

<b>Møte i NUFA</b>	
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)
<i>Dato</i>	26. – 27. april 2023
<i>Tid</i>	26. april kl. kl. 10.00 – 16.40 og 27. april kl. 09.00 – 14.30
<i>Sted</i>	Radisson Blu, Gardermoen
<i>Medlemmer</i>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Hans Löwe Larsen, Direktoratet for e-helse</p> <p>Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF</p> <p>Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF</p> <p>Terje Bremnes, Helse Vest RHF</p> <p>Ola Jøsendal, Helse Vest RHF</p> <p>Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF</p> <p>Kristian Onarheim, Helse Midt RHF</p> <p>Randi Brendberg, Helse Nord RHF</p> <p>Øyvind Broback, Helse Nord RHF</p> <p>Heidi Slagsvold, KS</p> <p>Egil Rasmussen, KS</p> <p>Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune</p> <p>Henrik Næss, Oslo Kommune</p> <p>Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune</p> <p>Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Sunniva Rognerud, Steinkjer Kommune</p> <p>Thore Thomassen, Helsedirektoratet</p> <p>Børge Myrlund Larsen, Helsedirektoratet</p> <p>Line Andreassen Sæle, FHI</p> <p>Mohammad Nouri Sharikabad, FHI</p> <p>Odd Martin Solem, Norsk helsenett SF</p> <p>Petter Brelin, Legeforeningen</p> <p>Gorm Braarvig, Digitaliseringsdirektoratet</p> <p>Arnfinn Aarnes, FFO</p> <p>Sverre Ur, Diabetesforbundet</p> <p>Maren Krogh, Apotekforeningen</p> <p>Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund</p> <p>Stein Olav Skrøvseth, Nasjonalt senter for e-helseforskning</p> <p>Elin Thygesen, Universitetet i Agder</p> </div> </div>

Sak	Agenda NUFA	Tidspunkt	Sakstype
	<b>Dag 1</b>		
12/23	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 25. – 26. januar 2023</b>	10:00	Godkjenning
13/23	<b>Orientering fra Direktoratet for e-helse</b>	10:10	Orientering
14/23	<b>Portaler for rapportering for helsepersonell</b>	10:15	Drøfting
15/23	<b>Informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten</b>	11:00	Drøfting
	<b>Lunsj</b>	11:30	
16/23	<b>EHDS betydning for nasjonale e-helsesatsinger</b>	12:30	Drøfting
	<b>Pause</b>	13:30	
17/23	<b>IT-infrastruktur for forskning</b>	13:45	Drøfting
18/23	<b>Målarkitektur for datadeling innen digital hjemmeoppfølging</b>	14:30	Anbefaling
	<b>Pause</b>	15:10	
19/23	<b>Helsedata – omfattende regulering og svak styring?</b>	15:25	Drøfting
20/23	<b>Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre 2023</b>	16:10	Drøfting
	<b>Slutt dag 1</b>	<b>16:40</b>	
	<b>Middag</b>	<b>18:30</b>	
	<b>Dag 2</b>		
	<b>Velkommen til dag 2</b>	09:00	
21/23	<b>Temadag – Legemiddelområdet; presentasjon av dagen</b>	09:05	Orientering
	Plan for digitalisering på legemiddelområdet	09:15	
	Data om legemiddelbruk	09:35	
	<b>Pause</b>	10:05	
	Digital legemiddelhåndtering i kommunal helse- og omsorgssektor	10:20	
	Legemiddelgrunndata / strukturert legemiddelinformasjon	10:50	
	<b>Lunsj</b>	11:30	
	Status fra Program pasientens legemiddelliste	12:30	
	Erfaring med felles legemiddelliste i Helseplattformen	12:45	
	Utprøving av PLL i Bergen	13:15	

	<b>Pause</b>	13:30	
	Erfaringer i en fastlege- og avtalespesialist perspektiv	13:45	
<b>22/23</b>	<b>Kvalitet i e-resept</b>	14:00	Drøfting
<b>23/23</b>	<b>Eventuelt</b>	14:25	
	<b>Slutt dag 2</b>	<b>14:30</b>	
<b>Sak</b>	<b>Onsdag 26. april 2023</b>		
	<b>Start dag 1</b>	<b>10:00</b>	
<b>12/23</b>	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 25. – 26. januar 2023</b>		<b>Godkjenning</b>
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 25. – 26. januar 2023.		<b>Vedlegg 1:</b> Referat NUFA 25. – 26. januar 2023
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referatet fra møtet 25. – 26. januar 2023.		
<b>13/23</b>	<b>Orientering fra Direktoratet for e-helse</b>		<b>Orientering</b>
	Direktoratet for e-helse vil orientere NUFA om aktuelle saker.		<b>Ingen toppnotat</b>
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering.		
<b>14/23</b>	<b>Portaler for rapportering for helsepersonell</b>		<b>Drøfting</b>
	Direktoratet for e-helse ønsker å legge frem for drøfting med NUFA oppdrag i tildelingsbrev for 2023 «Portaler for rapportering for helsepersonell».		<b>Vedlegg 2:</b> Toppnotat Portaler for rapportering for helsepersonell
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill fra møtet i det videre arbeidet.		
<b>15/23</b>	<b>Informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten</b>		<b>Drøfting</b>
	Direktoratet for e-helse har sammen med NAV og Helsedirektoratet fått i oppdrag om å samarbeide om forbedret informasjonsutveksling mellom helsetjenesten og NAV. Direktoratet for e-helse skal gjennomføre et forprosjekt for å anbefale hvilke samhandlingsområder som bør prioriteres og hvordan man bør innrette arbeidet med å forbedre samhandlingen.  Direktoratet for e-helse ønsker å drøfte med NUFA utfordringer, hensyn som må tas, og prioriteringer som må gjøres knyttet til dette arbeidet.		<b>Vedlegg 3:</b> Toppnotat Informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill fra møtet i det videre samarbeidsprosjektet med NAV.		
<b>16/23</b>	<b>EHDS betydning for nasjonale e-helsesatsinger</b>		<b>Drøfting</b>
	Direktoratet for e-helse ønsker å drøfte med NUFA konsekvenser og muligheter av EHDS forordningsforslaget (som skissert i dag) for den nasjonale utviklingsretningen innen primær- og sekundærbruk av helsedata.  <a href="#">Vedlegg 4A «EHDS forordningsforslaget – European Health Data Space»</a> er lenket opp til NUFA sine sider på ehelse.no her i agendaen og i toppnotatet.		<b>Vedlegg 4:</b> Toppnotat EHDS betydning for nasjonale e-helsesatsinger  <b>Vedlegg 4A:</b> EHDS forordningsforslaget –

		European Health Data Space
	<p><b>Forslag til vedtak:</b> NUFA drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med innspill fra møtet med i det videre arbeidet med å vurdere konsekvenser og muligheter av EU-kommisjonens forslag til forordning om det europeiske helsedataområde (EHDS).</p>	
<b>17/23</b>	<b>IT-infrastruktur for forskning</b>	<b>Drøfting</b>
	Nasjonalt senter for e-helseforskning ønsker å legge frem for drøfting med NUFA IT-infrastruktur for forskning i det norske e-helsefeltet.	<b>Vedlegg 5:</b> Toppnotat IT-infrastruktur for forskning
	<p><b>Forslag til vedtak:</b> NUFA diskuterte saken og ba Nasjonalt senter for e-helseforskning jobbe videre med problemstillingen i samarbeid med andre aktører iht diskusjonen i møtet.</p>	
<b>18/23</b>	<b>Målarkitektur for datadeling innen digital hjemmeoppfølging</b>	<b>Anbefaling</b>
	<p>Direktoratet for e-helse har sammen med virksomheter som er involvert i utprøving og spredning av digital hjemmeoppfølging utarbeidet en målarkitektur for hvordan datadeling kan etableres mellom virksomheter og omsorgsnivå for å understøtte sammensatte pasientforløp best mulig.</p> <p>Direktoratet søker anbefaling av målarkitekturen for datadeling innen digital hjemmeoppfølging fra NUFA.</p>	<b>Vedlegg 6:</b> Toppnotat Målarkitektur for datadeling innen digital hjemmeoppfølging
	<p><b>Forslag til vedtak:</b> NUFA drøftet saken og anbefaler å arbeide videre med utprøving og spredning av datadelingsløsninger innen DHO i tråd med løsningsmønster som er beskrevet i målarkitekturen.</p>	
<b>19/23</b>	<b>Helsedata - omfattende regulering og svak styring?</b>	<b>Drøfting</b>
	Helse Vest RHF ønsker at NUFA drøfter status for hvordan helsedata blir til, hvilke reguleringer som gjelder lagring og forvaltning av helsedata, og hvorfor det synes å være svak styring av lagring og forvaltning av helsedata.	<b>Vedlegg 7:</b> Toppnotat Helsedata – omfattende regulering og svak styring?
	<p><b>Forslag til vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering, med de innspill som kommer fram under møtet.</p>	
<b>20/23</b>	<b>Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre 2023</b>	<b>Drøfting</b>
	Direktoratet for e-helse ønsker å gi NUFA en orientering om oppdraget «Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre 2023», om hovedleveranser og involvering av sektoren.	<b>Vedlegg 8:</b> Toppnotat Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre 2023
	<p><b>Forslag til vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>	
	<b>Slutt dag 1</b>	<b>16:40</b>

Sak	Torsdag 27. april 2023	Sakstype
	<b>Start dag 2</b>	<b>09:00</b>
<b>21/23</b>	<b>Temadag – Legemiddelområdet</b>	<b>Orientering</b>
	<p>NUFA vil få en orientering om aktiviteter knyttet til Plan for digitalisering av legemiddelområdet. Det pågår flere nasjonale initiativ som vil kunne medføre behov for oppdatering av planen. NUFA vil bli orientert om status for arbeidet med tiltaksområder i planen, og veien videre for hvordan disse skal følges opp og jobbes videre med.</p> <p>Det er invitert med flere aktører til møtet som skal holde innlegg, og det er ønskelig at NUFA kommer med innspill og spørsmål til oppklaring og utdyping.</p>	<b>Vedlegg 9:</b> Toppnotat Temadag Legemiddelområdet
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering.	
<b>22/23</b>	<b>Kvalitet i e-resept</b>	<b>Drøfting</b>
	Norsk helsenett SF ønsker med denne saken å drøfte med NUFA tiltak for å bedre kvalitet i e-resept verdikjede.	<b>Vedlegg 10:</b> Toppnotat Kvalitet i e-resept
	<b>Forslag til vedtak:</b> Norsk helsenett SF tar innspillene fra NUFA til etterretning.	
<b>23/23</b>	<b>Eventuelt</b>	
	<b>Slutt dag 2</b>	<b>14:30</b>

<b>Referat fra møtet i NUFA</b>	
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)
<i>Dato</i>	25. – 26. januar 2023
<i>Tid</i>	25. januar kl. 10.00 – 16.00 og 26. januar kl. 09.00 – 14.30
<i>Sted</i>	Radisson Blu, Gardermoen
<i>Medlemmer</i>	<p>Hans Löwe Larsen, Direktoratet for e-helse            Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF            Terje Bremnes, Helse Vest RHF            Ola Jøsendal, Helse Vest RHF            Kristian Onarheim, Helse Midt RHF            Randi Brendberg, Helse Nord RHF            Egil Rasmussen, KS            Kirsti Pedersen, Oslo Kommune            Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune (dag 2)            Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune            Sunniva Rognerud, Steinkjer Kommune            Børge Myrland Larsen, Helsedirektoratet</p> <p>Line Andreassen Sæle, FHI            Mohammad Nouri Sharikabad, FHI (dag 1)            Petter Brelin, Legeforeningen            Gorm Braarvig,            Digitaliseringsdirektoratet            Arnfinn Aarnes, FFO (dag 1)            Sverre Ur, Diabetesforbundet            Maren Krogh, Apotekforeningen            Stein Olav Skrvøseth, Nasjonalt senter for e-helseforskning            Elin Thygesen, Universitetet i Agder</p>
<i>Ikke til stede</i>	<p>Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF            Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF            Øyvind Broback, Helse Nord RHF            Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune            Heidi Slagsvold, KS            Ann-Kristin Smilden, Bærum kommune (dag 1)</p> <p>Thore Thomassen, Helsedirektoratet            Mohammad Nouri Sharikabad, FHI (dag 2)            Odd Martin Solem, Norsk helsenett SF            Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund            Arnfinn Aarnes, FFO (dag 2)</p>
<i>Stedfortreder</i>	<p>Lars Henrik Hegrenæs for Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF            Øystein Berg-Sletteng for Øyvind Broback, Helse Nord RHF            Stig Petter Hansen for Thore Thomassen, Helsedirektoratet            Ronny Holten Olsen for Odd Martin Solem, Norsk helsenett SF, dag 1            Bodil Rabben for Odd Martin Solem, Norsk helsenett SF, dag 2</p>
Direktoratet for e-helse	<p>Lucie Aunan (dag 1)            Siv Ingebrigtsen (dag 1)            Elin Høyvik Kindingstad</p> <p>Vibeke Jonassen Wang            Karen Lima</p>

<b>Sak</b>	<b>Tema</b>	<b>Sakstype</b>
	<b>Dag 1</b>	
1/23	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 26. – 27. oktober 2022	Godkjenning
2/23	Direktoratet for e-helse ved Mariann Hornnes orienterer	Orientering
3/23	Revidert mandat for Standardiseringsutvalget for internasjonale e-helsestandarder	Orientering
4/23	Styrke normeringskraften	Drøfting
5/23	Målindikatorer i Plan for realisering av Nasjonal e-helsestrategi	Drøfting
6/23	EPJ-løftet: Situasjonsbeskrivelse og tiltak for økt gjennomføringskraft	Drøfting
7/23	Utviklingstrekk og e-helsetrender	Drøfting
8/23	Helsekort for gravide	Drøfting
9/23	Evalueringsprosjektet av NUFA	Drøfting
	<b>Dag 2</b>	
10/23	Fagdag innbyggertjenester	Drøfting
11/23	Eventuelt	

Sak	Onsdag 25. januar 2023
1/23	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møtet i NUFA 26. – 27. oktober 2022</b>
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 26. – 27. oktober 2022.
	<b>Vedtak:</b> NUFA godkjente innkalling og dagsorden. NUFA godkjente referatet fra 26. – 27. oktober 2022.
2/23	<b>Direktoratet for e-helse ved Mariann Hornnes orienterer</b>
	Mariann Hornnes, Direktoratet for e-helse, orienterte om aktuelle saker: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nasjonal e-helsestrategi</li> <li>2. Regjeringens overordnede mål for helse- og omsorgspolitikken</li> <li>3. Aktuelle oppdrag fra tildelingsbrevet 2023</li> <li>4. Internasjonalt samarbeid</li> <li>5. Helsedata</li> <li>6. Helseteknologiordningen</li> <li>7. Internasjonale standarder</li> </ol> <p><b>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det ble stilt spørsmål om konsekvensene ved avvikling av helseanalyseplattformen. Direktoratet for e-helse svarte at det måtte avvikes på grunn av tekniske, juridiske og økonomiske årsaker. Direktoratet for e-helse ser på gjenbruk av blant annet data- og analysetjenester fra universitets- og høgskolesektoren. Dette er i tråd med føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet om å prioritere gjenbruk av eksisterende løsninger.</li> <li>• Det er viktig å fortsatt arbeide for regelverksendringer ettersom dagens regelverk oppleves rigid og teknisk detaljert. Direktoratet for e-helse støttet det og ønsker å være tydelige overfor Helse- og omsorgsdepartementet om behovet. Imidlertid tar det lang tid å utvikle regelverk, og man må være presis på behovet, så det er viktig å også utfordre seg selv på å realisere løsninger innenfor det rammeverket vi har.</li> <li>• Det ble stilt spørsmål om hva Direktoratet for e-helse tenker om harmonisering av regelverket opp mot European Health Data Space (EHDS). Direktoratet for e-helse svarte at på nasjonalt nivå må vi se på konsekvensene av EHDS og identifisere nødvendige tiltak i sektoren. Den enkelte aktør må starte nødvendig arbeid for å oppnå egen forståelse, slik at man er forberedt på å gjennomføre nødvendige tiltak når de blir pålagt gjennom EU-direktiv.</li> </ul>
	<b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering.
3/23	<b>Revidert mandat for Standardiseringsutvalget for internasjonale e-helsestandarder</b>
	Georg Ranhoff, Direktoratet for e-helse, orienterte NUFA om revidert mandat for Standardiseringsutvalget. <p><b>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det ble stilt spørsmål om hvordan dialogen med aktørene i sektoren var rundt dette arbeidet. Direktoratet for e-helse svarte at de arbeider for at sakene skal komme fra aktørene i sektoren. Målet er å kunne løfte det som skjer internasjonalt og dele det nasjonalt.</li> </ul>
	<b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering
4/23	<b>Styrke normeringskraften</b>
	Direktoratet for e-helse har identifisert det å styrke normeringskraften som et viktig satsningsområde. Oppgaven har høy prioritet og er etterspurt av både sektor og Helse- og omsorgsdepartementet.

	<p>Georg Ranhoff, Direktoratet for e-helse, presenterte arbeidet for NUFA og ønsket innspill om hvordan normeringskraften bør styrkes og hvordan sektoren skal involveres i arbeidet.</p> <p><b>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det ble stilt spørsmål om dette arbeidet var knyttet opp til strategien. Direktoratet for e-helse svarte at det er knyttet til strategien og hovedsakelig til mål 5.</li> <li>• Det kom innspill fra flere om at dette arbeidet er viktig og det ble uttrykt støtte til at det settes trykk på normeringsarbeidet.</li> <li>• I de tilfellene hvor det er viktig at aktørene bruker fellesløsninger må en ta i bruk normering for å lykkes med det. Enkelte fellesløsninger fungerer best når alle aktørene er på.</li> <li>• Det er krevende å normere noe som er i utvikling. Normering bør skje på områder som er stabile. Det er også avgjørende at aktører som har kompetanse må ha innflytelse på beslutningen om hva som skal være normen.</li> <li>• Det oppleves stor støtte i sektoren når man kommer til det øverste nivået på normeringsskalaen, men det er tidkrevende å få på plass en obligatorisk standard. Det er ønskelig at normeringsarbeidet går enda fortere, og at en beveger seg mot høyre på normeringsskalaen.</li> <li>• Det er mange kommuner som ønsker å tilfredsstille kravene, men leverandørene er ikke alltid klare. Det kom innspill om å lage en sertifiseringsordning.</li> <li>• Det ble stilt spørsmål om forholdet mellom normeringsprosessen og EHDS og om standarder fra EU blir obligatoriske med en gang standardene kommer i forskrift. Direktoratet for e-helse svarte at internasjonale standarder allerede er normert, og kan komme i forskrift. Det er viktig å ta de i bruk tidlig, så man er mest mulig klar når de ev. kommer i forskrift.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA har drøftet skisserte aktiviteter/tiltak og innspillene fra NUFA tas med inn i arbeidet knyttet til styrking av normeringskraften.</p>
5/23	<p><b>Målindikatorer i Plan for realisering av Nasjonal e-helsestrategi</b></p>
	<p>Nasjonal e-helsestrategi har fem strategiske målområder som skal sette retning for hvor sektoren skal prioritere sin innsats fremover. For hvert mål finnes det målindikatorer, som bidrar til en ytterligere beskrivelse av hva som ønskes oppnådd per mål.</p> <p>Anne Greibrokk, Direktoratet for e-helse, presenterte saken i møtet og ønsket innspill fra NUFA på hvordan vi i større grad kan måle effekter og gevinster.</p> <p><b>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NUFA ga tilbakemelding om at dette er gode målindikatorer.</li> <li>• Ved bruk av helsedata til kvalitetsforbedring vil en utvidelse av helseregistrene være til en stor forbedring.</li> <li>• Helsedata er mer enn registre. Det er interessant å legge det ut til forskning.</li> <li>• Universitetet i Agder har mye kunnskap rundt kvalitative metoder og innbyggers erfaringer og vil gjerne bidra.</li> <li>• Et stort forbruk er ikke alltid utelukkende positivt. Det kan også være et uttrykk for at tjenester er lette å ta i bruk og belaster helsetjenesten for mye.</li> <li>• Det er ønskelig med en målindikator på hvor mange helseregistre som har sanntidsinnrapportering.</li> <li>• Det er behov for en felles forståelse av hva digital hjemmeoppfølging er. Digital hjemmeoppfølging er muligheten til å yte helsehjelp uten å møtes fysisk.</li> <li>• Noen av dataene helsepersonell blir pålagt å innrapportere til helseregistrene er forskerinitiert.</li> <li>• Det er behov for målindikatorer som måler om arbeidet som gjøres fører til effektivisering.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er viktig å få på plass målindikatorer for å måle tilgang til fleksible løsninger for de som ikke er digitale eller kun delvis digitale. Videre kunne det være interessant å måle hvordan helsepersonell opplever helheten av de digitale systemene.</li> <li>• Effekt kan måles overordnet nasjonalt, mens nytten skjer gjennom gevinstarbeid i sektor. Det er viktig å ha ambisjon om å harmonisere dette med gevinstarbeidet i sektor.</li> <li>• Det er ønskelig med en målindikator som måler hvordan vi leverer på det som er realisert.</li> <li>• Det er viktig å være tydelig på målgrupper for måleindikatorene. Det ble stilt spørsmål om man kan måle nytten av for eksempel helsenorge.no gjennom å måle hvor mange som fikk gjort det de skulle på nettsidene. Når det gjelder Clinician burden kunne man målt andel tid man bruker på maskinen som kunne ha vært brukt på helsehjelp.</li> <li>• Det ble stilt spørsmål om man kan måle bærekraft. Målinger viser at Norge yter helsehjelp på toppnivå, men ressursbruken er veldig høy.</li> <li>• Det bør vurderes om indikatorer brukt i resultatbasert finansiering (RBF) kan gjenbrukes som KPIer i Plan for realisering av Nasjonal e-helsestrategi.</li> <li>• Indikatorer må konkretiseres nærmere og det bør lages en definisjonskatalog som er presis på hvordan indikatoren måles, datakilder og hvem som er ansvarlig for måling.</li> <li>• Det bør tilstrebes å vise kobling til styringsdata i sektor.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA drøftet målindikatorer og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill fra møtet i det videre arbeidet med målindikatorer i Plan for realisering.</p>
6/23	<p><b>EPJ-løftet: Situasjonsbeskrivelse og tiltak for økt gjennomføringskraft</b></p>
	<p>Ørjan Stene, Direktoratet for e-helse, orienterte NUFA om utviklingstrekk og situasjonen for EPJ-løftet som allmennlegetjenestens virkemiddel for løpende modernisering av sine journalsystem. Det var videre ønskelig å få innspill fra NUFA til mulige tiltak for økt gjennomføringskraft.</p> <p><b>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EPJ-løftet fikk gode tilbakemelding fra NUFA. Det er blitt gjort et godt stykke arbeid som har gitt betydelige forbedringer med få ressurser.</li> <li>• Ved å samles rundt EPJ-løftet så øker bevisstheten blant fastlegene om hva de har behov for. Det blir en mer harmonisert utvikling. Videre står denne gruppen ovenfor store utviklingsbehov hvor vi må ha en koordinerende instans.</li> <li>• En bør vurdere å konsentrere seg om noen utvalgte utviklingsløp når en har få ressurser. Det er viktig med en koordinerende instans.</li> <li>• FHI informerte om at de har invitert Legeforeningen for å se på registre og rapportering. Videre inviterte også FHI Direktoratet for e-helse til å ta del i samhandlingen deres med Legeforeningen.</li> <li>• Noen nye og mindre legekontorsystemer klarer ikke å dekke alt. Et alternativ er å jobbe med sertifisering. Systemer som ikke fyller visse krav, bør ikke kunne brukes i helsetjenesten.</li> <li>• Det er viktig å avdekke hvor skoen trykker, for å få til mer fremover. Et forhold det også er viktig å se til er leverandørens evner og vilje ved for eksempel migrering av data mellom virksomheter. Det er viktig å se på standarder og krav.</li> <li>• Det ble stilt spørsmål om hvilke roller EPJ-løftet ivaretar. Det kan oppleves veldig nært operativt nivå. Kanskje det bør plasseres mer på et strategisk nivå. Eventuelt å fase EPJ-løftet mer inn i direktoratsrollen og på et mer strategisk nivå, uten å miste den koordinerende rollen.</li> <li>• Hvis en skal se kritisk på EPJ-løftet så må en komme opp med et alternativ.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b></p>



	NUFA drøftet EPJ-løftets utvikling og situasjon og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.
<b>7/23</b>	<b>Utviklingstrekk og e-helsetrender</b>
	<p>Roymond Olsen, Direktoratet for e-helse, ønsket å diskutere med NUFA utviklingstrekk, trender og hva som rører seg i omverdenen som kan påvirke beslutningstagere og aktører i helse- og omsorgssektoren i tiden fremover. Bakgrunnen for diskusjonen er 0.95-versjon av utviklingstrekkrapporten som direktoratet publiserer i april 2023.</p> <p><b>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innbygger har fått et ansvar staten burde hatt knyttet til samtykkekompetanse. Det å være tydelig på hva staten sin rolle er i dette blir viktig å få frem.</li> <li>• Innbygger må gjøre mer selv. Oppgavene som i dag ligger på helsepersonellet og som skal over på innbygger er svært få. Det finnes ingen unødvendige konsultasjoner, men vi er ikke i stand til å manøvrere det slik at digitalisering effektiviserer helsetjenesten.</li> <li>• En ting det er skrevet lite om er problemstillingen knyttet til at flere innbyggere ikke er i stand til å gjøre mer selv, og mangler digital kompetanse.</li> <li>• Når innbygger skal gjøre mer selv, som for eksempel ved digital hjemmeoppfølging, da må sektor ha et helt annet fokus på digital sikkerhet.</li> <li>• Digitalisering gir mer press på helsetjenesten. Det hadde vært interessant å se tall på om helsetjenesten faktisk blir mer effektiv av digitaliseringen.</li> <li>• Det er usikkerhet knyttet til om digitalisering og e-helseløsninger kan bidra i stort til de manuelle oppgavene der ute. Det er noe å hente der, men vi må være bevisste på hva vi ønsker og hva vi får. Vi må nok kunne akseptere en noe lavere sikkerhet blant annet.</li> <li>• Positive tanker er også viktig. Tenke mer løsningsbeskrivelse og ikke kun problembeskrivelse.</li> <li>• Det at mange som jobber i helsetjenesten kommer fra andre land var savnet i trendkortene. Det er nå en trend, endringen i befolkningen. Noe som også kan skape utfordringer i digitale løsninger.</li> <li>• Helsesektoren må bli flinkere til å fortelle om at vi jobber med helsetjenester. Vi risikerer at helsetjenesten gjør noe som er veldig riktig, for så å falle bort på grunn av manglende finansering.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA drøftet spørsmål knyttet til utviklingstrekk og e-helsetrender og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
<b>8/23</b>	<b>Helsekort for gravide</b>
	<p>Direktoratet for e-helse har ved tilleggsoppdrag nr. 11 for 2022 fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å foreta en ny vurdering av aktuelle alternativer for realisering av elektronisk helsekort for gravide.</p> <p>Hans Löwe Larsen, Direktoratet for e-helse, presenterte saken i møtet og ønsket innspill fra NUFA på hva sektor og nasjonale aktører bør følge opp, og hva de bør ha av tiltak for å støtte en stegvis realisering av elektronisk helsekort for gravide.</p> <p><b>Følgende innspill og spørsmål ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NUFA mener dette er et positivt og viktig arbeid som må løses. Dette er noe befolkningen forventer er digitalisert.</li> <li>• Det ble bekreftet at dette er noe mer enn strøm på papir. Målsettingen er å bygge videre på nasjonale løsninger så langt som mulig.</li> <li>• En stegvis innføring kan medføre at enkelte aktører innenfor helsetjenesten må være villig til å ta en ekstra belastning underveis.</li> <li>• Det ble stilt spørsmål om muligheten for at den gravide kan oppdatere sine egne opplysninger. Direktoratet for e-helse svarte at det faglige miljøet stiller seg usikker til hvordan det skal gjøres i første omgang. Men det er diskusjoner som pågår.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direktoratet for e-helse ønsket å minne om at det er økonomisk trange tider, og det kan være krevende å få finansiering til dette. Det som står øverst på prioriteringslisten er pasientens legemiddelliste og digital samhandling. Dette kan ikke konkurrere med de planene, men det kan være et mål å implementere det inn i programmene.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill fra møtet i det videre arbeidet.</p>
<b>9/23</b>	<b>Evaluering av NUFA</b>
	<p>Direktoratet for e-helse ønsket å drøfte med NUFA innspill meldt inn av medlemmene til tema på fremtidige møter i NUFA, samt drøfte hvordan innholdet i møtene skal bli best mulig relevante for alle. Videre var det ønskelig å drøfte tilbakemeldinger som er meldt inn av medlemmene på forbedringer av NUFA som arena.</p> <p>Hans Löwe Larsen, Direktoratet for e-helse, presenterte saken i møtet.</p> <p><b>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>NUFA var positive til at flere aktører tar ansvar for saker og fagdager i møtene. Direktoratet for e-helse kan med fordel gi ut klare bestillinger hvor aktørene får en tildelt tid i et møte.</li> <li>Flere i NUFA var positive til å ha et møte i året et annet sted enn på Gardermoen.</li> <li>Det kom forslag til å ha en leverandørdag i NUFA. Få leverandørene til å fortelle om hvordan det er å være e-helseleverandør i dag.</li> <li>Det er ønskelig å få en status og gjennomgang av de store nasjonale prosjektene, slik at vi får en felles virkelighetsforståelse.</li> <li>Flere av medlemmene ga uttrykk for at de bringer informasjon etter møtene tilbake i sine organisasjoner.</li> <li>Det ble kommentert at det er ønskelig med enda kortere saksunderlag, mer spisset.</li> </ul>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med seg innspill fra møtet i det videre arbeidet.</p>
	<b>Slutt dag 1</b>

<b>Sak</b>	<b>Torsdag 26. januar 2023</b>
<b>10/23</b>	<b>Fagdag innbyggertjenester</b>
	<p>Til fagdagen om innbyggertjenester inviterte Direktoratet for e-helse flere aktører for å gi NUFA god innsikt i innbyggers behov i møte med helse- og omsorgssektoren. Det var ønskelig å få NUFA sine innspill til hvordan sektor bør jobbe for å nå målene i nasjonal e-helsestrategi, spesielt mål 1: Aktiv deltakelse i egen og næres helse.</p> <p>Det vises til sakspapirene og presentasjonene som ligger på <a href="https://www.ehelse.no">NUFA sine sider på ehelse.no</a> for informasjon om det som ble presentert i møtet. Innspillene som kom inn i møtet gjengis under her til hver del av fagdagen.</p> <p><b>Del 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nasjonal e-helsestrategi Mål 1, <i>Inger Anette Finrud – Direktoratet for e-helse</i></li> <li>Alle kan ikke være aktive pasienter: 100.000 har demens, <i>Mina Gerhardsen – Nasjonalforeningen for folkehelsen</i></li> <li>Ung.no på vei til å bli voksen, <i>Bård Olesen – Helsedirektoratet</i></li> <li>Digital helsekompetanse i en tid med rask digitalisering av helsetjenester, <i>Christopher Le – Helsedirektoratet</i></li> <li>Eldre er ofte utrygge i møte med digitale helsetjenester, <i>Kristin Ruud – Seniornett</i></li> </ul>

**Refleksjon og innspill fra NUFA:**

- Utdanningsdirektoratet var savnet inn i DIGI-UNG programmet. HelseDirektoratet bekreftet at Utdanningsdirektoratet nå skal inn i prosjektet.
- Det ble stilt spørsmål om det er en god geografisk spredning på deltakerne i ungdomspanelet til DIGI-UNG programmet. HelseDirektoratet svarte at det er god geografisk spredning, i tillegg til en god fordeling på kjønn. Det jobbes hele tiden med å utvikle tjenesten for å få flere unge til å bruke ung.no.
- Det ble reflektert over at det offentlige ikke alltid lykkes med å nå ut med informasjon til innbygger om de gode tjenestene. Her må aktørene i sektor hjelpe hverandre med å informere om de ulike tjenestene. Gode samarbeid er viktig. Samtidig har avsender et ansvar for at mottakeren forstår og finner informasjonen.
- Brukerinnsikt og brukertesting ble trukket frem som viktige elementer i å få frem de gode tjenestene for innbygger. Enhver tjeneste må testes på de som faktisk skal bruke det.
- Forskning har vist at den kognitive evnen synker og at vi derfor må innse at vi nok ikke kan lage digitale løsninger for alle.
- Det ble kommentert at uansett hvor digital innbygger er så blir de mindre digitale med årene. Samfunnet har mye å tjene på at det skjæringspunktet flyttes så langt opp som mulig.
- Det ble stilt spørsmål om Seniornett og fordelingen mellom kvinner og menn. Det ble svart ut at 70% av brukerne er kvinner og 30% menn. Videre påpekte representanten fra Seniornett at oppmuntring i denne aldergruppen er viktig, ikke tvang. Eldre sliter med å se det positive og til tider det artige med digitale verktøy.
- Det kom innspill om at en bør tenke på digitalisering i et livsløpsperspektiv. Flere innbyggere kan være inne og ute som digital kompetent i ulike perioder av livet. Innbygger kan være indisponert i perioder og trenge hjelp. Dette er noe som må være fleksibelt i løsningene.

**Del 2:**

- Prinsipper for innbyggertjenester, *Inger Anette Finrud – Direktoratet for e-helse*
- Hvordan legger Norsk helsenett SF til rette for etterlevelse av prinsippene, *Nina Linn Skou Ulstein – Norsk helsenett SF*

**Refleksjon og innspill fra NUFA:**

- Prinsippene for innbyggertjenester fikk gode tilbakemeldinger i NUFA. Dette har flere i sektoren ventet på. Prinsippene blir blant annet brukt som forbilde for høyt innbyggerfokus i Digitaliseringsdirektoratet.
- Det ble stilt spørsmål om prinsippene for innbyggertjenester er et normerende produkt. Direktoratet for e-helse svarte at det er på et strategisk veiledernivå, men at det jobbes med å ta det videre som et normerende produkt.
- Det ble påpekt viktigheten av at sykehusene og primærhelsetjenesten bruker de samme informasjonskildene ved bruk av Helsenorge.
- Sektor er opptatt av dataflyt, samtidig må vi også sette søkelyset på informasjonsflyt. Når vi får innrapporterte data, bør den kunne gjøres tilgjengelig for andre.
- Nasjonalt senter for e-helseforskning har gjennomført en undersøkelse om Helsenorge. Signalene viser at det som er mest etterspurt er innsyn i journal fra fastlegen.
- Apotekforeningen etterspør en løsning for fullmakt for utlevering av reseptbelagte legemidler for innbygger på Helsenorge. Direktoratet for e-helse svarte at dette er en ønsket løsning, og de ønsker å se nærmere på denne utfordringen og mulige løsninger. Behovet er lagt inn i strategisk områdeplan for legemiddelområdet.
- Det ble spurt om hvordan relasjonen mellom felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten og koblingen til Helsenorge er. Norsk helsenett SF svarte at

	det er noe utveksling av informasjon fra felles nettløsning til sykehusene. En del informasjon om sykdommer ligger på Helsenorger, men informasjon på behandlingen ligger på felles nettløsning.
	<b>Vedtak:</b> Innspill fra NUFA tas med i det videre arbeidet med konkretisering av mål og planer for å nå ambisjonene i mål 1 i Nasjonal e-helsestrategi.
<b>11/23</b>	<b>Eventuelt</b>
	Det kom ingen saker til eventuelt.
	<b>Slutt dag 2</b>

Til Møte 2/23  
Dato 26.04.2023  
Saksnummer 14/23  
Innretning Drøfting

Fra Lucie Aunan  
Saksbehandler Merete Lassen

## Portaler for rapportering for helsepersonell

### Forslag til vedtak

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

### Hensikt med saken

Det er ønskelig å få innspill på følgende fra representantene i NUFA:

- Hva er viktig å hensynta i arbeidet med denne problemstillingen?
- Funn så langt, er sentrale problemstillinger og utfordringsbildet gjenkjennelig? Er det noe dere ønsker å tilføre?
- Er det noe spesielt vi bør hensynta i den videre prosessen?

### Bakgrunn

Det er i dag ingen omforent løsning for digital informasjonsutveksling mellom helsepersonell og den sentrale helseforvaltningen eller andre myndighetsorganer. Dette har medført ulike portaler og løsninger for registrering og rapportering av data som fastlegene og annet helsepersonell må forholde seg til ved siden av journalløsningen. Informasjonsflyten fremstår som uoversiktlig, kompleks og innebærer en u hensiktsmessig arbeidsbyrde. Konsekvensene ble tydeligere under koronapandemien, da det i denne perioden ble etablert ytterligere løsninger.

Tilbakemeldingene fra helsepersonell er at de ulike digitale løsningene samlet gir en fragmentert brukeropplevelse. Legene må logge inn og ut av ulike eksterne portaler, det benyttes ulike påloggingsmetoder, det er forskjellige brukergrensesnitt og det er ulik grad av integrasjon med EPJ-systemene, nasjonale fellesløsninger og sentrale registre. Resultatet er at de samme opplysninger må registreres flere ganger noe som er tidkrevende og som gir risiko for feilregistreringer og redusert datakvalitet.

Det er et mål å redusere rapporteringsbyrden fra helsepersonell til myndighetene, forenkle informasjonsutvekslingen, og skape tydeligere rammer for leverandørene.

Direktoratet for e-helse fikk i tildelingsbrev for 2022 i oppdrag å etablere en problembeskrivelse og kartlegge omfanget av portaler som leger må logge på for å avgi informasjon til andre som ikke er en del av helsehjelpen. Det ble tidlig i 2022 søkt om midler fra StimuLab-ordningen i Digdir til å gjennomføre et tjenesteinnovasjons-rettet prosjekt. Tiltaket har som mål å komme opp med konsepter og anbefalinger for

hvordan informasjonsutvekslingen mellom fastlegene og myndighetene kan forbedres slik at legene får en enklere og mer effektiv arbeidshverdag. Som en forberedelse til oppstart av StimuLab-prosjektet ble det utarbeidet en kunnskapsoppsummering høsten 2022 der portaler og løsninger som brukes i informasjonsutvekslingen og rapporteringen til myndighetene ble kartlagt.

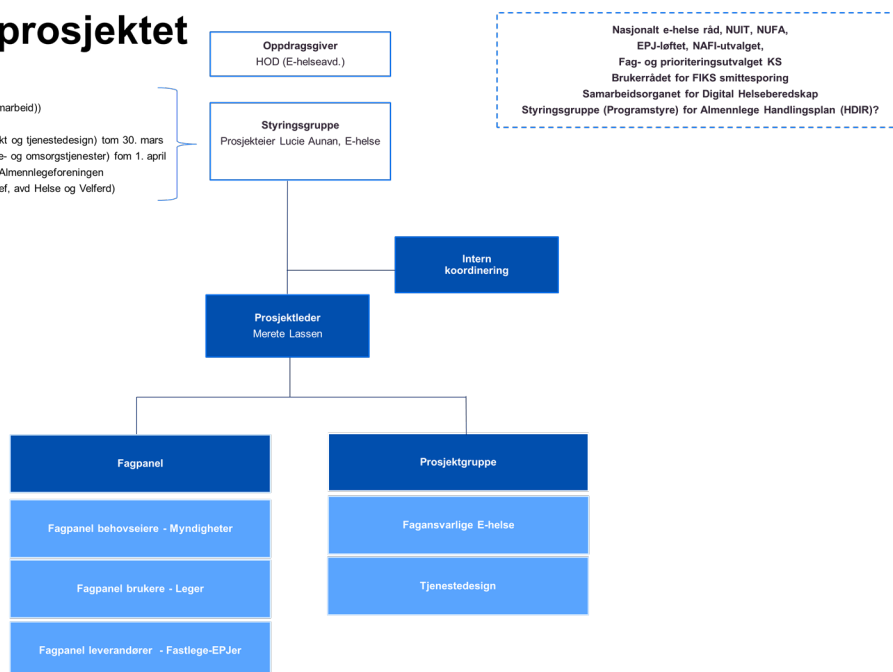
I tildelingsbrev for 2023 fikk E-helse i oppdrag å bygge på arbeidet fra 2022 og komme opp med anbefalinger for hvordan denne type informasjonsutveksling bør håndteres fremover. StimuLab prosessen vil ha et særskilt fokus på fastlegenes situasjon og gjennomføres i 2023. Frist for oppdraget er 1. november 2023.

For å ivareta ulike perspektiver og behov er det etablert 3 fagpanel med representanter fra sektoren. Det er også etablert en styringsgruppe der Legeforeningen, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, KS og Norsk helsenett er invitert.

## Organisering av prosjektet

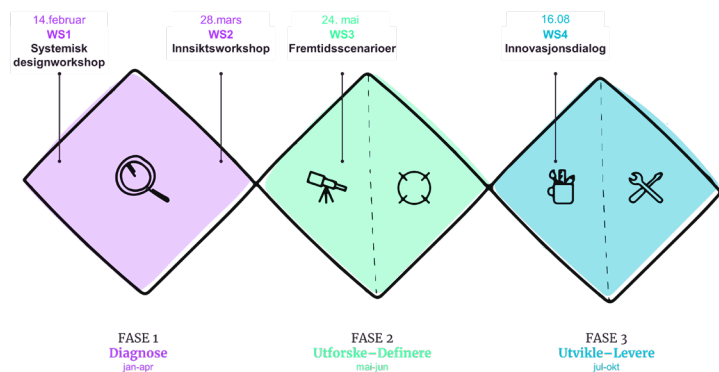
### Representanter i styringsgruppen:

Direktoratet for e-helse, Norunn Elin Saure (Avd.dir. utredning og samarbeid)  
 Folkehelseinstituttet, Roger Schaffer (Fagdirektør digitalisering)  
 Helsedirektoratet, Morten Fronth-Andersen (Avdelingsdirektør prosjekt og tjenstedesign) tom 30. mars  
 Helsedirektoratet, Liv Heidi Brattås Remo (Avd.dir. Kommunale Helse- og omsorgstjenester) fom 1. april  
 Den norske legeforening, Nils Kristian Klev (Visepresident og leder i Allmennlegeforeningen  
 Kommunenes sentralorganisasjon, Hege Lorentzen (Medisinsk fagsjef, avd Helse og Velferd)  
 Norsk Helsenett?



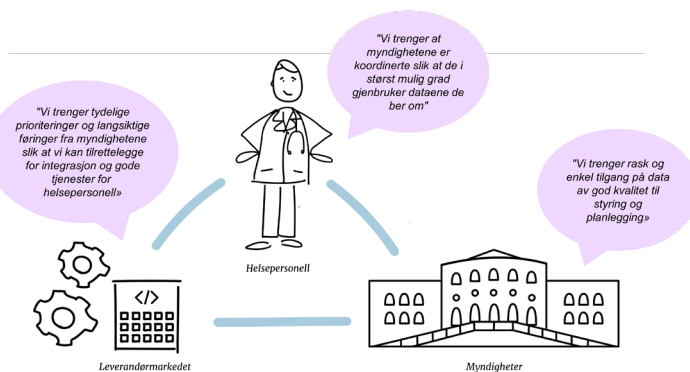
### Foreløpige funn

Prosjektet benytter den triple diamant som metodikk i arbeidet og er nå i ferd med å avslutte den første diamanten som er diagnosefasen. I denne fasen har hovedmålet vært å etablere en felles forståelse for problemkomplekset rundt det å dele og motta helseopplysninger sett fra de ulike aktørenes perspektiv og utforske hvordan forskjellige behov påvirker hverandre.



Fra denne første fasen har vi gjort funn som viser at det er store forskjeller i behovene til de ulike aktørgruppene, noe som også gjenspeiler seg i problemkomplekset illustrert under:

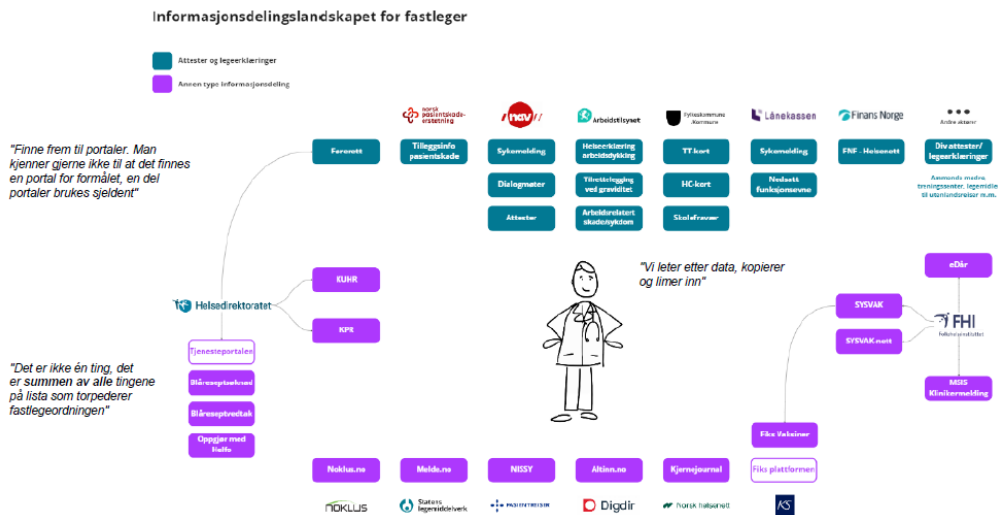
### Ulike behov er bakgrunnen for problemkomplekset





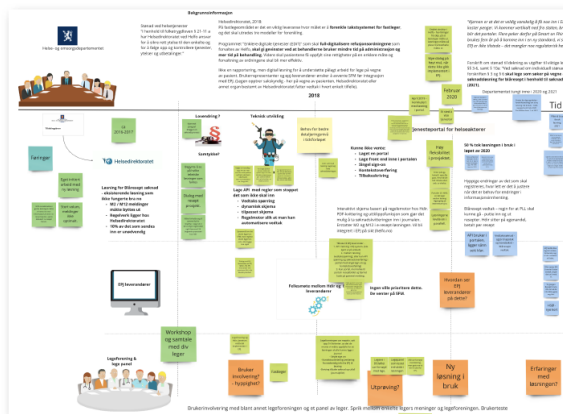
**Funn fra fastleger:**

*"Det blir flere og flere som ber om informasjon av oss. Vi står med ryggen mot veggen og bare fektek og fektek og får stadig flere oppgaver. Vi savner en kvalifiseringsprosess som verner om fastlegene".*



**Funn fra myndigheter:**

- Manglende styring fra HOD og koordinering av oppdrag på tvers av virksomhetene
- Korte tidsfrister på oppdrag og behov for raske endringer i datainnhenting gjør integrasjon med EPJ/samarbeid med andre aktører spesielt krevende.
- Opplever manglende prioritering på utvikling fra EPJ-leverandører.
- Opplevde juridiske barrierer (spesielt GDPR) og spørsmål om databehandleransvar gjør det tyngre å utvikle.
- Vanskelig å sørge for ibruktakelse pga manglende mulighet til å pålegge bruk av portalene.
- Portaler har større endringskraft - ikke avhengig av EPJ leverandørene for å gjøre tilpasninger.



## Funn fra EPJ leverandører:

- Blir ikke involvert tidlig i valg av teknisk løsning
- Myndighetene er ikke koordinert, f.eks. etableres det ulike portalløsninger
- Myndighetene tar valg basert på "hva er lavest kostnad for meg nå"
- E-helse har noen føringer for hvordan det ønskes at løsninger skal lages, men de nasjonale e-helseløsningene følger ikke alltid disse
- Hvis myndighetene hadde fulgt egne krav/retningslinjer, så hadde kanskje ikke leverandørinvolvering vært så viktig.
- Samfunnsøkonomisk er det ikke hensiktsmessig å gå for ulike API-varianter og leverandører ender da opp med lenke til portaler
- Leverandørene trenger gjenbruk av samme tekniske løsninger på tvers av ulike myndigheter.



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

## Videre saksprosess

I neste fase skal, mai-juni, skal vi jobbe med fremtidsscenarioer og mulighetsrommet, og i siste fase over sommeren vil fokus være på å komme opp med tiltak og anbefalinger som skal bidra til en lettere arbeidshverdag for legene.

Til Møte 2/23  
Dato 26.04.2023  
Saksnummer 15/23  
Innretning Drøfting

Fra Norunn Elin Saure  
Saksbehandler Henrik Linnestad

## Informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten

### Forslag til vedtak

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

### Hensikt med saken

Det er ønskelig å få innspill på følgende fra representantene i NUFA:

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

### Bakgrunn

Det foregår en omfattende utveksling av helseopplysninger mellom helsetjenesten og NAV, både i forbindelse med saksbehandling knyttet til søknad om konkrete ytelser og i forbindelse med oppfølging av brukere. Betydelige mengder informasjon må tilgjengeliggjøres fra helsepersonell og brukerne selv til NAV. Dette innebærer en betydelig arbeidsbelastning for helsesektoren, ikke minst for fastlegene.

NAV fikk i oktober 2020 et oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet om å gjennomgå attester og erklæring som fastleger utsteder for Arbeids- og velferdsetaten, herunder å vurdere om attester og erklæringer kan tas bort eller forenkles, og om helsedata som foreligger kan gjenbrukes. [NAV's rapport fra oppdraget \(2021\)](#) viser at sykmelding og legeerklæring ved arbeidsuførhet representerer 94% av mengden skjemaer med helseopplysninger som fastlegene sender til NAV. Det kommer frem at både fastlegene og NAV ser et stort potensial for å forbedre informasjonsutvekslingen sett under ett. Forbedringene forutsetter ikke bare digitalisering og modernisering av løsninger, men vel så mye endringer i hvordan informasjonsinnhenting gjennomføres, herunder prosessen for dialog og samhandling. Rapporten konkluderer med at det ikke vil være mulig å utløse større gevinster på området uten å endre selve metoden for informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten.

Rapporten anbefaler blant annet at:

- NAV etablerer en ny plattform for informasjonsutveksling mellom NAV og helsepersonell, siden dette vurderes som en forutsetning for å kunne øke hastigheten på digitaliseringsarbeidet
- det etableres en større satsing i samarbeid med helsesektoren for å teste ut den nye plattformen
- løsningen skal følge relevant normering fra Direktoratet for e-helse, og derfor benytte FHIR som standard og vurdere SMART on FHIR som integrasjonsrammeverk
- myndigheter og etater samordner sine behov for utvikling hos EPJ-leverandørene
- ansvarsforhold og finansiering utredes før initiativer settes i gang

Det er i 2023 gitt likelydende oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) til NAV, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse om å samarbeide om forbedret informasjonsutveksling mellom helsetjenesten og NAV, med utgangspunkt i rapporten nevnt over. Direktoratene skal gjennomføre et forprosjekt for å anbefale hvilke samhandlingsområder som bør prioriteres og hvordan man bør innrette arbeidet med å forbedre samhandlingen. Oppdraget gir følgende føringer:

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

Oppstartsmøte for forprosjektet ble avholdt 20. mars.

### Videre saksprosess

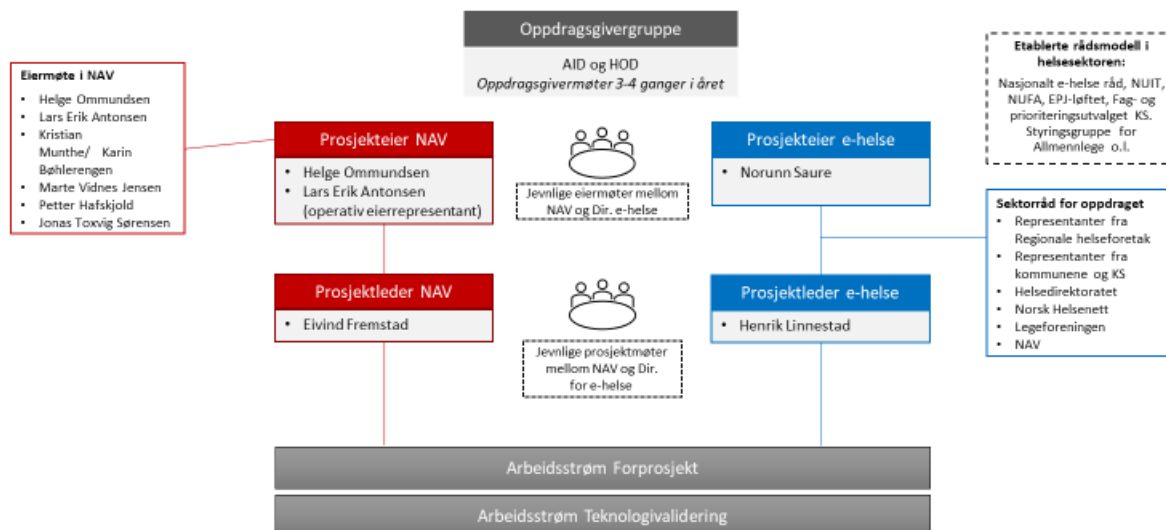
For å ivareta koordinering av helsesektorens perspektiver i oppdraget vil Direktoratet for e-helse etablere et sektorråd. Hensikten med gruppen er løpende forankring av forprosjektets vurderinger og anbefalinger hos viktige interessenter. Planlagt sammensetning av sektorrådet:

- Spesialisthelsetjenesten (RHF)
- Kommunal helse- og omsorgstjeneste (KS og kommune)
- Helsedirektoratet
- Norsk helsenett SF
- Legeforeningen
- Direktoratet for e-helse
- NAV

EPJ-leverandører inviteres ikke inn i sektorrådet, men håndteres gjennom egen dialog.

Det vurderes å etablere brukerpanel bestående av leger.

## Organisering av forprosjektet



### Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

NAV har fremlagt saken i NUFA i april 2021 og april 2022, og i NUIT i mai 2022.

Sak	Tema	Type	Vedtaksformulering
19/22 NUIT	Utveksling av helseopplysninger mellom NAV og helsesektoren	Drøfting	NUIT tar saken til orientering og partene tar med seg innspillene i det videre arbeidet.
18/22 NUFA	Utveksling av helseopplysninger mellom NAV og helsesektoren	Drøfting	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.
15/21 NUFA	Informasjonsutveksling NAV og helsetjenesten	Drøfting	Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) tar med seg innspillene som fremkommer i møtet til videre arbeid med rapporten.

Til Møte 2/23  
Dato 26.04.2023  
Saksnummer 16/23  
Innretning Drøfting

Fra Norunn Elin Saure  
Saksbehandler Marianne Bårtvedt van Os og Idunn Løvseth Kavlie

## EHDS betydning for nasjonale e-helsesatsinger

### Forslag til vedtak

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

### Hensikt med saken

European Health Data Space (EHDS) forordningsforslaget ble presentert i NUFA og NUIT høsten 2022, og det ble da etterspurt en oppfølgingssak om hva forslaget til forordningen vil kunne bety for de nasjonale e-helsesatsingene.

Hensikten med saken er å drøfte konsekvenser og muligheter av EHDS forordningsforslaget (som skissert i dag) for den nasjonale utviklingsretningen innen primær- og sekundærbruk av helsedata: Hvilke muligheter ser vi? Hvor godt stemmer de nasjonale e-helsesatsingene med det som foreslås i forordningsforslaget?

### Bakgrunn

[Forordningsforslaget om et europeisk helsedataområde](#) ble lagt frem av EU kommisjonen 3. mai 2022. Direktoratet for e-helse er bedt om å følge arbeidet med forordningsforslaget og gi innspill til Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet fatter beslutninger fra norsk side.

EHDS forordningsforslaget presenterer et juridisk rammeverk som skal forenkle sikker deling av helsedata mellom medlemslandene, og har som mål å støtte tilgang til, bruk og deling av helsedata på en sikker måte på tvers av EUs medlemsland. Kommisjonen vil gi den enkelte innbygger mulighet til å utøve kontroll over egne helsedata og samtidig gi mulighet til å utnytte potensialet for sikker utveksling, bruk og gjenbruk av helsedata til pasientbehandling, samt forskning, innovasjon, etc. innenfor EU.

EHDS forordningsforslaget kan få stor betydning for både primær- og sekundærbruk av helsedata også i Norge, og Direktoratet for e-helse fikk derfor et tilleggsoppdrag av departementet på å vurdere konsekvenser og muligheter av forordningsforslaget, i samarbeid med Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet.

Forslaget til forordning er nå til behandling i Europaparlamentet og Rådet. Det kan forventes omfattende endringer til omfang og innhold innen det oppnås enighet, og et vedtak i EU vil tidligst komme i 2024. Når det er fattet vedtak i EU vil det gå et år innen forordningen kommer til anvendelse, altså tidligst i 2025. Forslaget er merket som EØS-relevant. Dersom forordningen blir tatt inn i EØS-avtalen, vil forordningen i sin helhet bli tatt inn i norsk rett.

Selv om det forventes at det vil komme flere og større endringer til forordningsforslaget innen det blir vedtatt i EU, gir de overordnede rammene i forslaget en tydelig retning og en ambisjon. De innledende vurderingene er at hovedlinjene i forslaget er gjenkjennelig i norsk kontekst og passer godt med vår utviklingsretning. En forordning i tråd med forslaget kan og bør være en pådriver for gjennomføring av nasjonale tiltak, både for primærbruk og sekundærbruk; eksempelvis bredde bruk av internasjonale standarder, terminologi og kodeverk, bedre rammer for sikker og effektiv digital samhandling, videreutvikling av Helsedataservice.

Selv om enkelttiltakene kan virke fornuftige og overkommelige er det samlet sett mange tiltak og mange initiativ som bidrar til å øke kompleksiteten. Det vil derfor være behov for et veikart som viser en prioritert rekkefølge av tiltak.

Mer detaljert om kontekst, innhold og foreløpige vurderinger av forordningsforslaget fremgår av vedlegget til saken.

### Spørsmål til NUFA

Direktoratet for e-helse ønsker å drøfte med NUFA konsekvenser og muligheter av EHDS forordningsforslaget. Eksempel på spørsmål:

- 1. Primærbruk (helsehjelp - bruk i oppfølging av pasienter)**
  - Hvilke muligheter og utfordringer gir dette for Norge? For innbygger, helsetjenesten, næringsliv, nasjonale myndigheter, med flere.
  - Gjør vi det riktige tingene? Ev noe vi gjøre som ikke stemmer overens?
- 2. Sekundærbruk (gjenbruk av data til forsknings- og utviklingsformål)**
  - Hvilke muligheter og utfordringer gir dette for Norge? For forskningsmiljøer, helsetjenesten, næringsliv, nasjonale myndigheter, med flere.
  - Gjør vi det riktige tingene? Ev noe vi gjøre som ikke stemmer overens?
- 3. Hvordan bør sektor involveres i de videre vurderingene?**
  - Hva trenger dere i sektoren for å forberede dere godt frem mot både videre vurderinger og innføring av EHDS?
  - Behov for 1-1 møter i tillegg til møter i rådsmodellen?

### Videre saksprosess

Direktoratet for e-helse ønsker at rådsmodellen skal involveres underveis i vurderingene, og foreslår å komme tilbake med oppfølgings sak i NUFA og NUIT høsten 2023.



### Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Forslaget ble presentert i NUFA august 2022, sak 27/22. I tilsvarende orientering for NUIT september 2022 sak 38/22 ble det etterspurt oppfølging om hva dette betyr for de nasjonale e-helsesatsingene, og denne saken er oppfølging av dette.

Sak	Tema	Vedtaksformulering
27/22 (NUFA)	Forordningsforslag om et europeisk helsedataområde	NUFA drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med innspill fra møtet med i det videre arbeidet med å vurdere konsekvenser og muligheter av EHDS forordningsforslaget
38/22 (NUIT)	Forordningsforslag om et europeisk helsedataområde	NUIT drøftet saken og ba Direktoratet for e-helse ta med innspill fra møtet i det videre arbeidet med å vurdere konsekvenser og muligheter av EHDS forordningsforslaget
10/23 (NUIT)	MyHealth@EU – Norsk kontaktpunkt	NUIT er orientert om innretning og organisering av arbeidet knyttet til etablering av et norsk kontaktpunkt for å koble seg til den europeiske infrastrukturen for utveksling av helsedata til primærbruk (MyHealth@EU), og støtter foreslått involvering av nasjonale utvalg og fora underveis i prosjektperioden. NUIT ber Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF ivareta innspillene fra møtet i det videre arbeidet.

### Vedlegg

[Vedlegg 4A Sak 16-23 EHDS forordningsforslaget – European Health Data Space](#) (vedlegget er lenket opp til NUFA sine sider på ehelse.no)

Til Møte 2/23  
Dato 26.04.2023  
Saksnummer 17/23  
Innretning Drøfting

Fra Stein Olav Skrøvseth, Nasjonalt senter for e-helseforskning  
Saksbehandler Stein Olav Skrøvseth, Nasjonalt senter for e-helseforskning

## IT-infrastruktur for forskning

### Forslag til vedtak

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

### Hensikt med saken

Vi mener det er kritiske mangler innenfor IT-infrastruktur i det norske e-helsefeltet. Det er et uttrykt ønske om å ha kunnskapsbasert utvikling, men infrastrukturen ligger ikke til rette for fremoverrettet forskning. Vi ønsker at NUFA diskuterer saken og i fellesskap ser om det kan finnes løsninger.

### Bakgrunn

Forskningsssentre som har aktivitet på e-helsefeltet har behov for egnede forskningsinfrastrukturer, men mange opplever at det er et krevende felt. Det finnes tilgjengelige tjenester i universitets- og høyskolesektoren som f.eks. Tjenester for sensitive data ved UiO eller HUNT Cloud ved NTNU, men disse har i stor grad fokus på lagring og analyse, og er ikke egnet for mer komplekse behov som kan oppstå i forskningsprosjekter på e-helse. I tillegg har de enkelte helseforetakene sine egne infrastrukturer driftet av regionenes IT-selskaper, men disse dekker heller ikke det behovet som er på feltet. Det videre arbeidet etter at Helseanalyseplattformen ble stanset skal gjenbruke løsningene i UoH-sektoren i størst mulig grad.

Det er et uttrykt ønske om en kunnskapsbasert utvikling på e-helsefeltet i Norge, og det er viktig at den forskningsbaserte kunnskapen innenfor e-helse kan være innovativ og utvikles i takt med fronten av den teknologiske utviklingen. Det stiller høye krav til rigging av IKT infrastruktur særlig for denne typen forskning. Behovet spenner svært bredt, og en kartlegging Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) gjorde i 2021-22 viste at mange forskningsaktører opplever dette som et krevende område<sup>1</sup>. Kombinasjonen av sensitive data, behov for utviklings- og analysekapasitet og samarbeid nasjonalt og internasjonalt gjør at både det tekniske og juridiske bildet er vanskelig å realisere, og det er behov for solid kompetanse. NSE mener det er behov for en felles innsats på området.

<sup>1</sup> Hele rapporten og bakgrunnsmateriale ligger tilgjengelig i sak 19-2022 i styringsgruppen for NSE, [https://ehealthresearch.no/files/documents/Om\\_oss/Styringsgruppen/2022-06-09-Sak19-IKT-infrastruktur.pdf](https://ehealthresearch.no/files/documents/Om_oss/Styringsgruppen/2022-06-09-Sak19-IKT-infrastruktur.pdf)

Noen eksempler på behov:

- Sikker datalagring og datahåndtering i forskningsprosjekter for s.k. «svarte data», dvs. data som er strengt fortrolig sånn om f.eks. store mengder helseopplysninger. De eksisterende løsningene svarer i stor grad ut dette behovet i seg selv.
- Forskningsprosjekter er ofte samarbeidsprosjekter nasjonalt og/eller internasjonalt, og det oppstår utfordringer juridisk og organisatorisk, som også krever tett involvering av personvernombud m.m. For forskningsprosjekter med en utviklingskomponent, sensitive data og utviklingskomponenter er det krevende å finne løsninger, og både IT-infrastruktur og kompetanse er begrensende faktorer.
- Bruk av data til maskinlæring/KI. Ny teknologi krever tilgang til store mengder data. Dette stiller krav til infrastrukturen og at det til en viss grad er mulig å kode og utvikle innenfor et sikkert miljø. Behovet for en felles infrastruktur er også beskrevet i en rapport fra Nasjonalt senter for e-helseforskning i 2022.<sup>2</sup>
- Utviklingsmiljø til andre formål; noen forskningsprosjekter vil ha behov for å bygge prototyper eller løsninger som krever tilgang til reelle data for å teste og utvikle. Disse prosjektene må i dag i stor grad basere seg på egne løsninger, som gir store utfordringer blant annet med tanke på drift, tilgjengelig kompetanse og sårbarhet.
- Der løsninger er utviklet i prosjektsammenheng er det sjelden gode ordninger for videre ivaretagelse av løsningen over i en driftsfase. En nasjonal infrastruktur vil kunne gjøre dette enklere enten det er snakk om videre drift i regi av det offentlige eller kommersielle aktører. Et konkret eksempel er forskningsinfrastrukturen Praksisnett<sup>3</sup>, som har en IT-løsning som er utviklet ved NSE. Praksisnett har fått midler over statsbudsjettet i 2023 for videre drift etter at prosjektperioden utløp i 2022, men det har ikke vært mulig å finne et godt driftsmiljø for den IT-tekniske delen av infrastrukturen. NSE drifter derfor løsningen inntil videre, men dette er ikke en bærekraftig løsning. Det er nødvendig at denne forskningsinfrastrukturen for primærhelsetjenesten innpasses i ordinære driftssystemer.

### Videre saksprosess

Aktørene i NUFA tar med seg saken og innspillene i videre prosess.

---

<sup>2</sup> <https://ehealthresearch.no/rapporter/implementation-of-artificial-intelligence-in-norwegian-healthcare-the-road-to-broad-adoption>

<sup>3</sup> <https://www.uib.no/praksisnett>

Til Møte 2/23  
Dato 26.04.2023  
Saksnummer 18/23  
Innretning Anbefaling

Fra Erik Hedlund og Thor Steffensen  
Saksbehandler Thomas Tveit Rosenlund

## Målarkitektur for datadeling innen digital hjemmeoppfølging

### Forslag til vedtak

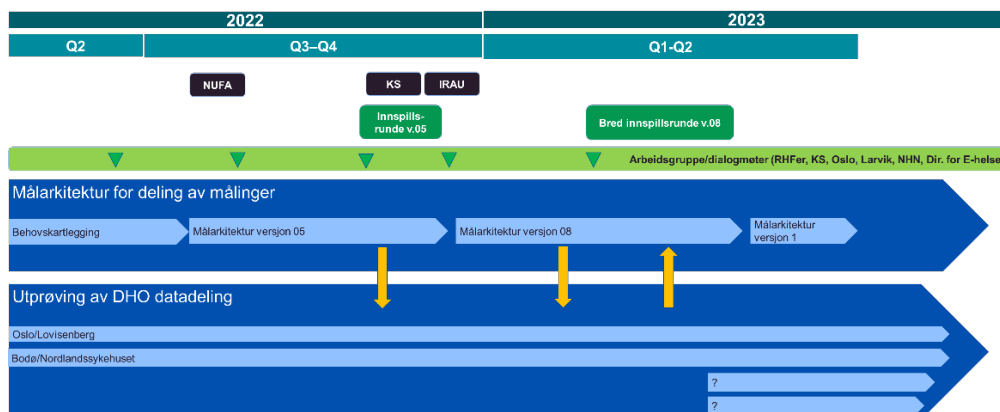
NUFA drøftet saken og anbefaler å arbeide videre med utprøving og spredning av datadelingsløsninger innen DHO i tråd med løsningsmønster som er beskrevet i målarkitekturen.

### Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse har sammen med virksomheter som er involvert i utprøving og spredning av digital hjemmeoppfølging utarbeidet en målarkitektur for hvordan datadeling kan etableres mellom virksomheter og omsorgsnivå for å understøtte sammensatte pasientforløp best mulig. Målarkitekturen er fleksibel, legger til rette for datadeling mellom aktører med ulike behov og modenhet, og vektlegger at vi ikke skal låse oss til løsningsvalg før vi har tilstrekkelig erfaring med datadeling innen DHO. Direktoratet for e-helse ønsker å høste videre erfaringer med datadeling innen DHO før det gjøres mer konkrete anbefalinger.

### Bakgrunn

Digital hjemmeoppfølging innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud foregår uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient/bruker og behandler(e) skjer digitalt. Gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram arbeider vi med en målarkitektur for deling av målinger på tvers av virksomhetene. Målarkitekturen utarbeides i samarbeid med regionene, KS, kommuner og Norsk helsenett, og skal være et verktøy for å koordinere og samle innsatsen i sektoren slik at alle arbeider i samme retning. På bakgrunn av dette inneholder målarkitekturen en beskrivelse av bakgrunnen for arbeidet og behovene som skal løses, dokumenterer arkitekturvalg på et ikke-teknisk nivå, og oppsummerer krav og anbefalinger. Vi har en smidig tilnærming til arbeidet, og har lagt opp til at utprøving og utforming av målarkitekturen gjennomføres i parallell. Målarkitekturen skal legge rammene for utprøvingen, og erfaringer fra utprøving skal gi grunnlag for videreutvikling og ferdigstilling av målarkitekturen. Arbeidet har nå kommet til et kritisk punkt med tanke på arkitekturvalg som må tas for å komme videre. Saken fremmes til drøfting av de overgripende arkitekturvalgene i NUFA.



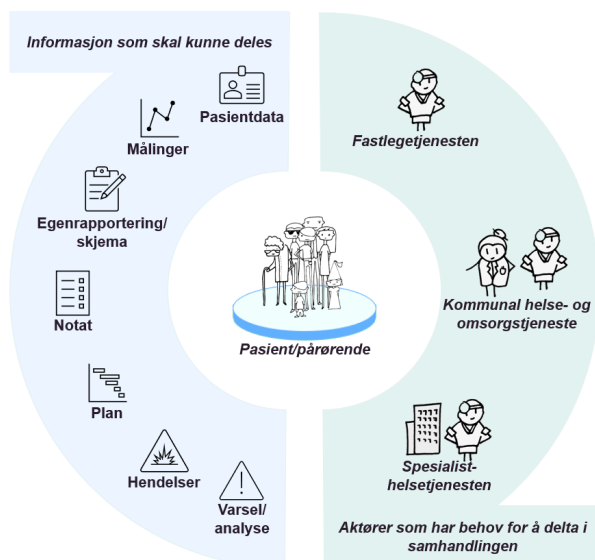
Figur 1 Arbeidet med datadeling i digital hjemmeoppfølging

### Bakgrunn for målarkitekturen

Direktoratet for e-helse publiserte i mars 2021 Målarkitektur for datadeling i helse og omsorgssektoren som tar frem fire ulike bruksområder for datadeling der "samhandling mellom helsepersonell på tvers av virksomheter" var et brukstilfelle. Dette brukstilfellet ble ikke behandlet i første versjon av målarkitekturen for datadeling, siden modenheten den gang var for lav og erfaringsgrunnlaget med denne bruken av datadelingsløsninger var begrenset.

### Kartlagte behov

Som et ledd i arbeidet med målarkitekturen for datadeling innen DHO er behovene for samhandling analysert. Virksomhetene som er involvert i å etablere tjenesteforløp som inneholder DHO-tjenester peker spesielt på behovet for samhandling om felles planer, legemiddellister og målinger. Alle disse informasjonstjenestene vil dra nytte av styrket digital samhandling i form av datadeling av strukturert informasjon mellom virksomheter og omsorgsnivå. Den foreløpige analysen peker på at også andre informasjonstjenester som er etterspurt i forbindelse med DHO, kan understøttes med datadeling.



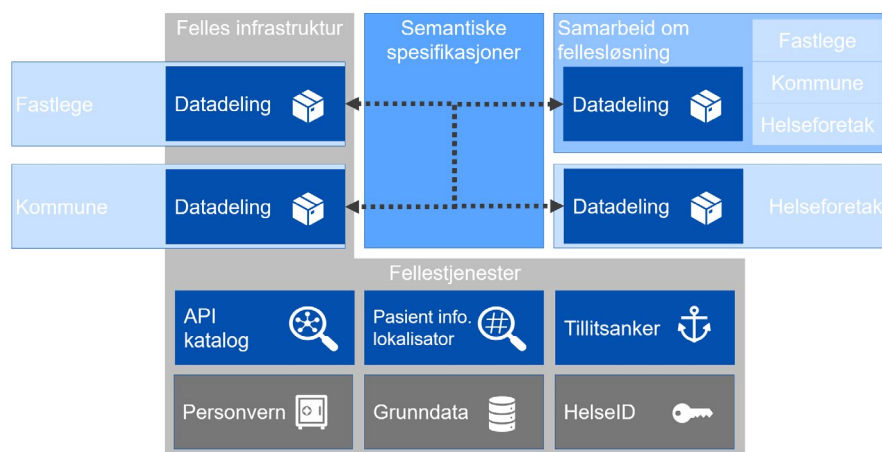
Figur 2 Behov for samhandling og aktører som skal delta i samhandlingen

### Krav til etablering av datadeling

Utveksling av informasjon ved hjelp av datadeling mellom virksomheter forutsetter at virksomhetene realiserer nødvendige evner (kapabiliteter) for å understøtte datadeling. Det er også hensiktsmessig at noen av evnene realiseres som fellestjenester i nasjonal infrastruktur. Behovet for felleskomponenter i samhandlingsinfrastrukturen som beskrives i Målarkitektur for datadeling i helse og omsorgssektoren bekreftes gjennom arbeidet med DHO.

### Målarkitektur for datadeling

Målarkitekturen legger opp til at hver enkelt aktør skal ha tilstrekkelig fleksibilitet knyttet til realisering av datadeling mellom virksomhetene i helsesektoren. Aktører som kan dele målingene selv kan gjøre det direkte fra egne journal- og samhandlingsløsninger eller i samarbeid om fellesløsninger, mens aktører som trenger støtte kan bruke en tredjepart som databehandler. Virksomheter og samarbeid har gjort ulike interne arkitekturvalg og har også ulik modenhet, behov og fokus på ulike tjenesteforløp. Noen virksomheter håndterer også mye av samhandlingsbehovet i form av fellesløsninger som brukes av flere virksomheter.



Figur 3 Målarkitektur for datadeling innen DHO

Målarkitekturen forutsetter at det foreligger felles semantiske spesifikasjoner for informasjonen som skal utveksles. Det er viktig at spesifikasjonene beskriver minimumskrav til struktur, innhold og bruk av terminologi og kodeverk, i tillegg til felles krav knyttet til selve datadelingsgrensesnittet.

En eller flere fellestjenester (les kapabiliteter) må trolig etableres for å gjennomføre innføring og spredning av datadeling på en effektiv måte. Det anbefales tiltak knyttet til å etablere felles API-katalog, Pasientinformasjonslokalisator for å unngå oppslag mot mange endepunkter og Tillitsanker. Fellestjenester for Personvern, Grunndata og HelseID er allerede i utstrakt bruk.

Dataansvaret vil i forslaget til målarkitektur ligge hos den enkelte virksomheten. Unntaket er ved samarbeid om fellesløsning hvor dataansvaret reguleres i avtalen mellom de samarbeidende virksomhetene.

### Videre saksprosess

Saken skal behandles i NUIT i juni.

## Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Sak	Tema		Vedtaksformulering
30/22	<b>Fagdag om digital hjemmeoppfølging</b>		NUFA drøfter og gir råd til pågående arbeid fra myndighetssiden med tilrettelegging for spredning av digital hjemmeoppfølging og arbeid med konsept og målarkitektur for datadeling innen digital hjemmeoppfølging. Innspill fra drøftinger og råd fra NUFA tas med i videre arbeid



Til Møte 2/23  
Dato 26.04.2023  
Saksnummer 19/23  
Innretning Drøfting

Fra Ola Jøsendal, Helse Vest RHF  
Saksbehandler Ola Jøsendal, Helse Vest RHF

## Helsesdata - omfattende regulering og svak styring?

### Forslag til vedtak

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

### Hensikt med saken

Helse Vest ønsker at NUFA drøfter status for hvordan helsedata blir til, hvilke reguleringer som gjelder lagring og forvaltning av helsedata, og hvorfor det synes å være svak styring av lagring og forvaltning av helsedata.

Dersom hypotesen om svak styring av lagring og forvaltning av helsedata opprettholdes, bør det drøftes hvordan dette kan forbedres.

### Bakgrunn

Helsesdata er synonymt med helseopplysninger. Helsedata er helseopplysninger (tekst, lyd og bilde) som lagres elektronisk. Helsedata gjelder pasientens helse eller helsetjenester som ytes til pasienten.

Helsesdata lagres i ulike registre. De fleste helsedata oppstår ved at ansatte i helsetjenesten fører inn helsedata om enkeltpasienter i EPJ, elektronisk pasient journal. Helsedata genereres også av pasienter og medisinsk utstyr. Helsedata kan overføres fra EPJ til andre registre.

EPJ er et register, og et synonym for register er database. EPJ er ikke ett IKT system. EPJ løsningene / EPJ systemene i spesialisthelsetjenesten består av en lang rekke ulike programmer som ivaretar ulike deler av behovet for generering, lagring og tilgjengeliggjøring av helsedata. Det betyr samtidig at EPJ i forståelsen register består av en lang rekke ulike databaser, der leverandøren av EPJ løsningen for ett bestemt område også har valgt eller laget terminologi, informasjonsmodeller, kodeverk, osv. i hver sin database.

Helsesdata oppstår på grunn av og i tråd med omfattende reguleringer og krav. Noe forenklet kan man dele dette i to: Krav til dokumentasjon og krav til rapportering.

**Dokumentasjon** er når ansatte i helsetjenesten fører inn helsedata (helseopplysninger) om enkeltpasienter i EPJ løsninger. Det kan være tekst, bilde og lyd som gjelder pasientens helse eller helsetjenester som ytes til den enkelte pasient (primærformål)

**Rapportering** er når ansatte i helsetjenesten ser til at helsedata (helseopplysninger) sendes, overføres eller føres direkte til registre utenfor EPJ løsningene, enten til foretakenes egne registre eller til eksterne register, slike registre har som formål kvalitetssikring, pasientsikkerhet, forskning og tjenesteutvikling (sekundærformål)

Kravene til **dokumentasjon** finner vi i lovverket:

Fra pasientjournalforskriften:

- § 4, generelt om krav til journalens innhold
- § 5, administrative opplysninger
- § 6. Opplysninger om pasientens helse og helseforhold, inkludert opplysninger og vurderinger innhentet ved kliniske og medisinske undersøkelser
- § 7. Opplysninger om informasjon og informasjonsutveksling, reservasjoner og samtykkekompetanse
- § 8. Andre opplysninger (tvang, rusmiddelavhengighet, mm)

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

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

Fra Helsepersonelloven:

- § 26. Opplysninger til virksomhetens ledelse og til administrative systemer
- § 30. Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og statsforvalteren
- § 30 a. Opplysninger til Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten
- § 31. Opplysninger til nødetaer
- § 32. Opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- § 33. Opplysningsplikt til barnevernet

Kravene til rapportering kommer fra mange ulike hold:

Fra ulike registermiljø:

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

Fra foretaksledelse: + nasjonale kvalitetsindikatorer + andre

- Aktivitetsrapporter
- Epikrisetid
- Ventetid

- Korridorpasienter
- Andel sykemeldte
- Økonomi
- mm

Helse Vest IKT delte en presentasjon med Direktoratet for eHelse i mars 2023, ett av lysarkene inneholdt denne teksten:

**Utfordringsbildet: For lite standardisering på tvers av systemer**

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

Det kan synes som om lovverket i liten grad er bygget opp for å ivareta mulighetsbildet når lagring av helsedata gikk fra papir til data.

Helsedirektoratet leverte 31. mars et notat til HOD om pasientsikkerhet for innbyggere på fastlegeliste uten fast lege. Sitat fra oppsummeringen, avsnitt nr. fem:

*'Avgjørende for pasientsikkerheten for listeinnbyggere uten fast lege er at elektroniske meldinger knyttet til deres helse kan sendes, mottas og følges opp på en forsvarlig måte. Mange av systemene har til nå forutsatt at pasienten har en fast lege.'*

Selv med omfattende regulering både av dokumentasjon og rapportering av helsedata ser det ikke ut til at vi har styring over våre helsedata. Styring kan i denne sammenheng bety full kontroll over

- Eierskapet til helsedata, eierskapet til databasen
- I hvilken form / format helsedata lagres
- Deling av helsedata (tilgang, sending)
- Standarder for informasjonsutveksling
- Eierskap og ansvar for behandlingmessige konsekvenser av helsedata som mottas

Spørsmål til drøfting:

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

Til Møte 2/23  
Dato 26.04.2023  
Saksnummer 20/23  
Innretning Drøfting

Fra Hans L. Larsen  
Saksbehandler Kjersti Smeland

## Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre 2023

### Forslag til vedtak

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

### Hensikt med saken

Hensikt med saken er å gi NUFA en orientering om oppdrag, hovedleveranser og involvering av sektoren.

### Oppdrag «Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre 2023»

Direktoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å

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

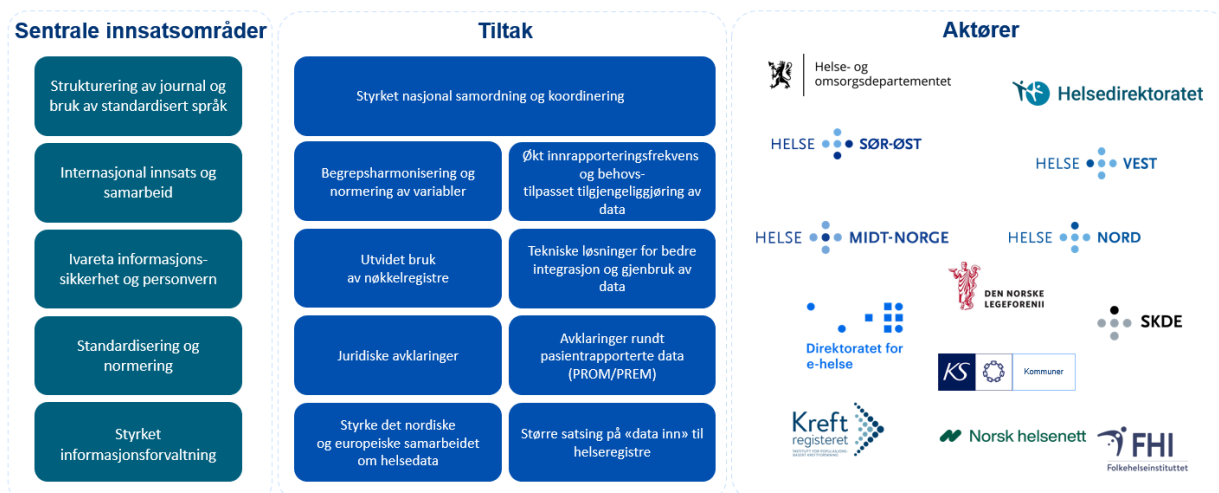
Arbeidet skal gjøres i samarbeid med aktørene i sektoren. Arbeidet med automatisk innrapportering og datafangst til helseregistre skal samordnes med direktoratets øvrige arbeid med begrepharmonisering, normering og innføring av standardisert språk. Departementet viser til at det er ønskelig med mer data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

## Hovedleveranser 2023

Arbeidet innrettes gjennom to hovedleveranser. Under følger en beskrivelse av hva leveransene inneholder, viktige milepæler gjennom året samt hva aktørene skal bidra med. (For mer informasjon om bakgrunn, mål og tiltak i skissert utviklingsretning, se vedlegg 1.)

### Leveranse a) Samordne og koordinere arbeidet med automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre

- En rekke aktører bidrar i arbeidet med å realisere målet om automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre. Tiltakene i utviklingsretningen eies av ulike aktører som har pekt på behov for en felles oversikt og helhetlige planer for å sikre fremdrift.
- Tiltak i utviklingsretningen, aktørene som bidrar i gjennomføringen skal samordnes og koordineres og må sees i sammenheng med sentrale innsatsområder som legger føringer, eks. arbeidet med strukturering av journal og innføring av felles språk.
- Arbeidet inneværende år omfatter identifisering og prioritering av avklaringer som må håndteres på nasjonalt nivå for 2023 innenfor hvert av tiltakene samt innhente status på disse. Videre identifisering og prioritering av arbeid for 2024 og plan for videre arbeid.
- Representanten vil delta i arbeidet gjennom året med å
  - Prioritere tiltak hvor det er behov for avklaringer på nasjonalt nivå for 2023
  - Innhente status på aktørens tiltak for 2023
  - Identifisere og prioritere tiltak og behov for 2024



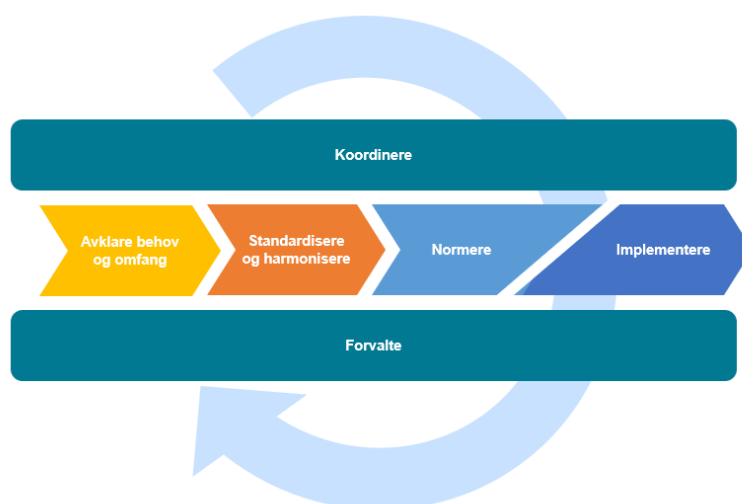
**Figur 1 Sentrale innsatsområder må sees i sammenheng med tiltak i utviklingsretningen og aktører som bidrar i gjennomføringen**

### Leveranse b) Utprøving av prosess for begrepsharmonisering og normering av variabler

- Prosess for begrepsharmonisering som ble utarbeidet i samarbeid med sektor i 2022, skal operasjonaliseres gjennom utprøving i 2023. Hensikten med utprøvingen er å komme i gang med arbeidet med harmonisering av et utvalg prioriterte variabler, og få erfaring med bruk av prosessen. Utprøvingen er planlagt gjennomført i Q3 og Q4, med fokus på kartlegging av behov, standardisering og normering, samt koordinering av arbeidet. Før utprøving vil det i tiden frem

mot sommeren arbeides med planlegging, og det skal i samarbeid med aktører i sektoren avklares prinsipper for valg av hvilke variabler som skal harmoniseres.

- Representanten vil delta i arbeidet gjennom året med planlegging og utprøving av prosess for begrepsharmonisering og normering
  - Fase 1 Planlegge (Q2)
    - Planlegge utprøving av prosessen
    - Utarbeide kriterier/strategi for valg av variabler
    - Vurdere bruk av varige samarbeidsarenaer
  - Fase 2 Operasjonalisere prosessen for harmonisering og normering (Q3 og Q4)
    - Kartlegge og prioritere behov
    - Gjennomføre standardisering
    - Bidra i utarbeidelse av normerende produkter



**Figur 2** Prosess for harmonisering og normering av registervariabler

### **Involvering av sektoren og behandling i nasjonal rådsmødel**

Det legges opp til bred sektorinvolvering der sentrale aktører er invitert inn, NUFA-representanten har vært kontaktpunkt der aktøren er representert i utvalget. Se oversikt over aktører og deltagere i arbeidet i vedlegg 2.

Nasjonal rådsmødel benyttes gjennom året. Det gis en innledende presentasjon av oppdraget i NUFA og NUIT i Q2 ref. dette underlaget. Saken legges deretter frem til ny behandling i Q3 og før ferdigstillelse og overlevering til departementet i hht. gjeldende frister.



Figur 3 Tids- og milepælsplan 2023

### Videre saksprosess

Innspillene fra NUFA innarbeides i det videre arbeidet som legges frem for behandling i NUIT i Q2.

## Vedlegg 1 - Bakgrunn, mål og tiltak i skissert utviklingsretning

Direktoratet for e-helse har i årene 2020, 2021 og 2022 fått oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet relatert til Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre. Dagens situasjon, mål, forslag til tiltak og utviklingsretning for det videre arbeidet er besvart. Deretter er det gjort en beskrivelse av det nasjonale ansvaret for begrepsharmonisering, normering og innføring av standardisert språk og plan for videre arbeidet basert på foregående år. Arbeidet er gjennomført i samarbeid med sektoren.

Målet om at «data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning<sup>1</sup>» innebærer blant annet at «innrapportering til registre skal skje mest mulig automatisk, uten dobbeltregistrering, og være en integrert del av de faste arbeidsprosessene». Å øke graden av automatisert innrapportering og datafangst vil bidra til redusert arbeidsbyrde for helsepersonell, høyere dekningsgrad og økt datakvalitet i helseregistrene.

Følgende tiltak i utviklingsretningen er skissert for å realisere målet om økt grad av automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre:

- Styrket nasjonal samordning og koordinering
- Begrepsharmonisering og normering av variabler samt innføring av standardisert språk
- Økt innrapporteringsfrekvens og behovstilpasset tilgjengeliggjøring av data
- Utvidet bruk av nøkkelregistre
- Tekniske løsninger for bedre integrasjon og gjenbruk av data
- Juridiske avklaringer
- Avklaringer rundt pasientrapporterte data (PROM)
- Styrke det nordiske og europeiske samarbeidet om helsedata
- Større satsing på «data inn» til helseregistre

En rekke aktører bidrar i arbeidet med å realisere målet om automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre, der eierskap og deltagelse i gjennomføring av tiltakene er fordelt på flere.

Økt innsats på dette området må sees i sammenheng med sentrale initiativ som er særlig relevante for å oppnå dette. Arbeid innenfor standardisering og normering, strukturering av journal, bruk av standardisert språk, internasjonal innsats, informasjonsforvaltning, informasjonssikkerhet og personvern vil bidra til å øke graden av harmonisering av variabler på tvers av journal- og fagsystemer og registre.

For mer informasjon vises det til rapporten fra 2022: [Rapport Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre 2022 - ehelse](#)

---

<sup>1</sup> Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal



**Vedlegg 2 - Oversikt deltagere fra aktører i sektoren**

Aktør	Samordning og koordinering	Begrepsharmonisering og normering av variabler
Helsedirektoratet	1	1
Folkehelseinstituttet	1	1
Kreftregisteret	1 Samme deltager i spor a og b	1 Samme deltager i spor a og b
SKDE	1 Samme deltager i spor a og b	1 Samme deltager i spor a og b
Helse Vest	1	
Helse Nord	1	2
Helse Sør-Øst	1	1
Helse Midt-Norge	1	2
Norsk helsenett	1 Samme deltager i spor a og b	1 Samme deltager i spor a og b
Legeforeningen	2 Samme deltagere i spor a og b	2 Samme deltagere i spor a og b
KS og kommuner		

Tabell 1 Oversikten viser antall innmeldte deltagere pr. 30. mars. Enkelte aktører har meldt inn samme deltagere i begge spor.

Til Møte 2/23  
Dato 27.04.2023  
Saksnummer 21/23  
Type Orientering

Fra Elin Høyvik Kindingstad  
Saksbehandler Christina Skarpnes Olsen

## Temadag - Legemiddelområdet

### Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering

### Hensikt med saken

Digitalisering på legemiddelområdet har vært tema i NUFA flere ganger tidligere, og det har pågått et arbeid over tid blant annet med å lage en Plan for digitalisering på legemiddelområdet. Planen publiseres på ehelse.no 21. april 2023.

Det pågår flere nasjonale initiativ som vil kunne medføre behov for oppdatering av planen. Regjeringen arbeider i 2023 med en ny nasjonal helse- og samhandlingsplan hvor e-helsepolitikken for de neste fire årene vil legges fram.

NUFA vil bli orientert om status for arbeidet med tiltaksområder i planen, og veien videre for hvordan disse skal følges opp og jobbes videre med. Det er ønskelig at NUFA kommer med både innspill og spørsmål til oppklaring og utdyping. Det er derfor satt av godt med tid etter hver sak til dette.

Oversikt over innlegg etterfulgt av kort beskrivelse av hensikt og innhold av innleggene:

Temadag – Plan for digitalisering på legemiddelområdet
<b>Plan for digitalisering på legemiddelområdet</b> <i>Direktoratet for e-helse ved Mildrid Ræstad</i>
<b>Data om legemiddelbruk</b> <i>Folkehelseinstituttet ved Mohammad Nouri Sharikabad</i>
<b>Digital legemiddelhåndtering i kommunal helse- og omsorgssektor</b> <i>KS ved Heidi Slagsvold</i>
<b>Legemiddelgrunndata / strukturert legemiddelinformasjon</b> <i>Direktoratet for e-helse v/ Aleksander Skøyeneie, SLV v/ Kristine Aasen, Hdir v/Therese W. Bakke</i>

<b>Status fra Program pasientens legemiddelliste</b> <i>Direktoratet for e-helse ved Rune Røren</i>
<b>Erfaring med felles legemiddelliste i Helseplattformen</b> <i>Helseplattformen v/ Janne Kutchera Sund</i>
<b>Utprøving av PLL i Bergen</b> <i>Norsk Helsenett v/Tom Verner Karlsen</i>
<b>Erfaringer i en fastlege- og avtalespesialist perspektiv</b> <i>Fastlege Torgeir Hoff Skavøy</i>
<b>Kvalitet i e-resept (se sak 22-23)</b> <i>Norsk Helsenett SF</i>

### **Plan for digitalisering på legemiddelområdet**

*Direktoratet for e-helse v/Mildrid Ræstad*

#### Hensikt og innhold:

Digitalisering på legemiddelområdet er høyt prioritert i helsesektoren. Området er komplisert og fragmentert med store samhandlings- og digitaliseringsbehov. Direktoratet for e-helse besluttet i 2021 å utarbeide en plan for digitalisering på legemiddelområdet. Planen inneholder målbilde og tiltaksområder som er drøftet og forankret med aktører i helse- og omsorgssektoren.

Planen har vært på høring og det er mottatt høringsinnspill fra 51 ulike aktører. Høringsinnspillene har gitt et godt grunnlag for oppdatering av planen.

Det kom frem i høringsinnspillene at det er bred støtte til planen, og behovet for koordinering og samordning ved digitalisering på legemiddelområdet anerkjennes. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt uttrykk for at planen er et viktig kunnskapsgrunnlag i deres arbeid med Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Direktoratet for e-helse har et særlig ansvar for å legge til rette for samordning og koordinering, og vil følge opp og videreutvikle arbeidet med digitalisering på legemiddelområdet. Planens tiltaksområder og måloppnåelse vil følges opp i den nasjonale rådsmoellen for e-helse, som en del av oppfølgingen av nasjonal e-helseportefølje. Direktoratet for e-helse utarbeider fire ganger i året en rapport som gir en oversikt over status og risiko på porteføljen, hvor det blir et eget kapittel om legemiddelområdet. Å følge med på kunnskap og utvikling vil også være en del av oppfølgingsarbeidet.

Saken vil gi NUFA en orientering om planer for videre arbeid.

### **Data om legemiddelbruk**

*Folkehelseinstituttet v/Mohammad Nouri Sharikabad*

#### Hensikt og innhold:

Folkehelseinstituttet vil orientere NUFA om:

Legemidler representerer en viktig intervensjon i diagnostisering, forebygging, behandling og pleie av mange sykdommer, og mer enn 70 % av landets innbyggere får minst ett reseptbelagt legemiddel utlevert årlig. Legemiddelmarkedet utvides, ettersom nye terapeutiske strategier og nye medikamenter utvikles. Det er et økende behov for å bruke populasjonsbaserte legemiddeldatabaser for å overvåke legemiddelbruken for å gi evidensbasert informasjon som er verdifull i en lang rekke områder. Datadrevet forskning og utvikling, og beslutningstaking blir stadig viktigere for helsepersonell, helsemyndigheter og legemiddelutviklere. Legemiddelregisteret (LMR) er nå etablert og har erstattet Reseptregisteret.

Vedtaksmyndighet for tilgang til data fra LMR er flyttet til helsedataservice og det arbeides nå for å levere data til søkere. Det gjenstår noe arbeid for å få ned datautleveringskøen som har oppstått mens LMR skulle utvikles. LMR samler data på legemidler som utleveres fra apotek til individer i Norge. Data på individnivå fra innlagte pasienter i sykehus og omsorgsinstitusjoner anses som det mest verdifulle tillegget som bør samles i Legemiddelregisteret i fremtiden.

FHI har fått midler i statsbudsjettet for dette arbeidet i 2023. Planleggingsfasen er allerede i gang og vi håper å kunne begynne med det praktiske arbeidet fra høsten 2023. Et annet viktig området er å kunne gi tilbakemelding til forskrivere om sine egne forskrivninger. RAK-prosjektet (Riktigere Antibiotikabruk i Kommunene) med hovedmål om å utvikle et kvalitetsforbedringssystem for fastleger i kommunehelsetjenesten med søkelys på håndtering av infeksjonssykdommer er i gang gjennom samarbeid mellom FHI, HDIR og UiO. Grossistbasert legemiddelstatistikk vil fortsatt eksistere og viser det totale salgstallet for alle solgte legemidler uten tilknytning til individer. LMR og Grossistbasert legemiddelstatistikk vil fortsette å være grunnleggende for å samle og utlevere data på legemiddelbruk i Norge og bør brukes mer utstrakt for å forbedre helsen, hos enkeltmennesker og i samfunnet. Det må også utvikles en løsning for tilgjengeliggjøring av statistikk fra LMR til allmenheten tilsvarende det man hadde for Reseptregistret. ATC/DDD klassifikasjonen er et WHO-kodeverk og verktøyet for å kunne samle og sammenligne data om legemiddelbruk nasjonalt og globalt. Arbeidet utføres i et WHO-samarbeidssenter ved FHI. FHI har startet et arbeid for å kunne tilgjengeliggjøre kodeverket med full historikk via en API til brukere av systemet globalt.

## **Digital legemiddelhåndtering i kommunal helse- og omsorgssektor**

*KS v/Heidi Slagsvold*

### Hensikt og innhold:

KS vil orientere NUFA om KS sitt rammeverk og prinsipper samt en status for arbeidet på legemiddelområdet som helhet.

## **Legemiddelgrunndata / strukturert legemiddelinformasjon**

*Direktoratet for e-helse v/Aleksander Skøyeneie, SLV v/ Kristine Aasen, Hdir v/Therese Wardenær Bakke*

### Hensikt med saken:

Direktoratet for e-helse har, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, gjort en kartlegging og analyse av helse- og omsorgssektorens behov for felles grunndata om legemidler (strukturert legemiddelinformasjon), samt anbefalt et omfang og veien videre. Arbeidet er gjennomført i samråd med aktører og interessenter i helse- og omsorgssektoren. Arbeidet har vært på tre måneders offentlig høring.

Det gis en orientering om det videre arbeidet med målarkitektur for grunndata på legemiddelområdet og tilgrensede initiativer.

## **Program pasientens legemiddelliste**

*Direktoratet for e-helse v/Programleder PLL, Rune Røren*

### Hensikt og innhold:

Det gis en overordnet status fra programmet.

- Erfaring med felles legemiddelliste i Helseplattformen  
*Helseplattformen v/Janne Kutchera Sund*

Hensikt og innhold:

Det gis en orientering om erfaringer til nå med en felles legemiddelliste i Helseplattformen.

- Tilnærming til og erfaring fra utprøvingen av pasientens legemiddelliste (PLL) fra prosjektets perspektiv  
*NHN v/prosjektleder Tom Verner Karlsen*

Hensikt og innhold:

PLL er et nasjonalt tiltak som innebærer at det etableres én elektronisk legemiddelliste per pasient som deles mellom alt helsepersonell med tjenstlig behov. Det betyr at leger som behandler pasienten kan dele opplysninger slik at sykehusleger, fastleger, legevakter, sykehjem og hjemmesykepleie kan få tilgang til pasientens oppdaterte legemiddelliste. Øvrig helsepersonell med tjenstlige behov kan lese pasientens legemiddelliste, men ikke gjøre endringer i den.

Det gis en orientering på hva som er status i utprøvingen i Helse Vest, og hva er erfaringene så langt.

- Erfaringer i en fastlege- og avtalespesialist perspektiv  
*Fastlege Torgeir Hoff Skavøy*

Hensikt og innhold:

Pasientens Legemiddelliste er en forutsetning for at klinikere skal kunne samhandle og håndtere pasienters legemiddelbruk. Gode verktøy, tilpassede teknologiske løsninger og endrede kliniske rutiner er en forutsetning for å lykkes. Utprøvingen i Bergen er et første skritt i den retningen. Prosjektet har gitt, og vil fortsatt gi verdifull innsikt og kunnskap for å lykkes med dette arbeidet. Foreløpig erfaringer presenteres av fastlege Torgeir Hoff Skavøy

Til Møte 2/23  
Dato 27.04.2023  
Saksnummer 22/23  
Type Drøfting

Fra Kari Jørgensen, Norsk helsenett SF  
Saksbehandler Kari Jørgensen, Norsk helsenett SF

## Kvalitet i e-resept

### Forslag til vedtak

Norsk helsenett tar innspillene fra NUFA til etterretning.

### Hensikt med saken

Drøfte tiltak for å bedre kvalitet i e-resept verdikjede. Kvalitet i e-resept er viktig på vei til å innføre PLL.

### Bakgrunn

Norsk helsenett SF (NHN) forvalter hele e-resept sin samhandlingskjede etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Dette omfatter koordinering av alle aktører og leverandører som samhandler om pasientens legemiddelopplysninger fra rekvirering, til utlevering og økonomisk oppgjør. Dette inkluderer e-resepter, e-multidose og pasientens legemiddelliste.

Helse- og omsorgsdepartementet har via tidligere oppdragsbrev beskrevet ansvaret til forvalter av e-resept samhandlingskjede slik;

*"Som forvalter av samhandlingskjeden skal NHN skal ha ansvar for å sikre at meldingene i verdikjeden har riktig format og sendes korrekt mellom partene. Ved endringer i enkelte system må NHN stille krav til at formatet på meldingene opprettholdes gjennom det test- og sertifiseringsregime som er tenkt etablert som en del av forvaltningen."*

I tillegg har NHN dataansvaret for Reseptformidleren (RF).

- Norsk Helsenett er dataansvarlig for Reseptformidleren, jf. reseptformidlerforskriften § 1-5. Norsk Helsenett har ansvaret for *formål, informasjonssikkerhet, bruk, kontroll og formkrav, autentisering og tilgangskontroll til Reseptformidleren.*
- Dataansvarlig har også oppgaver nevnt i reseptformidlerforskriften kapittel 4, og et konkret ansvar for å *fastsette meldingsformatet, jf. reseptformidlerforskriften § 2-4.* Norsk Helsenett har videre ansvar for *kontroll etter forskriftens § 2-6 som nødvendiggjør testing av at meldingene sendes korrekt mellom alle fagsystemene som inngår i e-resept.*

- Norsk Helsenett er ansvarlig for å *ivareta tilfredsstillende informasjonssikkerhet i Reseptformidleren*, og skal følge Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgstjenesten (Normen).

NHN ivaretar sitt data- og forvaltningsansvar ved å:

- forvalte **funksjonelle, tekniske og sikkerhetsmessige krav** til de fagsystemene som samhandler og inngår i e-reseptkjeden. Hensikten er å ivareta personvern og informasjonssikkerhet i RF samt å sikre datakvaliteten på det som sendes inn i verdikjeden
- sørge for **dialog, samhandling og koordinering** mellom aktørene i samhandlingskjeden.
- sørge for at aktørene deltar og har **medbestemmelsesrett** i forvaltning av e-resept iht. prosesser og rutiner som er etablert (driftsmøter, hendelseshåndtering, endringsforum og endringsråd)
- forvalter en **test og godkjenningssprosess** for å sikre kvalitet i løsningene som kobles på RF og redusere risiko for feil i produksjon. Formålet er å kvalitetssikre at e-reseptfunksjonalitet implementeres i fagsystemene i tråd med krav og spesifikasjonene.

Et sentralt prinsipp i forvaltningen av e-reseptkjeden er at hver enkelt aktør har **et selvstendig ansvar** for å ivareta e-reseptfunksjonalitet i deres systemer. Ved kommunikasjon med Reseptformidleren plikter virksomheten å følge krav som til enhver tid er godkjent for e-resept og innført eller besluttet innført i e-reseptdokumentasjonen. Dette er tydeliggjort i signerte bruksvilkår for de aktørene som samhandler gjennom e-reseptløsningen.

## Kvalitet i e-resept

I dette saksgrunnlaget belyses noen utfordringer NHN erfarer i forvaltningen og arbeidet med kvalitet i e-reseptkjeden.

Juridisk utfordring: I dagens forskrifter står det at kritisk informasjon (inkl. legemiddelreaksjoner) om pasienten skal lagres i pasientjournalen (pasientjournalforskriften), i kjernejournal (kjernejournalforskriften) og legemiddelreaksjoner skal kunne sendes i PLL (reseptformidlerforskriften). Manglende integrasjon og krav til innhold er en utfordring for legene både på tidsbruk og fare for "trippelregistrering".

Organisatorisk: Rekvirenter og annet helsepersonell med tjenstlig behov for informasjon om pasientens legemiddelbehandling kommer fra ulike virksomheter med ulike arbeidsprosesser, styring og kultur. Ulike arbeidsprosesser påvirker kvalitet i e-resept. Det rapporteres både fra leger og farmasøyter at de ofte ser at pasientene har ekspederbare resepter på legemidler de ikke skal bruke. Andelen pasienter med doble resepter (resepter med samme virkestoff) i RF gir en indikasjon på omfanget av slike uaktuelle resepter. Men det er imidlertid noen pasienter som har behov for flere resepter på samme virkestoff, blant annet for å oppnå riktig dosering. Det er også uaktuelle resepter som ikke har samme virkestoff.

God rekvireringspraksis hvor rekvirent sikrer at uaktuelle resepter blir tilbakekalt krever god systemstøtte, men det handler også om hvordan virksomhetene er organisert. I RF ser vi at andel doble resepter på pasienter varierer mellom de ulike virksomhetene. Variasjonen kan begrunnes med ulikt pasientgrunnlag, hvor noen pasientgrupper oftere har behov for flere resepter med samme virkestoff. Dette kan imidlertid ikke forklare all variasjon. Generelt har sykehusene høyere andel doble resepter enn fastlegene. Det er grunn til å anta at arbeidsprosesser i sykehus, hvor flere rekvirenter kan være involvert i pasientens legemiddelbehandling, øker risikoen for at det sendes resepter på legemidler som pasienten ikke skal

bruke. Det er også rapportert om et stort antall usendte resepter og tilbakekallinger, trolig grunnet at sykehuslegen ofte blir avbrutt i arbeidet og må prioritere andre pasienter. Vi ser imidlertid at det også er store forskjeller i andel doble resepter mellom sykehus som trolig har samme pasientgrunnlag.

Teknisk og semantisk samhandling: RF er en database som formidler reseptinformasjon. RF gjør svært begrenset med valideringer av informasjon som sendes til RF. Det er rekvirentsystemene (eks. kodeverk) som må sikre at informasjonen som sendes er korrekt. E-resept har en endringsprosess hvor aktørene samles, diskuterer behov og sikrer en konsensusbasert beslutning om samhandlingen i e-resept. I disse foraene får aktørene belyst utfordringer som bør adresseres og kan komme med forslag til endringer. Rekvirentkrav, som er krav til systemene som rekvirentene benytter, blir besluttet i endringsprosessen.

Dersom EPJ-leverandørene ikke gjennomfører endringene som blir besluttet får dette ringvirkninger for andre i e-reseptkjeden. Dette gir ytterligere kompleksitet for EPJ-systemer som må sikre at de kan motta og lese meldinger med varierende kvalitet, og sikre at meldingsinnholdet er korrekt når det sendes til RF. Eventuelle feil vil "forplante seg" videre i samhandlingskjeden, noe apotek erfarer med sin kontrollfunksjon før utlevering. I verste fall kan dette få konsekvenser for pasienten.

### **Andre utfordringer i arbeidet med kvalitet i e-resept**

Det er en balansegang å sikre aktørenes behov og kvalitet, da relatert til kravstilling og kontroll. Utfordringen er at det ikke nødvendigvis er den aktøren som aktivt jobber for å sikre kvalitet som opplever nytten i samhandlingen om resepten. I tillegg fremkommer stadig nye myndighetskrav ved f.eks endringer i forskrifter. Dette kan gi ytterligere administrative belastninger for aktørene i e-resept samhandlingskjeden. Dette handler også om kvalitet i e-resept.

### **Tiltak**

Norsk helsenett SF vil i sin presentasjon i NUFA møtet peke på tiltaksområder, men åpne for innspill på anbefalte tiltak.

### **Videre saksprosess**

*Norsk helsenett SF tar innspillene fra NUFA til etterretning.*