper for innføring av nasjonale e-helseløsninger

# Oppdrag i Direktoratets for e-helses tildelingsbrev for 2022

## ID: TB2022-01 Modeller for innføring av nasjonale e-heseløsninger

Direktoratet skal utarbeide forslag til **ansvarsfordeling og prinsipper** som bør ligge til grunn for **innføring** av nasjonale **e-heseløsninger** i helse- og omsorgssektoren, herunder tydeliggjøre hvor langt **statens ansvar** strekker seg i arbeidet med å understøtte lokale innføringsaktiviteter i kommuner, helseforetak og øvrige aktører. Arbeidet skal gjennomføres i tett **samarbeid med Norsk helsenett SF, de regionale helseforetakene og KS.**

Frist: 30. juni

# Føringer for oppdraget

- Bruk av Nasjonal styringsmodell for e-helse og samstyringsstrukturen for digitalisering i kommunal sektor
- Kommunal organisering, nettverk og portefølje som uttrykt i KS prinsipper
- Statens prosjektmodell
- Prop. 3 L (2021-2022)
  - Økonomiske og administrative konsekvenser skal utredes
- Digitaliseringsrundskrivet
  - Brukeren i sentrum (kapittel 1.1)
  - Samordning med kommunesektoren (kapittel 2)



# Ansvarsdeling innføring

Beslutningspunkt

Nasjonalt = E-helse, NHN, Hdir...

Lokalt=Kommuner, RHF, Fastlege...

Vurdere om tjenesten er klar til å tas i bruk



Staten hovedansvarlig for å sikre fremdrift i etablering av tjenesten

Sektor er ansvarlig for innføring av tjenesten i sin organisasjon

Sektor er involvert i utviklingen av tjenesten

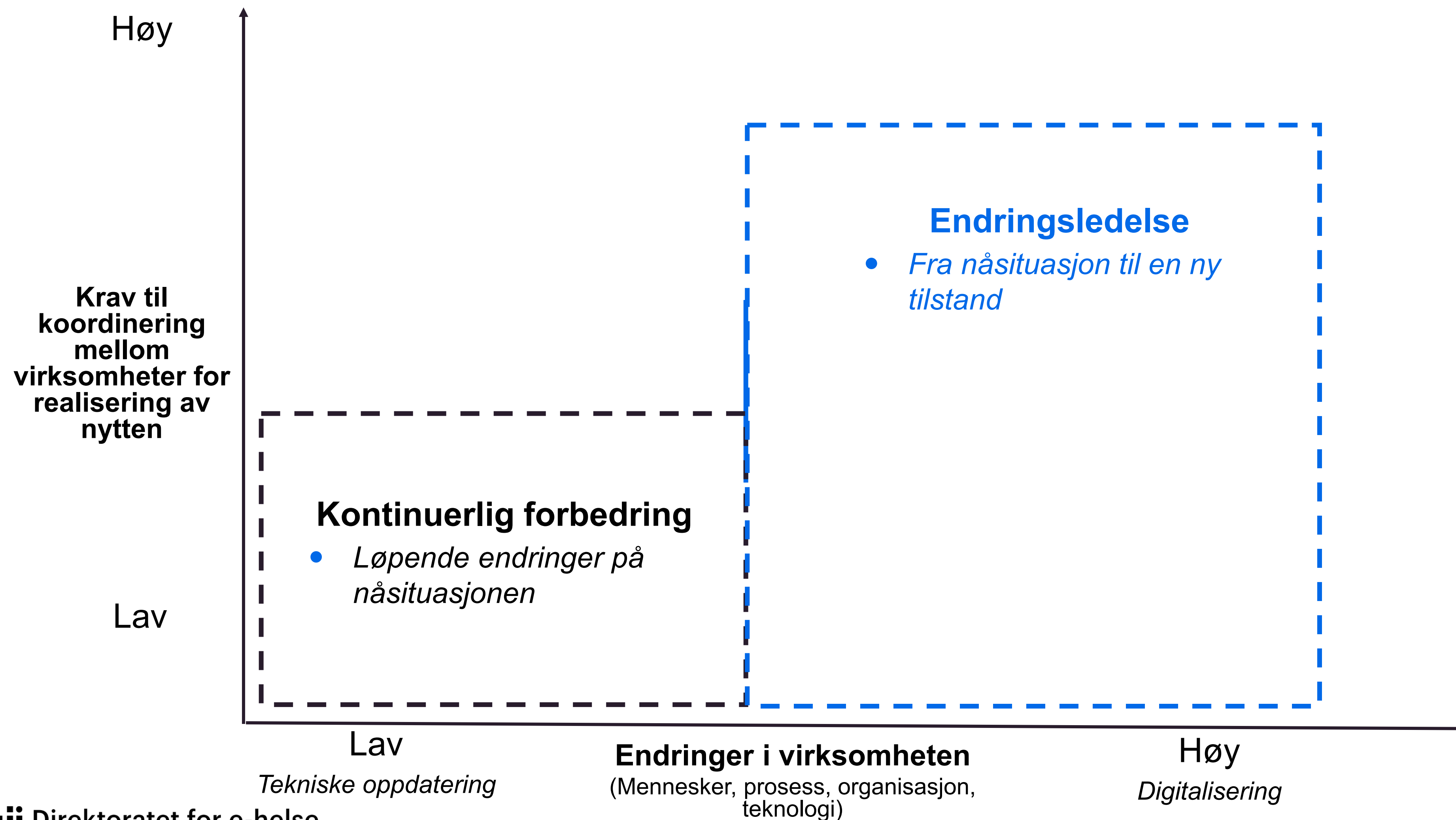
Staten koordinerer og støtter

Representanter, nettverk og støtte

En vellykket innføring forutsetter lokalt eierskap og tett samarbeid mellom de sentrale statlige aktørene og sektor gjennom hele løpet.

Side 74

# Omfang av sentral innføringsstøtte og koordinering må baseres på tiltaketets kompleksitet og egenskaper



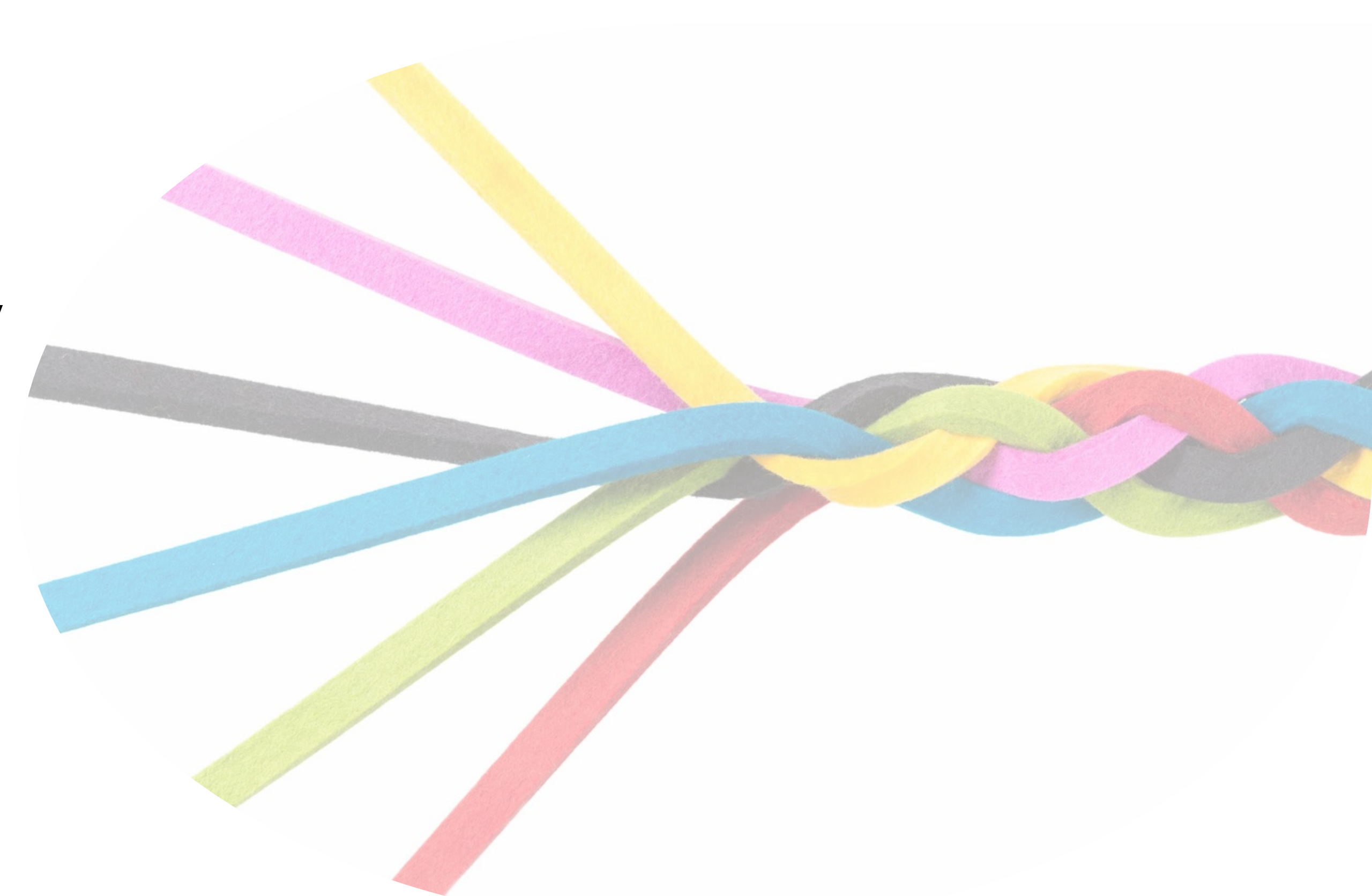
# Gode forberedelser gir grunnlag for en vellykket nasjonal innføring

1. Sektor aktivt med i beskrivelse av behov og identifisering av gevinster
2. Sektor deltar i prioriteringen av tiltak via nasjonal styringsmodell
3. Felles samstemte planer, nasjonalt og i sektor
4. Representativ utprøving
5. Endringsanalyser
6. Innføringsplaner må hensynte aktørenes forutsetninger
7. Leverandørdialog og bestilling av endringer gjøres av virksomhetene eller deres representanter



# Drøftinger

- Hvilke innspill har dere til foreslått ansvarsdeling og prinsipper for innføring av nasjonale e-helseløsninger?





# Forslag til vedtak

NUIT drøfter forslag til ansvarsdeling og prinsipper for innføring av nasjonale e-helseløsninger. Innspill tas med i videre bearbeiding av saken som skal behandles i Nasjonalt e-helsestyre.



Direktoratet for  
e-helse

**Sak 24/22**

**Nasjonalt e-helsemonitor – status og plan  
for videreutvikling**

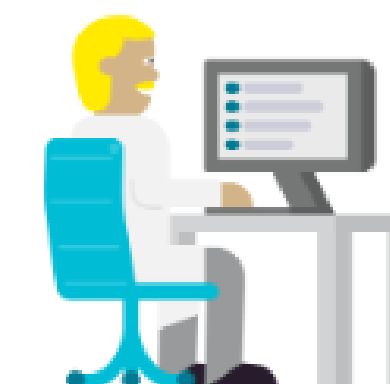


Direktoratet for  
e-helse

# 1. Videreutvikling av Nasjonal e-helsemonitor

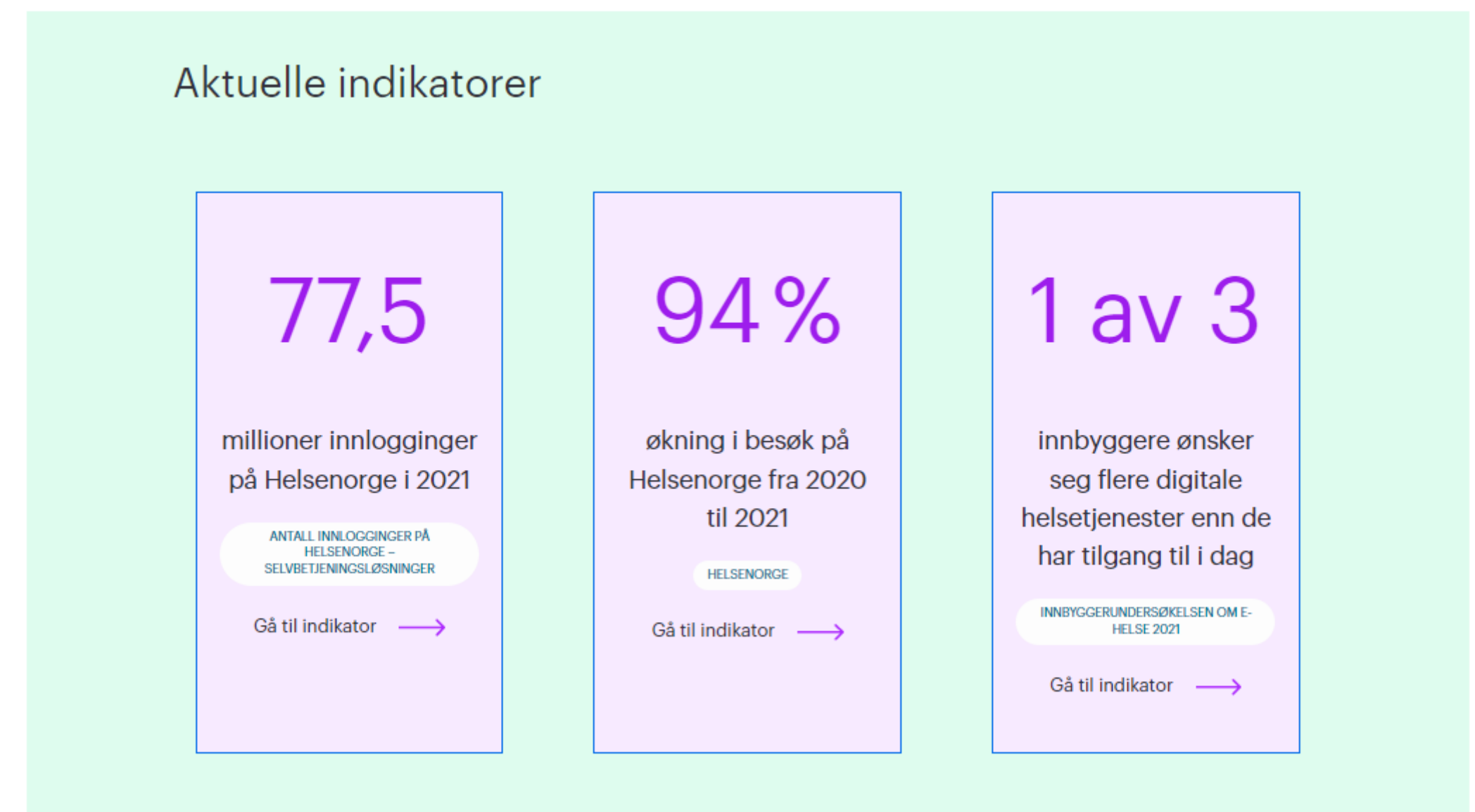
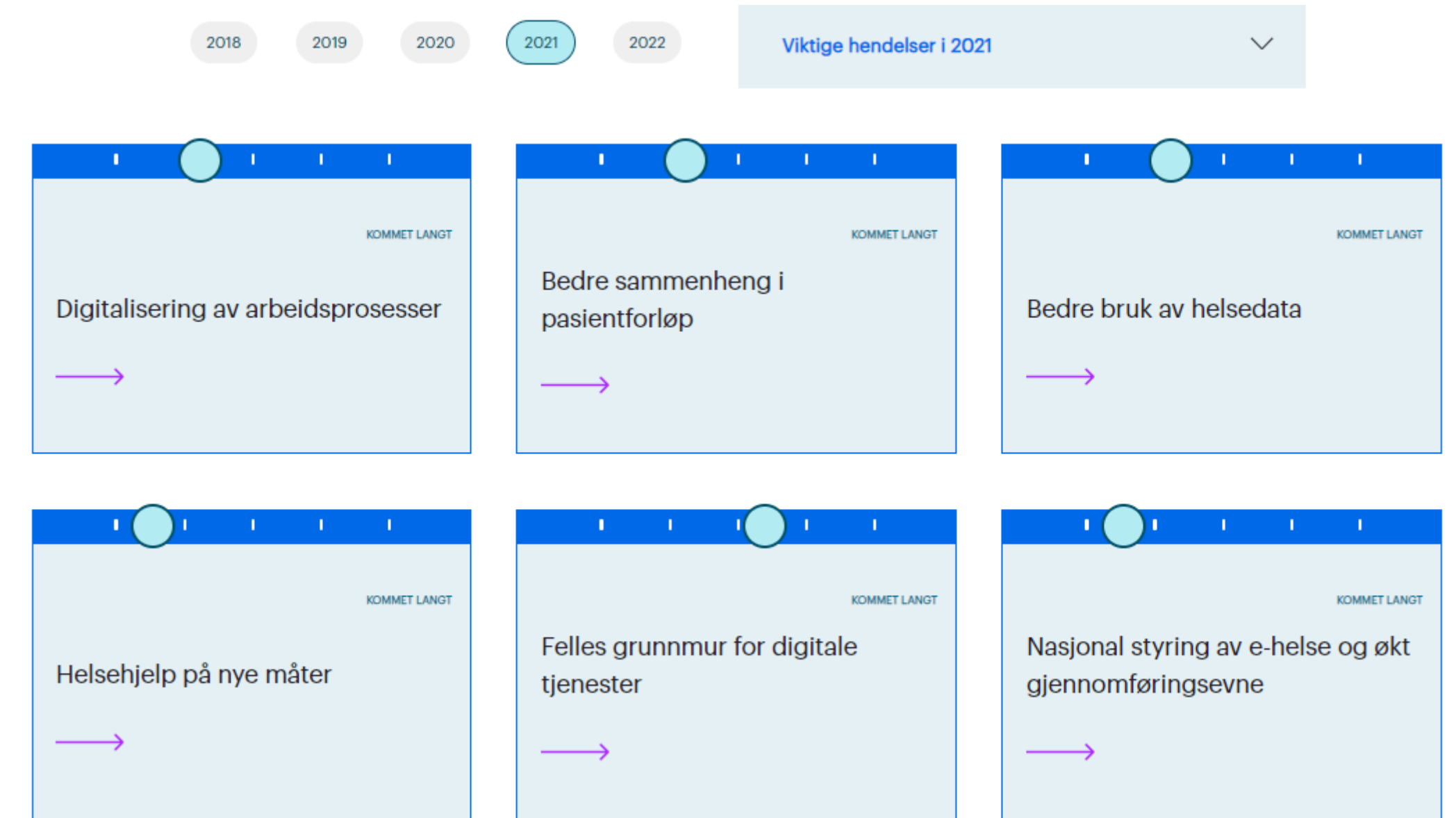
## Nasjonal e-helsemonitor

Nasjonal e-helsemonitor skal ved hjelp av nøkkeltall sikre et godt kunnskapsgrunnlag om bruk og effekter av IKT i helse- og omsorgssektoren.



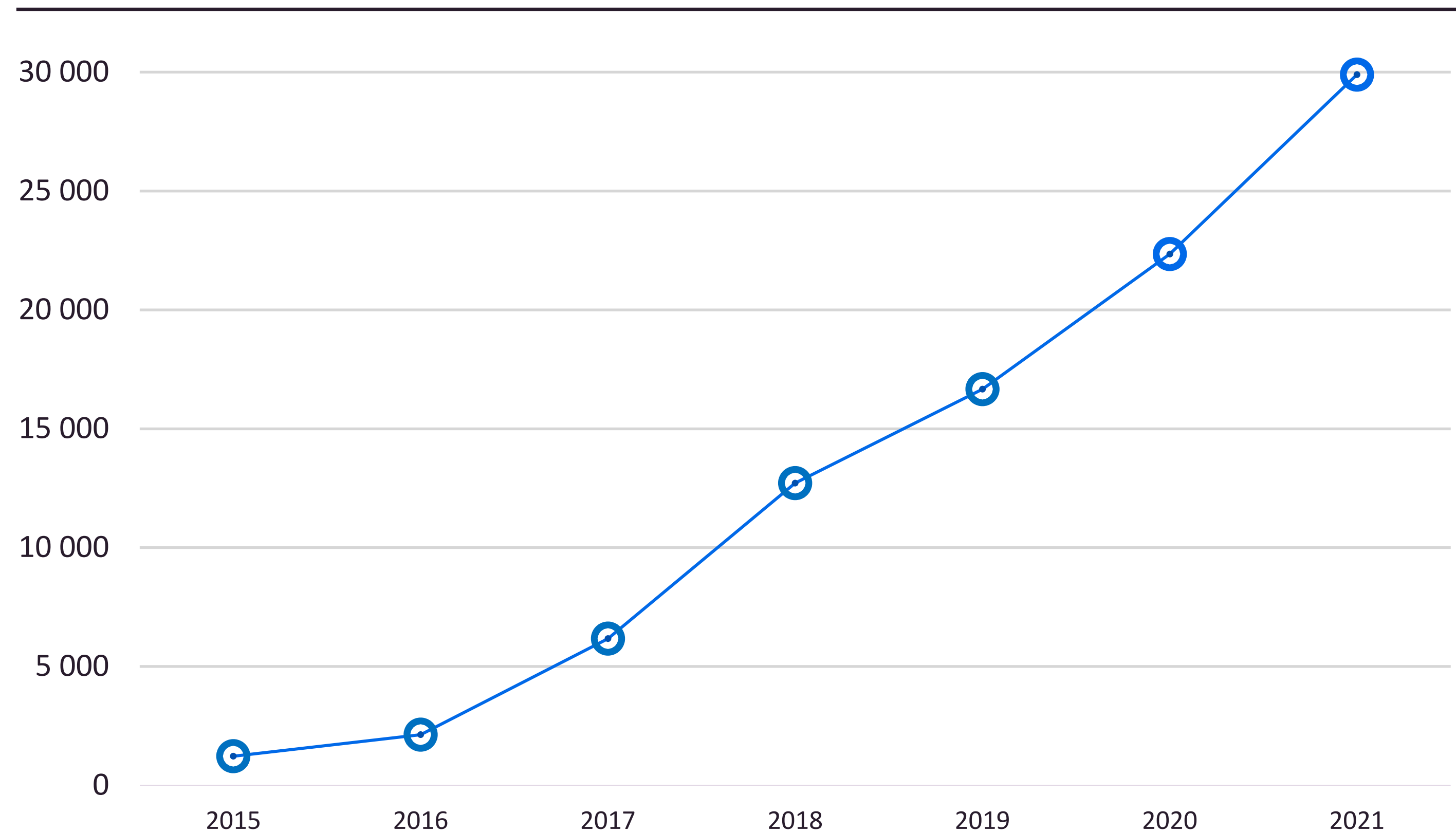
# Mandat

- Direktoratet for e-helse skal være helse- og omsorgssektorens og departementets sentrale rådgiver på e-helseområdet. Direktoratet skal følge med på utviklingen av digitaliseringen i sektoren og forhold som påvirker denne, deriblant oppdatere og tilgjengeliggjøre nøkkeltall og utføre situasjonsanalyser.
- Som del av dette oppdraget er det opprettet en [Nasjonal e-helsemonitor](#) som skal formidle et godt kunnskapsgrunnlag om bruk og effekter av IKT i helse- og omsorgssektoren.
- Nasjonal e-helsemonitor viser status på [Nasjonal e-helse strategi](#) og sentrale satsingsområder.
- Nøkkeltall, rapporter og analyser benyttes av HOD og aktører i sektor.



# Bruken av kjernejournal øker

Aggregert antall helsepersonell som har gjort minst et oppslag i kjernejournal siden lansering av tjenesten



**3,85**  
millioner  
innbyggere  
har sett på sin  
kjernejournal (2021)

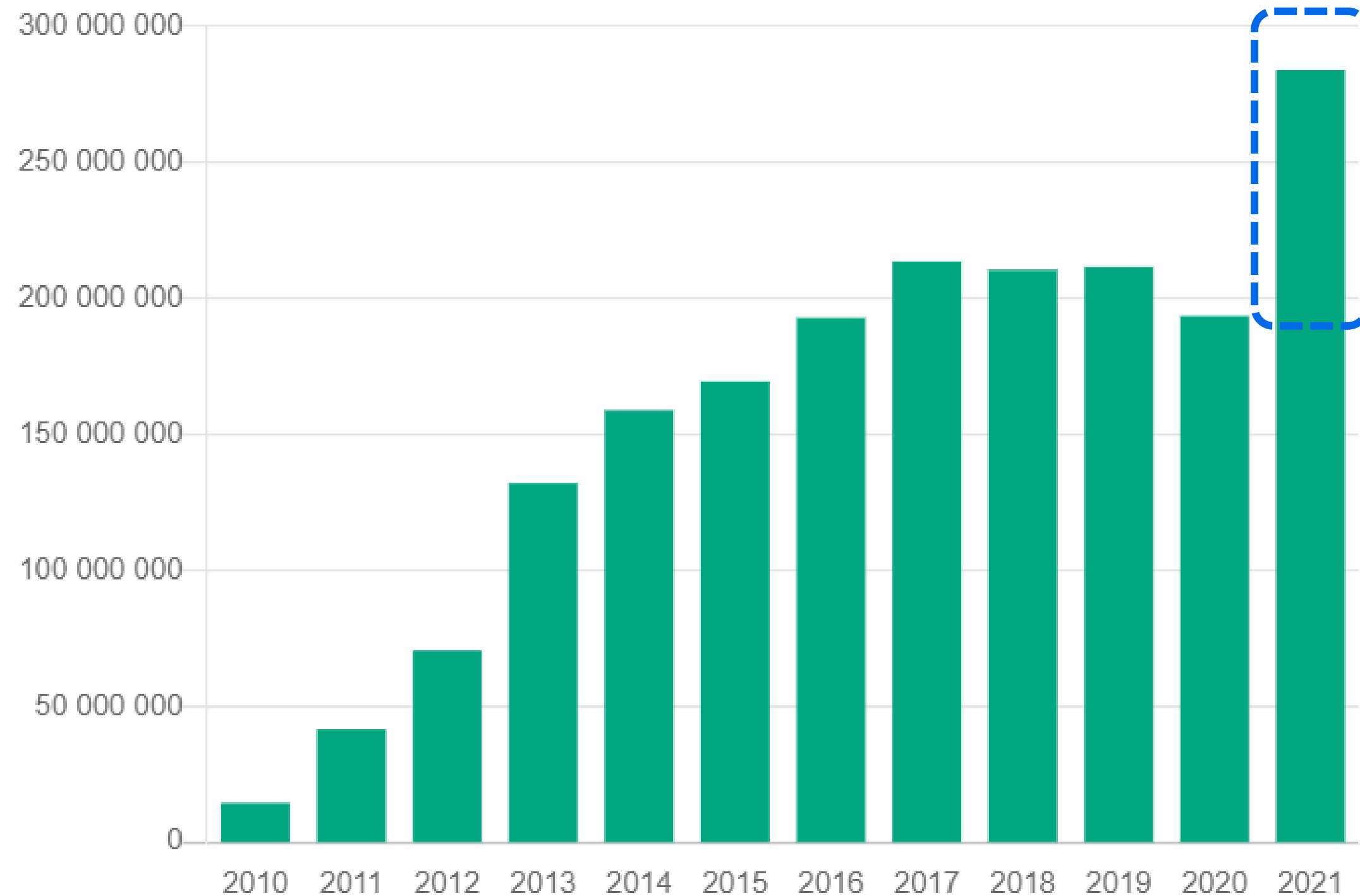
Tilnærmet  
**100%**  
fastlegekontor  
benytter nå  
tjenesten

# Meldingsutveksling øker (igjen)

Funksjonalitet legges inn «i fart»

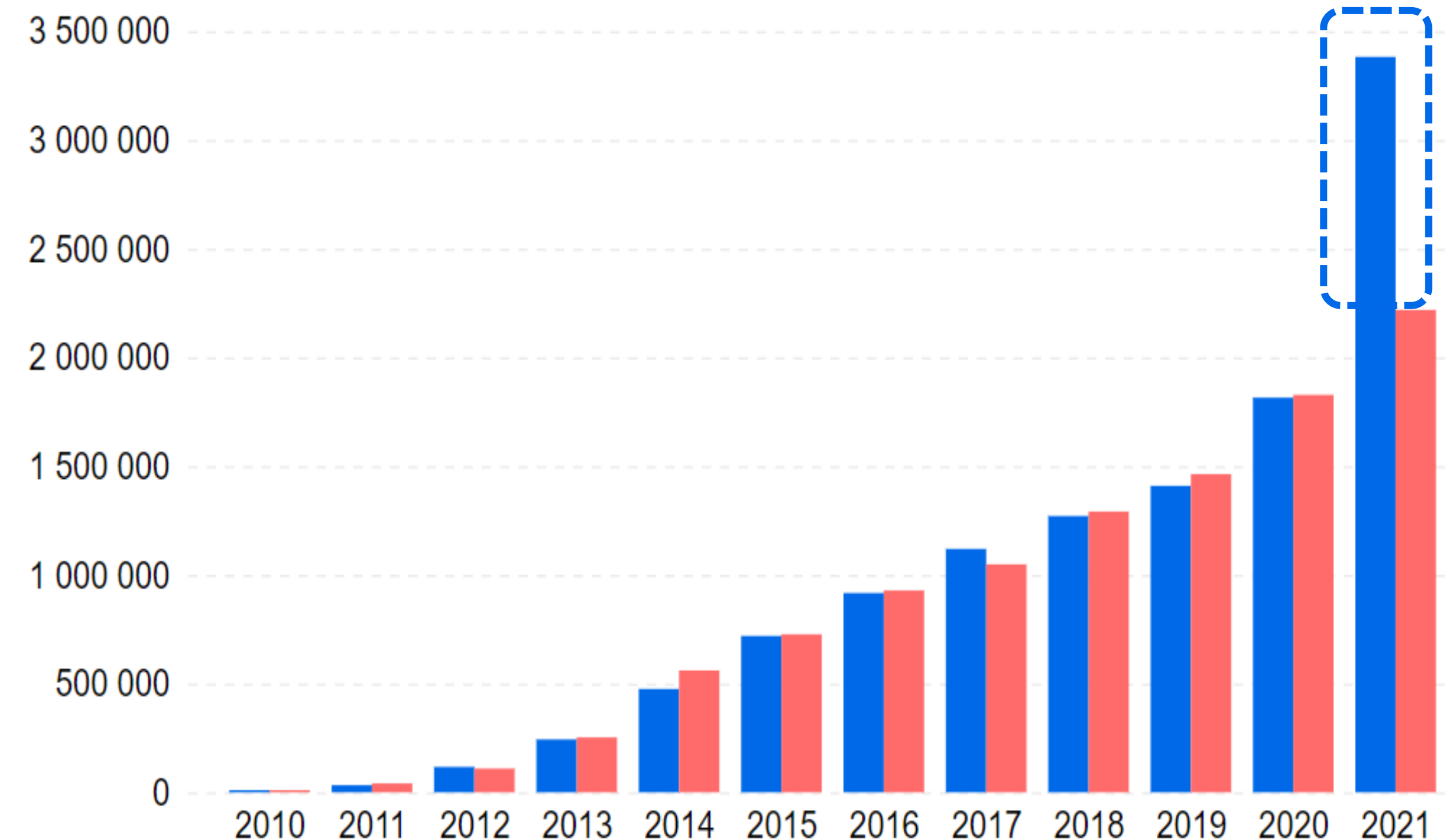
## Totalt antall medisinske meldinger per år

*Kvitteringer, systemmeldinger og ukjente kategorier er utelatt*

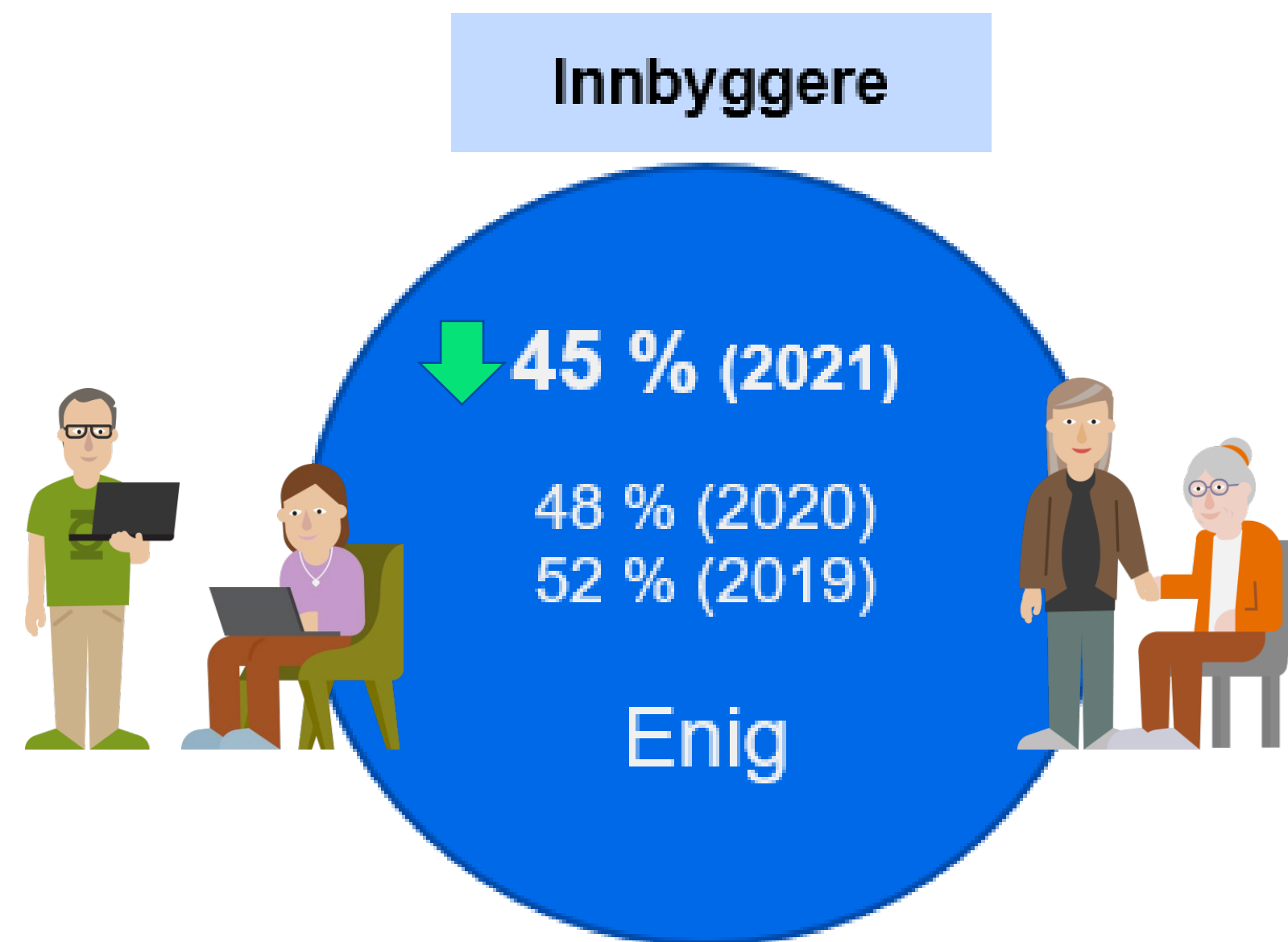


## Antall sendte omsorgsmeldinger

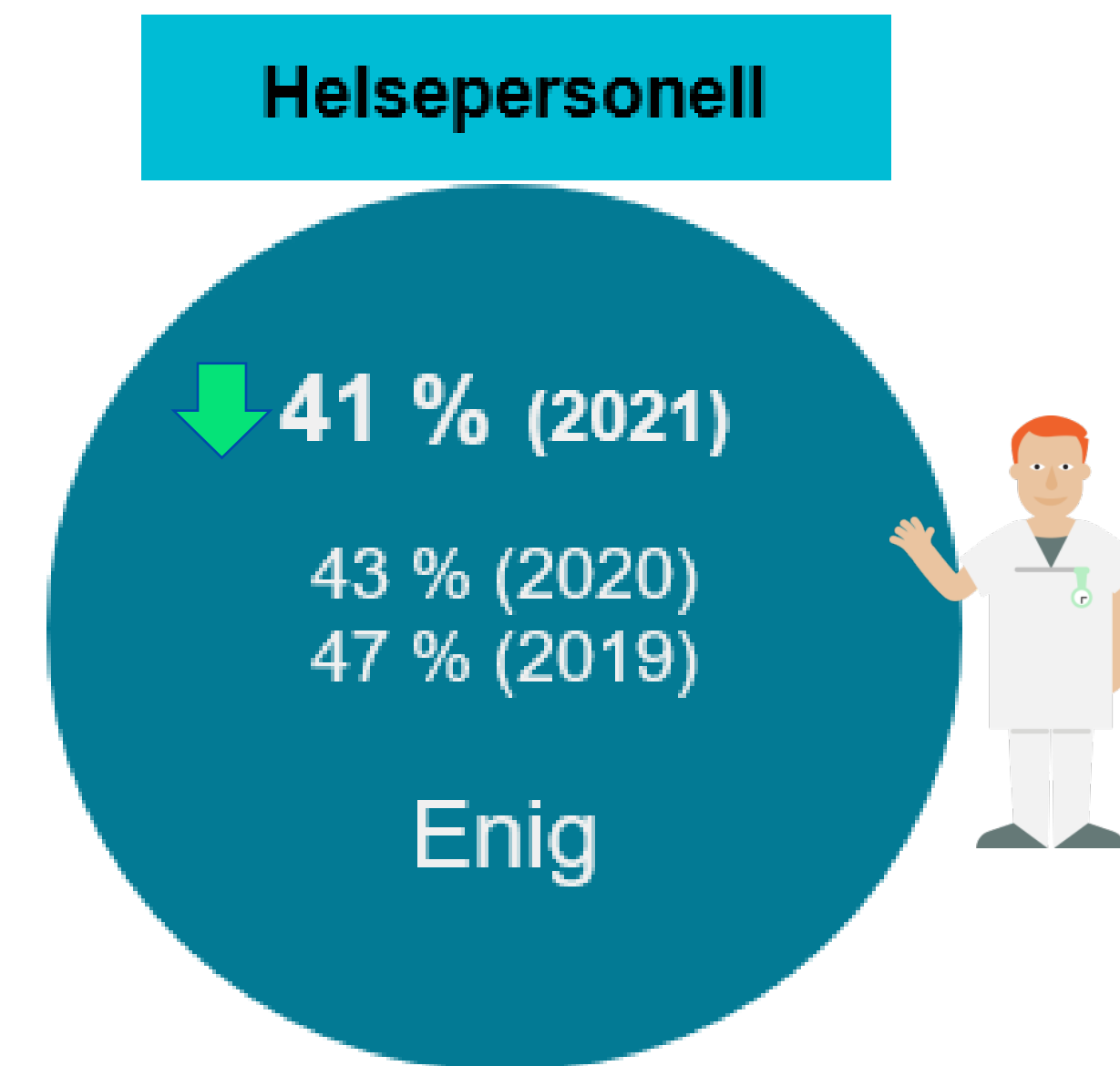
● Meldinger fra fastleger\* til kommune ● Meldinger fra kommune til fastleger\*



# Andelen innbyggere og helsepersonell som er bekymret går ned



Spørsmål til innbyggere: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand: Jeg er bekymret for at helseopplysningene mine ikke vil være tilgjengelig for helsepersonell i en akutt situasjon.

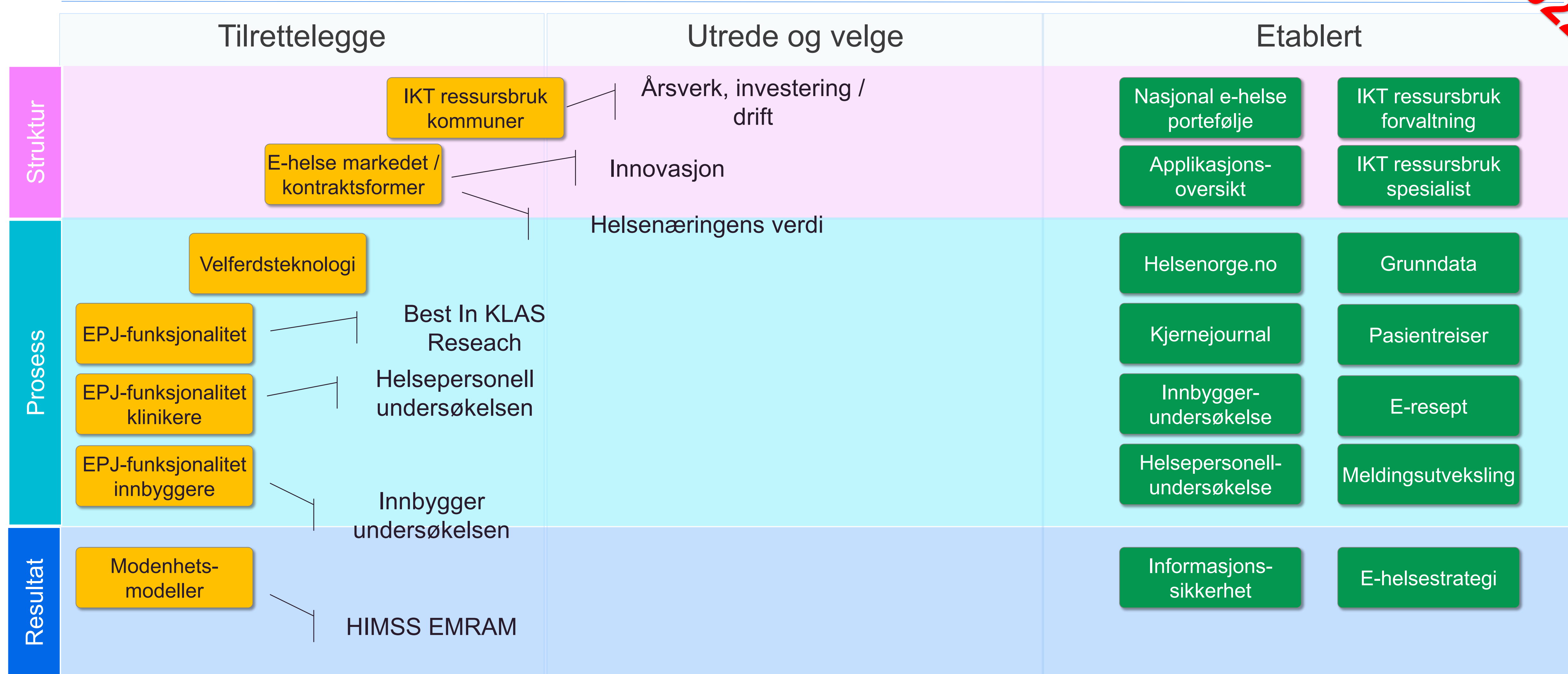


Spørsmål til helsepersonell: Ta stilling til følgende påstand: Jeg er bekymret for at pasientenes helseopplysninger ikke vil være tilgjengelig i en akutt situasjon.

# Langsiktig plan for utvikling av e-helse indikatorer

PLAN 2022

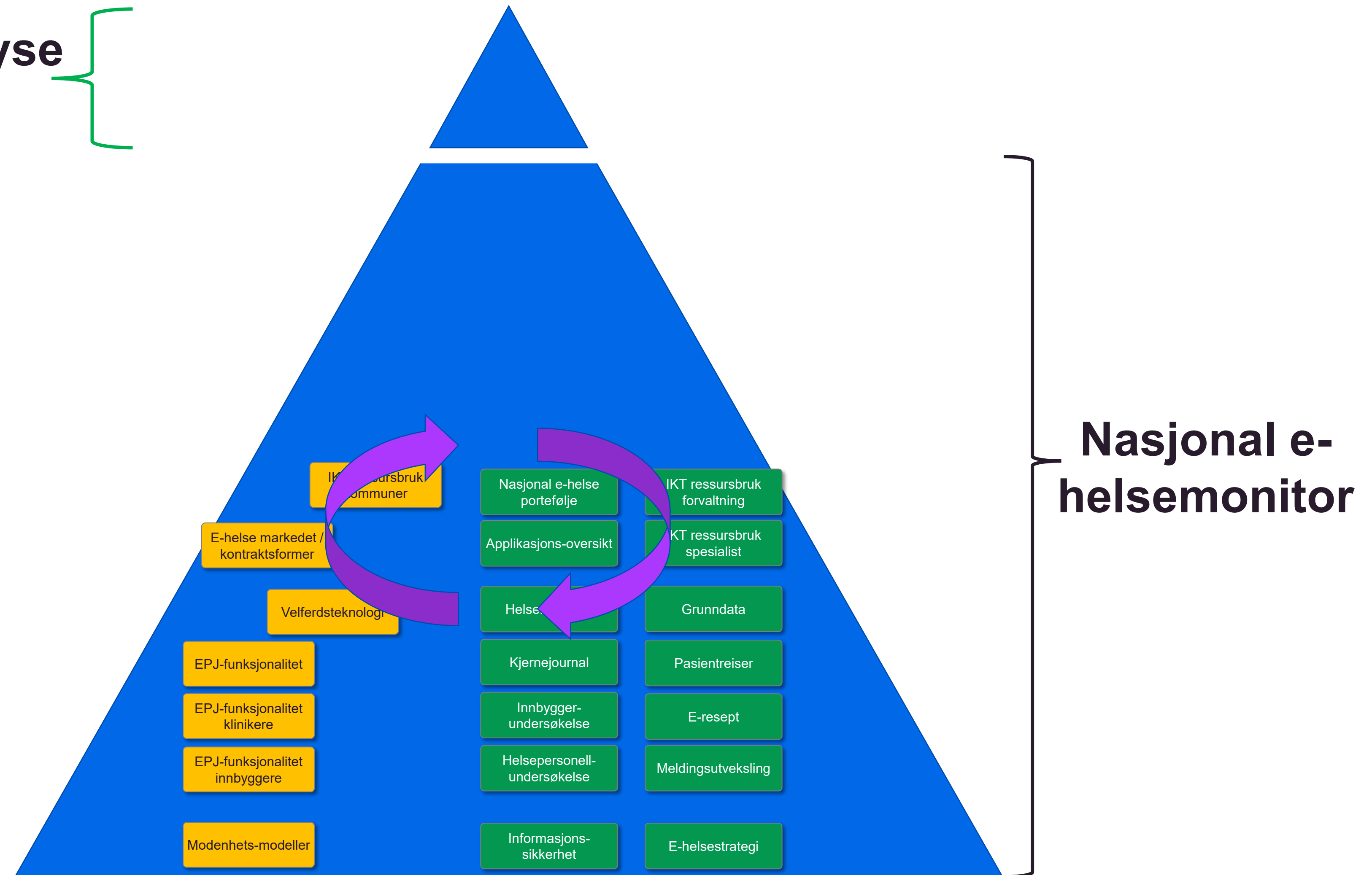
Måleområder





# Løfte kunnskapsgrunnlaget - mer innsikt

Analyse



# Vedtak:

## 1. Videreutvikling av Nasjonal e-helsemonitor

NUIT anbefaler forslag til plan for videre utvikling av Nasjonal e-helsemonitor.

NUIT ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.



Direktoratet for  
e-helse

## 2. Ressursbruk på IKT i helse- og omsorgstjenesten

Forbedringsprosess 2022



# Nasjonal e-helsemonitor

# IKT ressursrapport



2018

2019

2020

2021

2022

Viktige hendelser i 2019



KOMMET LANGT

Digitalisering av arbeidsprosesser

→

KOMMET LANGT

Bedre sammenheng i pasientforløp

→

KOMMET LANGT

Bedre bruk av helsedata

→

KOMMET LANGT

Helsehjelp på nye måter

→

KOMMET LANGT

Felles grunnmur for digitale tjenester

→

KOMMET LANGT

Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne

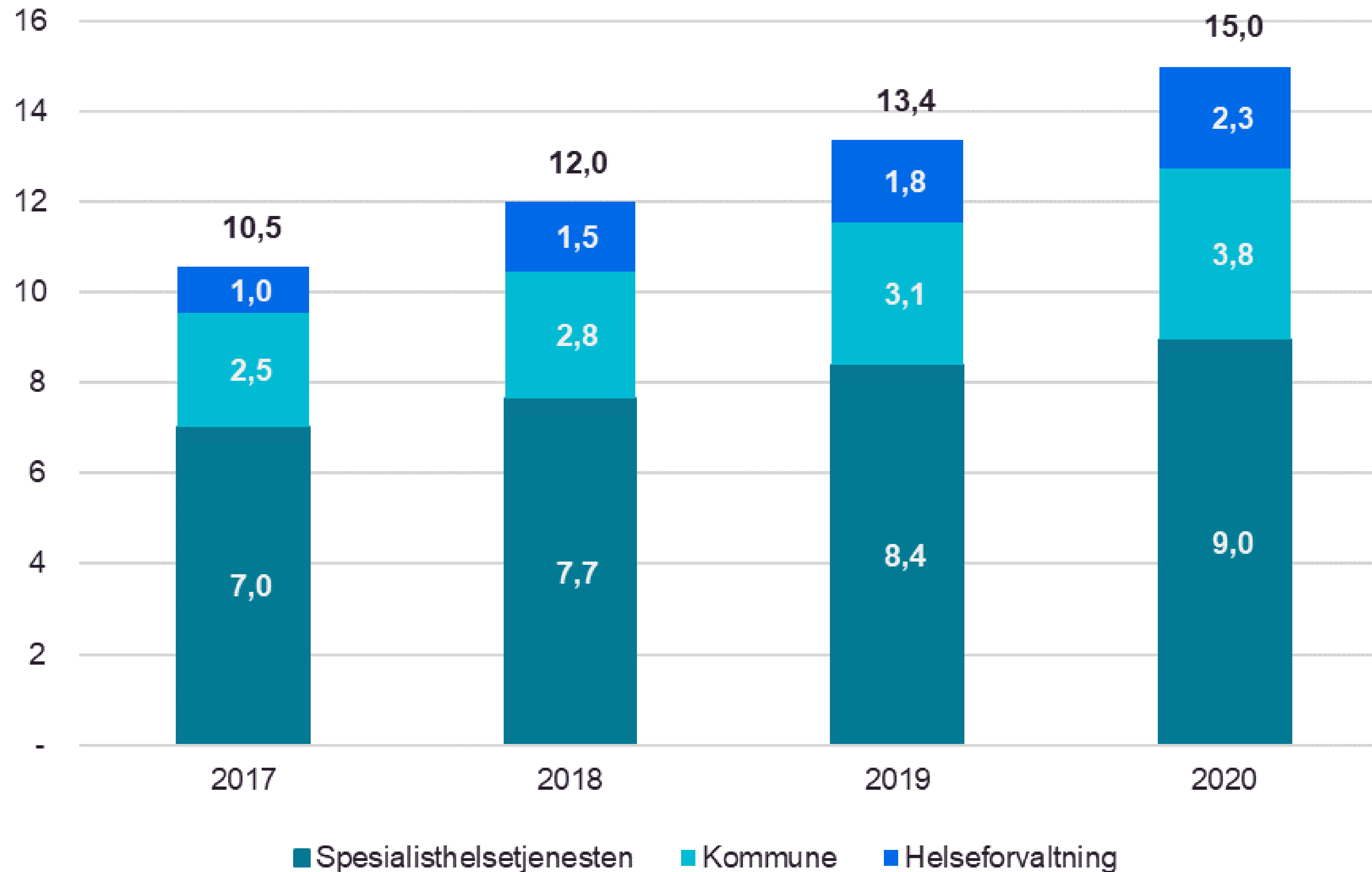
→



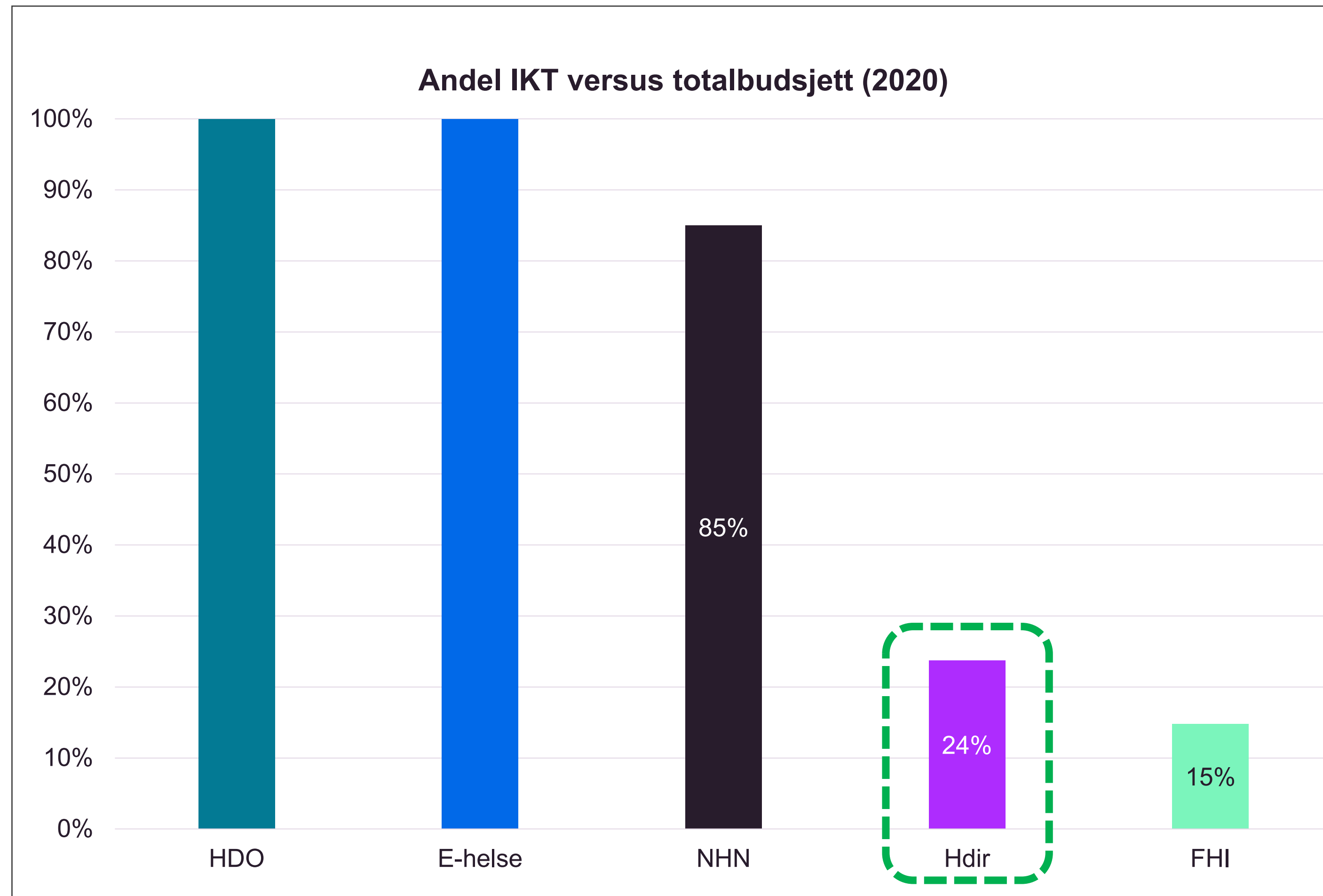
Indikatorer innenfor dette satningsområdet:

- IKT-utgifter i helse- og omsorgssektoren  
Gå til indikator →
- IKT-utgifter i helsesektoren 2017-2020  
Gå til indikator →
- Fordeling av IKT-utgifter mellom drift- og investeringskostnad  
Gå til indikator →
- IKT-utgifter per ansatt i helseregionene  
Gå til indikator →
- IKT-utgifter som andel av totale driftskostnader i helseregionene  
Gå til indikator →
- Fordeling av IKT-utgifter per IKT-område  
Gå til indikator →
- Utviklingen i totale IKT-utgifter  
Gå til indikator →

# Totale IKT-utgifter i helse- og omsorgssektoren (mrd)



# Helseforvaltningen i Norge har også store digitale initiativ



E-helse reduserte IKT-utgiftene med 240 MNOK (-23%).

NHN økte IKT-utgiftene med 762 MNOK (96%).

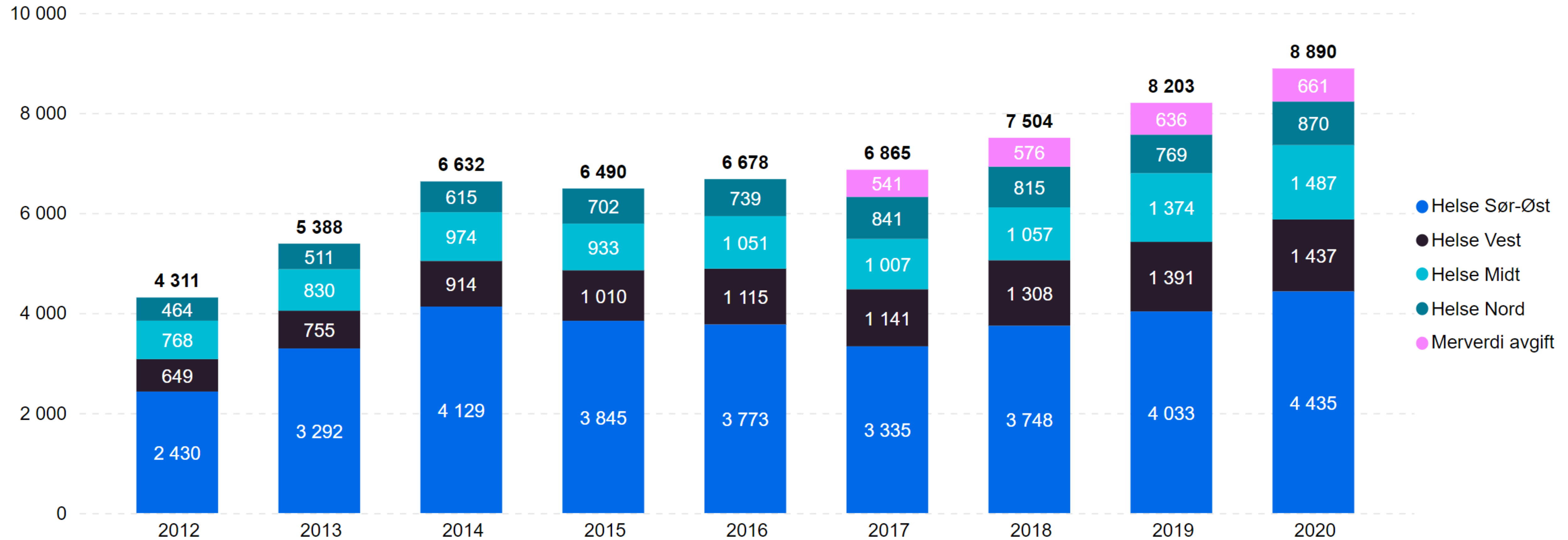
HDO økte IKT-utgiftene med ca. 13 MNOK (5%).

Pasientreiser reduserte IKT- utgiftene med 11 MNOK (-12%).

Helsedirektoratet (inkl. Helfo) økte IKT-utgiftene med 27 MNOK (ca. 6%).

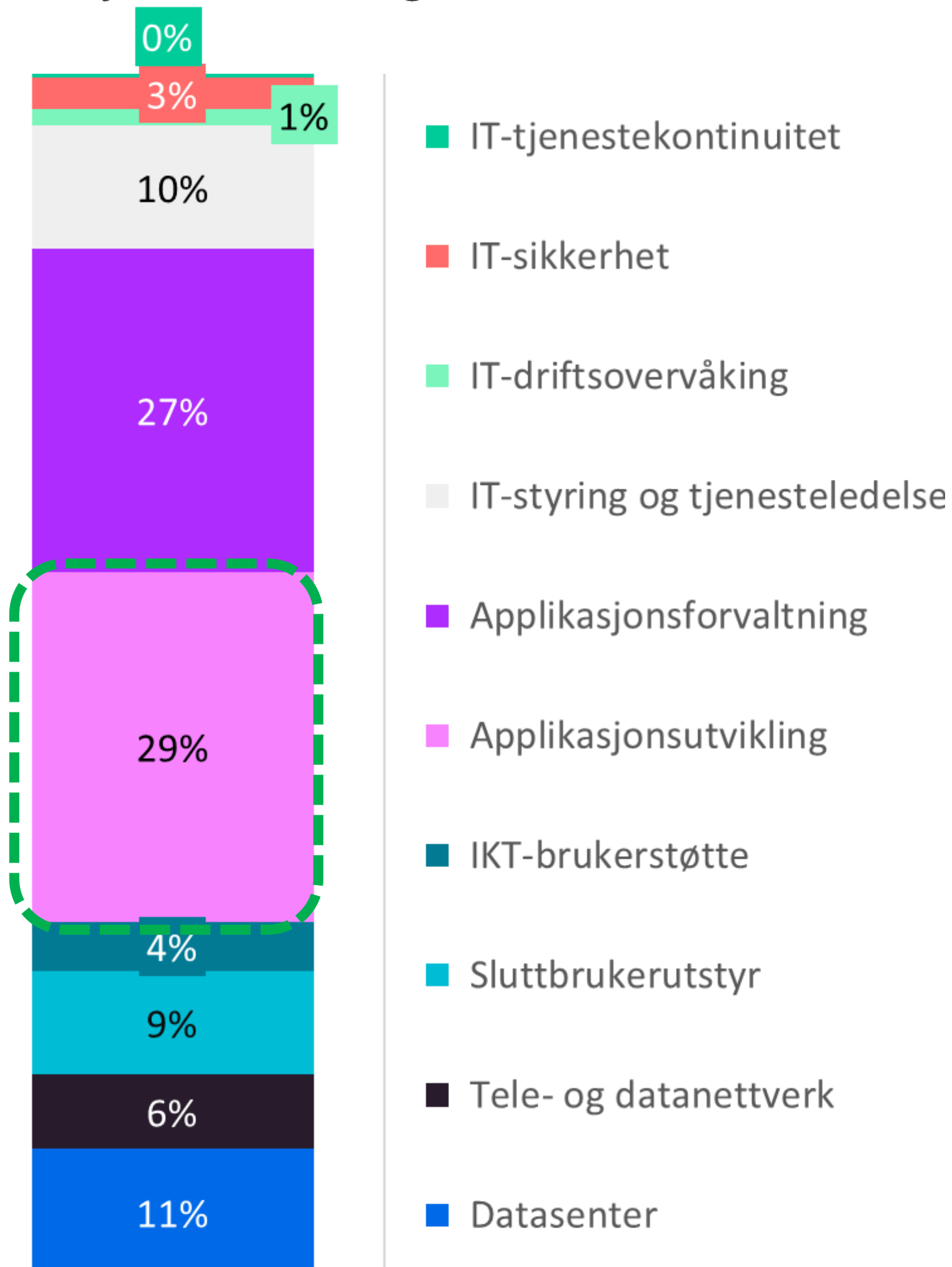
FHI økte IKT-utgiftene med ca. 133 MNOK (85%).

# Utviklingen i totale IKT-utgifter i regionene (i mnok), 2012-2020



# Aktørene i rapporten bruker det meste av IKT-utgiftene på applikasjonsutvikling og -forvaltning (2020)

Nasjonal fordeling



56 % av de totale IKT-utgiftene går til applikasjonsutvikling og -forvaltning i 2020.

- Indikerer at det pågår mye egenutvikling og tilpasninger av applikasjoner i sektoren sammenlignet med internasjonale tall for helsetjenestetilbydere

De største kostnadsdriverne knyttet til applikasjonsutvikling og -forvaltning i 2020 var forvaltning, fornyelse og nyutvikling av EPJ-løsninger++

- Sentrale prosjekter som bidrar til å holde kostnadene til applikasjonsutvikling og -forvaltning høye i 2020 var regionale IKT-prosjekter i Helse Sør-Øst og Helseplattformen i Helse Midt.

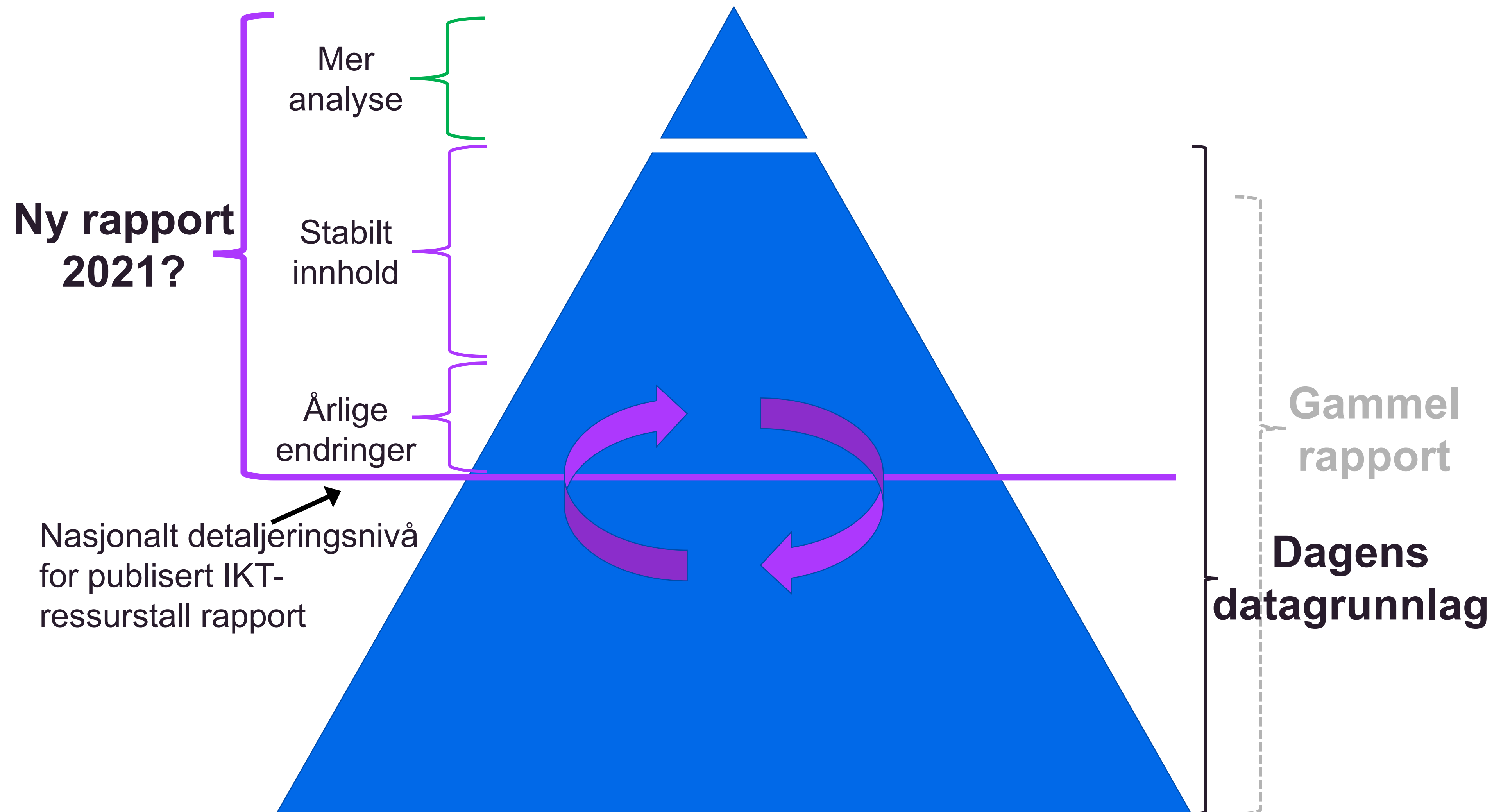
Andelen kostnader knyttet til IT-sikkerhet, -tjenestekontinuitet og -driftsovervåking var på 4% i 2020 og utgjør en lavere andel av de totale IKT-utgiftene sammenlignet med internasjonale tall fra helsetjenestetilbydere.

- IT-sikkerhet er et sentralt satsningsområde for flere av aktørene og det investeres mye i å opprettholde og forbedre IT-sikkerhetsfunksjoner.
- Lavere kostnadsandel på IKT-sikkerhet kan skyldes:
  - Høy grad av sentralisering og gjenbruk av funksjoner blant aktørene gir lavere kostnadsandel (bruk av NHN/nasjonal HelseCert)
  - Begrenset kvalitet i datainnsamling

(Kommunene ikke med her)



# Forbedringsprosess og hypotese for ny rapport



# Vedtak:

## 2. Forbedringsarbeid rundt rapporten Ressursbruk på IKT i helse- og omsorgstjenesten

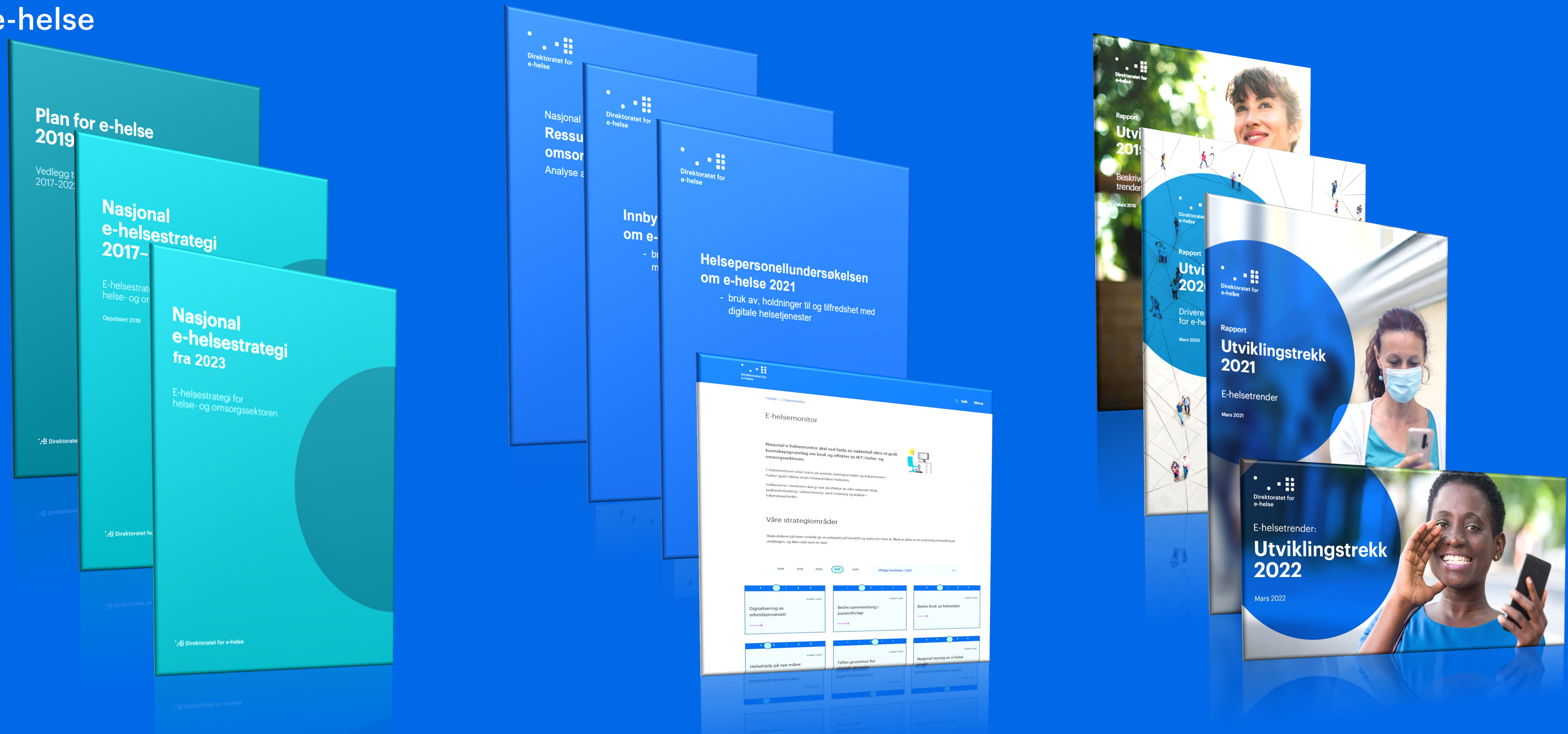
Direktoratet for e-helse ber NUIT anbefale forbedringsprosess for nytt format og utforming av rapporten Ressursbruk på IKT i helse- og omsorgstjenesten.

NUIT ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.



Direktoratet for e-helse

# Direktoratet følger utviklingen og sammenstiller kunnskap





Direktoratet for  
e-helse

Lunsj – oppstart igjen kl. 12.40



Direktoratet for  
e-helse


# Sak 25/22

## Strategi digital smittevernberedskap

# Strategi digital smittevernberedskap

19. mai 2022

NUIT

A photograph of a gravel path with patches of snow. A blue surgical mask is lying on the gravel in the lower center. The text is overlaid on the image in white font on a black background.

«Det er nå mulighetsrommet for endringer er der. Nå, mens man fortsatt husker de utfordringene vi står i»

Kommuneoverlege

Formål med saken

*Nasjonalt drøfting på hvordan det videre digitaliseringsarbeidet med å styrke smittevernberedskapen bør innrettes*

**Kartleggingsarbeid  
og innsikt**

Sektorens behov godt  
belyst

**Koordineringsbehov**

Prioritering,  
finansering,  
organisering,  
myndighet og ansvar

**Strategisk forankring**

E-helsestrategi 2023  
Veikart for e-helse



**Strategien skal  
gjøre oss bedre i  
stand til å forebygge  
og håndtere en  
smittevernkrise**

**Forebygge en  
krise**

Minske  
sannsynligheten  
for en krise

**Forberedt  
for krise**

Være beredt for en  
kommende krise

**Håndtere  
en krise**

Redusere  
konsekvensene av  
en oppstått krise

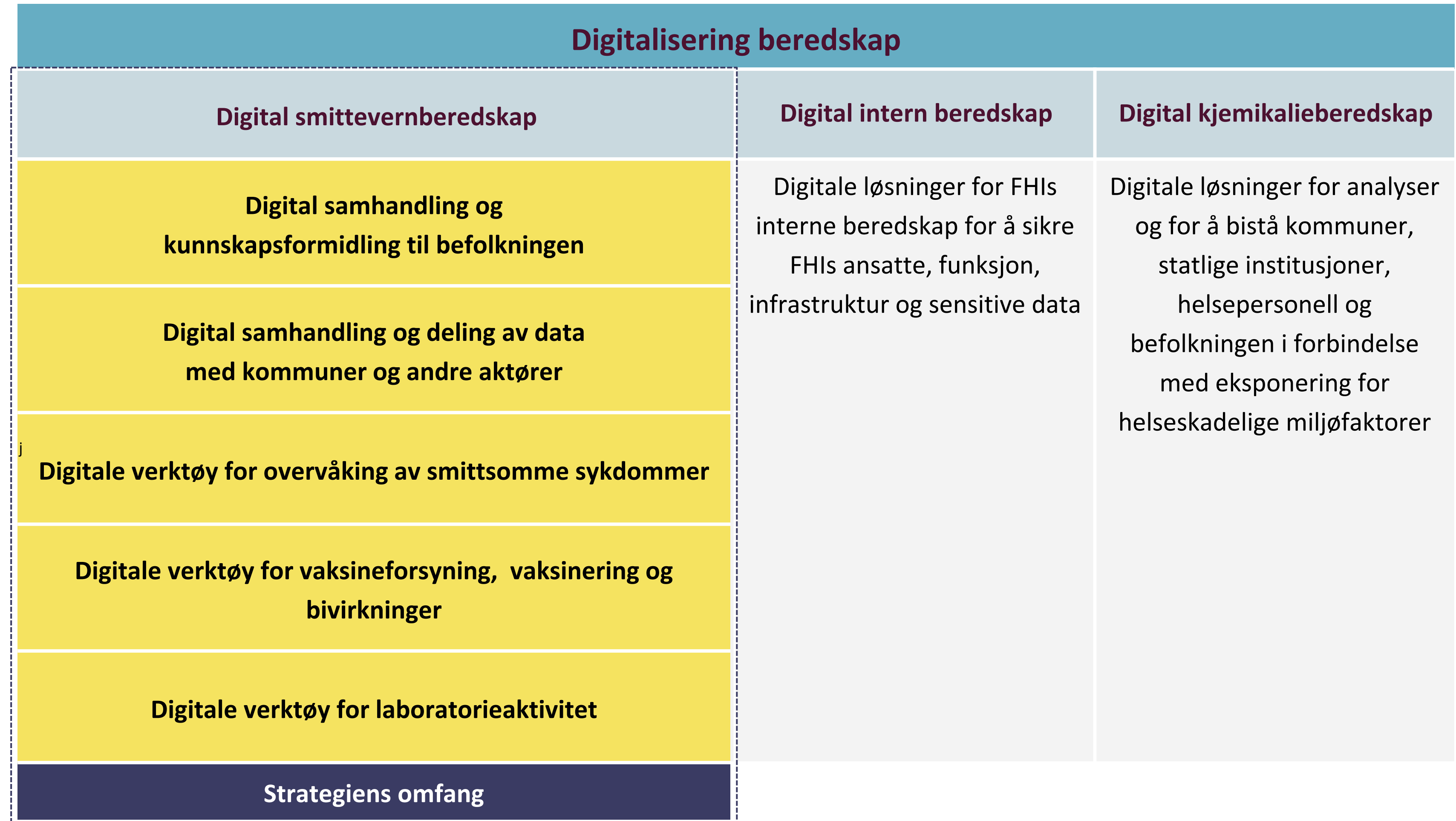
## Strategiens omfang

Digitalisering beredskap er et av fire digitaliseringsprogrammer i FHI. Beredskap i FHI kan igjen deles i tre områder:

- **Smittevernberedskap**
- **Intern beredskap**
- **Kjemikalieberedskap**

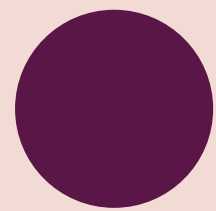
Strategiens omfang er begrenset til den digitale delen av smittevernberedskapen. De strategiske elementene bør likevel kunne gjenbrukes innenfor andre ansvarsområder i FHI, i andre helsekriser og i fredstid.

Tiltakene i strategien har også grenseflater mot andre satsinger i FHI, helsesektoren og andre sektorer, og dette må ivaretas i gjennomføringen.



# Strategi for digital smittevernberedskap

**1.**  
**Strategisk utgangspunkt**  
Hvor kommer vi fra?



**2.**  
**Målbilde**  
Hvor skal vi?



**3.**  
**Gjennomføring**  
Hvordan kommer vi oss dit?





«Jeg har alltid synes FHI har vært  
jækla god. Jevnt over så synes jeg  
FHI har gjort en veldig god jobb!»

Kommunelege

# Hovedutfordringer hos brukerne

## Brukerne har flere udekkede behov



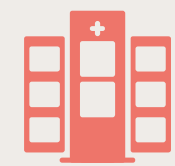
### Innbyggere

- Kommunikasjon mot innbygger har vært inkonsistent på tvers av flere kanaler og til tider tvetydig
- Innbygger har hatt begrenset med selvhjelpstjenester til å kunne bidra med håndtering av pandemien og avlaste helsetjenesten



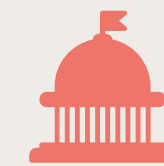
### Kommunal helseberedskap

- Kommunal beredskap har ikke hatt tilgang til nødvendig personidentifiserbare data og har gjerne måtte forholde seg til flere grensesnitt for statistikk og informasjonsdeling
- Data fra andre kommuner har vært vanskelig å få tilgang til



### Spesialisthelsetjenesten

- Spesialisthelsetjenesten har ikke hatt tilgang til nødvendige personidentifiserbare data
- De har heller ikke hatt tilgang til data på helseregionnivå eller statistikk om smittede og vaksinerte på kommune- og fylkesnivå



### Myndigheter og beslutningstakere

- Ad-hoc analyser på bestilling fra myndigheter og beslutningstakere har ofte tatt lengre tid på grunn av manglende infrastruktur med analysekapabilitet



### Internasjonale organer

- Mangelfull harmonisering av regler for TISK og krav ved innreise
- Man burde hatt løsninger for enklere og tryggere deling av virusgensekvenser



### Tjenesteleverandører

- Tjenesteleverandører som NHN har manglet forutsigbarhet fra FHI



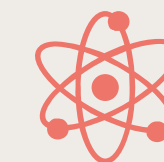
### Apotek

- Apotekene og andre private aktører har ikke kunnet utnytte sin kapasitet til å bidra med håndtering av pandemien



### Laboratorier

- Innmelding av prøvesvar til FHI har foregått på en veldig manuell og tidkrevende måte
- FHI sine interne laboratorier har manuelle prosesser for håndtering av prøveflyt og kvalitetssikring av data



### Forskere

- Forskere har hatt tilgang til data raskere enn noen gang under selve pandemien, men det tok en stund før den nødvendige infrastrukturen var på plass



### Media

- Anonyme aggregerte data har vært vanskelig å få tilgang til

## Mål for digital smittevernberedskap

# Målene uttrykker hva FHI ønsker å oppnå i løpet av strategiperioden

### Styrket smittevernberedskap gjennom effektiv dataflyt, automatiske analyser og økt digital modenhet



#### 1. Innbyggere

Bedre **kommunikasjon** og samspill med **innbyggere**.



#### 2. Tjenestebrukere

Økt bidrag til at **kommuner**, **helsetjenesten** og andre relevante aktører kan utføre sin jobb mer **effektivt**.



#### 3. Overvåkning

Mer effektiv og aktuell **infeksjonsovervåking** og kunnskapsproduksjon før og under en krise.



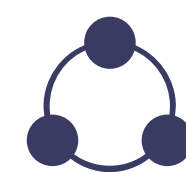
#### 4. Vaksinasjon

Bedre planlegging, gjennomføring og overvåking av **vaksinasjon**.



#### 5. Laboratorie

Mer strømlinjeformet gjennomføring av **laboratorieaktiviteter**.



#### 6. Arbeidsmåter

Tverrfaglig, effektiv og sikker måte å jobbe på i FHI

## Strategiske satsingsområder

# Krever ekstra fokus de kommende årene for å realisere målene

<b>1. Medvirkende innbyggere</b>	<b>2. Riktig data til brukerne til riktig tid</b>				
Innbyggere	Kommunal helseberedskap	Spesialisthelse-tjenesten	Myndigheter og beslutningstakere	Media	Forskere
	<b>3. Automatisert overvåking og analyse</b>				
	<b>4. Moderniserte datakilder</b>				
	Infeksjonsdata	Vaksinasjonsdata		Øvrige helseregistre og datakilder	
	<b>5. Effektiv innmelding og innhenting av data</b>				
Innbyggere	Kommunal helseberedskap	Spesialisthelse-tjenesten	Laboratorier	Apotek	Andre kilder

## Målbilde

# Riktig data til brukerne til riktig tid

FHI har tilgjengeliggjort informasjon og data som er tilpasset de ulike brukergruppene i hensiktsmessige kanaler. Dette er gjort i samarbeid med andre offentlige etater, slik at brukerne møter helhetlige løsninger. Brukerne har alltid tilgang til riktig informasjon til riktig tid, i henhold til hjemmelsgrunnlag og tjenstlig behov. Brukere i denne sammenheng er kommunal helseberedskap, spesialisthelsetjenesten, myndigheter og beslutningstakere, media og forskere. FAIR-prinsippene for deling og gjenbruk av data ligger til grunn, gjennom at dataene er søkbare, tilgjengelige, understøtter interoperabilitet og er gjenbrukbare.

Det er enkelt å hente ut data, og data er tilgjengelig på en slik måte at brukerne selv kan sammenstille og analysere etter sine behov. Dette vil gjelde både anonyme aggregerte data og personidentifiserbare data, i tråd med brukernes hjemmelsgrunnlag og behov.

Helseberedskapen på nasjonalt, kommunalt og regionalt nivå får tilgang til kvalitetssikret data slik at en kan håndtere og planlegge for smitteutbrudd i sitt område. Kommuneleger har en total oversikt over smitte- og vaksinasjonsstatus i sin kommune på individnivå, og verktøy til å støtte dette arbeidet. Kommunelegen kan effektivt spore smitte på tvers av kommunegrenser, og får automatisk varslings ved et smitteutbrudd. Utbruddshåndtering skjer digitalt og så automatisk som mulig. Spesialisthelsetjenesten har tilgang til personidentifiserbare data om smitte og vaksinasjon på sykehus, samt anonyme aggregerte data for sine regioner for å kunne planlegge for kapasitet på sykehusene. Det er enkelt å filtrere datauttrekk på helseregionnivå.

Anonyme aggregerte data på smittetilfeller og vaksinasjonsstatus nasjonalt, regionalt og for alle kommuner er lett tilgjengelig for beslutningstakere, media og forskere. Det er enkelt og effektivt for media og forskere å få tilgang på data slik at de kan produsere analyser og forskning på en effektiv måte.





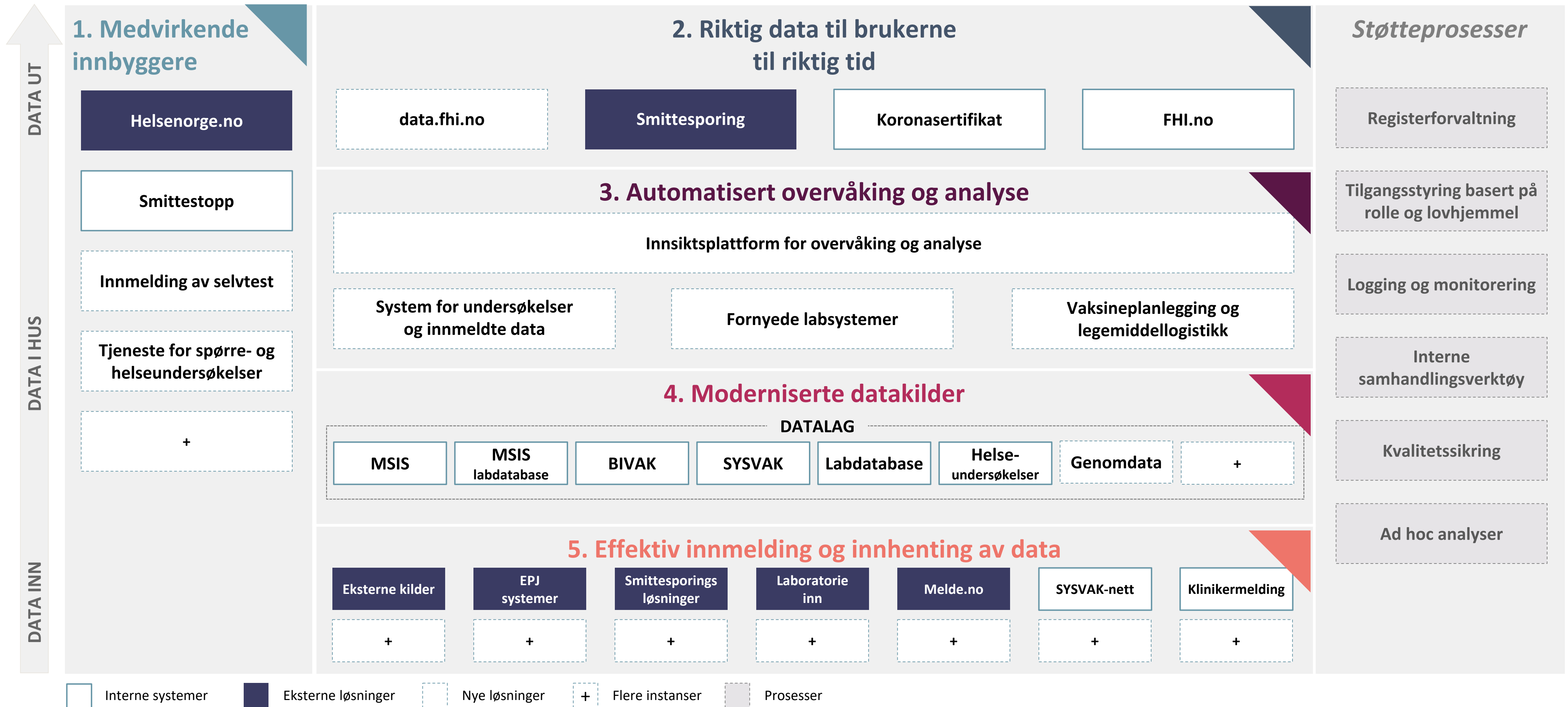
## Oversikt over de strategiske tiltakene

# I sum vil de identifiserte tiltakene bidra til å realisere målbildene

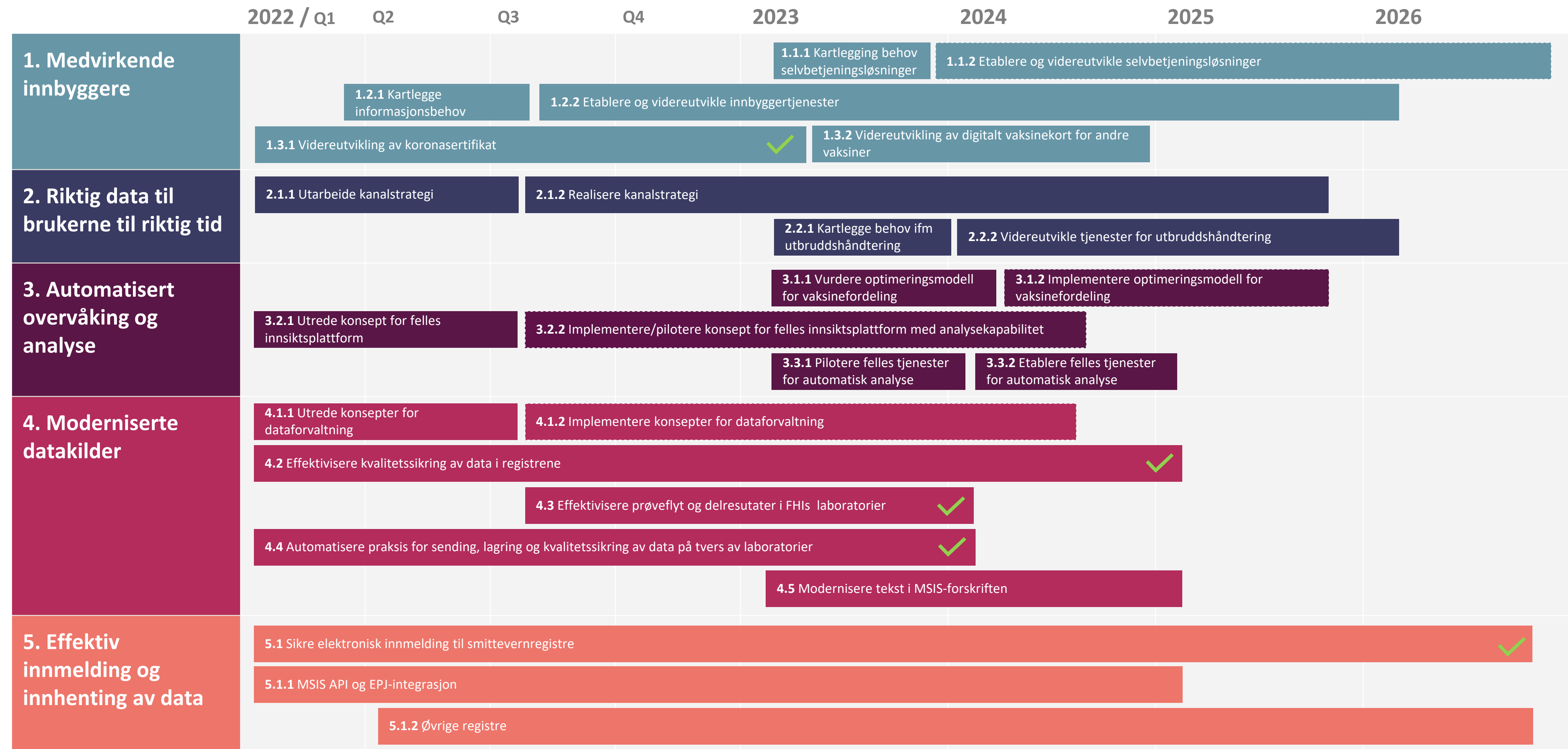
1. Medvirkende innbyggere	2. Riktig data til brukerne til riktig tid	3. Automatisert overvåking og analyse	4. Moderniserte datakilder	5. Effektiv innmelding og innhenting av data
<p><b>1.1</b> Etablere og videreutvikle selvbetjeningstjenester for innbygger</p> <p><b>1.2</b> Etablere og videreutvikle innbyggertjenester for relevant og riktig informasjon</p> <p><b>1.3</b> Videreutvikle sykdomsstatus- og vaksinesertifikat</p>	<p><b>2.1</b> Utarbeide og realisere kanalstrategi for data og informasjon til sluttbrukere</p> <p><b>2.2</b> Videreutvikle tjenester for utbruddshåndtering</p>	<p><b>3.1</b> Vurdere optimeringsmodell for vaksinefordeling</p> <p><b>3.2</b> Utrede konsept for felles innsiktsplattform med analysekapabilitet</p> <p><b>3.3</b> Utrede og etablere felles tjenester for automatisk infeksjonsovervåking og analyse</p>	<p><b>4.1</b> Utrede konsepter for forvaltning av interne og eksterne datakilder</p> <p><b>4.2</b> Effektivisere kvalitetssikring av data i registrene</p> <p><b>4.3</b> Effektivisere prøveflyt og delresultater i FHIs mikrobiologiske laboratorier</p> <p><b>4.4</b> Automatisere praksis for sending, lagring og kvalitetssikring av data på tvers av laboratorier</p> <p><b>4.5</b> Modernisere tekst i MSIS-forskriften</p>	<p><b>5.1</b> Sikre elektronisk innmelding til smittevernregistrene</p>

# Målarkitektur

## Lagdeling gjør opprettelse av nye tjenester, kilder og integrasjoner enklere



# Veikart for gjennomføring av strategien



  Gjennomføring avhenger av foregående fase
 ✓ Pågående tiltak

Drøfting

*Hvordan det videre digitaliseringsarbeidet med å styrke smittevernberedskapen bør innrettes*

**Kartleggingsarbeid  
og innsikt**

Sektorens behov godt  
belyst

**Koordineringsbehov**

Prioritering,  
finansering,  
organisering,  
myndighet og ansvar

**Strategisk forankring**

E-helsestrategi 2023  
Veikart for e-helse

# Forslag til vedtak

Med utgangspunkt i kunnskap og erfaring fra pandemien følges saken opp videre i dialog mellom eHelse, KS, Helsedirektoratet FHI for å sikre en samordnet helhetlig utviklingsretning for digitaliseringstiltak av smittevernberedskapen. En av virksomhetene blir gitt et tydelig mandag til å følge opp videre arbeid.

Digitaliseringsarbeidet innen helseberedskap og smittevern må innlemmes i øvrig e-helsearbeid og synliggjøres i revidert e-Helse strategi og veikart.

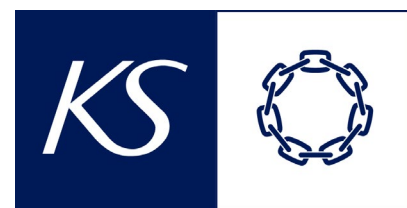
Innspill fra NUIT tas med i det videre arbeidet.



Direktoratet for  
e-helse

# Sak 26/22

# DigiPan-rapporten



# Digitalisering av pandemien

## Kunnskapsoppsummering og anbefaling til veien videre

Ellen Normannseth, avd eHelse

BÆRUM KOMMUNE /

# Korona-pandemien

## [NYTT FRA BÆRUM KOMMUNE](#)

Oppdatert informasjon og meldinger som Bærum kommune sender ut i forbindelse med koronaviruset.

## [UTSKRIFT AV KORONASERTIFIKAT](#)

Bærum kommune tilbyr alle innbyggere som ikke har tilgang til nett eller som ikke er digitale, utskrift av sitt koronasertifikat.

## [KORONAVAKSINE](#)

Informasjon om vaksinerings i Bærum, tider for drop-in med mer.

## [GJELDENE RÅD](#)

Se oversikt over nasjonale råd.

## [TESTING OG ISOLASJON](#)

Informasjon om utlevering av selvtest, registrering av selvtest og PCR-test.

## [OM KORONA PÅ FLERE SPRÅK/ ABOUT CORONA IN OTHER LANGUAGES](#)

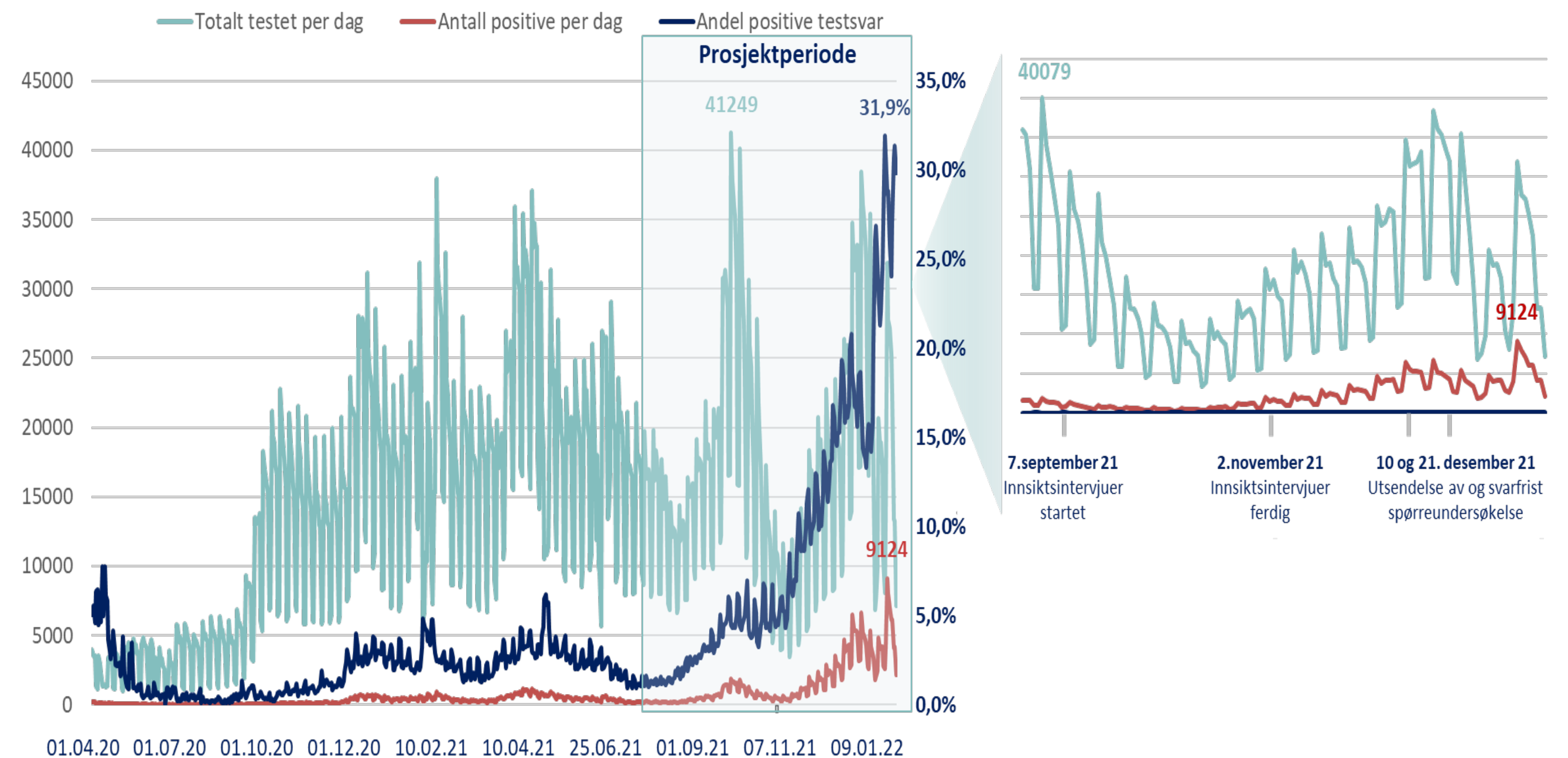




# Evaluering: Hva har vi lært og hvordan skaper vi robuste og langsiktige løsninger i fremtiden?

Anbefale tiltak på kort og lang sikt:

- organisering, prosesser, roller, arkitektur, løsninger og informasjonsflyt
- sikre pandemi- og smittevernberedskap i fremtiden.



# Prosjektet har involvert totalt 78 kommuner på tvers av aktivitetene intervjuer, spørreundersøkelse, referansegruppe

## Prosjektet har involvert kommuner gjennom tre hovedaktiviteter

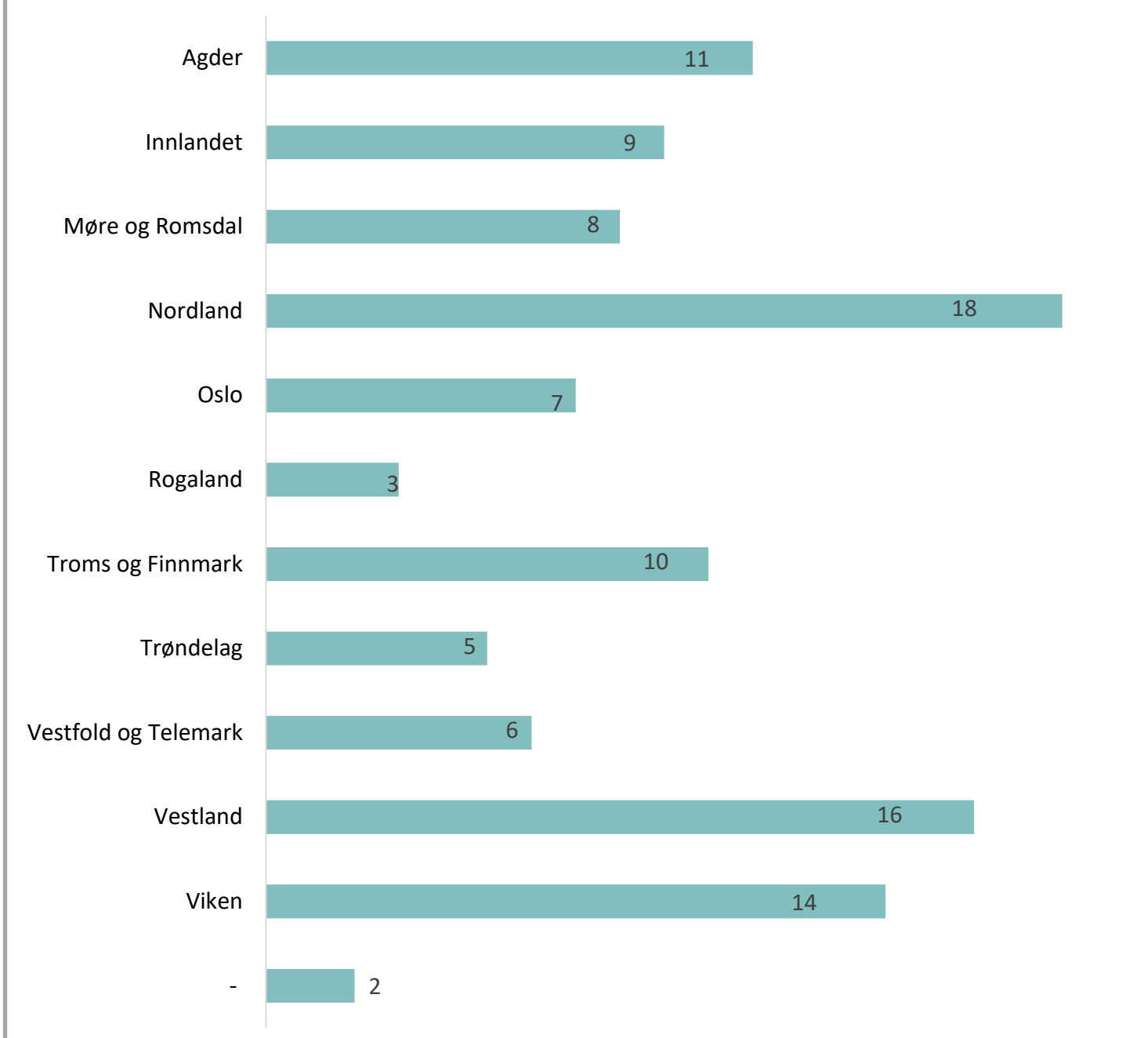
Intervjuer (24 kommuner)

Spørreundersøkelse (57 kommuner)

Møter med kommunal referansegruppe (12 kommuner)

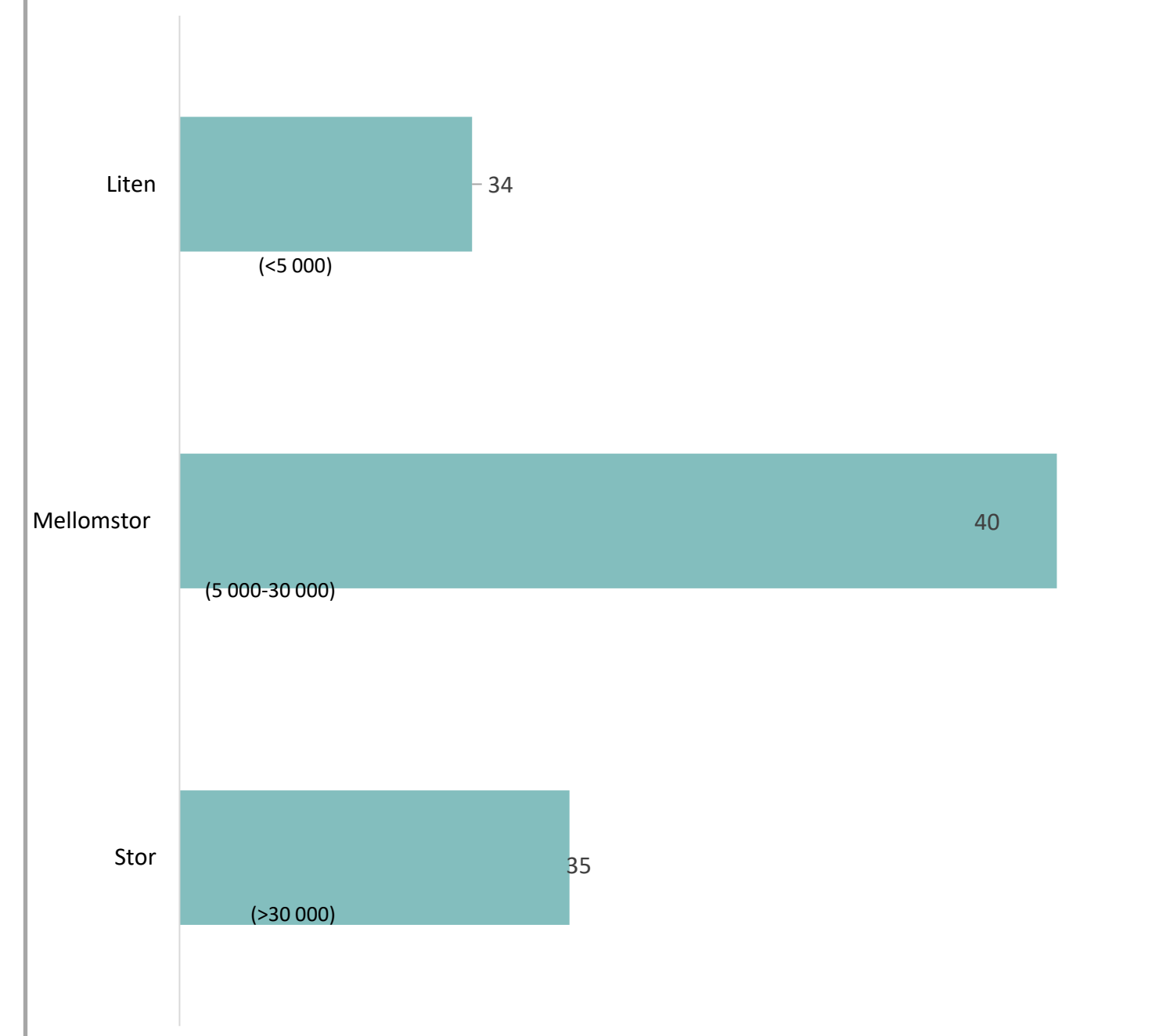
### Totalt ~ 78 kommuner involvert

#### Distribusjon av regioner

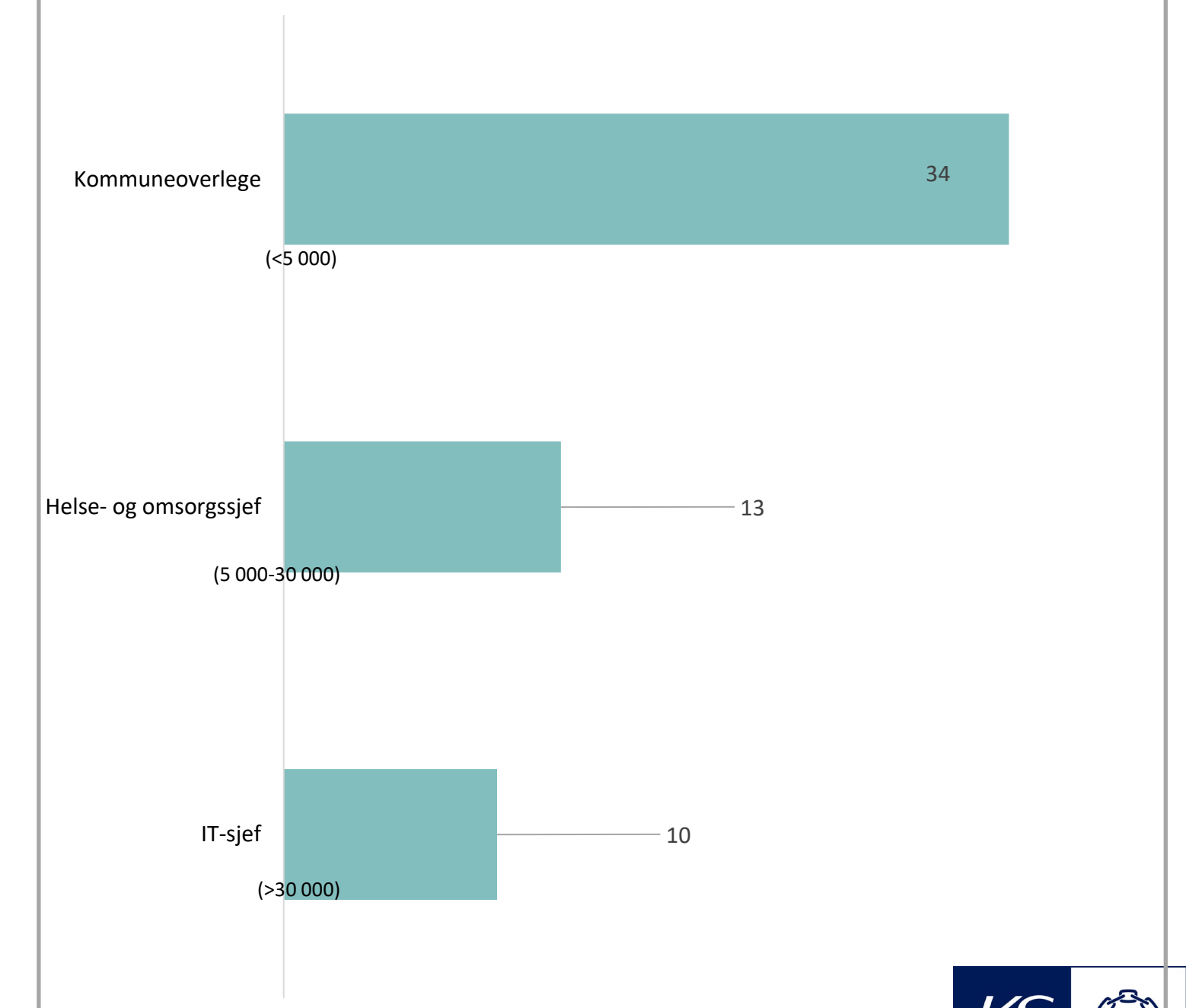


### Totalt ~ 110 kommunale ressurser involvert

#### Distribusjon av kommunestørrelse



#### Distribusjon av roller



## Hva sier kommunene om arbeidet så langt?



- **52 % (70% store)** av kommunene mener dagens samling av digitale løsninger for pandemihåndteringen ikke dekker behovene
- **60 %** av kommunene ønsker fellesløsninger, men at det samtidig bør legges til rette for kommunal fleksibilitet

# Tekniske funn

Kommunene ønsker **bedre tilgang på data**, og det er enighet om at datakilder bør standardiseres

- Dårlig datakvalitet i nasjonale løsninger og manglende tilgang på nasjonale datakilder skaper merarbeid for kommunene
- Mangelfull datadeling mellom nasjonale digitale løsninger skaper ineffektive prosesser og manuelt arbeid i kommunene

De fleste kommuner ønsker **fellesløsninger**, men det bør legges til rette for kommunal fleksibilitet

- Kommunene har behov for høy utviklingstakt av digitale løsninger for å imøtekomme hyppige endringer i omgivelser og retningslinjer
- Arkitekturen må understøtte kommunenes TISK-prosesser, og legge til rette for selvbetjening og automatisering

# Organisatoriske funn

Kommuner har hatt **god nytte av interkommunale samarbeid** under pandemien, men rammene for samarbeid kan forbedres

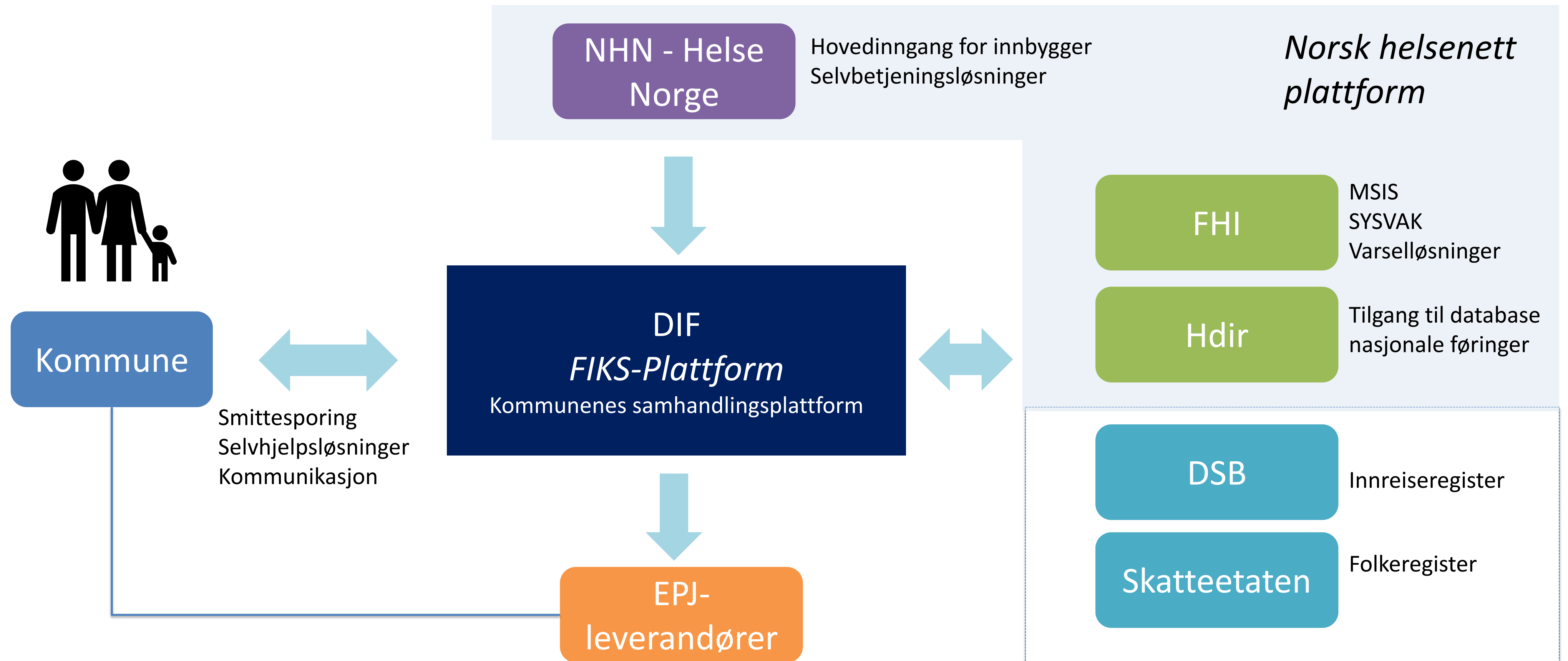
- Internt samarbeid, tydelige roller og lokal ledelse beskrives som suksessfaktorer for å bygge ny organisering
- Ressurssituasjonen har vært utfordrende og forventninger til kapasitet står ikke ift. tilgjengelige ressurser

Kommunene er avhengig av ***tydelig, proaktiv og synkron informasjon fra nasjonale myndigheter*** for å kunne håndtere sitt ansvar og sine oppgaver

- Aktiv tilgjengeliggjøring av data, retningslinjer og føringer i digitale løsninger kan hjelpe kommunene å forbedre egne ansvarsområder og prosesser



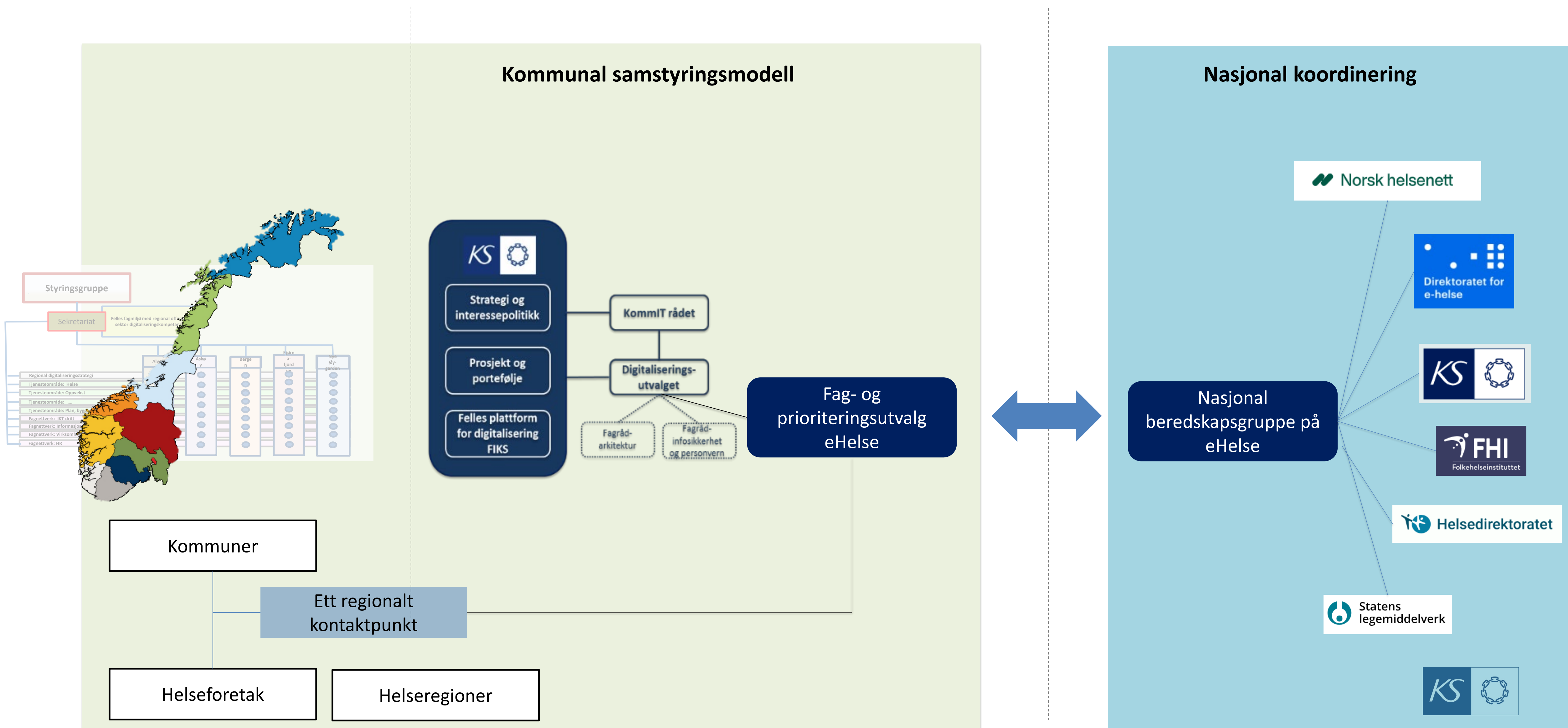
Bør videreutvikle Fiks-plattformen for å imøtekomme kommunale behov for samhandling og datadeling ved en smittevern- eller beredskapssituasjon.



Nasjonale myndigheter bør sikre kommunene tilgang til data de har behov for ved en smittevern- eller beredskapssituasjon, og at registre inneholde data av god kvalitet.



# Bør videreutvikle den kommunale samstyringsmodellen for å støtte opp under kommunenes behov ved koordinering av en smittevern- eller beredskapssituasjon



# Forslag til vedtak

NUIT gav sine innspill og råd til saken, og ba spesielt om at prosjektets anbefalinger tas med videre inn i diskusjoner med nasjonale myndigheter om felles tiltak på digitalisering av smittevern- og beredskapsområdet.



Takk for  
oppmerksomheten!



Direktoratet for  
e-helse

# **Sak 27/22**

## **Orientering om arbeidet med Felles kommunal journal (FKJ)**

---

# Felles kommunal journal (FKJ)

*NUIT*

*19.05.2022*

*Kjetil Løyning*



## EHiN 2021

Felles kommunal journal endrer nå innretning. Det mener jeg er veldig bra.

Den nye innretningen er i tråd med Hurdalsplattformens budskap om å bruke innovative e-helseløsninger og stegvis utvikling og realisering av sammenhengende e-helseløsninger.



## FIRE MÅL FOR INNEVÆRENDE FASE

- 1. Det foreligger et oppdatert og eksternt kvalitetssikret styringsdokument med en konkret og troverdig løsnings- og gjennomføringsstrategi for stegvis realisering av felles kommunal journal. Dette skal inngå som del av et fyllestgjørende beslutningsgrunnlag for administrativ og politisk behandling*
- 2. Det foreligger et komplett utkast til beslutningsunderlag/saksmateriale som kan benyttes i administrative og politiske prosesser i den enkelte kommune, hos KS og nasjonale myndigheter når det skal tas stilling til videre veivalg*
- 3. Det foreligger et forslag til mandat for videreføring av prosjektet*
- 4. I samarbeid med KS er det gjennomført kommunikasjons-, forankrings- og tilslutningsprosesser i kommunene utenfor Midt-Norge*

# Samarbeidsprosjektet

KS har inngått samarbeidsavtaler om FKJ med staten v/ Helse- og omsorgsdepartementet og følgende kommuner:



Bergen



Bærum



Bodø



Hammerfest



Oslo  
(tett dialog)



Kristiansand



Ringsaker



Stavanger



Vinje



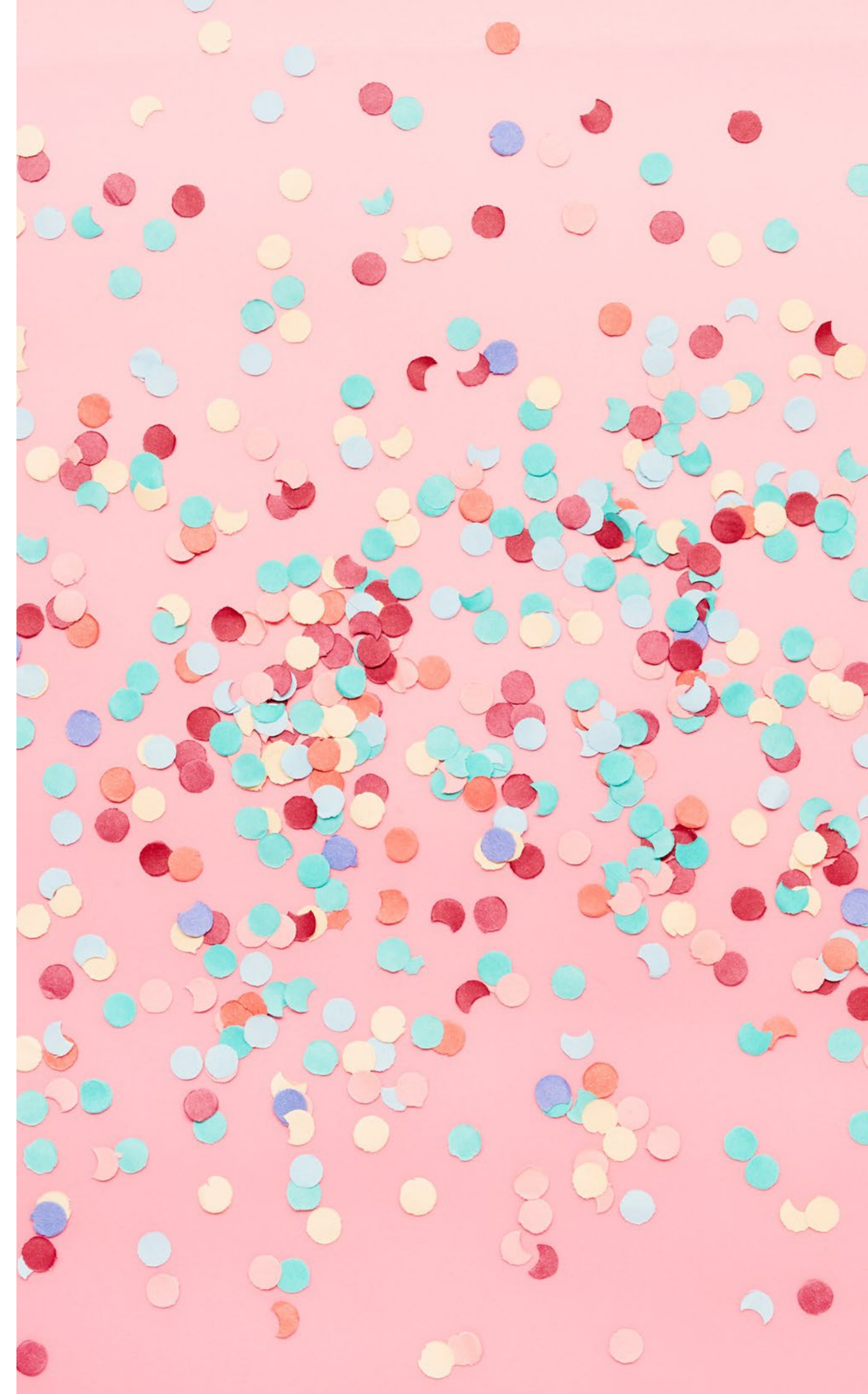
Trondheim  
(tett dialog)





# SITUASJONEN I KOMMUNENE I DAG

- *Det benyttes mange løsninger og de fleste forvalter pasientinformasjon*
  - *Løsningene kommuniserer i liten grad*
  - *Pasientinformasjonen er i stor grad «låst inn» i hver løsning*
  - *Bruken av informasjon skjer på leverandørenes premisser*
  - *Utvikling av ny funksjonalitet er krevende, dyrt og tar lang tid*
  - *Kommunene er i realiteten låst til eksisterende leverandør*
  - *Behovet for utvikling og forbedring er enormt*
- 
- *Kommunene har ulik størrelse og organisering og dermed ulike behov*
  - *Forskjellige yrkes- og faggrupper har også ulike behov*
  - *Målet er mangfold og brukertilpasning, men på en felles plattform og på brukernes premisser*





# GJERDESTOLPER

- *Ivareta kommunenes behov for journalløsninger*
  - *Legge til rette for løsninger som benytter den samme informasjonen, men hvor funksjonene kan tilpasses ulike kommuners og yrkesgruppers behov*
  - *Sette pasientinformasjonen fri for behandlere og innbyggere*
  - *Gi tilgang til relevant helseinformasjon gjennom en felles plattform, dvs*
    - *Sikre innsyn og kontroll for innbygger*
    - *Gi behandlerne mulighet til dokumentasjon og gjenbruk*
    - *Åpne mulighet for utvikling av nye løsninger for leverandørene*



# GJERDESTOLPER

- *Ivareta kommunenes behov for journalløsninger*
- *Bidra til sømløse arbeidsflater for helsepersonellet*
  - *«single logon» - logg inn en gang, ikke mange*
  - *ulike løsninger, også fra ulike leverandører, skal oppleves å henge sammen*
  - *at informasjon legges inn en, og ikke mange ganger*
  - *at løsningene så langt det er mulig følger en naturlig prosessflyt også på tvers av ulike behandlergrupper*

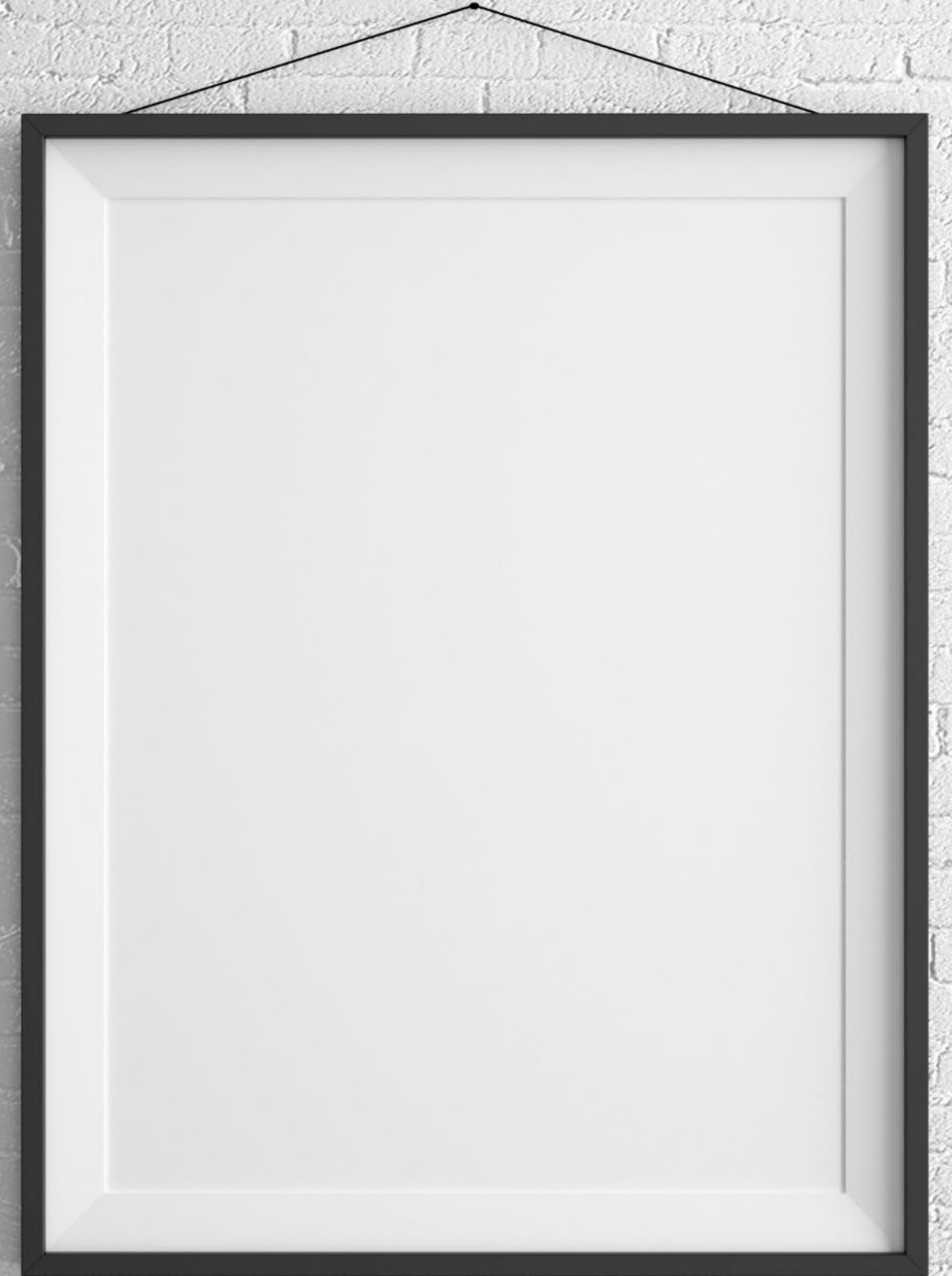


## GJERDESTOLPER

- *Ivareta kommunenes behov for journalløsninger*
- *Bidra til sømløse arbeidsflater for helsepersonellet*
- *Løsningene skal understøtte helhetlige og gjennomgående arbeidsprosesser*
- *Etablere en reell valgfrihet for kommunene og understøtte likeverdige løsninger*
- *Ivareta personvern og informasjonssikkerhet i løsningsdesign*
- *Gi innbygger en aktiv rolle i egen oppfølging og behandling*
- *Sikre leverandørene gode konkurransevilkår i et levende e-helsemarked*

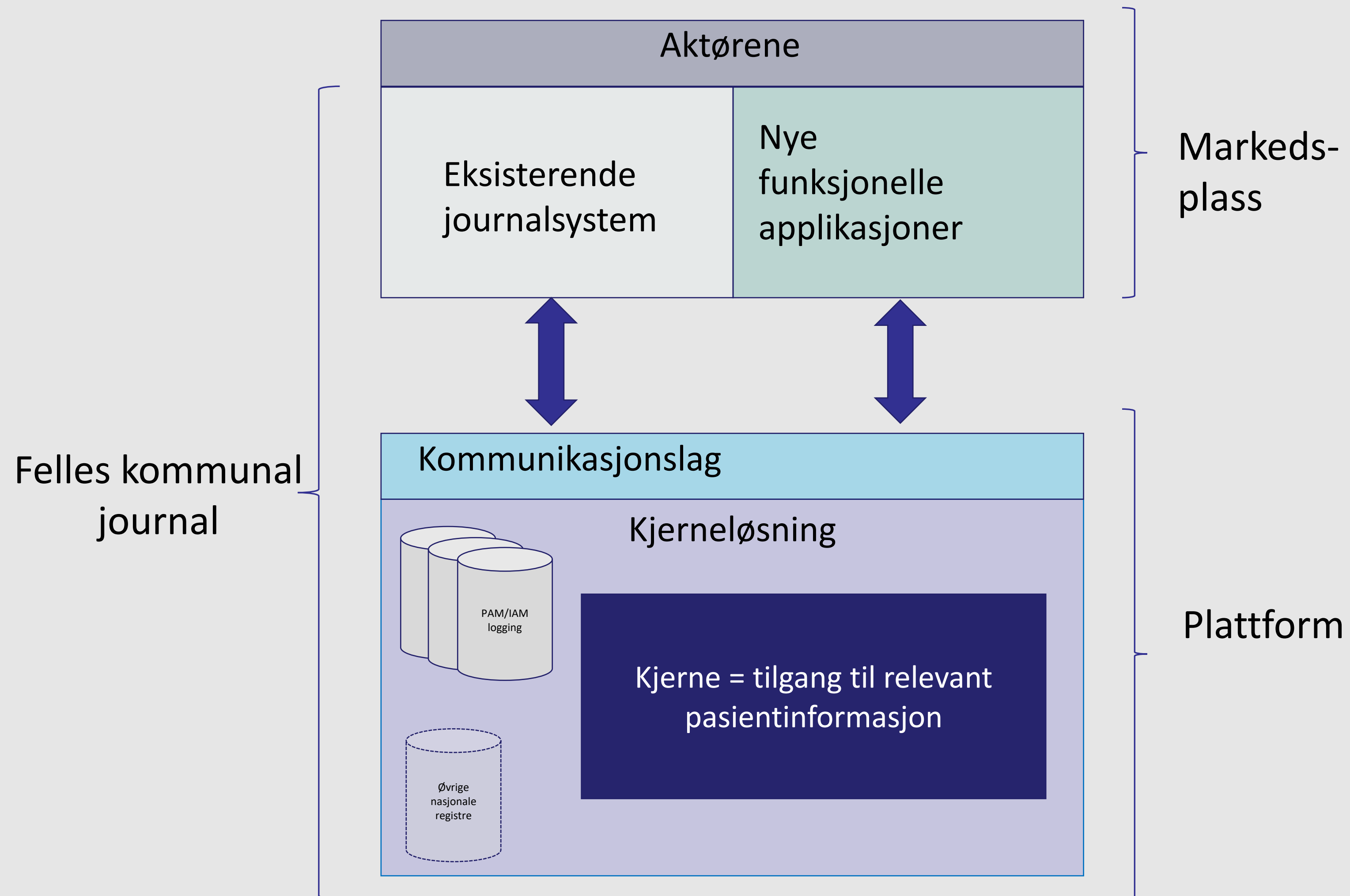
# RAMMER FOR LØSNINGENE

- *Realiseres gjennom en åpen plattformtilnærming*
- *Etablerer et tydelig skille mellom informasjon og funksjonalitet*
- *Realiseres stegvis og innføres gradvis*
- *Eksisterende felles nasjonale løsninger skal gjenbrukes*
- *Informasjon, løsninger, leverandører og alle typer brukere skal utgjøre et levende økosystem*



# En forenklet konseptuell skisse

## Kommunalt økosystem for pasientinformasjon



- *Felleskjøp for kommunene*
- *Felles behovsbeskrivelse for kundene*
- *Utprøving, testing og evaluering for leverandører*

- *Lagring og deling av informasjon*
- *Muliggjøre utvikling av nye journalløsninger*

Felles kommunal journal



## STEGVIS UTVIKLING

*En utvikling basert på å dekke kjente og definerte behov gjennom små, kontrollerte og reversible steg*

## GRADVIS INNFØRING

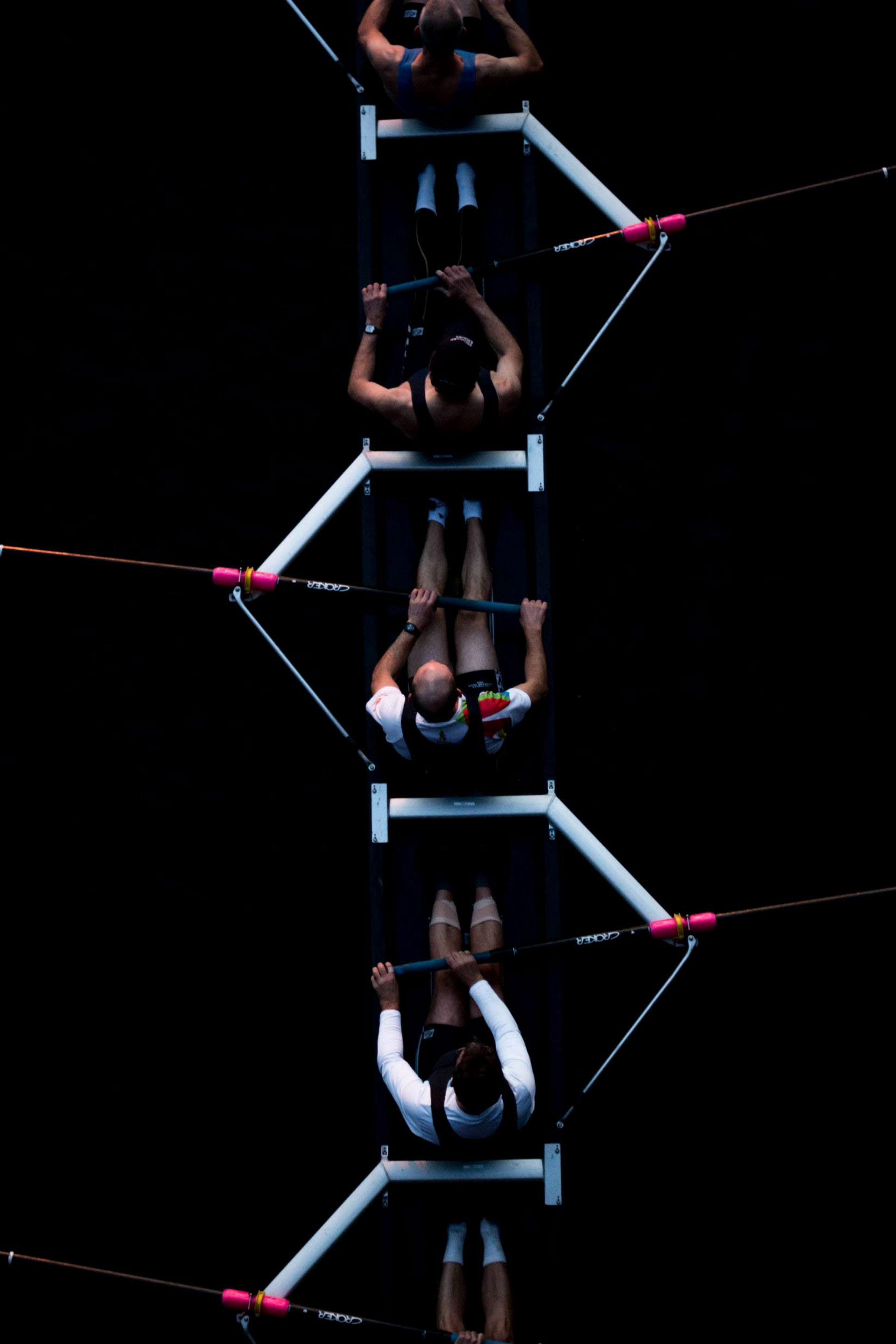
*Gradvis innføring handler om å innføre noe hos flere aktører i et omfang og tempo og til et tidspunkt som er tilpasset den enkelte aktørs behov*

## GJENNOMFØRING

- *Dette er et krevende prosjekt og risikoen er høy*
- *I en eventuell gjennomføringsfase trengs en organisasjon med betydelig kompetanse og kapasitet*
- *Det er ingen slik organisasjon på kommunal side i dag*
- *Mulige samarbeidskonstellasjoner må utforskes nå*
- *Blant mulighetene vi vurderer er:*
  - *Norsk Helsenett*
  - *KS – digitale fellestjenester*
  - *Øvrige marked gjennom RFI for plattformløsninger og markeds plass*
  - *Samarbeidsprosjektet «Tryggere helseapper»*







## SAMARBEIDSPROSJEKT MED NORSK HELSENETT

- *Norsk Helsenett er en aktuell kandidat for samarbeid ut fra:*
  - *samfunnsoppdraget deres*
  - *operasjonelle posisjonen de har overfor alle norske kommuner*
  - *kompetanse og kapasitet innen relevante områder*
- *Vi har innledet et samarbeid med NHN for å vurdere mulighetene*
- *To hovedinnretninger:*
  - *I hvilken grad dekker NHN sine løsninger kommunenes behov*
  - *Hvilke samarbeidskonstellasjoner og organisasjonsformer er aktuelle*
- *Vurdere mulighet for konkrete utprøvinger*
- *Samarbeidsprosjektet med NHN konkluderes 27. mai*

# VEIEN VIDERE

## *Endring i planverk:*

- *Konklusjoner og anbefalinger etter samarbeidsprosjektet med NHN presenteres styret i juni*
- *Revidert fremdrifts- og leveranseplan presenteres for styret i august*
- *Vurderer konsekvenser og muligheter ved å legge kommunal behandling av spørsmål om realisering til etter valget neste år*

## *Øvrig prosjektaktiviteter:*

- *Konkretiserer løsnings- og gjennomføringsstrategi*
- *Ser på mulighet for å teste ulike samarbeidskonstellasjoner i en forsiktig utprøving (samarbeidskommuner, leverandører, NHN mm)*
- *Utreder muligheter og eventuelle endringsbehov i forhold til juridiske rammeverk*
- *Ferdigstiller forslag til styringsdokument og underlag for kommunal behandling*
- *Gjennomfører ekstern kvalitetssikring av styringsdokument i parallell med høring*



# Forslag til vedtak

1. NUIT tok presentasjonen av arbeidet med Felles kommunal journal til orientering.
2. NUIT gav sine innspill og råd til saken og ba om at disse tas med i de videre vurderinger i samarbeidsprosjektets arbeid.





Direktoratet for  
e-helse

# Sak 28/22

## Strategisk plan for digitalisering av legemiddelområdet

# Legemiddelavdelingen



Ivar Thor Jonsson  
Avdelingsdirektør



Solrun Elvik  
Seniorrådgiver  
Ny fra 10. januar 2022



Espen Hetty Carlsen  
Seniorrådgiver



Aleksander Skøyeneie  
Seniorrådgiver  
Ny fra 3. januar 2022



Mildrid Ræstad  
Seniorrådgiver



Sonja Turøy Brugman  
Seniorrådgiver



Direktoratet for  
e-helse

# Strategisk plan for *digitalisering* av legemiddelområdet

# Formålet med saken

- Presentere status og planer for arbeidet med områdeplanen
- Drøfte om foreslåtte **mål og tiltak er relevante og tilstrekkelige** i forhold til **utfordringsbildet** på digitalisering av legemiddelområdet?
- Drøfte hvordan **oppfølging** av områdeplanen bør foregå



# Hvorfor trenger vi områdeplanen?

- Det skjer mange legemiddelrelaterte feil og uønskede hendelser, og digitalisering kan bidra til bedre pasientsikkerhet
- Komplisert og fragmentert område med behov for koordinering
- Sektoren fremhever legemiddelområdet som kritisk, med store samhandlings- og digitaliseringsbehov
- Flere politiske mål og ambisjoner på legemiddelområdet, bl.a. Meld. St. 9, 10 og 28
- Nasjonal e-helsestrategi gir rammer og retning, men behov for mer detaljert plan for legemiddelområdet

➔ *Pasientens legemiddelliste* realiseres i PLL-programmet. **Områdeplan** dekker ytterligere behov på legemiddelområdet og er en faglig plan som skal gjenspeile sektorens behov



# Hva blir omfanget til områdeplanen?

- Varighet på 4 år, evt. oppdatering midtveis i perioden
- Inneholder både tiltak som allerede er i gang og nye tiltak
- Finansiering av tiltak avklares i etablerte strukturer

# Hvordan jobber vi med planen

- **Tett samarbeid mellom flere etater i helseforvaltningen (kjernegruppen)**
  - Norsk helsenett SF
  - Statens legemiddelverk
  - Folkehelseinstituttet
  - Helsedirektoratet
  - Direktoratet for e-helse (sekretariat)
- **Forankring og drøfting i nasjonal styringsmodell for e-helse**
- **Direktoratet for e-helse koordinerer arbeidet med planen og oppfølging av tiltak etter publisering**
- **Bred forankring og involvering, herunder**
  - KS og kommuner
  - RHF / HF
  - Fag- og interesseorganisasjoner
  - Pasient- og brukerorganisasjoner
- **Samarbeid med**
  - Nasjonalt senter for e-helseforskning om kunnskapsnotat som støtte til planen
  - Nasjonal e-helsestrategi-miljøet

# Prosess for arbeidet i 2022



# God kvalitet – trygge tjenester, Meld. St. 10 (2012-2013)

## Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten



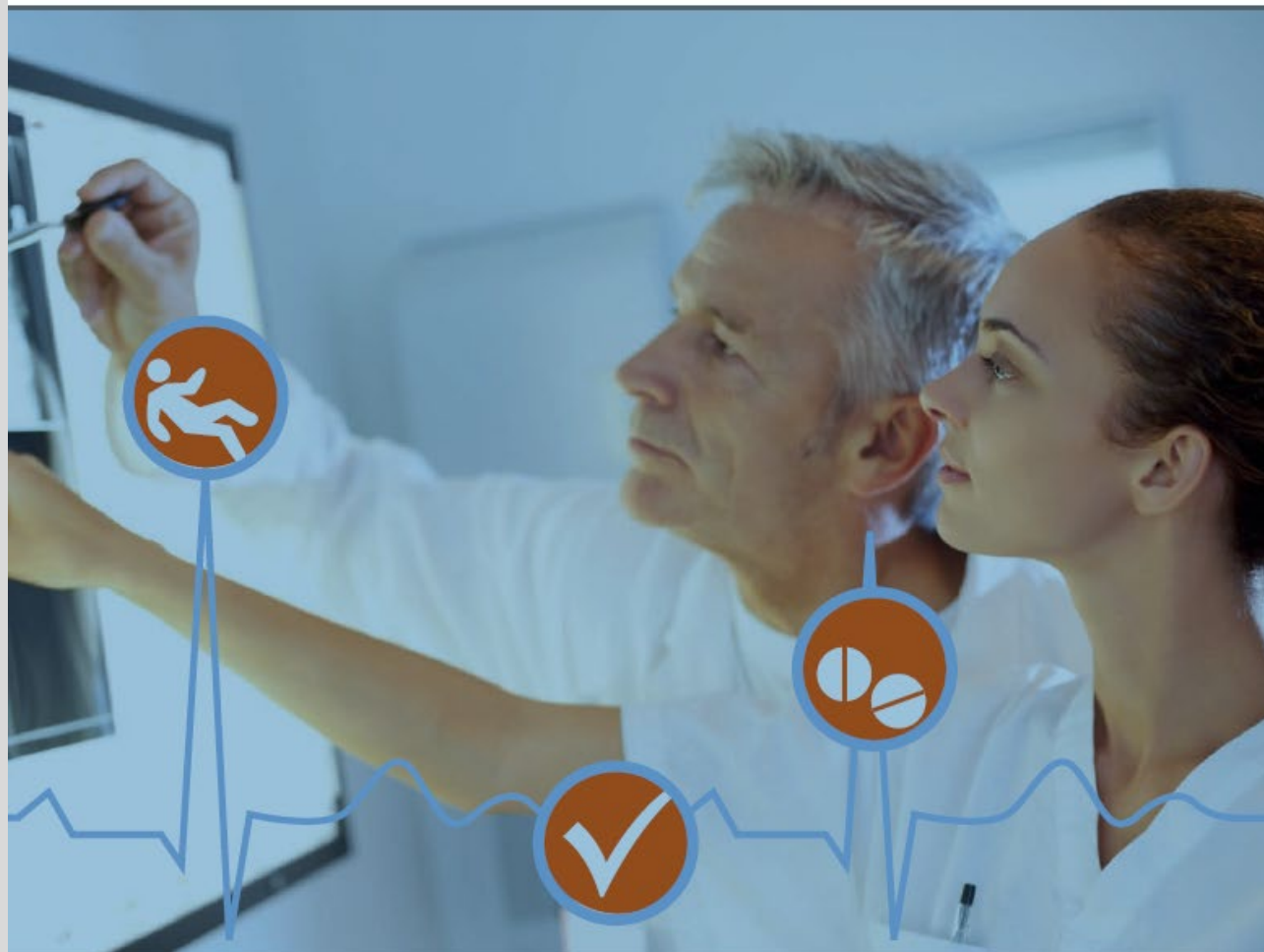
### Meld. St. 10

(2012–2013)

Melding til Stortinget

#### God kvalitet – trygge tjenester

Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten



Helsepersonell mangler oversikt over pasientens faktiske legemiddelbruk

Legen forskriver feil legemiddel, for mange legemidler, uheldige kombinasjoner av legemidler, feil dosering eller gir for dårlig oppfølging.

Pleiepersonell utleverer feil legemidler, feil dose eller følger ikke opp at pasienten faktisk tar legemidlet.

Pasienten får ikke god nok veiledning, bruker legemidlene på feil måte eller følger ikke opp behandlingen fordi de ikke har tiltro til den

## Utfordringsbildet

Meld. St. 10 (2012-2013) - God kvalitet – trygge tjenester

Helsepersonell mangler oversikt over pasientens faktiske legemiddelbruk

Legen forskriver feil legemiddel, for mange legemidler, uheldige kombinasjoner av legemidler, feil dosering eller gir for dårlig oppfølging.

Pleiepersonell utleverer feil legemidler, feil dose eller følger ikke opp at pasienten faktisk tar legemidlet.

Pasienten får ikke god nok veiledning, bruker legemidlene på feil måte eller følger ikke opp behandlingen fordi de ikke har tiltro til den

### Overordnede mål fra **Én innbygger - én journal**

Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og bruker- opplysninger

Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester

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

# Utfordringsbildet

Meld. St. 10 (2012-2013) - God kvalitet – trygge tjenester

Helsepersonell mangler oversikt over pasientens faktiske legemiddelbruk

Legen forskriver feil legemiddel, for mange legemidler, uheldige kombinasjoner av legemidler, feil dosering eller gir for dårlig oppfølging.

Pleiepersonell utleverer feil legemidler, feil dose eller følger ikke opp at pasienten faktisk tar legemidlet.

Pasienten får ikke god nok veiledning, bruker legemidlene på feil måte eller følger ikke opp behandlingen fordi de ikke har tiltro til den

## MÅL

### Digitalisering skal bidra til trygg og effektiv legemiddelbruk

#### SAMHANDLING

**Oppdaterte legemiddelopplysninger deles gjennom hele pasientforløpet**

#Helsepersonell har digital tilgang til, oppdaterer og deler pasientens legemiddelliste

#Helsepersonell har digital tilgang til oppdatert og enhetlig oversikt over kritisk legemiddelinformasjon

#### INNBYGGERTJENESTER

**Digitale løsninger bidrar til at innbygger, pasienter og pårørende kan medvirke i egen legemiddelbehandling**

#Innbygger har digital tilgang til oppdatert legemiddelliste og kritisk legemiddelinformasjon

#Innbygger kan ha digital dialog med helsetjenesten om egen legemiddelbehandling

#Innbygger har enkel digital tilgang til informasjon om egen legemiddelbehandling

#### DIGITALE ARBEIDSPROSESSER

**Digital legemiddelhåndtering gir enklere og trygge arbeidsprosesser**

#Helsepersonell har digital prosess-, kunnskaps- og beslutningsstøtte for iverksetting, oppfølging og evaluering av legemiddelbehandling

#Helsetjenesten og helsemyndighetene har tilgang til informasjon over legemiddellagre og får varsling ved kritiske brudd eller mangelsituasjoner i forsyningskjeden

#### LEGEMIDDELDATA

**Enklere tilgang til og økt utnyttelse av helsedata om legemiddelbruk.**

#Komplette data for legemiddelbruk bidrar til kvalitetsforbedring, forskning og bedre styring

# Tiltaksoversikt

Tiltak	Hovedansvarlig
Pasientens legemiddelliste	Direktoratet for e-helse
Standardisert samhandling rundt kritisk legemiddelinformasjon	Direktoratet for e-helse
Økt digitalisering av legemiddelhåndtering i kommunal helse- og omsorgssektor	KS
Innbyggertjenester (under arbeid)	Direktoratet for e-helse
Samle og tilgjengeliggjøre data på legemiddelbruk	Folkehelseinstituttet
Oversikt over tilgang til legemidler (beredskap)	Helsedirektoratet
Enhetlig og strukturerte legemiddelgrunndata	Direktoratet for e-helse

**Alle tiltakene vil kreve samarbeid med flere aktører, samt bred forankring og involvering av sektoren**



# Oppfølging av områdeplanen

- Direktoratet vil understøtte arbeidet med tiltakene med normerende virkemidler og følge med på kunnskap, utvikling og effekter ved digitalisering av legemiddelområdet
- «Kjernegruppen» sentral også i oppfølging av planen
- Oppfølging i den nasjonale styringsmodellen for e-helse

# Drøfting

- Er foreslåtte **mål og tiltak relevante og tilstrekkelige** i forhold til **utfordringsbildet** på digitalisering av legemiddelområdet?
- Hvordan bør **oppfølging** av planen foregå?

# Utfordringsbildet

Meld. St. 10 (2012-2013) - God kvalitet – trygge tjenester

Helsepersonell mangler oversikt over pasientens faktiske legemiddelbruk

Legen forskriver feil legemiddel, for mange legemidler, uheldige kombinasjoner av legemidler, feil dosering eller gir for dårlig oppfølging.

Pleiepersonell utleverer feil legemidler, feil dose eller følger ikke opp at pasienten faktisk tar legemidlet.

Pasienten får ikke god nok veiledning, bruker legemidlene på feil måte eller følger ikke opp behandlingen fordi de ikke har tiltro til den

## MÅL

### Digitalisering skal bidra til trygg og effektiv legemiddelbruk

#### SAMHANDLING

**Oppdaterte legemiddelopplysninger deles gjennom hele pasientforløpet**

#Helsepersonell har digital tilgang til, oppdaterer og deler pasientens legemiddelliste

#Helsepersonell har digital tilgang til oppdatert og enhetlig oversikt over kritisk informasjon relatert til legemiddelbruk

#### INNBYGGERTJENESTER

**Digitale løsninger bidrar til at innbygger, pasienter og pårørende kan medvirke i egen legemiddelbehandling**

#Innbygger har digital tilgang til oppdatert legemiddelliste og kritisk legemiddelinformasjon  
#Innbygger kan ha digital dialog med helsetjenesten om egen legemiddelbehandling

#Innbygger har enkel digital tilgang til informasjon om egen legemiddelbehandling

#### DIGITALE ARBEIDSPROSESSER

**Digital legemiddelhåndtering gir enklere og trygge arbeidsprosesser**

#Helsepersonell har digital prosess-, kunnskaps- og beslutningsstøtte for iverksetting, oppfølging og evaluering av legemiddelbehandling

#Helsetjenesten og helsemyndighetene har tilgang til informasjon over legemiddellagre og får varslings ved kritiske brudd eller mangelsituasjoner i forsyningskjeden

#### LEGEMIDDELDATA

**Enklere tilgang til og økt utnyttelse av helsedata om legemiddelbruk.**

#Komplette data for legemiddelbruk bidrar til kvalitetsforbedring, forskning og bedre styring

## TILTAK

Pasientens legemiddelliste

Innbyggertjenester (under arbeid)

Standardisert samhandling rundt kritisk legemiddelinformasjon

Økt digitalisering av legemiddelhåndtering i kommunal helse- og omsorgssektor

Samle og tilgjengeliggjøre data på legemiddelbruk

Oversikt over tilgang til legemidler (beredskap)

Enhetlig og strukturerte legemiddelgrunddata

# Forslag til vedtak

NUIT drøfter saken og ber Direktoratet for e-helse ta med seg drøftingsinnspillene i det videre arbeidet.



Direktoratet for  
e-helse

Pause – oppstart igjen kl. 14.50



Direktoratet for  
e-helse

## **Sak 29/22**

# **Vurdering av alternativer for felles styring av PLL og PDS steg 2**

# Om saken

- Direktoratet har programeierskapet for program digital samhandling (PDS) og Pasientens legemiddelliste (PLL)
- Fra og med 2023 vil PLL være en del av omfanget i PDS steg 2, og det er gjort en vurdering av hvordan dette arbeidet best bør organiseres. Arbeidet med alternativene har avdekket at
  - Det er få avhengigheter mellom programmene
  - Pasientens legemiddelliste og tilhørende tiltak (SFM, eMultidose og innføring) anses som fornuftig å organisere samlet
- Det er identifisert og vurdert 3 alternativer
  - Ett felles program
  - Porteføljeorganisering av tiltakene/samhandlingsområdene i steg 2 (PLL, dokumentdeling, kritisk info og digital hjemmeoppfølging)
  - Videreføring av 2 programmer (PLL og PDS) med mekanismer for samstyring

# Oppsummering av vurdering

Alt. 1 – felles program	Alt. 2 - porteføljestyring	Alt. 3 – 2 program med tillegg
<p style="text-align: center;"><b>Fordeler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Enhetlig og felles rapportering gjennom felles program</li> <li>+ Et felles programstyre for aktørene i sektor</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Fordeler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Enhetlig og felles rapportering gjennom styrket funksjon i direktoratet</li> <li>+ Tydeliggjøring av hvilke beslutninger som fattes hvor</li> <li>+ Et felles beslutningsnivå for steg 2 for aktørene i sektor</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Fordeler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Kontinuitet ved å videreføre dagens strukturer, prosesser og kompetanse</li> <li>+ Sikre fart og gjennomføringskraft</li> <li>+ Bedrer dagens situasjon ved å styrke mekanismer for koordinering og samstyring</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Ulemper</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Få avhengigheter på tvers av programmene gjør at et felles program ikke er hensiktsmessig</li> <li>- Krever endringer i styring og organisering som vil kunne påvirke fart og gjennomføringskraft</li> <li>- Komplekst omfang som skal styres og det vil kunne være krevende å sette sammen et programstyre som har kunnskap og erfaring til å styre bredden i omfanget</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Ulemper</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Krever endring i organisering og vil påvirke fart og gjennomføringskraft. Opparbeidet kompetanse og erfaring i sektor kan gå tapt.</li> <li>- «Timingene» for en omfattende omorganisering vurderes ikke som riktig på nåværende tidspunkt</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Ulemper</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- To styrings- og rapporteringslinjer medfører behov for koordinering på tvers av programmene</li> <li>- To sektorsammensatte styringsgrupper med dels overlappende deltakelse, og i noen tilfeller lignende saker, kan oppfattes som lite hensiktsmessig</li> </ul>



# For å sikre gjennomføringsfart anbefales det å videreføre dagens organisering med mekanismer for å sikre at PLL og PDS går i takt

1

## Felles program

Samhandlingsområdene i steg 2 og resterende aktiviteter fra steg 1 organiseres i ett program med felles programstyre.

2

## Porteføljestyling

Samhandlingsområdene organiseres som selvstendige prosjekter og et sektorsammensatt porteføljestyre vil være felles beslutningsnivå for initiativene i porteføljen.

3

## To programmer med bedre mekanismer for samstyring

Dette alternativet er dagens organisering, men med flere mekanismer for samstyring med formål om å bedre ivareta helheten. Mekanismer for bedre samstyring vil være: koordinering av risiko og avhengigheter, helhetlig rapportering til departementet og samlet økonomioppfølging av satsingen.

# Utover en forsterket funksjon for helhetlig oppfølging ser direktoratet på ytterligere mekanismer

## Forslag til mulige mekanismer for bedre koordinering og samstyring:

### Styrke plan- og budsjettprosessen

Årlige planer og budsjett for programmene vedtas i oktober, kan behandles i NUIT og prosessen drives av direktoratet. Samme prosess kan benyttes for å søke om og utløse usikkerhetsavsetning. Endringen vil kreve revidering av programstyrenes mandater.

### Forankre prosesser

Omfang og planer, samt evt. sentrale styringsdokumenter for steg 3-n, skal alltid forankres i NUIT og NEHS.

### Revidere mandater

Tydeliggjøre hvilke **beslutninger som tas hvor** og på hvilket nivå, ved at programstyrene er primært redskap for å sikre suksess innenfor gjeldende mandat og årlige rammer satt av f.eks. NUIT. Inkludert se på **timing** og **samkjøre saksunderlag** for begge programstyrene.

### Koordinere sentrale aktiviteter

Sikre tilstrekkelig **koordinering** av innføringsstrategi, gevinstrealisering samt drift og forvaltningskostnader. F.eks. synliggjøre **felles innføringsplaner** per **region** eller **kommune** og at de som driver prosessene har tilstrekkelig kompetanse om alle løsninger som skal tas i bruk.

# Prosess

- Saken ble diskutert i programstyret for PDS 6. april i år
  - Støtte til foreslått alternativ
- KS2-rapport for PDS steg 2 ble mottatt 3. mai
  - Støtte til foreslått alternativ
- Drøftingssak om vurderingene og endelig anbefaling med særskilt fokus på de kompensierende tiltakene for å sikre samstyring
  - NUIT 19. mai
  - Nasjonalt e-helsestyre 8. juni
- Beslutning i Direktoratet for e-helse

# Forslag til vedtak

Direktoratet for e-helse tar innspillene fra NUIT med i beslutningsunderlaget som danner grunnlaget for direktoratets beslutning rundt organisering og styring av PDS og PLL fra 2023.



Direktoratet for  
e-helse

# Sak 31/22 Eventuelt



Direktoratet for  
e-helse

Takk for i dag!

Neste møte i NUIT 14. september.