

Møte i Nasjonalt e-helseråd

Møte	4/2024	
Dato	5. desember 2024	
Tid	Kl. 10.00 – 16.00	
Sted	Helsedirektoratet, Verkstedveien 1, Oslo	
Medlemmer	Erik Hansen (Helse Vest RHF) Per Olav Skjesol (Helse Midt-Norge RHF) Barthold Vonen (Helse Nord RHF) Rune Simensen (Helse Sør-Øst RHF) Mariann Hornnes (Helsedirektoratet) Hilde Myhren (Helsedirektoratet) Christine Bergland (Folkehelseinstituttet) Kristin W. Wieland (KS) Svein Lyngroth (Oslo kommune) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune) Jan Hugo Sørensen (Nordreisa kommune)	Kjell Wolff (Bergen kommune) Wenche P. Dehli (Trondheim kommune) Lilly Ann Elvestad (FFO) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Frode Danielsen (Digitaliseringsdirektoratet) Kai Øivind Brenden (Norsk Sykepleierforbund) Johan Ronæs (Norsk helsenett SF)

Sak	Agenda Nasjonalt e-helseråd	Tidspunkt	Sakstype
27/24	Godkjenning av innkalling og dagsorden	10:00	Godkjenning
28/24	Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helseråd 17. – 18. oktober 2024	10:05	Godkjenning
29/24	Forslag til endringer i reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv.	10:15	Orientering
30/24	Veien videre med Legemiddelgrunndata	10:45	Drøfting
	Pause	11:25	
31/24	Modell for nasjonal informasjonsforvaltning	11:35	Drøfting
	Lunsj	12:15	
32/24	Helseregionenes felles plan for IKT-utvikling og digitalisering	12:45	Drøfting
	Pause	13:25	
33/24	Bruk av tredjepartsapper for økt endringsevne og gjennomføringstakt i utviklingen av digitale helsetjenester	13:35	Drøfting
34/24	NAV sin gjennomføringsstrategi for forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten	14:05	Drøfting
	Pause	14:50	
35/24	Fosterforeldreoppdraget – utredning av håndtering av representasjon i helsesektoren	15:00	Drøfting
36/24	Orientering fra Helsedirektoratet	15:40	Orientering
37/24	Eventuelt	15:55	
	Slutt	16:00	

Sak	Tema	Sakstype
27/24	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd godkjenner innkalling og dagsorden.	
28/24	Godkjenning av referat fra Nasjonalt e-helseråd 17. – 18. oktober 2024	Godkjenning
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd godkjenner referatet fra møtet i Nasjonalt e-helseråd 17. – 18. oktober 2024.	Vedlegg 1: Referat fra møtet i Nasjonalt e-helseråd 17. – 18. oktober 2024

29/24	Forslag til endringer i reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv.	Orientering
	Helse- og omsorgsdepartementet vil orientere Nasjonalt e-helseråd om status på høringsforslaget til endringer i reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv.	Vedlegg 2: Toppnotat Forslag til endringer i reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd tar saken til orientering.	
30/24	Veien videre med Legemiddelgrunndata	Drøfting
	Legemiddelgrunndata berører hele helsesektoren, og videre tiltak på dette området vil ha konsekvenser. Helsedirektoratet ønsker å gjøre Nasjonalt e-helseråd kjent med dagens situasjon og valgene vi står overfor, slik at vi kan starte tiltak som tar oss i en felles strategisk retning.	Vedlegg 3: Toppnotat Veien videre med Legemiddelgrunndata
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd støtter den anbefalte retning for videre arbeid med legemiddelgrunndata, og ba Helsedirektoratet ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.	
31/24	Modell for nasjonal informasjonsforvaltning	Drøfting
	Helsedirektoratet har i 2024 fått i oppdrag å etablere en modell for koordinering av nasjonal informasjonsforvaltning i helse- og omsorgssektoren som beskriver oppgaver og ansvar for aktørene, og dekker hele verdikjeden fra primærdokumentasjon av helsehjelp til sekundærbruk jf. forordningen om det europeiske helsedataområdet (EHDS). Helsedirektoratet vil legge frem utkast til modell for drøfting med Nasjonalt e-helseråd.	Vedlegg 4: Toppnotat Modell for nasjonal informasjonsforvaltning
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd stiller seg bak utkast til modell for koordinering av nasjonal informasjonsforvaltning i helse- og omsorgssektoren, og vil prioritere ressursbruk på anbefalte tiltak i 2025. Helsedirektoratet tar med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.	
32/24	Helseregionenes felles plan for IKT-utvikling og digitalisering	Drøfting
	Helse Sør-Øst RHF ønsker å legge frem for Nasjonalt e-helseråd nylig ferdigstilt felles plan 2024 for IKT-utvikling og digitalisering. Det er ønskelig å belyse helseregionenes felles planarbeid og felles koordinering av tiltak, positive effekter og drøfte potensiale for videreutvikling.	Vedlegg 5: Toppnotat Helseregionenes felles plan for IKT-utvikling og digitalisering Vedlegg 5A: Felles plan 2024 – IKT-utvikling og digitalisering
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd drøftet helseregionenes felles plan 2024 for IKT-utvikling og digitalisering, og ga innspill til videreutvikling av felles planarbeid, inkludert muligheter for bedre koordinering av digitalisering- og samhandlingstiltak på tvers av helsetjenesten.	
33/24	Bruk av tredjepartsapper for økt endringsevne og gjennomføringstakt i utviklingen av digitale helsetjenester	Drøfting

	Helsedirektoratet ønsker å drøfte tredjepartsapper som strategisk virkemiddel for å øke endringsevnen og gjennomføringstakten i EPJ-utviklingen med medlemmene i Nasjonalt e-helseråd.	Vedlegg 6: Toppnotat Bruk av tredjepartsapper for økt endringsevne og gjennomføringstakt i utviklingen av digitale helsetjenester
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd drøftet saken og anbefaler at Helsedirektoratet gir et tydelig nasjonalt faglig råd om bruk av tredjepartsapplikasjoner med de innspillene som kom frem ved behandlingen av saken.	
34/24	NAV sin gjennomføringsstrategi for forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten	Drøfting
	Det pågående arbeidet med å forbedre informasjonsutvekslingen mellom NAV og helsetjenesten har gitt viktige erfaringer. NAV vil presentere forslag til strategi for videre gjennomføring og Helsedirektoratet vil innlede til drøfting. Det er ønskelig at Nasjonalt e-helseråd drøfter og gir innspill på strategien.	Vedlegg 7: Toppnotat NAV sin gjennomføringsstrategi i for forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd støtter strategien, med de innspill og forutsetninger som kom frem i møtet.	
35/24	Fosterforeldreoppdraget – utredning av håndtering av representasjon i helsesektoren	Drøfting
	Helsedirektoratet skal som del av <i>fosterforeldreoppdraget</i> utrede behovet for og evt hvordan vi kan sikre at helsetjenesten alltid har tilgang til oppdatert informasjon om representasjonsforhold, pårørende og fullmakter, og vurdere behov for å etablere en plan for å tilgjengeliggjøre representasjonsforhold for helsepersonell. Helsedirektoratet ønsker å informere om planlagt utredning, og ønsker innspill på innretning og behov som utredningen bør ivareta.	Vedlegg 8: Toppnotat Fosterforeldreoppdraget – utredning av håndtering av representasjon i helsesektoren
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd støtter behovet for en utredning av enhetlig håndtering av representasjon, fullmakter og pårørende i helse- og omsorgssektoren og ba om at innspill tas med i det videre arbeidet.	
36/24	Orientering fra Helsedirektoratet	Orientering
	Helsedirektoratet vil orientere om aktuelle saker.	Ingen toppnotat
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helseråd tar sakene til orientering.	
37/24	Eventuelt	

Referat fra møte i Nasjonalt e-helseråd	
Møte	3/2024
Dato	17. – 18. oktober 2024
Tid	17. oktober kl. 11.00 – 14.00 og 18. oktober kl. 08.30 – 12.30
Sted	Radisson Blu Royal Hotel, Bergen
Medlemmer	Erik Hansen (Helse Vest RHF) Kristin W. Wieland (KS) dag 1 Per Olav Skjesol (Helse Midt-Norge RHF) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune) Barthold Vonen (Helse Nord RHF) Jan Hugo Sørensen (Nordreisa kommune) Rune Simensen (Helse Sør-Øst RHF), dag 2 Wenche P. Dehli (Trondheim kommune) Mariann Hornnes (Helsedirektoratet) Lilly Ann Elvestad (FFO) Hilde Myhren (Helsedirektoratet) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Christine Bergland Frode Danielsen (Folkehelseinstituttet) (Digitaliseringsdirektoratet) Johan Ronæs (Norsk helsenett SF)
Ikke til stede	Rune Simensen (Helse Sør-Øst RHF), dag 1 Kai Øivind Brenden (Norsk Sykepleierforbund) Svein Lyngroth (Oslo kommune) Kristin W. Wieland (KS) dag 2
Stedfortreder	Solveig Tesdal, Oslo kommune, for Svein Lyngroth, dag 1 Terje Wistner, KS, for Kristin W. Wieland dag 2
Helsedirektoratet	Siv Ingebrigtsen Karen Lima Lucie Aunan Vibeke Jonassen Wang Bente Andersen Sundlo

Sak	Tittel på sak	Sakstype
18/24	Godkjenning av dagsorden og innkalling	Godkjenning
19/24	Godkjenning av referat fra møte 13. juni 2024	Godkjenning
20/24	Digitaliseringsstrategi – Fremtidens Digitale Norge	Drøfting
21/24	Oppdatering av nasjonal e-helsestrategi	Anbefaling
22/24	Strategi for helsedata	Drøfting
23/24	Forordningen om det europeiske helsedataområde – EHDS	Drøfting
24/24	Stort behov for koordinering og samordning innen informasjonsforvaltning	Drøfting
25/24	ICD-11 – En første gjennomgang	Drøfting
26/24	Eventuelt	

Sak	Tema
18/24	Godkjenning av innkalling og dagsorden.
	Det kom ingen innspill til innkalling og dagsorden.
	Vedtak: Nasjonalt e-helseråd godkjenner innkalling og dagsorden.
19/24	Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helseråd 13. juni 2024
	Det kom innspill om at "hovedtrekkene i innspillsrunden" i sak 12/24 bør gjengis i vedtaket i saken. Dette var resten av møtet enig i. Justeringene vil bli gjort og endelig referat publisert.
	Vedtak: Nasjonalt e-helseråd godkjenner referatet fra møtet 13. juni 2024 med endringen som ble vedtatt i møtet.
20/24	Digitaliseringsstrategi – Fremtidens Digitale Norge
	I september la regjeringen frem ny nasjonal digitaliseringsstrategi som setter mål for fremtidens digitale Norge. Strategien omfatter alle sektorer og vil også sette retning for helsesektoren.
	Frode Danielsen, Digitaliseringsdirektoratet, la frem saken i møtet og ønsket å drøfte med Nasjonalt e-helseråd helsesektorens digitalisering i et tverrsektorielt perspektiv.

	<p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regjeringens nye nasjonale digitaliseringsstrategi setter ambisiøse mål om at Norge skal bli det mest digitaliserte landet i verden innen 2030. • Hvordan ambisjonene i strategien skal innfris ble etterspurt. Det må gjøres tydelig hvordan strategien skal realiseres. Det blir i strategien pekt på at det er behov for koordinering og styring. Strategien er god, men hvordan skal vi ta dette videre. Hvem prioriterer, og hvordan få like stemmer inn i prioriteringen fra hele sektoren? • Det er bra strategien vektlegger behovet for økt samhandling og effektivisering. Offentlig sektor må bli flinkere til å dele løsninger. En god løsning bør kunne brukes på tvers av sektorer • Digitaliseringsstrategien setter mål om at alle innbyggere skal kunne bruke digitale løsninger på tvers av sektorer. Dette vil kreve både tilgjengelige og brukervennlige løsninger kombinert med teknologisk kompetanse i befolkningen. • En nøkkelutfordring i dag er at alt for mange ikke får tilgang til digitale tjenester på grunn av manglende eID. Arbeidet med Strategi for eID og dens handlingsplan må ikke stoppe opp, og det må settes som mål å finne og utvikle løsninger som kan sikre at alle får mulighet til å benytte digitale tjenester. Manglende tilgang kan ikke løses med fullmaktsløsninger som hovedgrep. • Det er godt å se at jobben som er gjort med Nasjonal e-helsestrategi fortsatt står seg, og at det er god sammenheng mellom de to strategiene. • Både digitaliseringsstrategien og nasjonal e-helsestrategi vektlegger lik tilgang til tjenester uavhengig av hvor en bor. Spørsmålet er hvordan dette vil kunne forenes med det faktum at tilgang til tjenester generelt ofte er ulik i ulike deler av landet • Strategien er preget av verdensbildet, og det handler mye om sikkerhet, beredskap og kriminalitet. Vi ønsker mer funksjonalitet, brukervennlighet og digital samhandling. Det er kostbart å komme dit, og regningen havner hos aktørene. Hvordan skal aktørene klare å prioritere; sikkerhet eller nødvendig forbedring av funksjonalitet og samhandling? • Offentlig sektor er en fragmentert sektor. Beredskap og samfunnssikkerhet er viktig, og vi må ha gode reservesystemer. Vi må digitalisere, men vi må være bevisste på sårbarheten. • Den økonomiske situasjonen kommunene står i er krevende. Vi må tenke at vi er <i>en</i> stor sektor som skal gå sammen for å bygge gode tjenester for innbyggere. • Det savnes mer fokus på endringsvilje i strategien. Endring og omstillingsevne er viktig når det kommer til digitalisering. Det å ta ut effekt av digitale løsninger burde også tydeliggjøres i strategien, at det er nyttig og gir de rette gevinster. • Strategien har høye ambisjoner, men det kom lite penger over forslag til statsbudsjett. Offentlig sektor vil ikke få effekt av digitaliseringen hvis ikke lovverket følger med.
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helseråd drøftet betydningen ny nasjonal digitaliseringsstrategi har for videre digitalisering av helsesektoren.</p>
21/24	Oppdatering av nasjonal e-helsestrategi
	<p>Helsedirektoratet har foreslått noen endringer i nasjonal e-helsestrategi basert på Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 og andre sentrale stortingsmeldinger fra de to siste årene.</p> <p>Siv Ingebrigtsen, Helsedirektoratet, la frem saken for Nasjonalt e-helseråd og ønsket innspill til de foreslåtte endringene. Nasjonalt e-helseråd ga sin støtte til endringene i strategien, og gav en rekke kommentarer som bør vurderes før en ny versjon publiseres.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunene erfarer at det er en større andel under 67 år enn tidligere som bruker helse- og omsorgstjenester. Det er derfor ikke bare mange eldre som er utfordrende.

	<ul style="list-style-type: none"> • Det er viktig å synliggjøre implementeringsutfordringene vi har i helsesektoren. Det å samle anskaffelser og innkjøp er sentralt for å lykkes med et større løft og bør komme tydeligere frem. • Nasjonal helse- og samhandlingsplan er tydelig på målet om å redusere dokumentasjonsbyrden og arbeidsbyrden for helsepersonell. Det er ønskelig at dette også tydeliggjøres i e-helsestrategien. Det er mange prosesser som ikke er standardisert i helsesektoren, noe som koster sektoren mye. Vi må vektlegge forenkling i større grad. • Til mål 2 i e-helsestrategien: Den må omhandle samhandling på flere nivåer og mellom aktører, ikke kun overganger. • På de generiske områdene, som for eksempel digital kompetanse og personvern, bør e-helsestrategien vise til nasjonalt arbeid. Det tydeliggjør sammenhengene med andre strategier og planer. • Det er bra at strategien peker på at helsedata og KI kan bidra til bedre helsekompetanse, men strategien tydeliggjør ikke hvordan. Den nasjonale digitaliseringsstrategien har fem punkter hvor KI kan bidra inn i digitaliseringen. E-helsestrategien bør trekke frem de samme. • Bør det i e-helsestrategien omtales hvordan sektor skal ta i bruk ny teknologi? Det er stor usikkerhet rundt bruk av spesielt KI i kommunene. Helsedirektoratet viste til KI plan, rapport for veiledning for å ta KI i bruk og at veileder for anskaffelse og kvalitetssikring av KI er i ferd med å slutføres. Digitaliseringsdirektoratet la til at i deres strategi fokuseres det på trygg og forsvarlig bruk av KI. • Til allmennlegetjenesten var det enighet i Nasjonalt e-helseråd at det avventes med videre diskusjon til regjeringens stortingsmelding om fremtidens allmennlegetjeneste blir lagt frem våren 2025. Det ble kommentert at allmennlegene og løsninger for dem bør være et kommunalt ansvar.
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helseråd har drøftet Helsedirektoratets forslag til oppdatering av nasjonal e-helsestrategi, gitt sine innspill som Helsedirektoratet innarbeider, og anbefaler at Helsedirektoratet utgir en oppdatert versjon av strategien.</p>
22/24	Strategi for helsedata
	<p>Christine Bergland, FHI, orienterte Nasjonalt e-helseråd om status i arbeidet med Helsedatastrategi. Det ble vist utkast til strategien med mål, delmål, indikatorer og eksempler på aktuelle tiltak. Det var ønskelig å få innspill på utkast og innspill til justeringer fra Nasjonalt e-helseråd.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nasjonalt e-helseråd mener dette er en god strategi for helsedata. Det er bra med et sterkt resultatfokus. • Aktørbilde er stort, og det settes søkelys på utfordringen i andre steder i økosystemet. Det er viktig at FHI er tydelig ovenfor alle på behovet. • For å lykkes med strategien, er det avhengigheter til andre aktører. Strategien bør si mer om samarbeidet som må til for å lykkes med dette. • Målgruppen for strategien bør tydeliggjøres. • Utleveringstiden av data går ned, noe som er positivt. Det ble stilt spørsmål til om det forringer noe av kvaliteten på dataen. FHI svarte at intensjonen er raske vedtak og at utleveringen er i tråd med vedtaket. • Det er bra at registreringsbyrden er adressert i strategien. Det å få inn gode data ligger ofte hos andre enn de som kan ta ut gevinsten, noe som er utfordrende. Det ble presisert at alle aktører har ansvar for å sjekke at de dataene de legger inn er nyttig og vurdere det opp mot kostnad og byrde. • Hovedstrategien må være å utvikle automatisert datafangst. • Det å gå fra tekst til struktur via språkmodeller, vil redusere registreringsbyrden. Men det kan risikere svakere kvalitet.

	<ul style="list-style-type: none"> • Det å sikre tilgang til helsedata i en krise og beredskapssituasjon er noe utydelig beskrevet i strategien. FHI kommenterte at strategien er bygget i fredstid, og vil kunne eskaleres i en krise. • Hvis en skiller mellom logisk og fysisk register vil det kunne forenkle vidererapporteringen.
	<p>Vedtak: Saken tas til etterretning. FHI tar med seg innspill fra Nasjonalt e-helseråd for bearbeiding i den videre strategiprosessen.</p>
23/24	Forordningen om det europeisk helsedataområde – EHDS
	<p>Marianne Bårtvedt van Os, Helsedirektoratet, orienterte Nasjonalt e-helseråd om innhold og fremdrift på forordningen om det europeiske helsedataområdet EHDS i EU og i Norge. Det ble så en drøfting om hvilke konsekvenser og muligheter forordningen kan få for Norge fremover.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nasjonalt e-helseråd mente det var nyttig å få presentert en samlet oversikt, og at det er godt å se det jobbes med en gap-analyse. • EHDS treffer bredt, både helsetjenesten og leverandørene av journalsystemer til helsesektoren. Det treffer alle journalsystemer som behandler data fra de prioriterte datakategorier i EHDS – inntil videre e-resept, pasientoppsummeringer, lab resultater, medisinske bilder og sykehusepikriser. EHDS vil bli gjeldende for løsninger som skal brukes i Norge til nasjonal informasjonsutveksling i tillegg til å legge grunnlag over landegrensene. • EHDS er en forordning og vil bli EØS relevant, dvs. at den skal innføres i nasjonal lovgivning. • Nasjonalt e-helseråd hadde spørsmål knyttet til handlingsrommet og tidsperspektivet; hvor mye av dette er fastlåst, og hva er eventuelle påvirkningsmuligheter. Er det vår oppgave nå å påvirke, og hvordan skal det gjøres? Helsedirektoratet svarte at Norge har påvirkningsmuligheter på implementing acts (forskrifter) gjennom europeiske myndighetssamarbeid som Xt-EHR på primærbruk og TEHDAS2 på sekundærbruk. Disse EU-prosjektene jobber med innspill til kommisjonen, bl.a. på hvilke standarder og kodeverk som skal anvendes, hvilke felter som skal være obligatoriske etc. Det er viktig å være på ballen nå. Standardiseringsutvalget gjør mye rundt EHDS implementing acts, og det legges opp til å invitere inn aktørene i dette arbeidet. • Det er viktig å få med det kliniske perspektivet, og det kliniske gapet. • Den samlede kostnaden dette drar med seg er usikker, og det er ikke tydeliggjort hvor diskusjonen knyttet til kostnader skal tas. • Hva blir finansieringskildene til dette? Det snakkes om joint action og co-financing, men hvordan kan Norge få tilgang til det? • Målbildene i EHDS er godt i samsvar med hvordan vi jobber i Norge. Vi må fortsette det vi gjør i Norge i dag, men vi bør se til retningen som EHDS setter. E-helserådet oppfatter at det er mye som skal på plass, så tidsperspektivet må vurderes • Flere kommuner er i gang med anskaffelser, og EHDS kommer på toppen av det. Vi må være kloke i forhold til tilnærmingen til dette, slik at vi kan håndtere det lokalt i Norge. • På forskningssiden snakkes det om nordisk og europeisk samarbeid. Det kan bli en ukontrollert driver. Kan sekundærbruken presse oss inn i noe vi i primærbruken ikke ønsker? • Det er flere oppsider ved EHDS og EU tenker langt og riktig. Det vil blant annet bli en tryggere helselovgivning i Europa, og gjøre oss bedre i stand til å håndtere eventuelle kriser og større forflytning av innbyggere i Europa. EU har store ressurser og det er positivt at vi har mulighet til å påvirke. • Vi bør bruke EHDS som en pådriver i allerede igangsatte og planlagte aktiviteter på e-helseområdet. • Helsesektoren sitt målbilde må håndtere en transisjon til EHDS i fremtiden.

	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helseråd drøftet konsekvenser og muligheter av forordningen om det europeiske helsedataområdet EHDS og ba Helsedirektoratet ta med seg innspill i det videre arbeidet med EHDS konsekvensvurdering.</p>
24/24	<p>Stort behov for koordinering og samordning innen informasjonsforvaltning</p> <p>Helsedirektoratet har i 2024 fått i oppdrag å etablere en modell for nasjonal informasjonsforvaltning i helse- og omsorgssektoren, herunder en rolle- og ansvarsdeling mellom myndighet og virksomhet.</p> <p>Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet, la frem saken for Nasjonalt e-helseråd og det ble gitt innspill til arbeidet.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nasjonalt e-helseråd anerkjenner viktigheten av dette området, for å få til samhandling. Flere av medlemmene uttrykte at Helsedirektoratet viser god innsikt i problemområdet. Det å forstå kompleksiteten i informasjonsforvaltning er viktig. Helsedirektoratet må fortsette arbeidet med å tydeliggjøre hva hver enkelt aktør sin rolle og ansvar er. Helse må henge sammen med de nasjonale grunndataene. Det tverrsektorielle er viktig. Vi må sørge for et helhetsperspektiv, også på tvers av sektorer; semantisk interoperabilitet er ikke bare internt i en sektor, men også tverrsektorielt. Det er en mulighet framover å kunne bruke KI til strukturering av data, og språkmodeller til standardisert språk. Det er et lokalt ansvar å rydde i eget hus og har kontroll på sine data. Det er viktig å hente ut erfaringene som er gjort i Helseplattformen. De kommunale helsetjenestene må også inkluderes i dette, et samlet fagmiljø fra kommunesiden blir sentralt her. Kommuner kan bistå, og ønsker tydelige signaler fra statlige aktører at dette har vi behov for. Nasjonalt prioriteringsråd kan være en arena for dette arbeidet.
	<p>Vedtak oppdatert: Nasjonalt e-helseråd har drøftet spørsmålene knyttet til behovet for koordinering og samordning innen informasjonsforvaltning i helse- og omsorgssektoren, og anerkjenner viktigheten av dette området. Vi har en felles forståelse av utfordringsbildet sektoren står overfor. Vi oppfordrer til å oppsøke eksisterende foraer for denne diskusjonen, og at arbeidet kobles til konkrete nasjonale tiltak som berører de prioriterte samhandlingstjenestene.</p>
25/24	<p>ICD-11 – En første gjennomgang</p> <p>I forbindelse med overgangen fra ICD-10 til ICD-11 har Helsedirektoratet fått i oppdrag om å utrede hvordan kodeverket ICD-11 skal brukes og forvaltes. Helse- og omsorgsdepartementet ber videre om at relevante aktører involveres. Innføring av ICD-11 er et lovpålegg.</p> <p>Bente Andersen Sundlo, Helsedirektoratet, la frem saken for Nasjonalt e-helseråd og ønsket innspill til oppdraget og det videre arbeidet.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> ICD-10 er utdatert, og ICD-11 består av mange nye koder, potensiale for dette kodeverket er stort. I dag oppstår det situasjoner hvor det ikke kan stilles en diagnose, noe som får konsekvenser for pasientforløpet. Diagnoser er viktig i medisin. At sektoren <u>må</u> ta overgangen til ICD-11 er det ingen tvil om, det er en ulempe å vente for lenge. En kliniker forholder seg alltid til det nye, selv om det ikke er innført enda. Det er uheldig når nytt kodeverk brukes i parallell med det gamle, samtidig som det nye ikke er offisielt godkjent eller implementert.

	<ul style="list-style-type: none"> • Samtidig er det et spørsmål om kapasiteten i helsesektoren da ambisjonsnivået er stort og flere tiltak berører sektoren på samme tid. • Hvordan prioriterer vi alle aktivitetene og bør vi forbedre porteføljestylingen? Rekkefølgeproblematikken må ivaretas. • Konsekvensene for innføring av ICD-11 for virksomhetene må tydeliggjøres. Aktørene må involveres i å utrede konsekvensene, og enes om når det er riktig å implementere. • Sektoren må inn med en sterkere kost/nytte fokus for å forstå dette. • Det ble bemerket at det mangler en revisjon av diagnosedata i NPR. <p>Helsedirektoratet oppsummerte med at 2025 blir et planleggingsår, hvor det dykkes ned i materien, for å forstå dette og de prioriteringene som må gjøres. Sektor skal involveres slik at vi sammen gjøre de rette prioriteringene.</p>
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helseråd drøftet overgangen til ICD-11 og ba Helsedirektoratet ta innspill med videre i arbeidet.</p>
26/24	Eventuelt
	<p>Det skal gjøres en evaluering av Nasjonal rådsmodell for e-helse på nyåret. Det ble derfor enighet om at det å utpeke ny leder for Nasjonalt e-helseråd utsettes til evalueringen er gjennomført.</p>

Til Møte 4/24
Dato 05.12.2024
Saksnummer 29/24
Innretning Orientering

Sakseier Sverre Engelschiøn, Helse- og omsorgsdepartementet

Forslag til endringer i reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv.

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd tar saken til orientering.

Hensikt med saken

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å orientere Nasjonalt e-helseråd om status på [høringsforslaget](#) til endringer i reglene om taushetsplikt i helsepersonelloven og pasientjournalloven mv.

Departementet foreslår i høringsnotatet endringer i pasientjournalloven, helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Forslaget gjelder endringer i flere av bestemmelsene om taushetsplikt og tilgang til helseopplysninger. Det foreslås også endringer i enkelte andre bestemmelser. Endringene skal sørge for at regelverket er bedre egnet til å gjøre helseopplysninger tilgjengelig for behandling av pasientene og mer digitaliseringsvennlig. Dette vil bidra til bedre pasientsikkerhet. Endringene skal også gjøre regelverket lettere å forstå og bruke.

Bakgrunn

Det har vært ytret ønske fra medlemmene i rådsmodellen om at Helse- og omsorgsdepartementet kom for å redegjøre om høringsforslaget.

Til Møte 4/24
Dato 05.12.2024
Saksnummer 30/24
Innretning Drøfting

Sakseier Lucie Aunan
Saksbehandler Jon Tysdahl, Elin Høyvik Kindingstad

Veien videre med Legemiddelgrunndata

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd støtter den anbefalte retning for videre arbeid med legemiddelgrunndata, og ba Helsedirektoratet ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Legemiddelgrunndata berører hele helsesektoren og videre tiltak på dette området vil ha konsekvenser, uansett valg av alternativ. Formålet er å gjøre Nasjonalt e-helseråd kjent med dagens situasjon og valgene vi står overfor, slik at vi kan starte tiltak som tar oss i en felles strategisk retning.

Bakgrunn

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomførte Direktoratet for e-helse en kartlegging av behov relatert til grunndata på legemiddelområdet i 2022. Dette ble gjort i samråd med Statens Legemiddelverk (nå Direktoratet for medisinske produkter), Norsk helsenett SF, og Helsedirektoratet, og med bidrag fra aktørene i sektor. I 2023 ble det av de samme aktørene utarbeidet en strategisk retning for legemiddelgrunndata, herunder en målarkitektur.

Hovedutfordringen er legemiddelgrunndata fra forskjellige kilder brukes i ulike fagsystemer i helsesektoren og dette vanskeliggjør digital samhandling og kompliserer utviklingen.

Ved å tilby og bruke løsninger som dekker behov for felles legemiddelgrunndata, kan vi oppnå enklere samhandling rundt legemiddelinformasjon i legemiddelbehandling og -håndtering nasjonalt og internasjonalt med bedre effektivitet og redusert risiko for feil. Dette kan også effektivisere forvaltningen av legemiddelgrunndata. Det er et mål å bidra til økt pasientsikkerhet gjennom en løsning for legemiddelgrunndata som tilrettelegger for enklere utvikling av sluttbrukerløsninger med bedre prosess- og beslutningsstøtte.

Aktuelle alternativer for veien videre

I 2024 er det gjort en Samfunnsøkonomisk analyse av Helsedirektoratet i tett samarbeid med aktørene i sektoren. Analyse av tiltak som kan forbedre situasjonen på legemiddelgrunndataområdet. Den samfunnsøkonomiske analysen er gjennomført av Helsedirektoratet i tett samråd med sentrale aktører i

sektoren som Direktoratet for medisinske produkter, Norsk helsenett SF, alle de regionale helseforetakene, KS, Legeforeningen, Apotekforeningen, FHI med flere.

På overordnet nivå er det fire mulige konseptuelle tiltak for veien videre;

- **Nullalternativet** – å fortsette som i dag med ulike legemiddelgrunndatatjenester
- **A: Mapping** – fortsette med ulike legemiddelgrunndatatjenester, men i tillegg utvikle en automatisert oversettelsestjeneste mellom legemiddeldata basert på ulike grunndatakilder for å øke effektivitet i samhandlingen og redusere risikoen for feil
- **B: Frivillig felles nasjonal grunndatatjeneste** – lage en felles nasjonal grunndatatjeneste basert på IDMP/FHIR som inneholder tilstrekkelige data for å støtte samhandlingen om pasientens legemiddelopplysninger både nasjonalt og internasjonalt, men bruken av tjenesten er frivillig. E-resept bruker fortsatt FEST som legemiddelgrunndata.
- **C: Konsolidere legemiddelgrunndata i bruk nasjonalt** – en nasjonal grunndatatjeneste skal brukes av alle, og innføres også som gjeldende i e-resept.

Den samfunnsøkonomiske analysen av alternativ A, B og C viser at ingen av disse tiltakene i seg selv har et godt nok forhold mellom kostnader og nytte¹Da står vi igjen med nullalternativet, men aktørene har vært tydelige på at nullalternativet har vesentlige svakheter, spesielt ingen løsning i forhold til EU-initiativer som EHDS.

Helsedirektoratets vurdering likevel at det er tunge kvalitative og indirekte gevinster som tilsier at Alternativ C er den rette vei. Det er en rekke forhold som påvirker veivalget rundt legemiddelgrunndata og som er med å underbygge behovet for Alternativ C for felles legemiddelgrunndata, der spesielt EHDS-arbeidet peker seg ut. Vi ønsker derfor å opprettholde strategisk retning mot målarkitekturen (som samsvarer med Alternativ C), i påvente av ytterligere avklaringer rundt forhold som EHDS.

Helsedirektoratet foreslår en samling av kortsiktige tiltak, som vil bidra til at vi er bedre forberedt for en videre utvikling, men uten alt for store konsekvenser eller investeringer for sektoren på kort sikt.

Forbedre grunndatakilder

Starte arbeidet med forbedringer i noen grunndata/kilder

- Forbedringer i grunndatakilde for refusjon vurderes
- Legemiddelregister for regulatoriske grunndata hos DMP tilrettelegges for ISO IDMP

Mer felles grunndatatjeneste

Et første trinn i å utvikle SAFEST-prosjektets løsning (DMP/RHF) i retning av en felles grunndataløsning:

- Starte arbeidet med å dele opp SAFEST i en kildedel og en distribusjonsdel
- Mer innhold fra dagens FEST inn i SAFEST

Stimulere til bruk av felles grunndata

Økt standardisering av legemiddelgrunndata og bruken av disse:

- Utvikle Nasjonale informasjonsmodeller (Helse NIM) i tråd med EU krav: For legemidler, dosering og refusjon
- Berike e-resept med noe IDMP baserte grunndata fra SAFEST, men uten å ta bort FEST
 - Starte arbeidet med å utrede en felles tjeneste for oversettelse av legemiddeltransaksjonsdata (resepter) mellom FEST og IDMP, som trengs i alle alternativer
 - Vurdere bruk av SAFEST i SFM i tillegg til FEST

¹ En av hovedårsakene til dette er at gevinstene aktørene kan ta ut når de benytter legemiddelgrunndata ikke kan inkluderes i analysen, siden investeringene ute hos aktørene ikke inkluderes. Dette er for å sikre at man ikke tar inn de samme gevinstene til inntekt i flere analyser.

Disse tiltakene har vi samlet under navnet Gradvis Transisjon (GT). GT har langt lavere risiko og kostnadspådrag enn de opprinnelige A, B og C, og bidrar til at vi kommer oss videre, får læring, men uten å innsnevre handlingsrommet i vesentlig grad.

Tilbakemeldinger fra NUIT

Helsedirektoratet fikk skryt for involvering av sektoren i arbeidet og NUIT ga sin støtte til foreløpig anbefaling.

Videre saksprosess

Videre arbeid med foreslått alternativ "Gradvis transisjon" og beslutninger om tiltak vil tas i linjen til de involverte virksomheter, med en videre overordnet koordinering fra Helsedirektoratet.

Det antas at et videre arbeid med en satsning på felles legemiddelgrunndata vil skje som en del av arbeidet med EHDS.

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Saksnr	Møte og dato	Tittel på sak	Vedtak
24/22	NUFA 31.08.22	Legemiddel grunndata – behov og omfang	NUFA drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet med legemiddel grunndata.
31/23	NUFA 30.08.23	Målarkitektur og overordnet plan for felles grunndatatjenester for legemiddelinformasjon	NUFA gir sin støtte til at de foreslåtte hypoteser blir anbefalinger i målarkitektur for legemiddelgrunndata, når innspillene i møtet er innarbeidet.
31/23	NUIT 14.09.23	Målarkitektur og overordnet plan for felles grunndatatjenester for legemiddelinformasjon	NUIT gir sin 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.
8/24	NUFA 24.01.24	Strategisk retning for felles legemiddelgrunndata	NUFA støtter den strategiske retningen for legemiddelgrunndata, og ba om at innspillene tas med i det videre arbeidet.
44/24	NUIT 14.11.24	Legemiddel grunndata	NUIT drøftet saken, og ba Helsedirektoratet ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.

Til Møte 4/24
Dato 05.12.2024
Saksnummer 31/24
Innretning Drøfting

Sakseier Bente Andersen Sundlo
Saksbehandler Hans Løwe Larsen

Modell for nasjonal informasjonsforvaltning

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd stiller seg bak utkast til modell for koordinering av nasjonal informasjonsforvaltning i helse- og omsorgssektoren, og vil prioritere ressursbruk på anbefalte tiltak i 2025. Helsedirektoratet tar med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Helsedirektoratet har i 2024 fått i oppdrag å etablere en modell for koordinering av nasjonal informasjonsforvaltning i helse- og omsorgssektoren som beskriver oppgaver og ansvar for aktørene, og dekker hele verdikjeden fra primærdokumentasjon av helsehjelp til sekundærbruk jf. forordningen om det europeiske helsedataområdet (EHDS).

I siste rådsmøte ble representantene orientert om oppdraget og utfordringsbildet sektoren står overfor, og følgende vedtak ble fattet: *Nasjonalt e-helseråd har drøftet spørsmålene knyttet til behovet for koordinering og samordning innen informasjonsforvaltning i helse- og omsorgssektoren, har en felles forståelse av utfordringsbildet sektoren står overfor, og vil samlet søke å bidra til å minske risiko og øke gjennomføringsevnen.*

I dette møtet legges utkast til modell frem for drøfting.

Det gjøres oppmerksom på at frist for overlevering av modell til Helse- og omsorgsdepartementet er 31.12.24, og det jobbes med å ferdigstille leveransen innen fristen. Dette toppnotatet presenterer modellen kun på overordnet nivå; innholdet bearbeides fortløpende fram til møtet 5. desember hvor modellen vil gjennomgås mer i detalj.

Bakgrunn

Dagens utfordringsbilde knyttet til informasjonsforvaltning i helse- og omsorgssektoren er mangefasettert, og gjør det vanskelig både å etterleve internasjonale forpliktelser og realisere nasjonale mål om tilgjengelig informasjon (herunder data) og styrket samhandling på tvers av sektor.

På den ene siden står et økende antall drivere som påvirker behovet for informasjonsforvaltning i sektoren. Det være seg internasjonale krav og internasjonalisering (for eksempel EHDS og ICD11), nasjonale prioriteringer (herunder Nasjonal e-helsestrategi), teknologisk utvikling og databehov, samt økte brukerforventninger. På den andre siden oppleves helse- og omsorgssektoren ikke tilstrekkelig forberedt på å ta imot de mange nye utfordringene; verken på virksomhetsnivå, myndighetsnivå eller på tvers (nasjonalt).

Pågående oppdrag har et tre-delt resultatmål, som vil legge grunnlaget for det videre arbeidet med å løse de betydelige utfordringene fremover:

1. Det skal utarbeides en modell for koordinering av nasjonal informasjonsforvaltning, som er god nok til å kunne begynne å erfare og lære på grunnlag av
2. Det skal etableres et kompetansenettverk for informasjonsforvaltning i helse- og omsorgssektoren
3. Det skal identifiseres tiltak for å operasjonalisere modellen og videreføre kompetansenettverket.

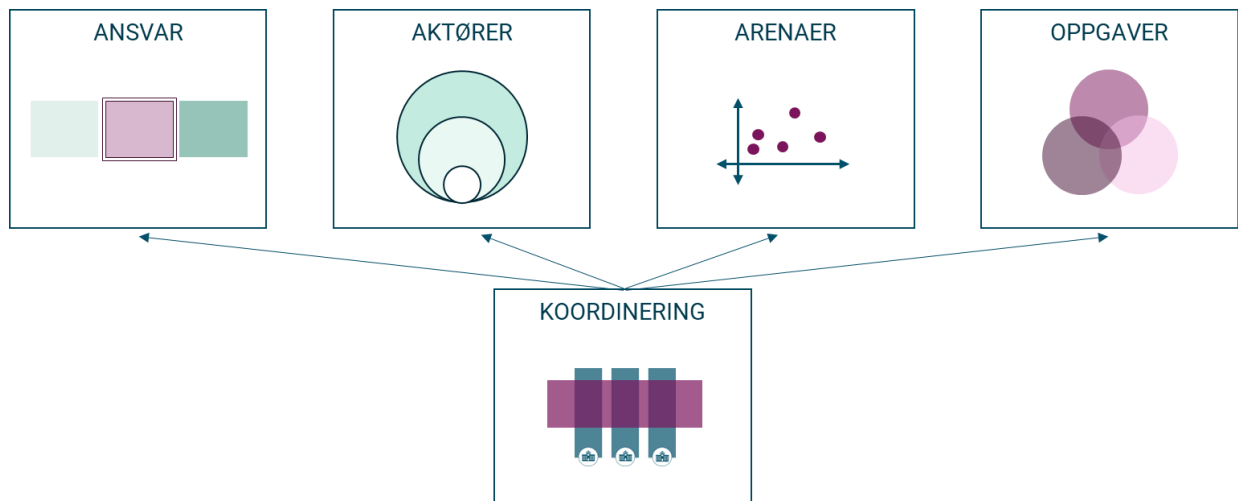
Utkast til modell

For å lykkes med å sikre nødvendig utveksling og gjenbruk av informasjon på tvers av sektoren, kreves aktiv informasjonsforvaltning i hver virksomhet, en tydelig myndighetsrolle samt koordinering og samordning av informasjonsforvaltning på tvers av aktørene.

Nasjonale helse- og samhandlingsplan (2024-2027) beskriver ansvarsfordelingen mellom myndighet og virksomhet innen digitalisering og informasjonsforvaltning. Det er en overordnet myndighetsrolle og samtidig er hver virksomhet ansvarlig for egen implementering.

Utkast til modell for nasjonal informasjonsforvaltning legger grunnlaget for å håndtere utfordringsbildet som kommer og realisere mål om mer tilgjengelig informasjon og styrket samhandling på tvers.

Modellen består av fem dimensjoner:



ANSVAR

I tillegg til myndighetsansvar og ansvaret hver enkelt virksomhet har for informasjonsforvaltning og orden i eget hus, har aktørene i sektoren et kollektivt ansvar for nasjonal informasjonsforvaltning.

Det kollektive ansvaret er å sørge for at informasjon kan flyte i hele verdikjeden fra primær- til sekundærbruk, uten at informasjonen kompromitteres (mister sin mening, nøyaktighet eller komplettethet).

AKTØRER

Selv om det er mange produsenter og konsumenter av informasjon i sektoren, er det bare noen aktører som anses å ha en mer aktiv rolle innen nasjonal informasjonsforvaltning. Disse er aktører som har særlige roller innen informasjonsforvaltning, eller er involvert i datadeling. Disse aktørene har kollektivt ansvar for nasjonal informasjonsforvaltning.

Noen aktører er involvert i arbeidet i år, men det antas at nye aktører vil måtte inkluderes også fremover. Foreløpig defineres Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, de fire regionale helseforetakene og Norsk helsenett som aktørene som er kollektivt ansvarlig for nasjonal informasjonsforvaltning.

ARENAER

Det er mange arenaer i helse- og omsorgssektoren som diskuterer tema som påvirker nasjonal informasjonsforvaltning. Disse finnes på ulike nivå og med ulik påvirkningskraft. De ulike aktørene i sektoren møtes i disse arenaene.

Modellen tar utgangspunkt i at noen av de ulike arenaene finnes, og at de benyttes/kan benyttes til ulike formål (på operativt, taktisk og strategisk nivå). I videre operasjonalisering av modell, vil det være hensiktsmessig å se nærmere på hvordan de ulike arenaene kan og bør samspille for å sikre koordinering av nasjonal informasjonsforvaltning fremover, eventuelt i sameksistens med det etablerte kompetansenettverket for informasjonsforvaltning i sektoren.

OPPGAVER

Det kollektive ansvaret kan grupperes i tre typer oppgaver; (1) styringsoppgaver, (2) oppgaver knyttet til innholdsbeskrivelse, og (3) forvaltningsoppgaver.

KOORDINERING

Koordinering av nasjonal informasjonsforvaltning innebærer å se informasjonsforvaltningen i sektoren i sammenheng, for å oppnå helhet og sammenheng i informasjonsflyten på tvers.

Anbefalte tiltak i 2025

For å få på plass en velfungerende nasjonal informasjonsforvaltning i helse- og omsorgssektoren, må vi kontinuerlig jobbe med videreutvikling av modell, herunder ansvar og oppgaver. For øyeblikket foreslås disse tiltakene for videre operasjonalisering i 2025:

1. Etablere en funksjon/ansvarlig for informasjonsforvaltning i alle helseregionene.
2. Etablere en funksjon i Helsedirektoratet for å bistå med dokumentasjon og prioritering av behov og tiltak innen informasjonsforvaltning nasjonalt.
3. Videreføre kompetansenettverket for informasjonsforvaltning i sektoren som et (1) koordinerende organ for nasjonal informasjonsforvaltning, og (2) faglig forum for nasjonal informasjonsforvaltning.

Videre saksprosess

Prosjektets leveranse overleveres Helse- og omsorgsdepartementet innen 31.12.24. Det videre arbeidet med å prøve ut og operasjonalisere modellen vil fortsette utover i 2025, og det forventes at erfaringer og læringspunkter vil løftes til E-helserådet fremover i tid. En viktig test for modellen vil bli om den effektivt understøtter det videre arbeidet med innføringen av ICD11 og EHDS.

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Saksnummer	Tittel på sak	Vedtak
E-helserådet 24/24	Stort behov for samordning og koordinering av informasjonsforvaltning i helse- og omsorgssektoren	Nasjonalt e-helseråd har drøftet spørsmålene knyttet til behovet for koordinering og samordning innen informasjonsforvaltning i helse- og omsorgssektoren, har en felles forståelse av utfordringsbildet sektoren står overfor, og vil samlet søke å bidra til å minske risiko og øke gjennomføringsevnen.
NUFA 23/24	Nasjonal informasjonsforvaltning	NUFA drøftet saken og ga innspill til hvordan modell for koordinering av nasjonal informasjonsforvaltning kan videreutvikles. Helsedirektoratet tar med seg innspillene i det videre arbeidet.

Til Møte 4/24
Dato 05.12.2024
Saksnummer 32/24
Innretning Drøfting

Sakseier Rune Simensen, Helse Sør-Øst RHF
Saksbehandler Frank Ivar Aarnes, Helse Sør-Øst RHF

Helseregionenes felles plan for IKT-utvikling og digitalisering

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd drøftet helseregionenes felles plan 2024 for IKT-utvikling og digitalisering, og ga innspill til videreutvikling av felles planarbeid, inkludert muligheter for bedre koordinering av digitalisering- og samhandlingstiltak på tvers av helsetjenesten.

Hensikt med saken

I denne saken ønsker vi å legge frem nylig ferdigstilt felles plan 2024 for IKT-utvikling og digitalisering; til vurdering og drøfting i Nasjonalt e-helseråd. Det er videre en sak der vi ønsker å belyse helseregionenes felles planarbeid og felles koordinering av tiltak, positive effekter og drøfte potensiale for videreutvikling.

Selve rapporten, men også 30-40 personers arbeid med rapporten gjennom seks måneder hvert år, har blitt en arena der IKT- og samhandlingsutfordringer løftes frem, nødvendige avklaringer diskuteres mellom helseregionene, og det interregionale samarbeidet styrkes. I protokoll fra foretaksmøte i de regionale helseforetakene 16. januar 2024 skriver departementet: «*Felles planarbeid har vært en driver for økt samarbeid mellom regionene*». Er det mulig at dette planarbeidet også kan bidra til økt samarbeid utover spesialisthelsetjenesten? Vi vet det er mange avhengigheter mellom digitaliseringstiltak som gjennomføres i regi av aktørene representert i dette møtet.

Bakgrunn

Krav til IKT-utvikling og digitalisering, stilt gjennom årlige oppdrag i foretaksmøter, er svart ut av de regionale helseforetakene i fellesskap, tilbake til Helse- og omsorgsdepartementet, i en årlig fellesrapportering hver høst siden 2017. De beskrevne tiltakene er i hovedsak langsiktige innføringsløp for e-helseløsninger som understøtter helseregionenes utviklingsplaner. Helseregionenes felles plan for IKT-utvikling og digitalisering er både en rapportering på gjennomførte tiltak og milepæler inneværende år, i tillegg til besluttede innføringsplaner, status for utprøvinger og veikart for tiltak under planlegging. Rapporten legger mest vekt på fellesregionale tilnærminger, men områder der behov og prioriteringer avviker mellom de fire helseregionene blir også belyst.

Felles plan for IKT-utvikling og digitalisering er som i tidligere år utarbeidet i et samarbeid mellom helseregionene og våre viktigste samarbeidsaktører. Det interregionale IKT-direktørmøte fungerer som styringsgruppe for arbeidet med rapporten. En interregional kjernegruppe koordinerer bidrag fra ulike fagmiljøer på tvers av de fire helseregionene. Etablerte interregionale arbeidsgrupper innen årets aktuelle temaer har gitt sine innspill til status og planer. Planer for de prioriterte tjenestene innen digital samhandling er også drøftet med deltagere fra Norsk helsenett, Helsedirektoratet og kommunehelsetjenesten / Kommunesektorens organisasjon (KS).

Felles plan 2024 er en grundig og omfattende rapportering på helseregionenes innsats for digitalisering av spesialisthelsetjenesten. Felles plan for IKT-utvikling og digitalisering har mange likheter med helseregionenes «årlig melding», men skiller seg ut på følgende punkter:

- Felles plan er en fellesrapportering fra de fire helseregionene. Planarbeidet har over tid bidratt til økt interregionalt samarbeid om digitaliseringstiltak.
- Felles plan er langt mer detaljert og spesifikk på utvalgte styringsbudskap innfor digitalisering, etter bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet.
- Felles plan skal rapportere på besluttede fremtidige prosjektplaner, inkludert nye og videreførte tiltak. Dette kommer i tillegg til rapportering på gjennomførte oppdrag og leveranser.
- Felles plan har i større grad vært brukt til å gi eier strategiske tilbakemeldinger knyttet til nasjonal styring av digitaliseringstiltak i helsesektoren.
- Felles plan oversendes i første halvdel av oktober hvert år, slik at rapporten kan behandles i Helse- og omsorgsdepartementet før endelig utforming av statsbudsjett og styringsbudskap for neste år.

Mulighetsrom for videreutvikling

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gitt en vurdering av felles plan 2024. Der oppsummeres tilbakemeldingene med: «*Felles plan gir en god oversikt og status på det omfattende digitaliseringsarbeidet som pågår i helseregionene. Neste års rapportering bør i enda større grad synliggjør samordning og læring på tvers av regionene, og være en plan for digital transformasjon som tydeliggjør hvordan digitalisering understøtter og bidrar til effektivisering og kvalitet i tjenestene.*»

Gjennom flere år har digital tilrettelegging for effektiv samhandling på tvers av behandlingsnivåene vært et satsingsområde for helseregionene. Hovedmålsetningen er økt pasientsikkerhet og bedre helsetjenester, gjennom sømløse behandlingsforløp for pasienter som mottar helsetjenester både fra spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Økt effektivitet og redusert arbeidsbelastning for helsepersonell er også stadig viktigere målsettinger i en bærekraftig helsetjeneste.

I helseregionenes foretaksmøter i januar 2023 og januar 2024 har det vært lagt spesiell vekt på hvordan utnyttelse av helsefelleskapene kan bidra til en mer effektiv samhandling med primærhelsetjenesten innen digitaliseringsområdet. Samhandling med primærhelsetjenesten og utnyttelse av helsefelleskapene til å understøtte dette, som mulig arena for koordinering av innføringsløp for samhandlingsløsninger, har derfor vært tema i felles plan 2023 og 2024.

Kommunesektorens organisasjon (KS) kan spille en rolle i dette arbeidet. KS har som kjent utviklet en modell for innføring av digitaliseringstiltak og et nettverk innen ehelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i samarbeid med Norsk helsenett. Det er erklærte formålet er å understøtte både

innføring, bruk og nytte av helseteknologi og samhandlingsløsninger innen ehelse i kommunal sektor, inkludert løsninger for digital hjemmeoppfølging. Felles plan uttrykker positivitet og forventninger til den nye ehelse-modellen fra Kommunesektorens organisasjon (KS), men det må gås opp hvordan denne modellen skal henge sammen med helsefellesskapsstrukturen. Helseregionene har dessuten ingen formell rolle inn i helsefellesskapsstrukturen, men to helseregioner har en observatørrolle i deres tilhørende helsefellesskap.

Samhandlingsløsninger der det er stor gjensidig avhengighet mellom kommunene og sykehus, og derfor potensiale for felles planarbeid og koordinering av innføringsløp, inkluderer:

- Pasientens legemiddelliste (PLL) (Helsefellesskap Bergensområde er eier av videre innføring av PLL i region Vest, og vil fungere som oppdragsgiver og samarbeidsarena for innføringsprosjektet. Helse Nord benytter også helsefellesskapene ved innføring av PLL)
- Digitalt helsekort for gravide
- Behandlingsplaner og egenbehandlingsplaner (Målet er helhetlige pasientforløp for ulike diagnosegrupper når sykehuset flytter hjem til pasienten og skal følges opp av både sykehus og kommunehelsetjeneste)
- Pasientens måledata

Videre diskusjon og oppfølging

- Hvordan kan vi gjøre helseregionenes planarbeid innenfor digitaliseringsområdet enda bedre?
- Hvordan kan vi utnytte pågående planarbeid, etablerte arbeidsgrupper, nettverk og strukturer til å realisere mer samhandling på tvers av helsetjenesten?
- Hvordan kan vi best utnytte helsefellesskapene og KS e-helsenettverk som arena for planlegging, koordinering og innføring av samhandlingsløsninger på tvers av behandlingsnivåene?
- Bør Norsk helsenett knyttes tettere på helseregionenes planarbeid?

Se vedlegg: [Vedlegg 5A Sak 32-24 Felles plan 2024 - IKT-utvikling og digitalisering](#)

Til Møte 4/24
Dato 05.12.2024
Saksnummer 33/24
Innretning Drøfting

Sakseier Lucie Aunan
Saksbehandler Erik Hovde

Bruk av tredjepartsapper for økt endringsevne og gjennomføringstakt i utviklingen av digitale helsetjenester

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd drøftet saken og anbefaler at Helsedirektoratet gir et tydelig nasjonalt faglig råd om bruk av tredjepartsapplikasjoner med de innspillene som kom frem ved behandlingen av saken.

Hensikt med saken

Hensikten med denne saken er å drøfte tredjepartsapper som strategisk virkemiddel for å øke endringsevnen og gjennomføringstakten i EPJ-utviklingen.

Bakgrunn

Det er mange og gode digitale løsninger for helsepersonell og innbyggerne i dag, og det arbeides kontinuerlig med forbedringer. Eksempler på forbedringer er den nasjonale satsingen på digital samhandling, nye og bedre tjenester på Helsenorge, videreutviklingen og fornyingen av elektronisk pasientjournal (EPJ) i helse- og omsorgstjenesten, og modernisering og bruk av ny teknologi i løsningene næringslivet tilbyr. Det er samtidig et økende fokus på at tjenestene skal være sammenhengende og likeverdige uavhengig av hvor du bor eller jobber. Her kan vi nevne mange eksempler, men vi vil spesielt trekke frem NAV sitt initiativ for å forbedre informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten, og EU sitt arbeid med å etablere et europeisk helsesamarbeid.

Felles for alle disse initiativene er at de medfører behov for endringer i helsepersonell sine arbeidsprosesser og i brukerflaten. Hovedprinsippet er at helse- og omsorgstjenesten selv er ansvarlig for dette. EPJ er et av de viktigste arbeidsverktøyene for helsepersonell i arbeidshverdagen. Det er derfor helt nødvendig at EPJ stadig videreutvikles for å støtte opp under helse- og omsorgstjenesten sitt ansvar og helsepersonell sine arbeidsprosesser og funksjonelle behov. Vi opplever at dagens leverandører har utfordringer med å holde tritt med det økende behovet for utvikling og modernisering. Vi er bekymret for at det tar for lang tid å få på plass de digitale helsetjenestene helsepersonell og innbyggere trenger. Vi mener det er behov for å tenke nytt for å øke endringsevnen og gjennomføringstakten i EPJ-utviklingen.

Om tredjepartsapper

Der EPJ-leverandøren ikke kan eller ønsker å lukke de funksjonelle behovene for å understøtte helsepersonell sine arbeidsprosesser, kan tredjepartsapper fylle gapet med skreddersydd funksjonalitet. Dette kan realiseres på mange og ulike måter. I dag brukes ofte webapplikasjoner (portaler, app-er og API-er). Kjernejournalportalen og sentral forskrivningsmodul (SFM) er kjente eksempler på dette. I Helse Sør-Øst RHF er det anskaffet en prosessplattform som er et eksempel på en plattform som muliggjør utvikling av tredjepartsapper.

Visjonen med bruk av tredjepartsapper er at helse- og omsorgstjenesten, helt ned på individnivå, skal ha muligheten til å velge og bruke de som er best tilpasset deres behov. En tredjepartsapp skal lett kunne tas i bruk, men også byttes ut, og kan ofte fungere i flere EPJ'er. I porteføljen til store leverandører som Apple, Microsoft, Facebook, Google og Amazon, finner vi produkter som legger til rette for bruk av tredjepartsapper. Eksempel på dette er Microsoft Windows, Apple MacOS og iOS, nettlesere, Android, Microsoft Azure og Amazon Web Services.

Til grunn for en slik tankegang ligger det prinsipper om en plattformbasert programvareutvikling. Arkitekturen skal redusere avhengigheten til individuelle systemer og leverandører, og legger opp til konkurranse og «naturlig utvalg» med høyere verdi og lavere kost for helsetjenesten. Dette muliggjør et økosystem bestående av leverandører og tredjepartsleverandører som kan tilby en flora av ulike apper, og hvor markedet kan konkurrerer på funksjonalitet, innhold, pris, kvalitet osv. Det åpner også opp for at staten kan levere løsninger på områder det ikke er like naturlig at markedet konkurrerer.

Da kan funksjonaliteten utvikles én gang og deretter være tilgjengelig i journalløsningene, for eksempel ved bruk av standarden *SMART-on-FHIR*. Vi tror dette vil kreve mindre ressurser og vil i tillegg gjøre det lettere å sikre at løsningene er oppdatert i forhold til gjeldende lover og forskrifter. Der slik tjenester brukes mindre hyppig eller ikke trenger å være levert av EPJ-leverandørene, kan portalløsninger vurderes. Dette samsvarer med anbefalingen fra NAV sin utredning om forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten ("[Nå snakker vi](#)" oktober 2023). Det samsvarer også med funnene vi har kommet frem til gjennom arbeidet med å vurdere alternativer for bedre informasjonsflyt og redusert rapporteringsbyrde, som presenteres for Rådet i saksgjennomgangen.

Bedre informasjonsflyt og redusert rapporteringsbyrde

Helsedirektoratet har gjennom test av prototyper og arbeidsmøter med helsepersonell og leverandører fått frem de viktigste behovene for å understøtte en enklere rapportering og informasjonsutveksling inn mot helseforvaltning og myndighetsaktører. Vi jobber nå med å utforme rammer og konsept som kan understøtte behovene. Konseptet skal bidra til at det blir enklere for helsetjenesten, og sette en tydeligere retning for og økt forutsigbarhet for leverandørene, at helsepersonell får en mer sømløs opplevelse av rapporteringen og informasjonsutvekslingen, gjenbruk av felleskomponenter og mindre utviklingsbehov i EPJ.

Proessen for arbeidet med å ta frem et konsept for enklere rapportering er illustrert i figuren under.

2023: Stimulab



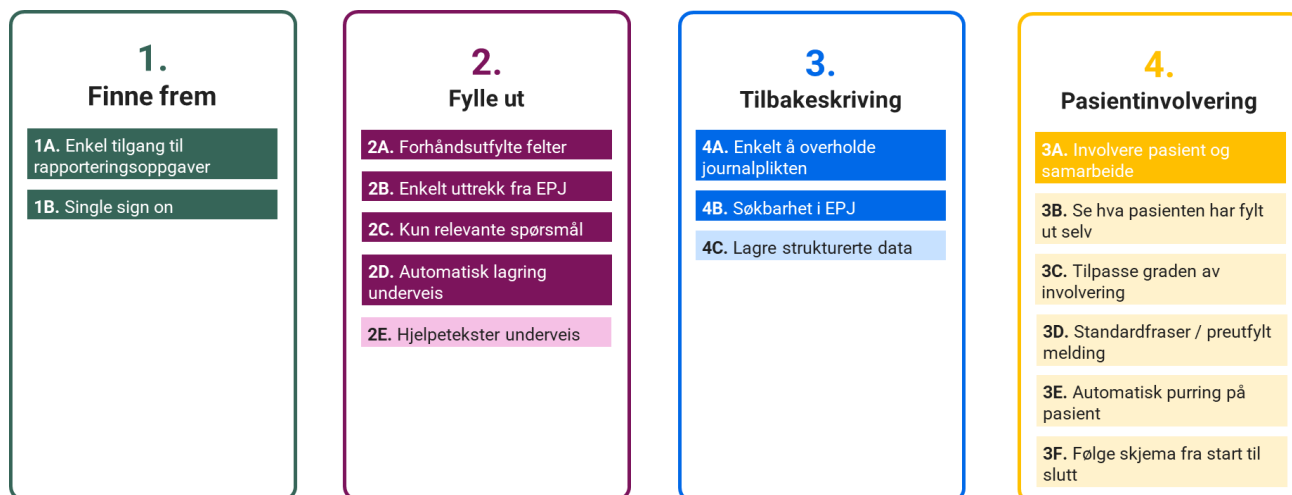
2024: Konseptfase



Brukerhistorier, prioritering og innspill til konseptretninger

I arbeidet med å følge opp anbefalingene har vi utarbeidet to funksjonelle prototyper for å teste ut hvordan enklere rapportering kan se ut i praksis og få frem hvilke brukerbehov som er høyest prioritert.

I felles workshops med fastlege-representanter, fastlegers journalleverandører, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet fikk følgende brukerhistorier høyest prioritert:



Vi testet også ut ulike tekniske konseptretninger for å få innspill på disse. Oppsummering av innspillene er listet under:

1. Konseptretning 1: EPJ som plattform med tredjepartsapplikasjoner (SMART on FHIR)
Tilbakemeldinger på konsept 1:

Konsept 1 blir vurdert som det mest gunstige konseptet. Det vil sikre god interoperabilitet og fleksibilitet gjennom bruk av SMART on FHIR, slik at fremtidige skaleringer og drift vil kreve minimalt med kostnader. Konseptet krever derimot betydelige utviklings- og implementeringsressurser, siden alle EPJ må utvikle støtte for SMART on FHIR.

Forutsetninger

- Det må ligge til grunn en nasjonal strategi som samkjører arbeidet på dette feltet, inkludert forvaltning av FHIR
- Drifts- og forvaltningsorganisasjoner må defineres
- Data må være strukturerte, følge FHIR-standarder, og lagres nært der de fylles ut
- For en sømløs brukeropplevelse må SSO være innebygd, og HelseID bør være autentiseringsstandarden med et definert tillitsrammeverk
- Initiativer må integreres i eksisterende porteføljer for aktørene

2. Konseptretning 2: En vei inn – portalportalen

Tilbakemeldinger på konsept 2:

Konsept 2 blir vurdert til å være et nødvendig supplement til konsept 1. Det tillater gjenbruk av eksisterende arkitektur og komponenter gjennom en kombinasjon av API og SMART on FHIR, som gjør utvikling og implementering enklere. Dette gjør derimot konseptet mindre skalerbart og fleksibelt enn Konsept 1 og det kan være mer krevende å drifte og vedlikeholde.

Forutsetninger

- Helsedirektoratet må fungere som gatekeeper og det må være tydelig ansvarsfordeling av produksjon og drift av skjemaer
- Norsk Helsenett (NHN) må være klare på hva de ønsker å drifte
- Endepunkter må støtte flere API-versjoner for bakoverkompatibilitet, noe som krever en versjonerings- og oppgraderingsstrategi fra forvaltningsorganisasjonen
- Alle portaler må ha en wrapping tilpasset alle EPJ-leverandører.
- Data bør struktureres etter FHIR-standarder for å kunne gjenbrukes

3. Konseptretning 3: EPJ med eksisterende API-teknologier

Tilbakemeldinger på konsept 3:

Konsept 3 er vurdert som det minst gunstige konseptet da investering, drift og vedlikehold må gjøres per løsning og av hver aktør. Leverandørene vil også selv måtte lage grensesnitt for hvert skjema, noe som krever stor innsats. Dette fører også til begrenset mulighet for oppdateringer og endringer i skjemaene for registereiere, da de er prisgitt utviklingskapasitet hos EPJ.

Forutsetninger

- Det må ligge til grunn en nasjonal strategi som samkjører arbeidet
- Man trenger en organisering som sikrer at endringsønsker behandles
- Det må utarbeides tydelig hvilke API-teknologier NHN støtter og ønsker å bruke fremover
- Det må bestemmes en felles enighet om datamodell og en prosess for standardisering.
- Leverandørene må gjøre endringer fortløpende

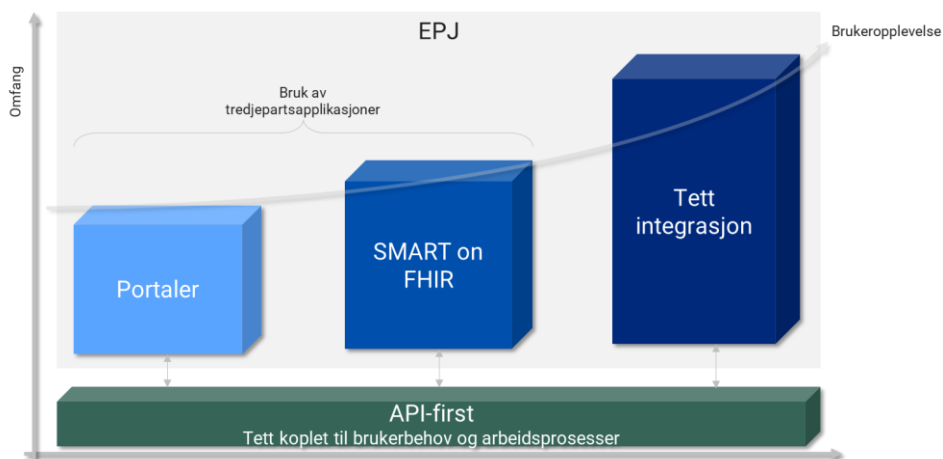
Foreløpige vurderinger av konsept for enklere rapportering

Basert på innspill fra involvert helsepersonell, EPJ leverandører, og helseforvaltningen vurderes et kombinert konsept med tredjepartsapplikasjoner og portal til best å oppfylle behovene, samtidig som det vil gi fleksibilitet og mulighet for stegvis implementering.

Anbefalt konsept: Kombinasjon av tredjepartsapplikasjoner og Portal



Vi vil samtidig presisere at vi ikke anser tredjepartsapper som svaret på alle utfordringer.



Budskapet vårt er at vi trenger flere alternativer å spille på for ulike behov og ulike målgrupper. Til grunn for dette bør det ligge en API-first tilnærming, altså at det utvikles API-er som danner fundamentet for tett integrasjon av funksjonalitet i EPJ, og bruk av tredjepartsapper som portaler og SMART on FHIR. Dette bør da gjøres tett koplet til brukerbehovene og arbeidsprosessene som skal løses. Vårt utgangspunkt er at brukeropplevelsen er best når funksjonaliteten oppleves sømløst for brukerne. Vi tror dette som hovedregel løses best tett integrert i EPJ. Samtidig må vi kunne ta i bruk tredjepartsapper når det er hensiktsmessig.

Eksempler:

- Når helseforvaltningen og andre statlige aktører har behov for og pålegger samhandling med helse- og omsorgstjenesten
- Helsepersonell har behov for at funksjonaliteten er lik på tvers av mange aktører og løsninger
- Tjenesteleverandøren har behov for å levere ny eller endret funksjonalitet effektivt til mange
- Verdikjeden har et behov for at det er høy grad av samtidighet i endringer

- Helsepersonell ønsker å registrere informasjonen en gang og gjenbruke informasjonen på tvers av flere løsninger
- Markedet tilbyr av ulike årsaker (manglende kapasitet, insentiver mm) ikke det helsepersonell har behov for
- Helse- og omsorgstjenesten ønsker å dedusere avhengighet til enkeltleverandører og innlåsing av informasjon og funksjonalitet
- Ulike aktører har et spesielt behov for raskere utvikling og innovasjon på utvalgte områder

Vi anbefaler å legge til rette for at tredjepartsapper kan brukes som et virkemiddel for å øke endringsevnen og gjennomføringstakten i utviklingen av digitale helsetjenester. Helsedirektoratet anser SMART on FHIR som et av de mest lovende rammeverkene for applikasjonsintegrasjon i EPJ, og anbefaler bruk av FHIR for datadeling som SMART on FHIR er basert på. Dette er etablerte standarder og rammeverk som er internasjonalt utbredt.

Til drøfting

For å ta i bruk tredjepartsapper må vi avklare mange spørsmål blant annet knyttet til rolle- og ansvarsdeling, standardisering, rammebetingelser for arkitektur, sikkerhet og samhandling, behov for godkjenningsordninger mm. I tillegg må EPJ-løsningene videreutvikles med støtte for tredjepartsapper, og det kan være behov for nasjonale tiltak og støtte.

Vi har valgt å løfte følgende spørsmål til drøfting i Rådet:

1. Hvilken tilnærming anbefaler Rådet for å legge til rette for tredjepartsleverandører og et større EPJ-marked? Et større løft, trinnvis gjennom prioriterte tiltak, fokus på de som har størst behov m.fl.?
2. Bør felles krav og ressurser for helsesektoren, eksempelvis Helsenettet, Normen, databehandleravtaler, HelseID, Norsk helsenett som tiltrødd tredjepart og tillitsrammeverket, legges til grunn?

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Utvalg	Saksnummer	Tittel på sak	Vedtak
NUFA	15/24	Utvexling av helseopplysninger mellom Helse, NAV og offentlige portaler. Bedre kvalitet og reduksjon av arbeidsbyrde.	NUFA drøftet saken og ba Helsedirektoratet ta med seg innspillene videre inn i samarbeidsprosjektet med NAV, og inn i det videre arbeidet med tiltakene for å redusere arbeidsbyrden ved rapportering av helsedata (portaler).
NEHR	24/23	Redusert arbeidsbyrde for helsepersonell	NEHR drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill til hvilke hovedgrep som er det er viktig å ta neste år for å redusere arbeidsbyrde knytte til innrapportering for helsepersonell.
NUIT	38/23	Forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten	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.

NUIT	37/23	Portaler for rapportering for helsepersonell: Forslag til tiltak for å lette rapporteringsbyrden	NUIT drøftet saken og ba Portaloppdraget ta med seg innspill til hvilke tiltak representantene i NUIT vurderer vil kunne gi størst nytteverdi nasjonalt for å redusere arbeidsbyrde knyttet til innrapportering for helsepersonell.
NUIT	36/23	Redusert arbeidsbyrde for helsepersonell	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.
NUIT	23/23	Informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten	NUIT drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill fra møtet i det videre samarbeidsprosjektet med NAV
NUIT	22/23	Portaloppdraget: Foreløpige funn fra innsiktsfasen om behov og utfordringsbildet	Direktoratet for e-helse tar med innspill i videreføringen av oppdragene og i planlegging for 2024.
NUFA	14/23	Portaloppdraget: Foreløpige funn fra innsiktsfasen om behov og utfordringsbildet	Direktoratet for e-helse tar med innspill i videreføringen av oppdragene og i planlegging for 2024.
NUFA	15/23 Drøfting	Informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten	E-helse tar med seg innspillene videre inn i samarbeidsprosjektet med NAV.
NUIT	19/22 Drøfting	Utteksling av helseopplysninger mellom NAV og helsesektoren	NUIT tar saken til orientering og partene tar med seg innspillene i det videre arbeidet.
NUFA	18/22 Drøfting	Utteksling av helseopplysninger mellom NAV og helsesektoren	NUFA tar saken til etterretning og støtter videre samarbeid om organisering og gjennomføring av kjøp av utviklingskapasitet for implementering av HL7 FHIR-profiler hos EPJ-leverandørene.
NUFA	15/21 Drøfting	Informasjonsutveksling NAV og helsetjenesten	Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) tar med seg innspillene som fremkommer i møtet til videre arbeid med rapporten.

Til Møte 4/24
Dato 05.12.2024
Saksnummer 34/24
Innretning Drøfting

Sakseier Lucie Aunan, Helsedirektoratet
Saksbehandler Norunn Elin Saure, Helsedirektoratet, og Marit Hermansen, NAV

NAV sin gjennomføringsstrategi for forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd støtter strategien, med de innspill og forutsetninger som kom frem i møtet.

Hensikt med saken

Det pågående arbeidet med å forbedre informasjonsutvekslingen mellom NAV og helsetjenesten har gitt viktige erfaringer. NAV vil presentere forslag til strategi for videre gjennomføring og Helsedirektoratet vil innlede til drøfting.

Nasjonalt e-helseråd bes drøfte og gi innspill på strategien, og evt. forutsetninger og suksesskriterier for det videre samarbeidet med NAV om bedre løsninger for helsetjenesten og NAV.

Bakgrunn

Dagens informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten er ineffektiv, gir risiko for lav kvalitet i vedtak/oppfølging, gir unødvendig lang saksbehandlingstid, kan medføre at innbygger ikke får ytelsen de har krav på samt øker risikoen for brudd på personvernet fordi NAV får mer informasjon enn hjemler tilsier at kan innhentes. De to mest benyttede NAV skjemaene (Sykmelding og Legeerklæring ved arbeidsuførhet) utgjør ca. 93% av informasjonsutvekslingen med helsetjenesten. Begge disse skjemaene er i dag tett integrert i EPJ-systemene, hvilket betyr at samtlige EPJ-leverandører må gjøre endringer i sine løsninger når NAV ønsker å utbedre eller oppdatere skjemaene og prosessen for sykmeldingsoppfølgingen.

Erfaring har vist at det kan ta mange år fra første til siste leverandør har utført endringene, og at dagens tekniske løsning er den største hindringen for å få til nødvendige forbedringer i samhandlingen og for å tilrettelegge for raskere saksbehandling i NAV. Prosjektet har gjennom arbeidet med å forbedre informasjonsutvekslingen med helsetjenesten vurdert og testet ut ulike tekniske konsepter, og vurderer at tredjepartsapplikasjoner basert på SMART on FHIR er den tekniske løsningen som best kan løse dagens utfordringer for flere av samhandlingsmønstrene mellom sektorene. SMART on FHIR er et internasjonalt integrasjonsrammeverk basert på FHIR APIer som tilrettelegger for at eksterne webapplikasjoner kan bli integrert inn i brukerflaten i EPJ på en sikker og standardisert måte. SMART appen utvikles én gang, og kan kjøre på alle EPJ som har støtte for rammeverket uten at det er behov for tilpasninger i hvert enkelt journalsystem. Gjennomført pilotering av NAV sin SMART app for pleiepenger med Helse Vest RHF og

DIPS, har vist at teknologien fungerer som forventet og støtter alle relevante krav fra både NAV og helse- og omsorgssektoren.

Helsedirektoratet anser SMART on FHIR som et av de mest lovende rammeverkene for applikasjonsintegrasjon i EPJ, og anbefaler bruk av FHIR for datadeling som SMART on FHIR er basert på. SMART on FHIR er et vel etablert applikasjonsrammeverk og er internasjonalt utbredt. Anbefalinger om bruk av FHIR og SMART on FHIR er publisert som normerende produkter på ehelse.no.¹ Anbefalingen om bruk av SMART on FHIR er under revisjon basert på erfaringer med bruk de siste årene.

Per i dag er det imidlertid kun et mindre antall EPJ-leverandører som støtter bruk av SMART on FHIR i sine journalsystemer. Selv om markedet er i modning og det i disse dager er flere leverandører som etablerer støtte for denne teknologien i sine systemer, vil det i overskuelig fremtid være nødvendig med en alternativ løsning for å dekke alle aktører i helsesektoren. Etter prosjektets vurdering er derfor en løsning med etablering av en selvstendig webapplikasjon i parallell med en SMART applikasjon det beste alternativet, og det som vil få opp gjennomføringstakten.

NAV's strategi for sykmelding og legeerklæringer



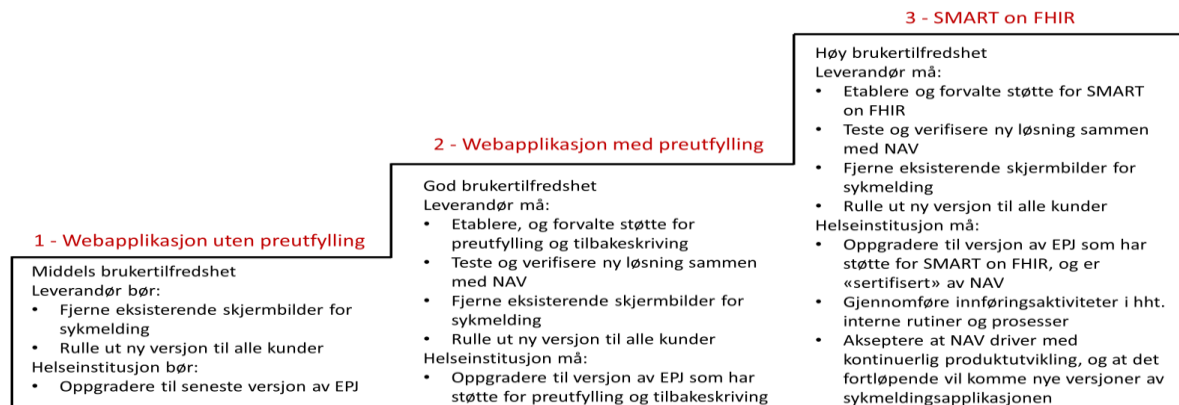
Hovedpunkter i NAV's strategi for sykmelding og legeerklæringer:

- NAV vil utvikle og levere to løsninger i parallell for å sikre at alle helsevirksomheter og deres helsepersonell kan ta i bruk ny sykemeldingsløsning uavhengig av om virksomhetens journalleverandør har implementert støtte for tredjepartsapplikasjoner eller ikke
- NAV vil utvikle sykemeldingsløsninger til helsepersonell for å sikre endringsevne, og redusere avhengighet til utvikling i EPJ systemer
- NAV vil drive kontinuerlig utvikling og forbedring av sykemeldingsskjema, legeerklæringer, og informasjonsutvekslingen med helsetjenesten
- NAV vil ta en mer aktiv rolle overfor helsesektoren, og vil ha behov for direkte samarbeid med EPJ-leverandører og helsevirksomheter for å lykkes med strategien
- NAV legger opp til en offensiv migreringsstrategi fra eksisterende løsning, og over til de to nye løsningskonseptene
- Strategien forutsetter aksept fra helsemyndighetene, og at helsesektoren bidrar med tydelige føringer og prioritet gjennom nasjonal rådsmodell

¹ <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/anbefaling-om-bruk-av-smart-on-fhir>

En konsekvens av denne strategien er at NAV vil ta en mer aktiv rolle inn mot helsesektoren og EPJ-leverandørene, ved at NAV selv vil stå for utvikling av løsningene som brukes av helsepersonell til å sende inn sykmelding og legeerklæringer. I gjennomførte møter med EPJ-leverandørene har det ikke kommet noen innsigelser til den foreslåtte strategien.

Konsekvenser for leverandører og helsevirksomheter



// NAV

Mål (hva skal oppnås, hva er situasjonen når målet er nådd?)

- Økt endringsevne for NAV (for å kunne drive utvikling og kontinuerlig forbedring av tjenestene)
- Redusert tidsbruk knyttet til utveksling av helseopplysninger for helsepersonell, ansatte i NAV og innbygger
- Bedre kvalitet på helseopplysninger til NAVs arbeid med vedtak om ytelser og oppfølging av innbygger
- Bedre ivaretagelse av innbyggers personvern ved utveksling av helseopplysninger mellom NAV og helsepersonell
- Bedre oversikt og tilbakeføring av relevant informasjon fra NAV til helsepersonell

Innspill fra tidligere behandling i rådsmodell og sektorråd

Strategien er oppe til behandling i Nasjonal rådsmodell for e-helse i Q4-2024. Ved behandling av strategien i NUFA ble det stilt spørsmål til NAV om hvordan de tenker å ivareta helsepersonells interesser under kontinuerlig utvikling. Hvordan sikre at ny funksjonalitet ikke fører til økt arbeidsmengde. Det kom forslag om et "produktråd" som jobber tett med NAV under produktutviklingen for å ivareta helsepersonells interesser.

I NUIT kom det innspill til at vi må sikre standardiseringen for å unngå manglende interoperabilitet på tvers. Det kom også opp bekymringer rundt at NAV nå bygger opp et kompetanseteam på teknologiene FHIR og SMART on FHIR, uten at dette utbygges på helsesiden. Det ble påpekt at både Helsedirektoratet og Norsk helsenett må ta et ansvar for å sikre kompetanse og interoperabilitet på tvers av helse og NAV. NUIT ga tilslutning til NAV sin strategi, med de innspill og forutsetninger som kom frem i møtet.

I Sektorrådet for prosjektet har det kommet innspill til at samarbeidsmodellen NAV foreslår bør tilpasses de ulike aktørgruppene.

Videre saksprosess

NAV og Helsedirektoratet tar med innspill inn i leveransen til AID og HOD i 2024, og i videreføringen av samarbeidsprosjektet 2025.

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Utvalg	Saksnr	Tittel på sak	Vedtak
NUIT	46/24	Forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten, NAVs strategi for gjennomføring	NUIT støtter strategien, med de innspill og forutsetninger som kom frem i møtet.
NUFA	39/24	Forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten, NAVs strategi for gjennomføring	Helsedirektoratet og NAV tar med seg innspillene videre inn i samarbeidsprosjektet med NAV-Helse

Til Møte 4/24
Dato 05.12.2024
Saksnummer 35/24
Innretning Drøfting

Sakseier Lucie Aunan
Saksbehandler Vibeke Iren Herikstad, Håkon Tverrli og Elin Høyvik Kindingstad

Fosterforeldreoppdraget - utredning av håndtering av representasjon i helsesektoren

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helseråd støtter behovet for en utredning av enhetlig håndtering av representasjon, fullmakter og pårørende i helse- og omsorgssektoren og ba om at innspill tas med i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

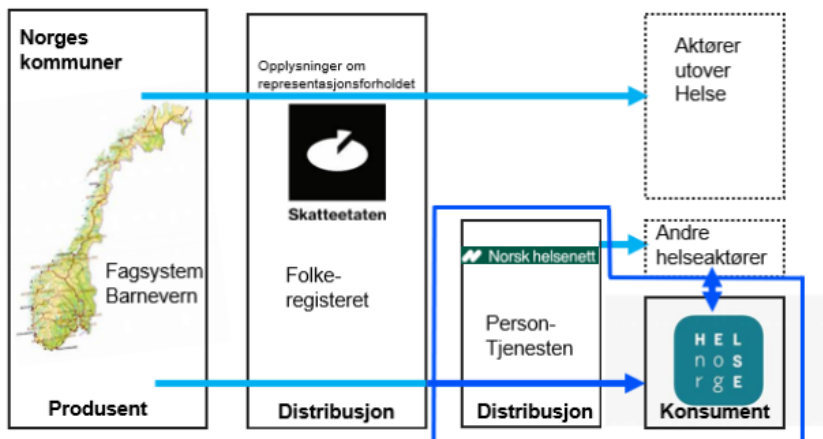
Helsedirektoratet skal som del av *fosterforeldreoppdraget* utrede behovet for og evt hvordan vi kan sikre at helsetjenesten alltid har tilgang til oppdatert informasjon om representasjonsforhold, pårørende og fullmakter, og vurdere behov for å etablere en plan for å tilgjengeliggjøre representasjonsforhold for helsepersonell.

Helsedirektoratet ønsker å informere om planlagt utredning, og ønsker innspill på innretning og behov som utredningen bør ivareta.

Bakgrunn for saken

Januar 2024 leverte Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, Skatteetaten, Helsedirektoratet og Norsk helsenett SF en felles utredning av hva som skal til for at fosterforeldre skal få tilgang til digitale tjenester på Helsenorge på vegne av barn de har omsorg for. En forutsetning for å kunne representere et fosterbarn digitalt, er at nødvendige opplysninger om representasjonsforholdet mellom fosterforelder og barnet er tilgjengelig fra en pålitelig kilde. Utredningen anbefalte at Folkeregisteret bør være den nasjonale kilden for representasjonsdata om barn. Helsetjenestens kopi av Folkeregisteret, Persontjenesten, bør være kilde for helsetjenesten. Figuren under illustrerer hvordan data om representasjon skal flyte fra barnevernssystemene, der opplysningene oppstår, via Folkeregisteret til Persontjenesten og Helsenorge.

Digital tilgang for fosterforeldre på Helsenorge



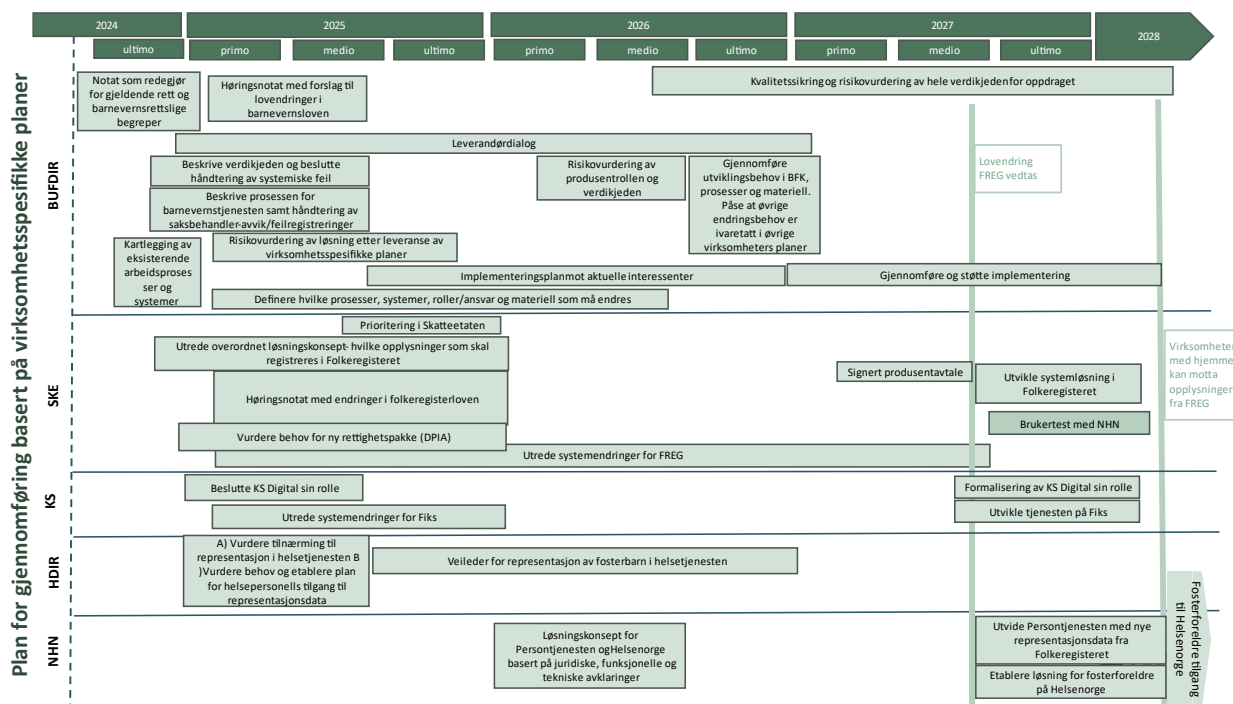
Representasjonsforhold:

- Hvem blir representert
- Hvem er representant
- Relasjonen mellom representert og representant
- Hvilket omfang har representasjonsforholdet
- Hvilken tidsperiode er representasjonsforholdet gyldig
- Hvordan påvirker representasjonsforholdet andre representasjonsforhold

Første prioritet i gjennomføringen er når barnevernet har overtatt omsorgen for barnet.

Figur 1 Overordnet løsningskisse fra fosterforeldreoppdraget. Data skal flyte fra barnevernssystemene til Folkeregisteret som deler med sine konsumenter. Prioritert pilot er fosterforeldres tilgang til Helsenorge.

Hver virksomhet som deltar i programmet, er ansvarlig for sine leveranser. Overordnet plan som ble overlevert Barne- og familiedepartementet, Finansdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet den 15.november, er skissert i figur 2.



Figur 2 Overordnet plan for fosterforeldreoppdraget. Hver virksomhet er ansvarlig for sine leveranser. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Skatteetaten, KS, Helsedirektoratet og Norsk Helsenett deltar i programmet.

Helsedirektoratet og Norsk helsenett SF representerer helsetjenesten som konsument av opplysningene om representasjon fra Folkeregisteret.

Når data om representasjon tas inn i Folkeregisteret så vil de være tilgjengelige for alle konsumenter med hjemmel. Det forventes derfor at andre sektorer vil initiere aktiviteter for å kunne gjøre seg nytte av de nye representasjonsdataene.

For helsesektoren er fosterforeldres tilgang til Helsenorge prioritert pilot. Men, NUFA og NUIT har vært tydelige på at helsepersonell har like stort behov for tilgang til representasjonsdata for å ivareta taushets- og involveringsplikt korrekt i alle møter med barn. Det er derfor ønskelig at helsesektoren gjør vurderinger av hvordan vi skal nyttiggjøre oss de nye representasjonsdataene i helsetjenesten, utover tilgangsstyring av nasjonale innbyggertjenester på Helsenorge.

Parallelt med Fosterforeldreoppdraget, skjer det flere initiativer knyttet til representasjon og fullmakter:

- Helsedirektoratet jobber med hvordan Norge skal imøtekomme krav fra Det europeiske helsedataområdet (EHDS) som i disse dager vedtas av EU-parlamentet og skal tas inn i norsk lov. Med EHDS kommer også krav om å dele representasjonsdata over landegrensene.
- Digitaliseringsdirektoratet har startet et arbeide for å se på fullmakter og representasjon i stort. Helsedirektoratet er invitert til å representere helsetjenesten i dette arbeidet.
- Det er gjennom høring varslet endringer i flere lovverk som regulerer representasjonsforhold, også innen helse. Dette gjelder blant annet [Ny barnelov - Likestilt foreldreskap og felles omsorg for barn etter samlivsbrudd - regjeringen.no](#), [Forslag til endringer i barnevernsloven mv. - regjeringen.no](#) og [Endringer i verjemålslova - heilskapleg gjennomgang - regjeringen.no](#).
- Stadig flere eldre med behov for hjelp fra helsetjenesten og fra sine nærmeste vil trolig medføre at flere vil avgi fullmakt til de pårørende og andre nære, samt at flere vil avgi forhåndsfullmakter før hjelpebehovet oppstår.

Helsedirektoratet har derfor anbefalt for Helse- og omsorgsdepartementet at vi nå bør se på hvordan vi skal håndtere representasjon, fullmakter og nærmeste pårørende i stort i helsetjenesten. Målet er at innbygger skal ha ett sted å forvalte informasjon, og at helsetjenesten bruker oppdatert informasjon og dermed er i stand til å overholde taushets- og involveringsplikt overfor pasientenes representanter og nærmeste på en korrekt måte.

Helsedirektoratet ønsker innspill på tilnærming og behov rundt enhetlig håndtering av representasjon, fullmakter og pårørende som utredningen bør ivareta. Det er også ønskelige å få kjennskap til andre initiativ i vår eller andre sektorer som utredningen bør se til og evt hensynta.

Tilbakemeldinger fra NUFA og NUIT

Omfang av fosterforeldreoppdraget for helsesektoren, har vært tema i både NUFA og NUIT i løpet av høsten. Tilbakemeldingene fra rådene var:

- Dette er et etterlengtede tjenester for en sårbar gruppe.
- Det er like viktig at helsepersonell får oppdaterte representasjonsdata i sin arbeidsflate slik at de kan overholde taushets og involveringsplikt når omsorgspersoner endres rundt barnet.
- Det er alt for lenge å vente til 2028. Er det er mulig å få til noe tidligere?
- Viktig å koble på helsetjenesten og EPJ-leverandører tidlig slik at dette kommer inn i planene for forbedring av EPJ.

- Det er bra at det foreslås å se på representasjon og fullmakter i bred kontekst og at man ser på dette i lys av arbeid med fullmakter i Digitaliseringsdirektoratet og representasjon i EHDS.

Videre saksprosess

Helsedirektoratet har i samråd med Helse og omsorgsdepartementet forpliktet seg til å utrede tilnærming til representasjon, fullmakter og pårørende i Helsetjenesten med fosterbarn som prioritert gruppe. Arbeidet vil starte så tidlig som mulig i 2025, slik at det er mulig å rekke frist for satsingsforslag dersom utredningen viser at det er nødvendig for gjennomføring av en eventuell plan.

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Saksnr	Møte og dato	Tittel på sak	Vedtak
38/24	NUFA 30.10.24	Omfang av Fosterforeldreoppdraget – Helse	NUFA drøftet saken og ba Helsedirektoratet ta med seg innspill om aktiviteter og risiko som bør håndteres som del av oppdraget.
42/24	NUIT 14.11.24	Omfang av Fosterforeldreoppdraget – Helse	NUIT støtter tiltakene som foreslås gjennomført som del av fosterforeldreoppdraget. NUIT stiller seg bak behovet for tilgang til informasjon om representasjons- og fullmakter ute i tjenesten. Helsedirektoratet tar med seg innspill fra møtet i det videre arbeidet. NUIT ber om at Helsedirektoratet tydeliggjør ovenfor departementet viktigheten om tempo av oppdraget, og at Helsedirektoratet kommer tilbake til NUIT med en oppdatering av saken.