

# Møte i NUFA

28. – 29. august 2024

Radisson Blu, Gardermoen



# Endringer i representasjon i NUFA

Vi ønsker nye medlemmer velkommen i NUFA:

- Knut Berglund og Erik Hedlund, Helsedirektoratet. De erstatter Børge Myrlund Larsen og Thore Thomassen.
- Per Meinich har sluttet i Helse Sør-Øst RHF, og er derfor gått ut av NUFA. Erstatte er ikke avklart enda.

# Detakelse dagens møte

## Deltar ikke:

- Knut Berglund, Helsedirektoratet
- Anne Marit Rennemo, Oslo kommune
- Line Andreassen Sæle, FHI
- Jim Yang, Digitaliseringsdirektoratet
- Ann-Kristin Smilden, Bærum kommune
- Arnfinn Aarnes, FFO
- Heidi Slagsvold, KS
- Stein Olav Skrøvseth, NSE

## Stedfortredere:

- Kristian Bergem, Digitaliseringsdirektoratet, stiller for Jim J. Yang.
- Peter Holmes, FHI, stiller for Line Andreassen Sæle, dag 1.
- Heidi Røste, Oslo kommune, stiller for Anne Marit Rennemo.

# Agenda NUFA dag 1 – 28. august 2024

Saksnr.	Tittel på sak	Presenter saken	Tid	Sakstype
20/24	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 24. – 25. april 2024	Hans Löwe Larsen <b>Helsedirektoratet</b>	10:00	Godkjenning
21/24	System for infeksjonsovervåkning og EU-prosjektet NORSURV	Trine Orten Groven <b>FHI</b>	10:10	Drøfting
22/24	ICD-11 – En første gjennomgang	Bente Andersen Sundlo <b>Helsedirektoratet</b>	10:50	Drøfting
	Lunsj		11:30	
23/24	Nasjonal informasjonsforvaltning	Jon Stolpnessæter <b>Helsedirektoratet</b>	12:30	Drøfting
	Pause		13:10	
24/24	Felles modell for innføring og nettverk innen e-helse	Kjetil Løyning <b>KS</b>	13:25	Orientering
25/24	Foreløpig anbefaling av nasjonal håndtering av legemiddelreaksjoner	Ole Kristian Losvik <b>Helsedirektoratet</b>	14:05	Drøfting
	Pause		14:45	
26/24	Foreldre digitale tilgang til barns journal	Vibeke Herikstad <b>Helsedirektoratet</b>	15:00	Drøfting
27/24	Oppdatering av måldokumentet til Nasjonal e-helsestrategi	Kristin Bang <b>Helsedirektoratet</b>	15:40	Orientering
28/24	Helsedirektoratet orienterer	Elin H. Kindingstad <b>Helsedirektoratet</b>	15:55	Orientering
	Slutt dag 1		16:10	
	Middag		18:30	

# Sak 20/24: Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt referatet fra NUFA 24. – 25. april 2024

—

# Forslag til vedtak

NUFA godkjenner innkalling og dagsorden.

NUFA godkjenner referat fra NUFA 24. – 25. april 2024.

# Sak 21/24: System for infeksjonsovervåkning og EU- prosjektet NORSURV

—



# System for infeksjonsovervåking

Trine Orten Groven og Preben Aavitsland i NUFA

28.08.2024





# Erfaringer fra pandemien

Overvåking betyr systematisk innsamling, sammenstilling og analyse av data, og presentasjon av resultatene til bruk i FHI og blant mange andre aktører.

Overvåkingen ga et viktig grunnlag for situasjonsforståelse, modellering av scenarier, risikovurdering, beslutninger, strategiutforming, råd og måling av effekt av smitteverntiltak.



# Lærdommer og anbefalinger

## Erfaringer

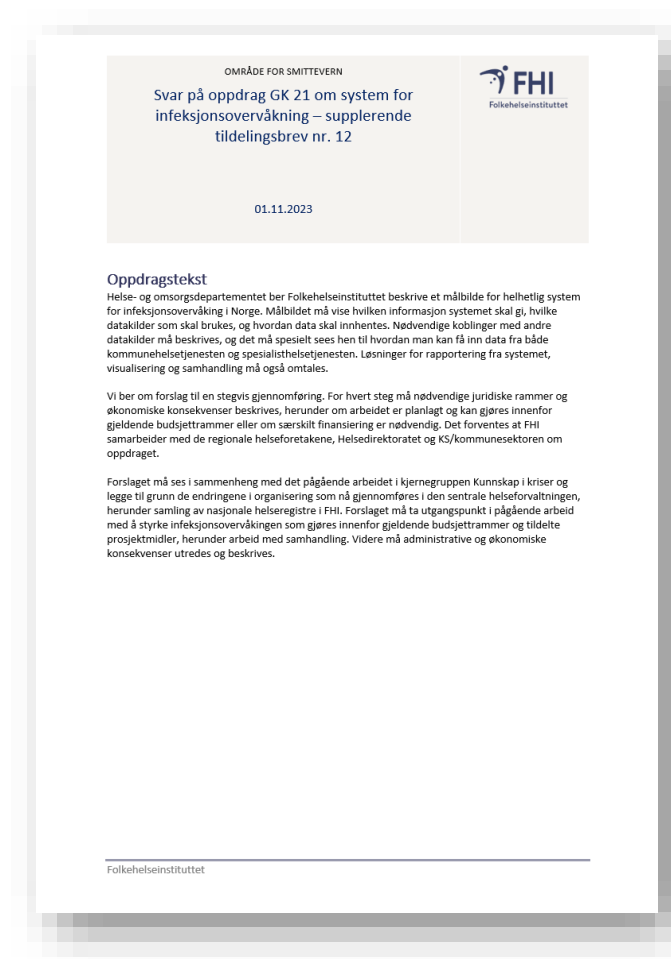
- Overvåkingen ga – etter intens utbygging – nødvendig grunnlag for håndtering av pandemien
- Resultatene ble brukt hyppig og i mange kanaler
- Etablerte datakilder ble utvidet og nye opprettet
- Sammenstilling og analyse ble betydelig forbedret - **Beredt C19** Datagrunnlag ble gjort tilgjengelig, men kunne vært utviklet mer
- Overvåkingen kunne blitt enda bedre

## Anbefalinger

- Et stort løft for overvåkingen er nødvendig
- Økt effektivitet gjennom automatisering og bedre organisering
- Avgjørende å koble flere datakilder
- Bedre tilpasning til brukernes behov
- Grep for å modernisere overvåkingen

# Helhetlig overvåkingssystem

Oppdrag GK21 fra HOD til FHI om å beskrive et målbilde for helhetlig system for infeksjonsovervåking – 1.11.2023



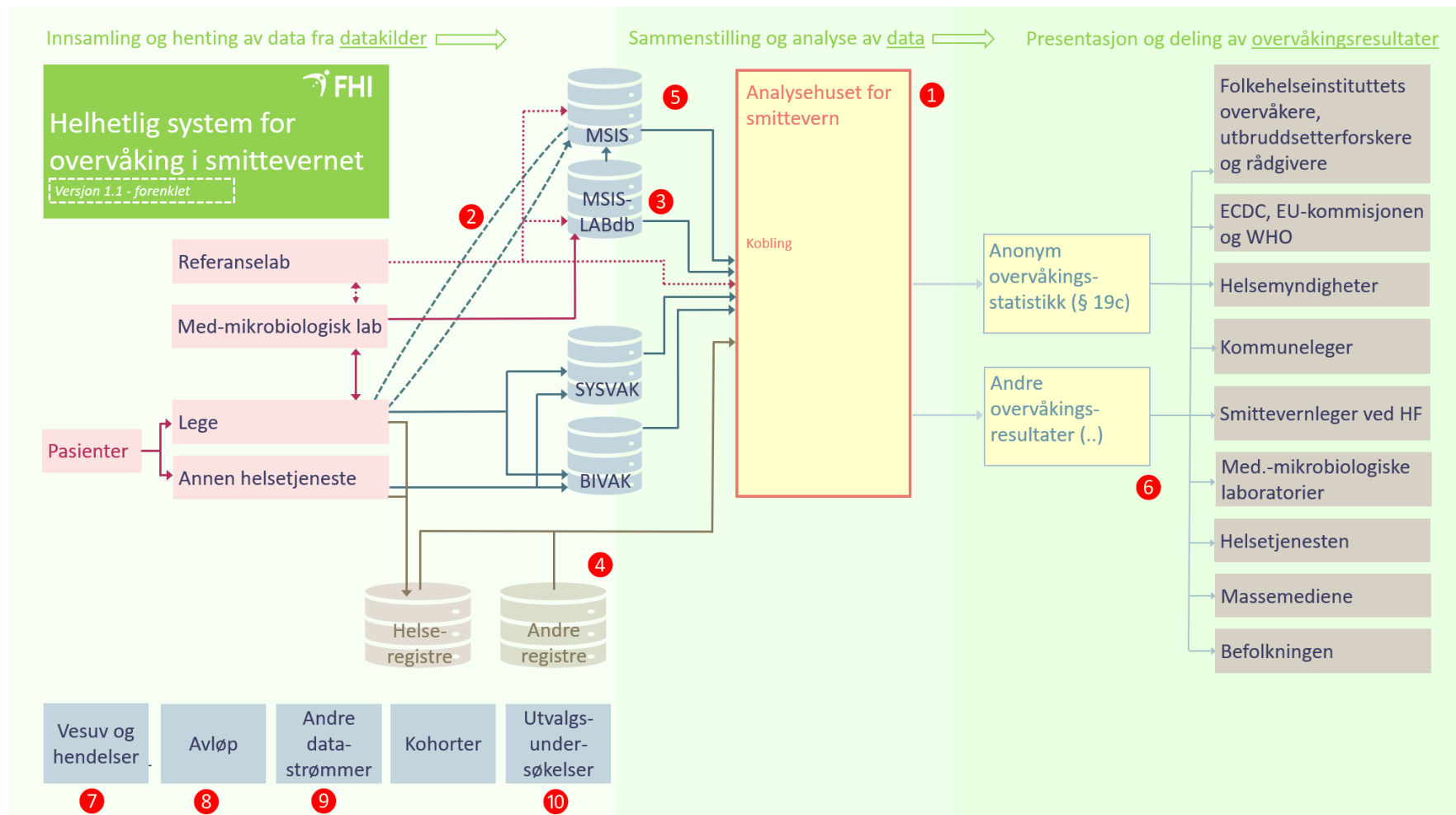
# Bakgrunn og arbeidsmåte

## GK21

- Pågående arbeid for å forbedre overvåkingen
- Erfaringer fra pandemien
- HODs oppdrag
- **Behovskartlegging** med brukere (FHI, kommuneleger, KS, de regionale helseforetakenes fagdirektører, de regionale kompetansesentrene for smittevern i helsetjenesten, fagmiljøet for smittevern i helsetjenesten, de medisinsk-mikrobiologiske laboratoriene, Mattilsynet og Helsedirektoratet)
- **Dialog** med relevante aktører (NUIT, NUFA og SODH)
- **Rapporter** fra Kjernegruppe for Kunnskap i kriser, evalueringsrapporter fra pandemien, WHO og ECDCs strategier

# Målbildet og endringer for å realisere det

## GK21



1. Analysehuset bygges som kjernen
2. MSIS-meldingskjema byttes ut med en forenklet digital løsning
3. MSIS-labdatabase får lagre personid for alle prøvesvar
4. Data fra helseregistre og andre kilder kan behandles i Analysehuset
5. MSIS og SYSVAK må kunne berikes med data fra andre kilder gjennom Analysehuset
6. Individopplysninger kan i noen tilfeller deles med kommunelegene, smittevernlegene ved sykehusene og Referanselaboratoriene
7. Digital infrastruktur for varsling og hendelsesovervåking utvikles
8. Avløpsovervåking gjøres varig
9. Nye datastrømmer prøves ut, inkludert med kunstig intelligens
10. Utvalgsundersøkelser blir en del av overvåkingen

# Videre oppfølging

## GK21

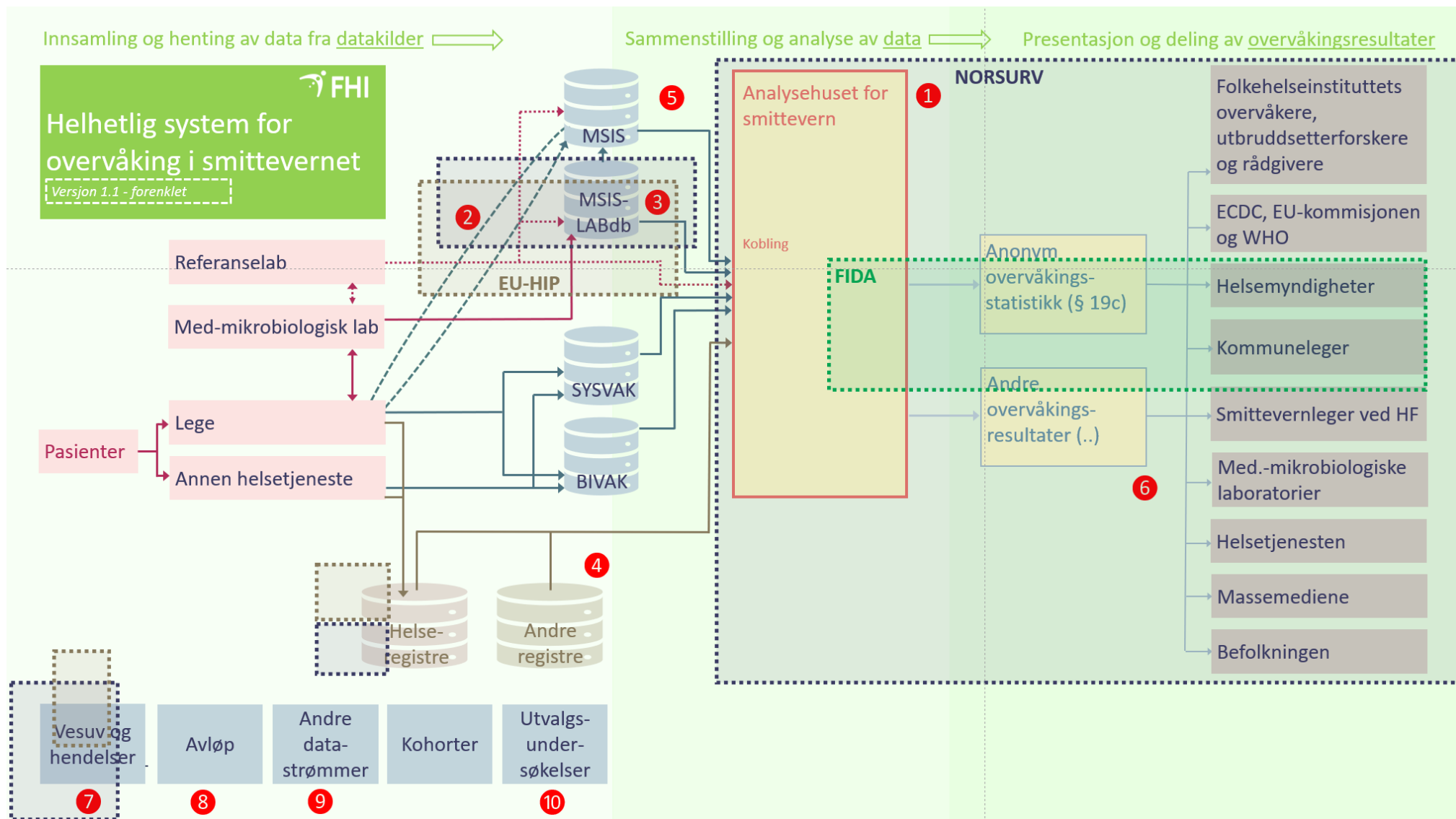
- Dialog med HOD om oppfølging av **juridiske og økonomiske sider**
- Innspill til ordinært budsjett og Stor satsning for 2025
- Målbildet brukes som vårt **veikart** framover i koordinert styrking
  - For ordinær utvikling (foreløpig uten ekstra bevilgninger)
  - For **EU-HIP**-prosjektet og andre EU-prosjekter: pågår med finansiering fra EU-kommisjonen
  - For **FIDA**-prosjektet: pågår med KS med finansiering fra Digdir
  - For **NORSURV**-prosjektet →

# Nærmere om NORSURV

## NORSURV

- Bakgrunnen er EU-kommisjonens behov for bedre europeiske data, som må bygge på gode nasjonale systemer
- Vi valgte ut noen deler av målbildet som passet med utlysningen
- Ledes av FHI (*competent authority*)
- Hdir bidrar (*affiliated entity*) med juridisk utredning og råd om strategiske behov og relevante standarder
- Kontrakt for 4,25M€ (60 %) signeres snart
- Stipulert start 1. oktober. Varighet fire år.

# Koordinering av prosjekter under målbildet







Takk

# Forslag til vedtak

NUFA oppfordrer FHI til å arbeide videre for å realisere målbildet, involvere relevante deler av helsetjenesten og helseforvaltningen underveis og kommer tilbake til NUFA med en oppdatering om et års tid.

# Sak 22/24: ICD-11 – En første gjennomgang

—

# ICD-11 – en første gjennomgang

28. august 2024

Bente Andersen Sundlo, divisjonsdirektør Informasjonsforvaltning og metode, HelseDirektoratet



# Hensikt med saken i NUFA

I forbindelse med overgangen fra ICD-10 til ICD-11 har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utrede hvordan kodeverket ICD-11 skal brukes forvaltes.

Helse- og omsorgsdepartementet ber videre om at relevante aktører involveres.

# Agenda

- Status TB2024 –80 Kodeverk for diagnoser (ICD-10/11)
- Hva skjer med ICD-11 utenfor Norge?



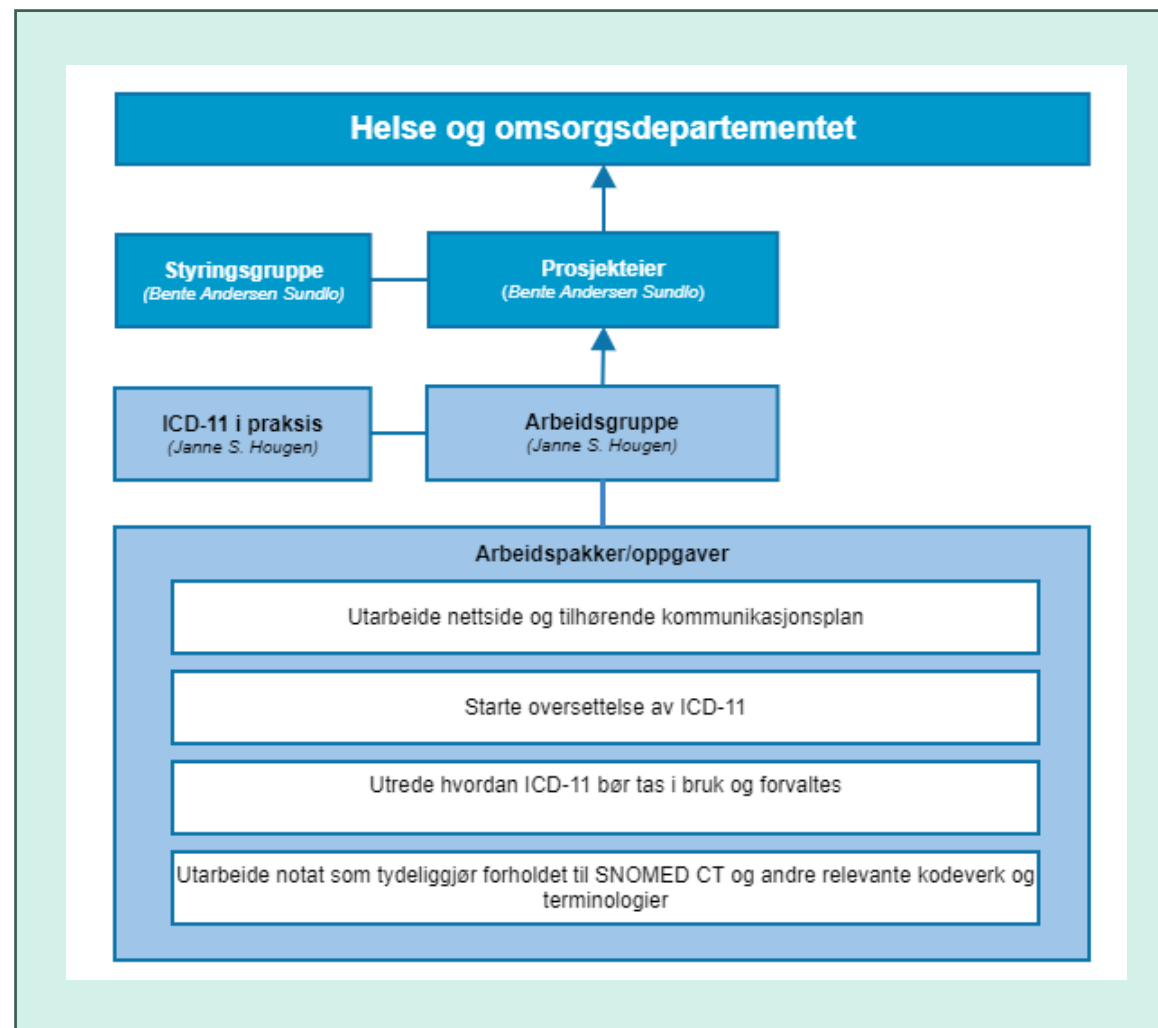
# Organisering 2024

ICD-11-oppgdraget har eierskap i divisjon informasjonsforvaltning og metode.

Arbeidet vårt er organisert som et prosjekt med ulike arbeidsstrømmer og med en foreløpig intern styringsgruppe bestående av en bredt sammensatt gruppering av divisjonsdirektører i Helsedirektoratet.

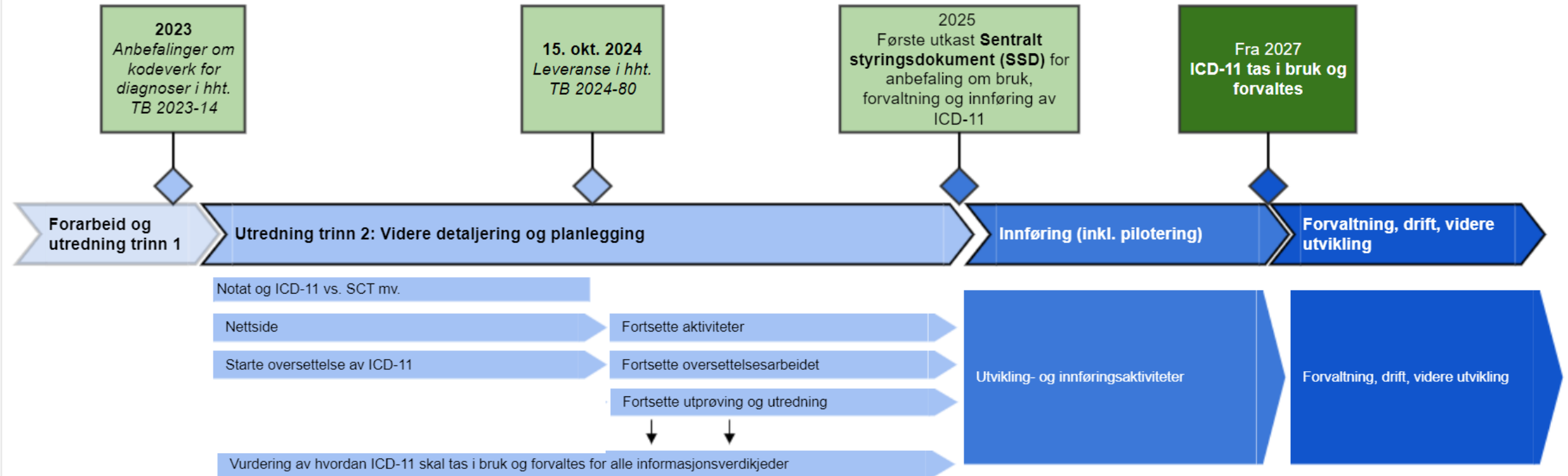
Vi har med oss følgende fagmiljø:

- \* Finansiering og personell
- \* Folkehelse
- \* Spesialisttjenesten
- \* Analyse og informasjonstjenester





# Overordnet plan for arbeidet



# Arbeidspakke 1 og 2

## Nettside

- **Leveranse:**
  - nettside
  - kommunikasjonsplan
- **Innhold:**
  - hva er ICD-11
  - status på arbeidet med ICD-11
- **Status**
  - Intern arbeidsgruppe etablert
  - Startet med tekstutvikling, kommunikasjonsplan ("share early"-prinsipp) og nyhetssak
  - Første utkast til oppdatert nettside august/september

## Oversettelse

- **Leveranse:**
  - starte oversettelse av ICD-11.
  - prøve ut utvalgte områder av ICD-11
  - retningslinjer og arbeidsprosesser og verktøy
- **Status:**
  - Intern arbeidsgruppe etablert
  - Retningslinjer er under utarbeidelse
  - Innhentet andre lands retningslinjer

# Arbeidspakke 3 og 4

## Utrede bruk og forvaltning av ICD-11

- **Leveranse:**
  - Analyse av hvordan kodeverket ICD-11 skal tas i bruk og tilgjengeliggjøres i helsetjenesten
  - vurdering av verktøy
  - koding arbeidsprosesser
- **Status:**
  - Bygger på tidligere utredning/kartlegging
  - Etablert arbeidsgruppe Hdir + FHI
  - Brev til RHFene blir forspurt om involvering
  - Forbereder en Proof of Concept (PoC)

## Forholdet til SNOMED CT og andre relevante kodeverk og terminologier

- **Leveranse:**
  - notat
  - bygge på utredning og leveranse fra Nov 2023
  - tydeliggjøre forskjell i egenskaper, funksjon og formål mellom en klassifikasjon og en terminologi
  - forklare likheter og forskjeller mellom terminologien i ICD-11 (Foundation) og i SNOMED.
- **Status:**
  - Intern arbeidsgruppe etablert
  - Notat påbegynt og underveis

# Livet utenfor Norge og ICD-11

# Fot i bakken rundt ICD-11 i Europa (juni 2024)



- EU-kommisjonen/DG Sante
- WHO-FIC Global
- WHO Euro
- WHO-FIC Euro
- Eurostat
- OECD
- Nordic Casemix Centre
- The European Pain Federation EFIC
- Postdoctoral psykologi fra University of Duisburg-Essen, Tyskland
- Sverige
- Norge
- Litauen
- Nederland
- Danmark
- England og Wales
- Frankrike
- Tjekkia
- Luxembourg
- Bulgaria
- Spania
- Portugal
- Skottland

# Budskap fra WHO-FIC Global

- EURO er senere i gang enn andre regioner
- Land i Europa har komplekse samfunnsstrukturer som gjør at det tar tid med oppdatering til ICD-11, men nå er det på tide å starte
- Minner om formelle forpliktelser i traktat og adaptasjon i Verdens helseforsamling 2019



# Eurostat minner om behovet for ICD-11

## ICD and EU Health Statistics

- Today, EU health statistics are reported based on ICD-10 and disseminated according to agreed shortlists
- The concerned data collection are:
  - Causes of death (Commission regulation (EU) 328/2011)
  - Hospital Discharges (Commission regulation (EU) 2022/2294)
  - Morbidity (Pilot, based on Regulation (EC) No 1338/2008)
  - Occupational diseases (Experimental statistics)
- Eurostat and Member States must implement ICD-11 in the statistical data collections



# Oppsummert fra runde rundt bordet

- Mange er i gang med arbeidet og motivert for oppdatering til ICD-11
- Komplekse samfunnsstrukturer krever kompleks kompetanse.
- Samme personer som jobber med ICD-11 og EHDS, noe som krever tøffe prioriteringer
- Etterlyse

WHO

Land	Oversettelse	Annen planlegging	Tidspunkt for offisiell release	Annet
Danmark	✓ Kap 6 Mental helse	?	✗	Påbegynt prosjekt, men foreløpig pauset pga. EHDS
Belgia	?	?	✗	Avventende
Bulgaria	✓	✓	✗	
England/Wales	✓	✓	✗	Fokus på mortalitet, vil dobbeltkode en periode
Finland	?	✓	✓	Fått midler til prosjekt, startet oversettelse vha. KI
Frankrike	✓	?	✗	
Island	?	?	✗	Startet oversettelse og planlegging
Litauen	✗	✓	✗	Etterlyser politiske beslutninger nasjonalt
Luxembourg	✓	?	✗	Avventer release og vil gjøre som Belgia
Nederland	✓	✓	✗	Har begynt oversettelse
Norge	?	✓	✗	
Portugal	✓	?	?	Må endre forskrift/lovgivning
Skottland	✓ Kap 6 Mental helse	✓	✓	ICD-11 er tatt i bruk, men kun for mental helse
Spania	✓	?	?	Gjelder kun Katalonia/Barcelona
Sverige	✓	✓	✓	2027, prosjekt godt i gang, bl.a. lab for informasjonsflyt
Tjekkia	✓	✓	✗	



# WHO-FIC og SNOMED

- «Vision paper» samarbeid mellom Tyskland, UK og Norge for å beskrive en visjon for bedre samarbeid mellom WHO og SNOMED int.
- Et ønsker om å unngå duplisering av innhold på terminologi og dobbeltarbeid for å vedlikeholde to standarder (ICD10/11 og SNOMED CT)
- Unngå mere arbeid med å koble standarder sammen (mapping)



- Arbeidet ble fulgt opp med felles «statement» i WHA møtet 2023. Ledet av Nederland, Norge gav sin tilslutning.
- Budskapet ble gjentatt om et ønske om mer samarbeid for å unngå dobbelt arbeid
- I 2024 arbeides det videre med problemstillingen og det settes opp møter for å etablere en «Task force» 18. april og 1. juni.
- Inndeling i legal, financial og operational (Norge deltar).
- Det tas sikte på ha et første utkast til diskusjon oktober 2024.
- Norge er pt. involvert i en arbeidsgruppe «Joint Use of SNOMED CT and ICD-11» for å bidra med våre innspill knyttet til å vurdere relasjoner mellom disse to

## Vi ønsker følgende drøfting i NUFA:

1. Hvordan kan berørte aktører involveres på best mulig måte?
2. Har dere tanker/synspunkter rundt kompleksiteten av overgangen til ICD-11?
3. Hvilke utfordringer skal vi bringe videre til NUIT?

# Forslag til vedtak

NUFA drøftet overgangen til ICD-11 og ba Helsedirektoratet bringe synspunktene videre i notat til NUIT.

Lunsj – oppstart igjen kl. 12.30

—

# Sak 23/24: Nasjonal informasjonsforvaltning

—

# Hensikt

Hensikten med saken er å få innspill fra NUFA på skisse til modell for koordinering av nasjonal informasjonsforvaltning inkl. roller og ansvar, og etablere en felles forståelse for mål og retning, sentrale oppgaver, og overordnet aktøransvar.

# Oppdrag og målsetning 2024

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en modell som beskriver oppgaver, roller og ansvar for koordinering av nasjonal informasjonsforvaltning. Modellen skal dekke hele verdikjeden fra primærdokumentasjon til sekundærbruk og hensynta forordningen om det europeiske helsedataområdet (EHDS). De regionale helseforetakene har fått tilsvarende oppdrag om å bidra i arbeidet.

Vi fokuserer på følgende resultatmål i 2024:

- Utarbeide en modell for koordinering av nasjonal informasjonsforvaltning med klart definerte roller og ansvar
- Etablere et kompetansenettverk for informasjonsforvaltning i helse- og omsorgssektoren
- Identifisere tiltak for å operasjonalisere modellen og videreføre kompetansenettverket



# Gjenbruk og viderebruk av informasjon



# Vi har et nasjonalt behov for helhetlig informasjonsforvaltning

## Internasjonal utvikling og krav påvirker Norge

- Tilrettelegging av krav til nasjonal og internasjonal datautveksling
- Internasjonale føringer kan være virkemiddel for å utvikle felles nasjonale modeller

## For å lykkes med digitalisering må du ha kontroll på dataene dine

- Utveksling av data krever normering og standardisering
- Orden i eget hus og krav om datadeling
- Automatisk innrapportering krever samordnede informasjonsmodeller
- Økt fokus på beredskap

**Alle må ta sitt ansvar**

# Kompetansenettverk informasjonsforvaltning

- Nasjonal informasjonsforvaltning er et kollektivt ansvar
- Kompetansenettverket er en viktig arena i arbeidet for at vi sammen skal etablere og operasjonalisere modell for nasjonal informasjonsforvaltning.
- Kompetansenettverk for nasjonal informasjonsforvaltning er under etablering og består per nå av fageksperter fra de fire regionale helseforetakene, samt Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet.

HELSE ● ● ● NORD

HELSE ● ● ● VEST



HELSE ● ● ● MIDT-NORGE

HELSE ● ● ● SØR-ØST

*Nettverket vil etter hvert utvides med flere representanter fra sektoren som aktivt kan bidra i arbeidet med nasjonal informasjonsforvaltning*

# Informasjonsforvaltning og ansvar for digitalisering

## Virksomhet

Hovedansvaret for digitalisering ligger hos aktørene i helse- og omsorgssektoren. Det innebærer også å **anskaffe** og **innføre** egne journal- og fagsystemer, samt å **endre tilhørende arbeidsprosesser** og oppgavedeling.



## Myndighet

Helsedirektoratet er [...] nasjonal myndighet for digitalisering og informasjonsforvaltning i helse- og omsorgssektoren, og skal **legge til rette** for å møte tjenestens og befolkningens behov. [...] Helsedirektoratet har ansvar for **regelverksfortolkning, ivaretagelse av helsefaglige behov** i utvikling og forvaltning av digitale løsninger og for **normerende produkter** og tilhørende **veiledningstjenester**.

# Nasjonal informasjonsforvaltning

## Virksomhet

- Informasjonseierskap og dataansvar
- Implementere og forvalte løsninger, rammeverk og prosesser som sikrer god informasjonskvalitet

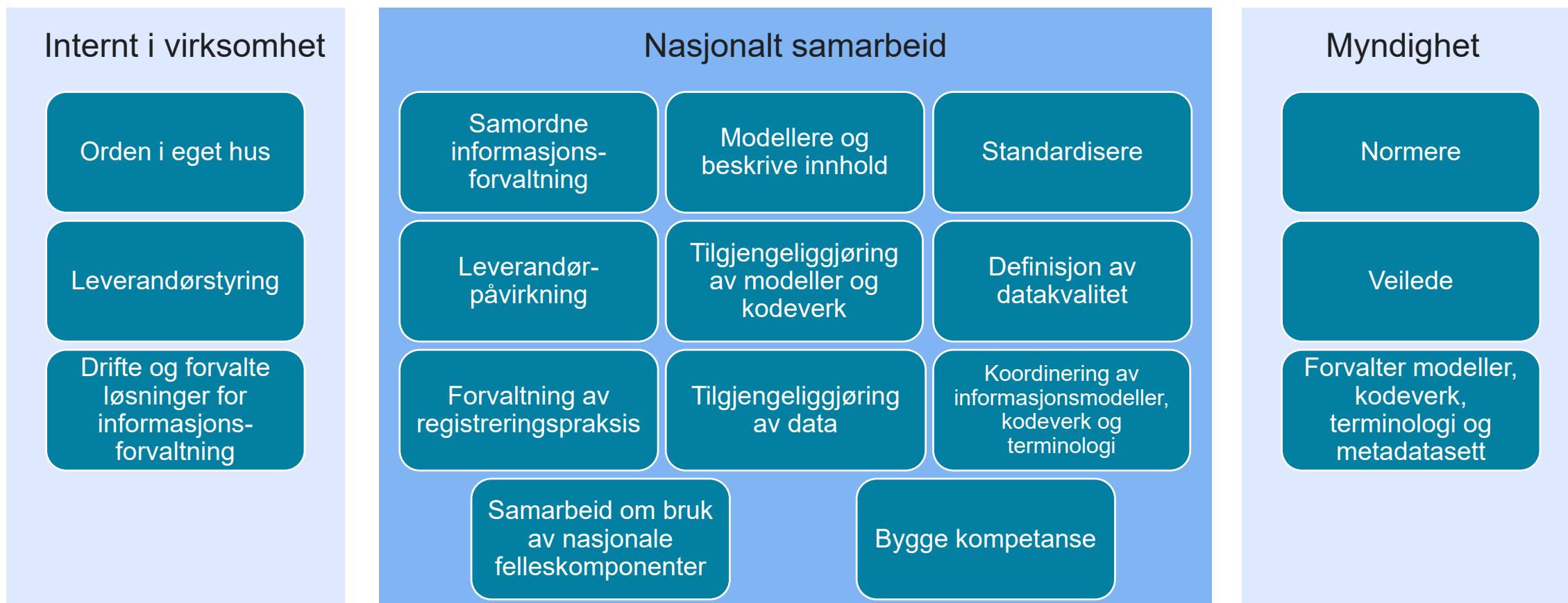
## Myndighet

- Normering og implementering av standarder
- Forvalte registre, grunndata, kodeverk og informasjonsmodeller

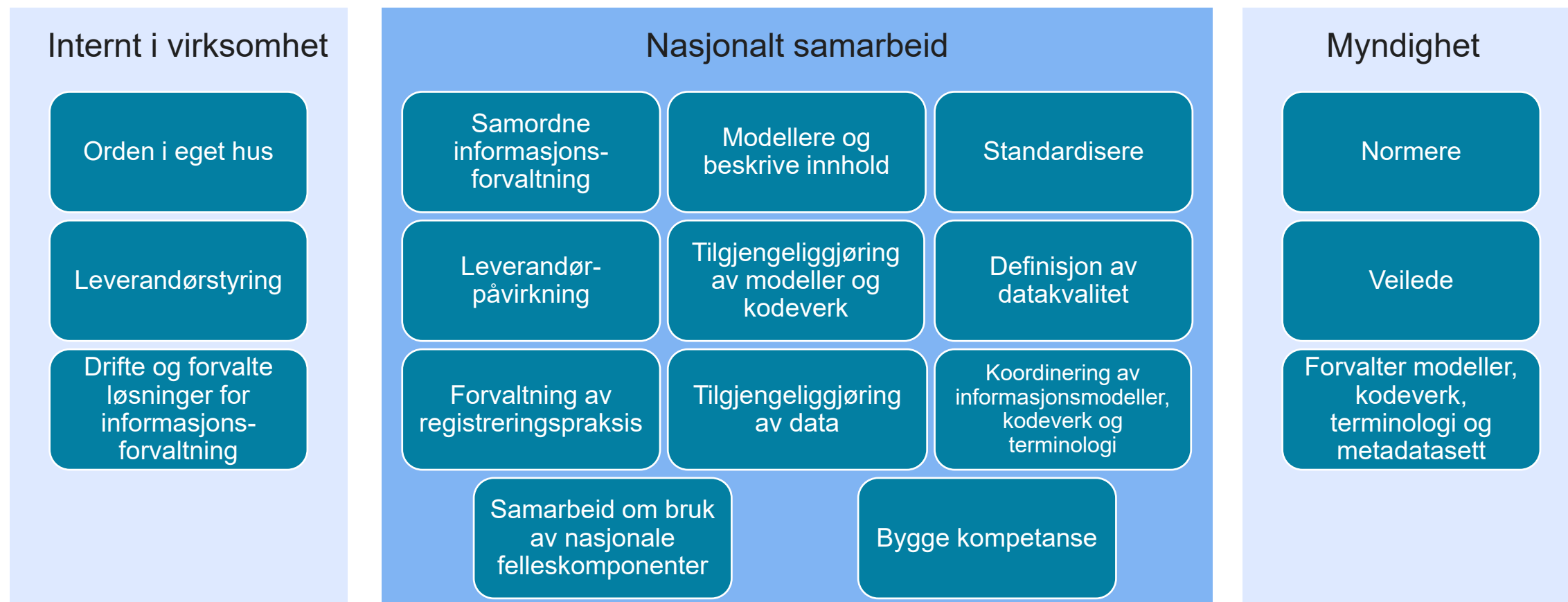
Hva kan nasjonal informasjonsforvaltning for helse- og omsorgssektoren være?

- Samarbeid om oppgaver på tvers av virksomheter i sektoren
- Verktøy og tiltak for å sikre at informasjon beholder mening gjennom hele livsløpet, for både primær og sekundær bruk

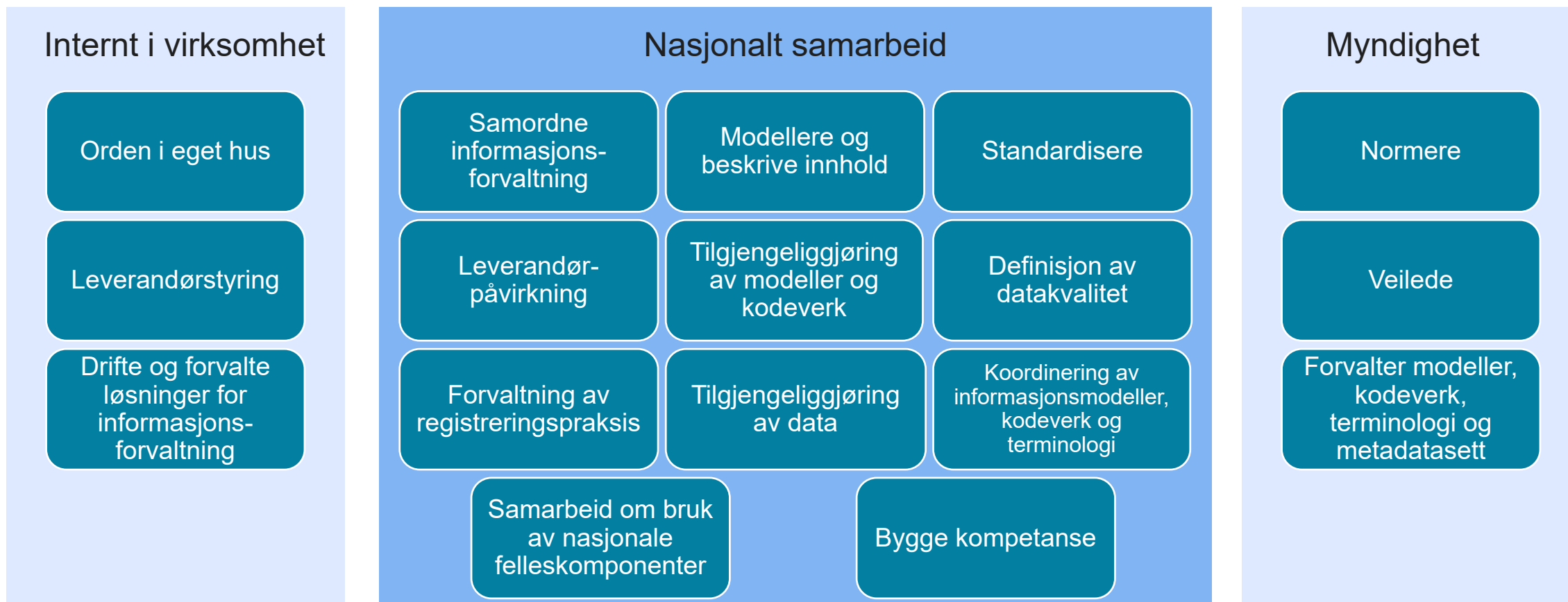
# Oppgaver innen helhetlig informasjonsforvaltning – nasjonal koordinering



# Drøfting: *Hvordan skal vi best løse disse oppgavene uten at ansvaret blir fragmentert?*

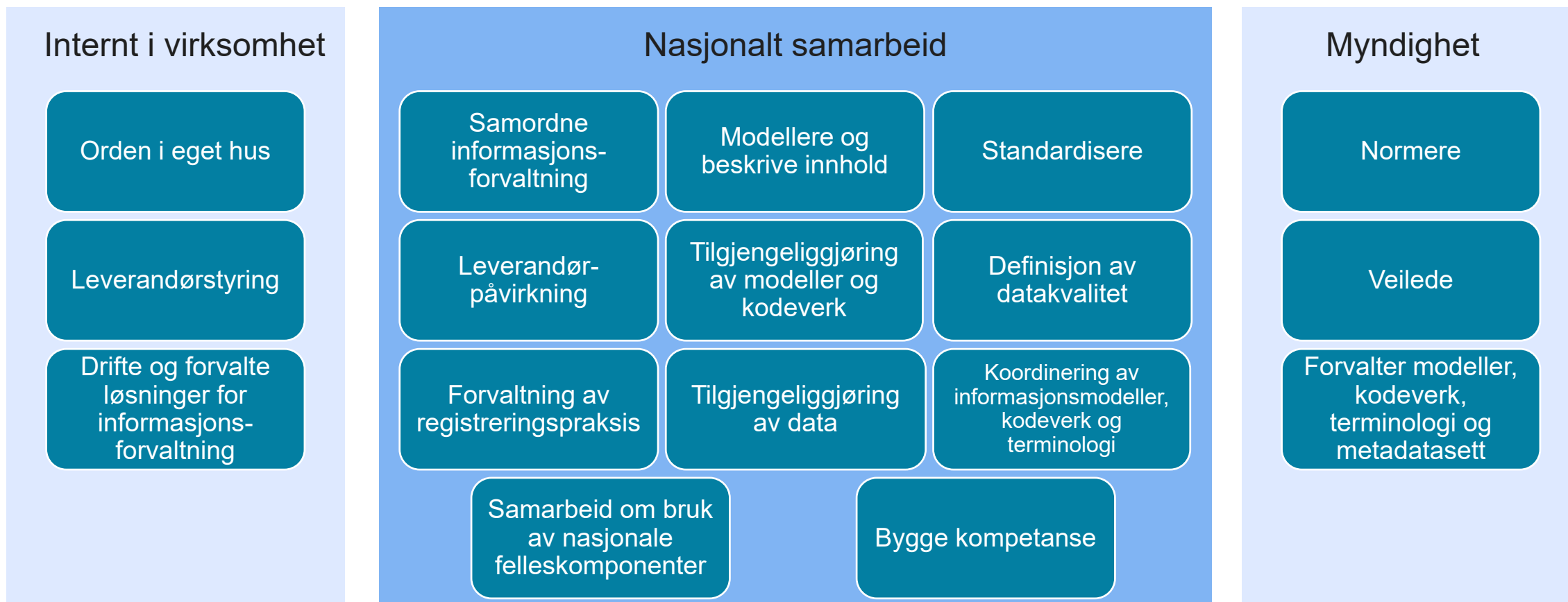


# Drøfting: Er det andre oppgaver og ansvar på dette nivået som mangler i figuren?





# Drøfting: *Hvilket ansvar ser du at din organisasjon eller virksomhet har i modellen?*



# Forslag til vedtak

NUFA drøftet saken og ga innspill til hvordan modell for koordinering av nasjonal informasjonsforvaltning kan videreutvikles. Helsedirektoratet tar med seg innspillene i det videre arbeidet.

Pause – oppstart igjen kl. 13.25

—

# Sak 24/24: Felles modell for innføring og nettverk innen e-helse

—



NUFA

# Sak 24/24: "Felles modell for innføring og nettverk innen e-helse"

28.08.2024

# Agenda

---

## 1. Bakgrunn for modellen

---

## 2. Realisering av modellen

---

1. Felles innføringsløp innen e-helse i kommunal sektor
  2. Ny regional nettverksorganisering e-helse
- 

## 3. Status for arbeidet

---

1. Felles innføringsløp innen e-helse i kommunal sektor
- 

*Kjernejournal* v/ *Eli Konstanse Strømsberg*

---

*DigiHelse* v/ *Eli Konstanse Strømsberg*

---

*DigiHelsestasjon* v/ *Kjetil Axelsen*

---

*Velferdsteknologisk knutepunkt* v/ *Anette Skogstad*

---

*Helhetlig tjenestemodell* v/ *Trond Aardal*

---

## 4. Betrakninger, vurderinger og veien videre

---

# Bakgrunn

## Hovedutfordringer

- Det er behov for **bedre samordning** mellom dagens nettverk på e-helseområdet.
- **Ulike finansieringskilder** for nettverkene og ulike rapporteringslinjer, gjør samordning krevende, samt behov for mer varig finansiering for å sikre kontinuitet i arbeidet.
- Kompetansen som finnes i nettverkene, er verdifull. De må ivaretas og videreutvikles. Det er stort potensial for **flere felles prosesser** og innføringsløp.
- **Forankring og eierskap** til det som innføres og endringene er avgjørende. Forankring mangler flere steder i dag.
- Det er behov for **støtte til både innføring og kontinuerlig tjenesteutvikling**.



## «Felles modell for innføring og nettverk e-helse»

1. **Felles innføringsløp** for nasjonale e-helseløsninger, kommunale fellesløsninger og velferdsteknologi
2. Utvikling av ny regional **nettverksorganisering** e-helse

Vår 2023

Oppdrag fra HOD til KS og NHN:  
**Foreslå en felles modell for innføringsnettverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten**

Omfattende prosess med innspill og forankring

Hvordan legger til rette for innføring og økt bruk for nasjonale e-helseløsninger, velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging?

Høst 2023

To hovedanbefalinger:

1. **Felles innføringsløp** for nasjonale e-helseløsninger, kommunale fellesløsninger og velferdsteknologi
2. Utvikling av **ny regional nettverksorganisering** e-helse

Vår 2024

Realisering av Felles modell for innføring og nettverk e-helse

Høst 2024

## Hva prøver vi å oppnå?

- **Raskere utbredelse** og bedre bruk av helseteknologi
- Benytte frikjøpte nettverksressurser mer **effektivt og koordinert** til både felles innføringsprosesser og relevant **støtte** til kommunene innen e-helseområdet
- Legge til rette for at de regionale nettverkene kan **sikre forankring** og beslutningsprosesser, som fremmer innføringsprosesser
- Legge til rette for faglig forankring, **erfaringsdeling og beste praksis** som fremmer innovasjon, bærekraft og gevinstrealisering





## «Felles modell for innføring og nettverk e-helse»

1

**Felles innføringsløp** for nasjonale e-helseløsninger, kommunale fellesløsninger og velferdsteknologi

2

Utvikling av ny regional **nettverksorganisering** e-helse

# Agenda

---

## 1. Bakgrunn for modellen

---

## 2. Realisering av modellen

---

1. Felles innføringsløp innen e-helse i kommunal sektor

---

2. Ny regional nettverksorganisering e-helse

---

## 3. Status for arbeidet

---

1. Felles innføringsløp innen e-helse i kommunal sektor

---

*Kjernejournal*

---

*DigiHelse*

---

*DigiHelsestasjon*

---

*Velferdsteknologisk knutepunkt*

---

*Helhetlig tjenestemodell*

---

## 4. Betrachninger, vurderinger og veien videre

---

## «Felles modell for innføring og nettverk e-helse»

1

**Felles innføringsløp** for nasjonale e-helseløsninger, kommunale fellesløsninger og velferdsteknologi

2

Utvikling av ny regional **nettverksorganisering** e-helse

## 1

## Felles innføringsløp – roller og oppgaver



- Nasjonal koordineringsgruppe består av deltakere fra Norsk helsenett (NHN), Helsedirektoratet og kommunale representanter.
- Ledes av KS
- Skal **samordne og koordinere** felles innføringsløp

- Arbeidsgruppene består av deltakere fra Norsk helsenett (NHN) og kommunale representanter
- Ledes av kommunale innføringsledere
- Skal **planlegge og gjennomføre** det enkelte felles innføringsløp






# 1

## Felles innføringsløp – roller og oppgaver **Arbeidsgruppe**

### Felles innføringsløp

Kjerne- journal	DigiHelse	DigiHelse- stasjon	Velferds- teknologisk knutepunkt	Helhetlig tj.modell
Arbeidsgruppe	Arbeidsgruppe	Arbeidsgruppe	Arbeidsgruppe	Arbeidsgruppe

### Lederne av arbeidsgruppene

				
Kjernejournal Styrk Grimstad Digi Vestland	DigiHelse Eli Konstanse Strømsberg E-helse Nord	DigiHelsestasjon Kjetil Axelsen Digi Viken	Velferdsteknologi knutepunkt Uavklart	Helhetlig tjenestemodell Trond Aardal Digi Troms & Finnmark

## «Felles modell for innføring og nettverk e-helse»

1

Felles innføringsløp for nasjonale e-helseløsninger, kommunale fellesløsninger og velferdsteknologi

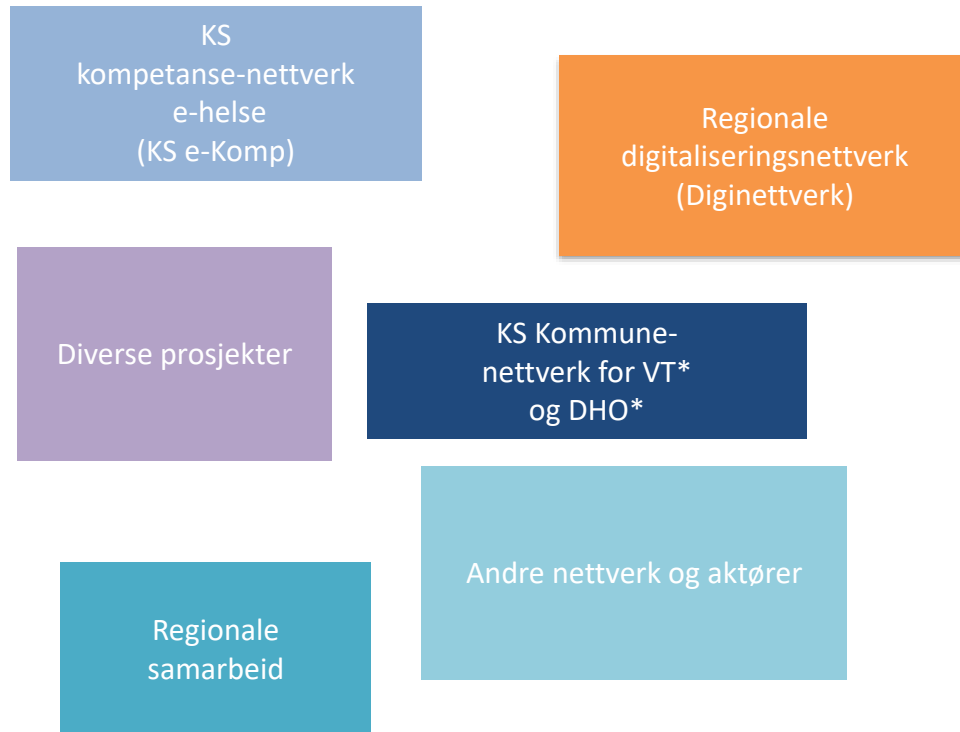
2

Utvikling av ny regional **nettverksorganisering** e-helse

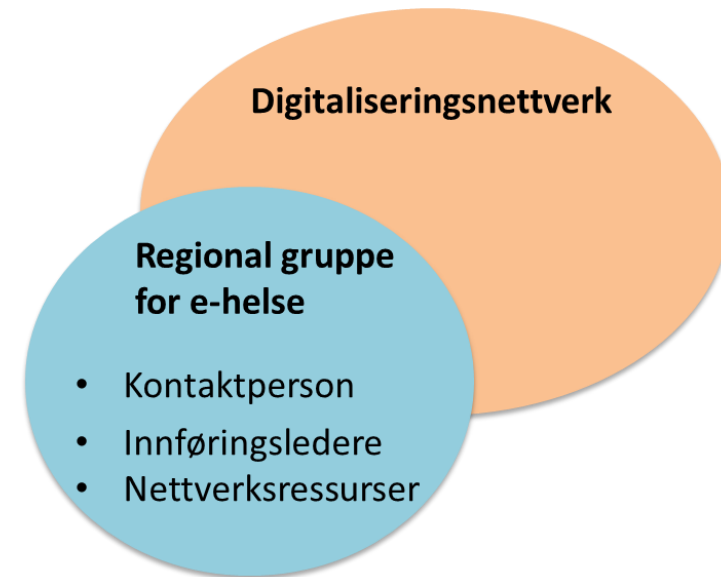
## 2

# Utvikling av ny regional nettverksorganisering e-helse

FØR



NÅ



*Regional gruppe for e-helse er tilknyttet Diginettverkene i hver region*

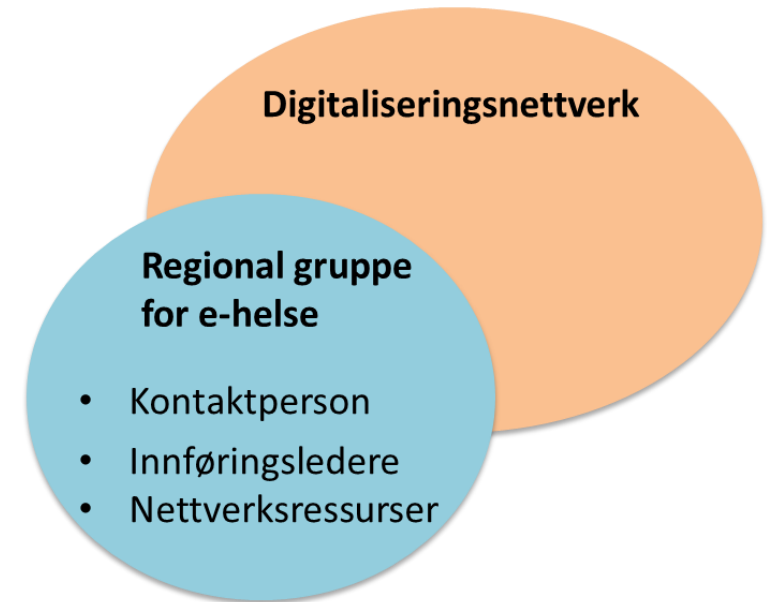
## 2

# Utvikling av ny regional **nettverksorganisering** e-helse

## Roller/funksjoner i regional gruppe for e-helse i hver region:

- **Kontaktperson e-helse:** hovedansvar for forankring, koordinering og oversikt over behov på e-helse i regionen
- **Innføringsleder(e):** bidrar og kan lede regionale og nasjonale innføringsløp
- **Nettverksressurser e-helse:** Støtte til drift, innføringsprosesser, erfaringsdeling, og tjenesteutvikling, innen nasjonale e-helse løsninger, velferdsteknologi i digital hjemmeoppfølging

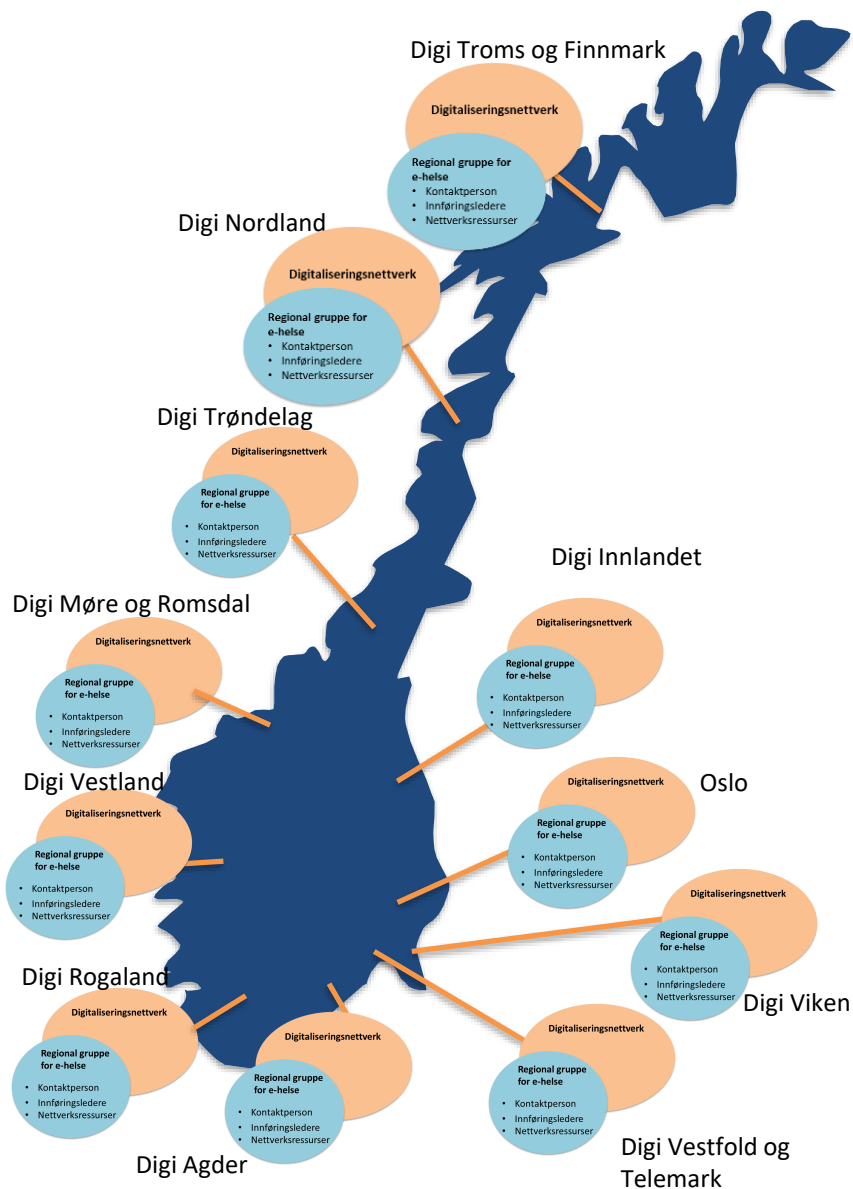
Regionens representant inn i KS Fag- og prioriteringsutvalg (KS FPU) e-helse må sikre god involvering, dialog og forankring til regional gruppe e-helse og kommunene i regionen.



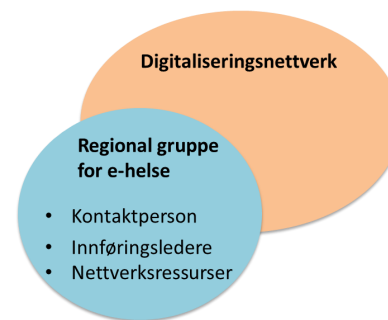
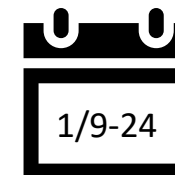


# 2

## Utvikling av ny regional nettverksorganisering e-helse



Oppdrags  
brev



10 av 11 Diginettverk har pt.



# Agenda

---

## 1. Bakgrunn for modellen

---

## 2. Realisering av modellen

---

1. Felles innføringsløp innen e-helse i kommunal sektor

---

2. Ny regional nettverksorganisering e-helse

---

## 3. Status for arbeidet

---

1. Felles innføringsløp innen e-helse i kommunal sektor

---

*Kjernejournal*

---

*DigiHelse*

---

*DigiHelsestasjon*

---

*Velferdsteknologisk knutepunkt*

---

*Helhetlig tjenestemodell*

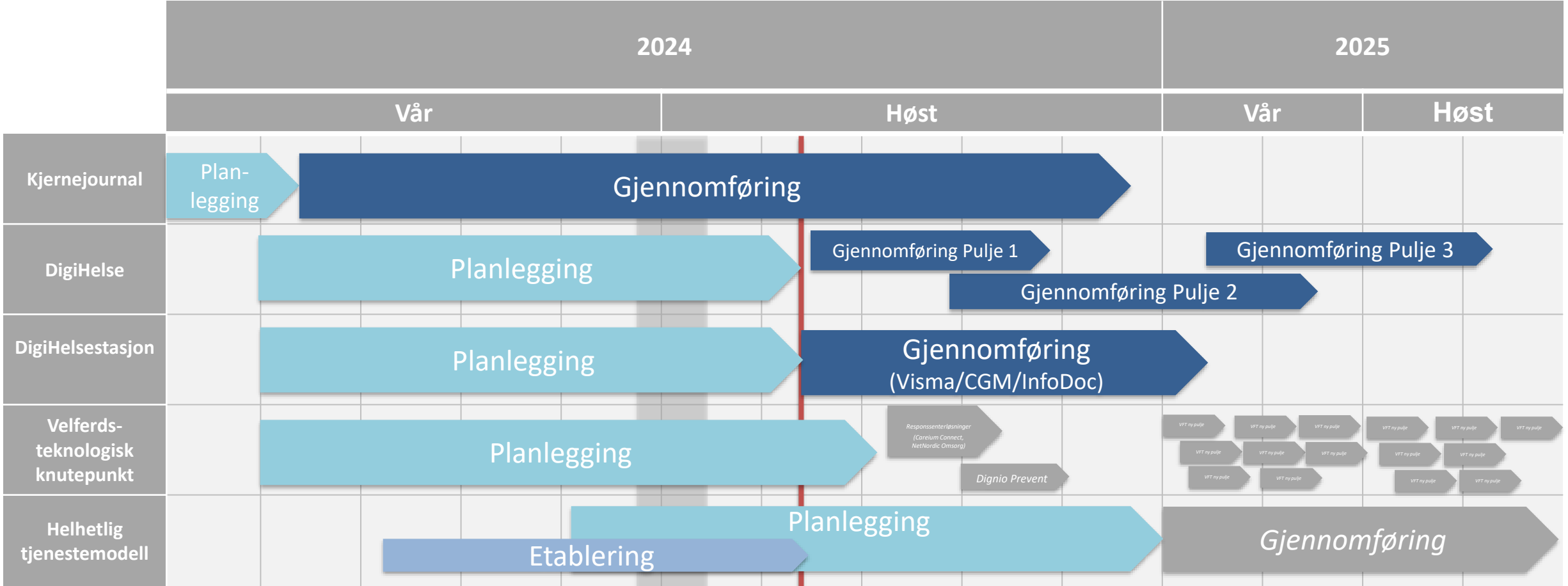
---

## 4. Betrachninger, vurderinger og veien videre

---

# 1

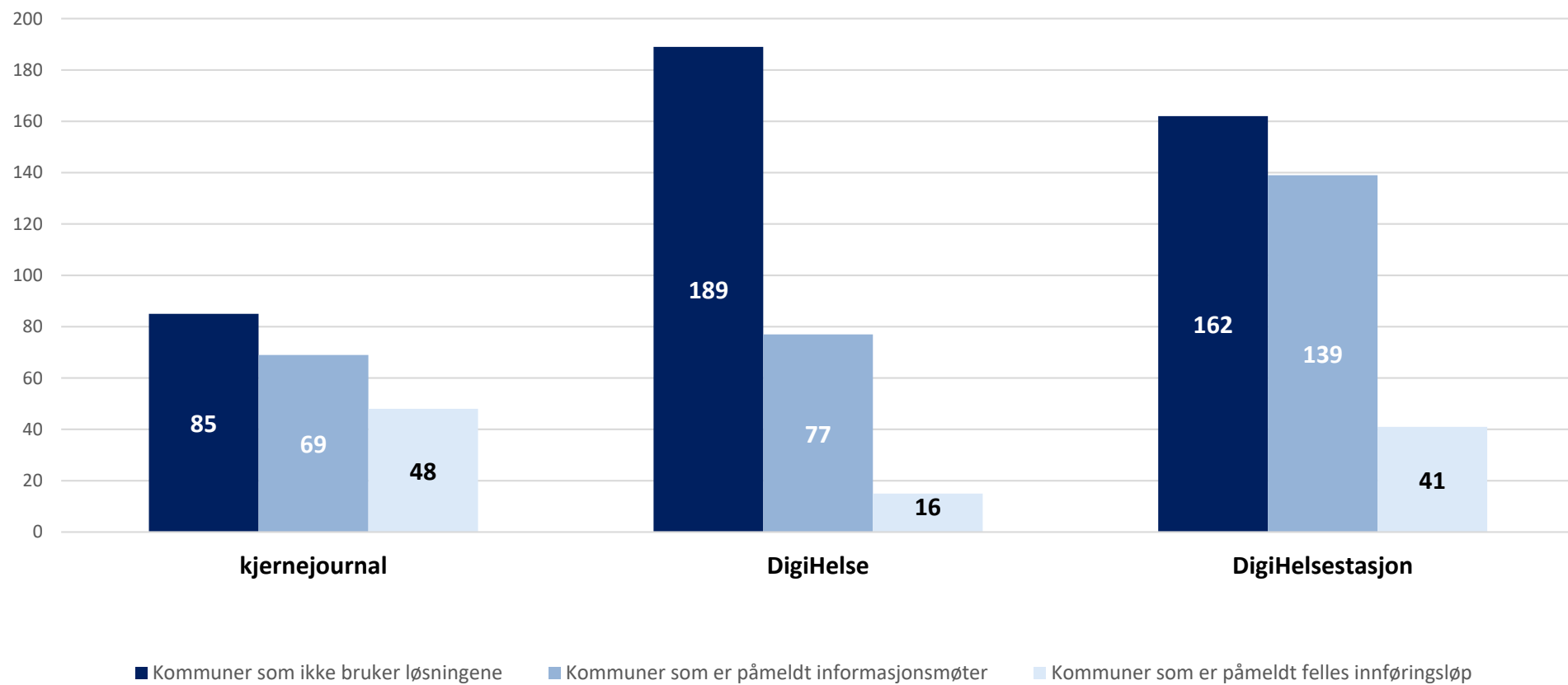
## Felles innføringsløp – overordnet tidsplan



Sommerferie I dag

# Oversikt over påmeldte kommuner

Oppdatert: 26.08.2024



# Kjernejournal

## *Hva er Kjernejournal?*

- Kjernejournal er et nasjonalt digitalt helsesystem, som deler helseopplysninger på tvers i helsevesenet. Helsepersonell kan se dine helseopplysninger uavhengig av om de jobber på sykehus, fastlegekontor, legevakt eller i kommunale pleie- og omsorgstjenester.
- Blir du for eksempel lagt inn på et sykehus hvor du ikke har vært før, vil helsepersonell raskt kunne slå opp i din kjernejournal og finne de viktigste helseopplysninger om deg. Dette kan gi deg riktig behandling raskere hvis du blir akutt syk.
- Alle fastboende i Norge har en kjernejournal, med unntak av de få som har reservert seg mot det.
- Barn får også automatisk sin egen kjernejournal. Når barn fyller 16 år kan de få digital tilgang til sin egen kjernejournal på Helsenorge, dersom de har BankID.
- Kjernejournalen din samler informasjon fra flere kilder og gjør disse helseopplysningene tilgjengelig for helsepersonell. Du kan også selv gå inn og sjekke om helseopplysningene stemmer.

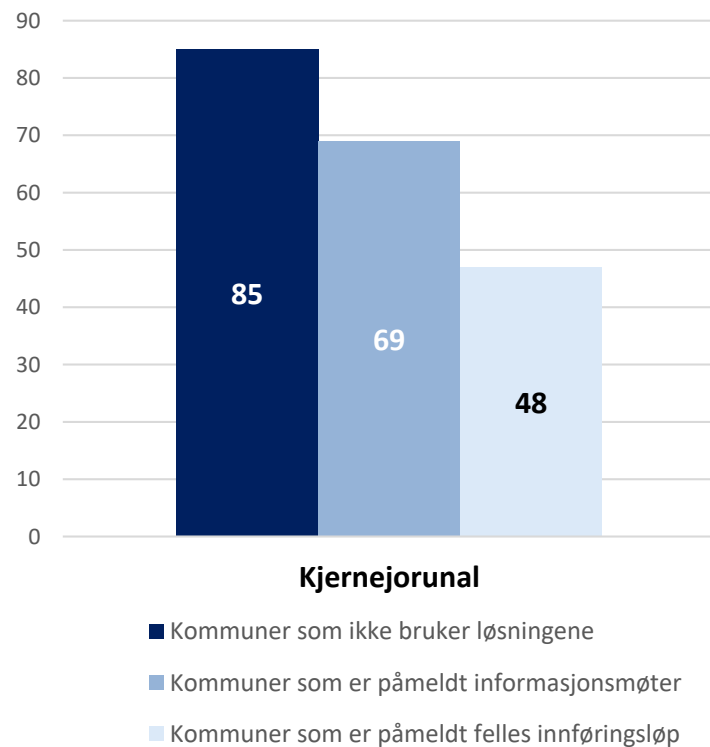
# Kjernejournal: Arbeidsgruppen

Navn	Rolle	Nettverk
Styrk Matre Grimstad	Nasjonal innføringsleder	Digi Vestland
Eli K. Strømsberg	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Troms og Finnmark
Trudi Nilsen Lohne	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Agder
Trine W. Eknes	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Vestfold og Telemark
Eirunn Bjørkheim	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Innlandet
Hilde M. L. Pettersen-Bromseth	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Trøndelag

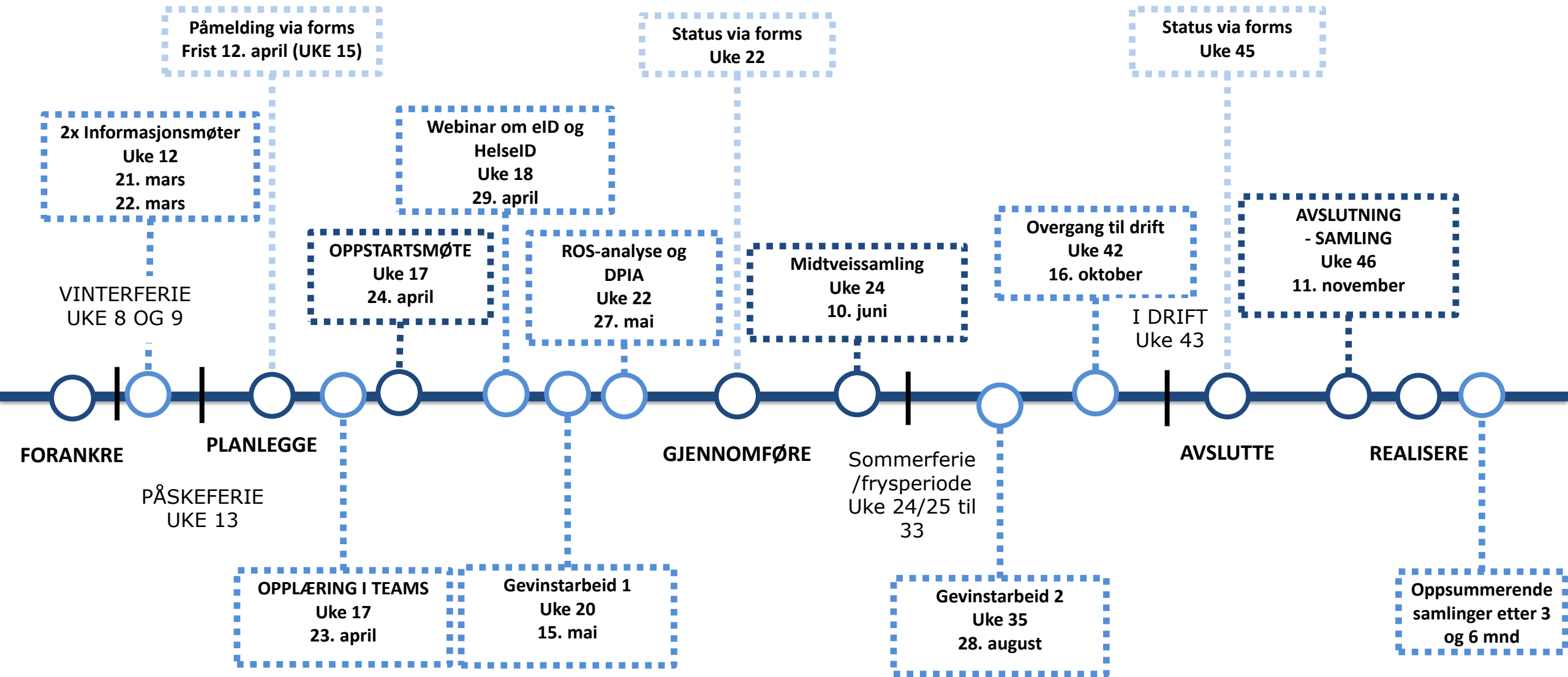




# 48 kommuner er påmeldt felles innføringsløp for Kjernejournal



Digi Nordland	Digi Viken	Digi Innlandet	Digi Vestfold og Telemark	Digi Agder	Digi Vestland	Digi Trøndelag	Digi Troms og Finnmark
<b>9</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>15</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Beiarn</b></li> <li>• <b>Fauske</b></li> <li>• <b>Gildeskål</b></li> <li>• <b>Hadsel</b></li> <li>• <b>Lødingen</b></li> <li>• <b>Meløy</b></li> <li>• <b>Narvik</b></li> <li>• <b>Sørfold</b></li> <li>• <b>Vevelstad</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aremark</li> <li>• Enebakk</li> <li>• Flå</li> <li>• Gol</li> <li>• Hole</li> <li>• Jevnaker</li> <li>• Krødsherad</li> <li>• Nesbyen</li> <li>• <b>Nesodden</b></li> <li>• Nittedal</li> <li>• Nore og Uvdal</li> <li>• Ringerike</li> <li>• Rollag</li> <li>• <b>Ås</b></li> <li>• <b>Modum</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alvdal</li> <li>• Engerdal</li> <li>• Folldal</li> <li>• <b>Grue</b></li> <li>• <b>Lesja</b></li> <li>• Løten</li> <li>• <b>Nord Fron</b></li> <li>• <b>Nord Odal</b></li> <li>• Rendalen</li> <li>• <b>Sør Fron</b></li> <li>• <b>Sør Odal</b></li> <li>• Tolga</li> <li>• Tynset</li> <li>• <b>Våler</b></li> <li>• <b>Østre Toten</b></li> <li>• <b>Åsnes</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fyresdal</b></li> <li>• <b>Hjartdal</b></li> <li>• <b>Kviteseid</b></li> <li>• Porsgrunn</li> <li>• <b>Seljord</b></li> <li>• <b>Siljan</b></li> <li>• <b>Tokke</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iveland</li> <li>• Lyngdal</li> <li>• Sirdal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Etne</b></li> <li>• Fedje</li> <li>• <b>Fitjar</b></li> <li>• <b>Kvinnherad</b></li> <li>• Tysnes</li> <li>• Vaksdal</li> <li>• Årdal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frøya</li> <li>• Heim</li> <li>• <b>Malvik</b></li> <li>• Melhus</li> <li>• Midtre Gauldal</li> <li>• Oppdal</li> <li>• <b>Orkland</b></li> <li>• Rennebu</li> <li>• Skaun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bardu</b></li> <li>• Gamvik</li> <li>• Gratangen</li> <li>• <b>Ibestad</b></li> <li>• <b>Karasjok</b></li> <li>• <b>Karlsøy</b></li> <li>• <b>Kåfjord</b></li> <li>• <b>Lebesby</b></li> <li>• <b>Lavangen</b></li> <li>• Loppa</li> <li>• <b>Målselv</b></li> <li>• Måsøy</li> <li>• <b>Nordreisa</b></li> <li>• <b>Porsanger</b></li> <li>• <b>Salangen</b></li> <li>• <b>Skjervøy</b></li> <li>• <b>Storfjord</b></li> <li>• <b>Sør Varanger</b></li> <li>• <b>Vardø</b></li> </ul>



## Fremdriftsplan KJ-SHT vår 2024



Oppdatert 28.02.2024



## *Kjernejournal – Læringspunkter*

- Godt oppmøte og nådde målet om antall kommuner
- Problemstillingene som kommunene møter i nasjonale/regionale innføringsløp er de samme
- Modellen er skalerbar
- Teams er mer enn videomøter
- Utfordrende å ikke ha budsjett, mandat og det som hører med når en skal lede større prosesser
- Spisse noen av ressursene våre til å ta felles tema i innføringsløp? For eksempel teamsopplæring, ROS og DPIA osv. Nå må alle lære alt som innføringsleder.
- Alle møter er gjennomført godt og uten de store problemer
- Informasjon via videoer, brosjyrer osv må avklares tidlig
- Når er vi ferdig innført?
- Dele erfaringer på tvers av innføringsløp

# Digihelse

## *Hva er Digihelse?*

**Styrket samarbeid** mellom tjenestemottakere, pårørende og ansatte.

- **Innbyggerdialog** med helse- og omsorgstjenesten via helsenorge.no.
- **Trygg kommunikasjon:** Meldingene blir en del av den elektroniske pasientjournalen (EPJ).
- **Oversikt og varslinger:** Innbyggere kan se avtaler, motta varsler, avbestille timer og få relevant informasjon.
- **Fullmakt til pårørende:** Innbyggere kan gi pårørende tilgang til tjenestene på Helsenorge.no.
- **Enklere hverdag:** Helsepersonell administrerer avtaler og meldinger i EPJ, noe som gjør det enklere for brukerne å planlegge sin hverdag.

**Økt involvering av pårørende og frivillige** er den høyest vurderte prissatte nyttevirkingen av Digihelse [Bruk-og-nytte-av-e-helselosninger-Rapport-v1.0.pdf \(osloeconomics.no\)](#).

## Digihelse: Arbeidsgruppen

Navn	Rolle	Nettverk
Eli K. Strømsberg	Nasjonal innføringsleder	Digi Troms og Finnmark
Marit D. Petersen	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Vestfold og Telemark
Monica Kristiansen	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Innlandet
Hilde Vatvedt	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Viken
Torolf Slettvoll	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Nordland
Cecilie Ingebrigtsen	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Troms og Finnmark
Anne Marit Rennemo	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Oslo

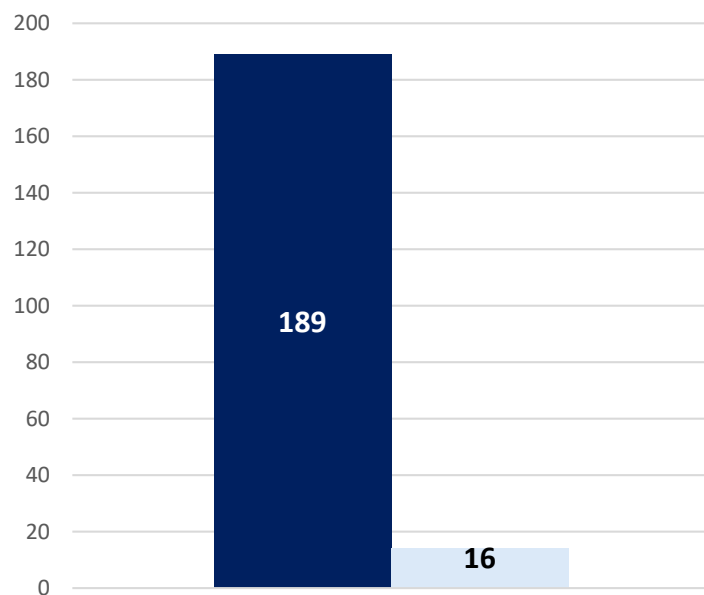


DigiHelse  
Eli Konstanse  
Strømsberg  
Digi Troms og  
Finnmark

# 16 kommuner er påmeldt felles innføringsløp for DigiHelse

■ Pulje 1

■ Pulje 2



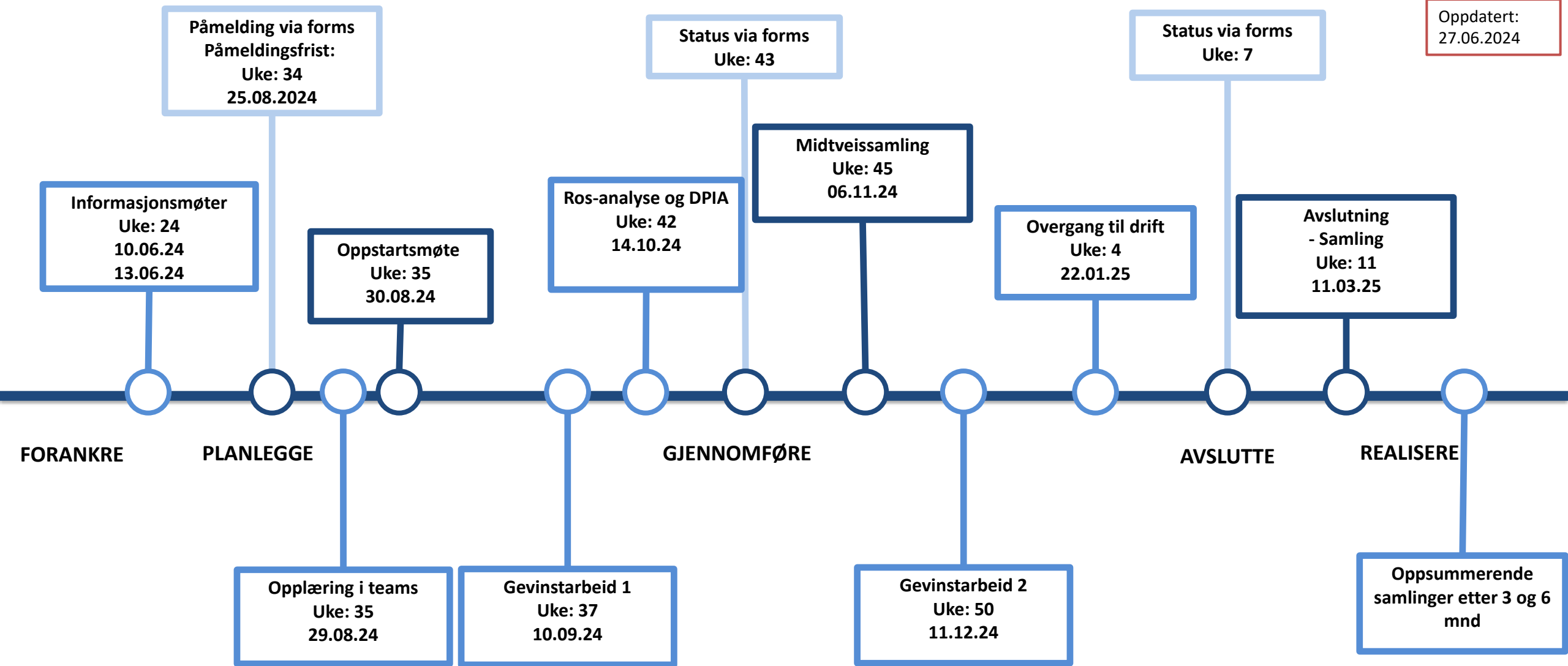
DigiHelse

■ Kommuner som ikke bruker løsningene

■ Kommuner som er påmeldt felles innføringsløp

Digi Rogaland	Digi Møre og Romsdal	Digi Nordland	Digi Viken	Digi Innlandet	Digi Vestfold og Telemark	Digi Agder	Digi Vestland	Digi Trøndelag	Digi Troms og Finnmark
<b>3</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Bjerkreim</li> <li>* Hjelmeland</li> <li>* Karmøy</li> <li>* <b>Kviteseid</b></li> <li>* Sauda</li> <li>* Stavanger</li> <li>* Strand</li> <li>* Suldal</li> <li>* <b>Utsira</b></li> <li>* <b>Tysvær</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Averøy</li> <li>* Aure</li> <li>* Gjemnes</li> <li>* Kristiansund</li> <li>* Stranda</li> <li>* Sykkylven</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Andøy</li> <li>* Belærn</li> <li>* <b>Brønnøy</b></li> <li>* Bø</li> <li>* Dønna</li> <li>* Evenes</li> <li>* Fauske</li> <li>* GildeSkål</li> <li>* Grane</li> <li>* Hadsel</li> <li>* Hamarøy</li> <li>* Hattfjellidal</li> <li>* Hemnes</li> <li>* Leirfjord</li> <li>* Lurøy</li> <li>* Lødingen</li> <li>* Meløy</li> <li>* Narvik</li> <li>* Nesna</li> <li>* Rana</li> <li>* Røst</li> <li>* Saltdal</li> <li>* Sortland</li> <li>* Steigen</li> <li>* Sømna</li> <li>* Sørfold</li> <li>* Trana</li> <li>* Vefsn</li> <li>* Vega</li> <li>* <b>Vestvågøy</b></li> <li>* Vevelstad</li> <li>* Øksnes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Aremark</li> <li>* Eidsvoll</li> <li>* Enebakk</li> <li>* Flesberg</li> <li>* Flå</li> <li>* Frogn</li> <li>* Hemsedal</li> <li>* Hole</li> <li>* Hurdal</li> <li>* Jevnaker</li> <li>* Krødsherad</li> <li>* Lunner</li> <li>* <b>Lørenskog</b></li> <li>* Modum</li> <li>* Nes</li> <li>* Nesodden</li> <li>* Nittedal</li> <li>* Rakkestad</li> <li>* Rollag</li> <li>* Ullensaker</li> <li>* Vestby</li> <li>* Våler Viken</li> <li>* Øvre Eiker</li> <li>* Ås</li> <li>* Nesbyen</li> <li>* Hol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>Dovre</b></li> <li>* Eidskog</li> <li>* Elverum</li> <li>* Engerdal</li> <li>* Etne</li> <li>* Grue</li> <li>* Hamar</li> <li>* Kongsvinger</li> <li>* <b>Løsjø</b></li> <li>* <b>Løm</b></li> <li>* Letten</li> <li>* Nordre Land</li> <li>* Nord-Aurdal</li> <li>* Nord-Fron</li> <li>* Nord-Odal</li> <li>* Os</li> <li>* <b>Sel</b></li> <li>* <b>Skjåk</b></li> <li>* Stor-Elvdal</li> <li>* Søndre Land</li> <li>* Sør-Aurdal</li> <li>* Sør-Fron</li> <li>* Sør-Odal</li> <li>* Trysil</li> <li>* Vang</li> <li>* Vestre Slidre</li> <li>* <b>Vågå</b></li> <li>* Våler Innlandet</li> <li>* Østre Toten</li> <li>* Øystre Slidre</li> <li>* Åmot</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Bamble</li> <li>* Drangedal</li> <li>* Færding</li> <li>* Hjartdal</li> <li>* Horten</li> <li>* Kragerø</li> <li>* Larvik</li> <li>* Midt-Telemark</li> <li>* Nome</li> <li>* Porsgrunn</li> <li>* <b>Sandefjord</b></li> <li>* Siljan</li> <li>* <b>Skien</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Bygland</li> <li>* Bykle</li> <li>* Evje og Hornnes</li> <li>* Iveland</li> <li>* Lyngdal</li> <li>* Sirdal</li> <li>* Valle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Alver</li> <li>* Austevoll</li> <li>* Aurland</li> <li>* Austrheim</li> <li>* Bremanger</li> <li>* Fitjar</li> <li>* Gloppen</li> <li>* Samnanger</li> <li>* Stad</li> <li>* Stryn</li> <li>* Vaksdal</li> <li>* Årdal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Flatanger</li> <li>* Frosta</li> <li>* Frøya</li> <li>* Grong</li> <li>* Inderøy</li> <li>* Leka</li> <li>* Lierne</li> <li>* Meråker</li> <li>* Namsskogan</li> <li>* Orkland</li> <li>* Vaksdal</li> <li>* Årdal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Alta</li> <li>* Balsfjord</li> <li>* Bardu</li> <li>* Berlevåg</li> <li>* Båtsfjord</li> <li>* Dyrøy</li> <li>* Gamvik</li> <li>* Gratangen</li> <li>* Hammerfest</li> <li>* Harstad</li> <li>* Hasvik</li> <li>* Ibestad</li> <li>* Karasjok</li> <li>* Karlsøy</li> <li>* Kautokeino</li> <li>* Kvæfjord</li> <li>* Kvænangen</li> <li>* Kåfjord</li> <li>* Lavangen</li> <li>* Lebesby</li> <li>* Loppa</li> <li>* Lyngen</li> <li>* Målselv</li> <li>* Måsøy</li> <li>* Nesseby</li> <li>* <b>Nordkapp</b></li> <li>* Nordreisa</li> <li>* Porsanger</li> <li>* Salangen</li> <li>* Senja</li> <li>* Skjervøy</li> <li>* Storfjord</li> <li>* Sørreisa</li> <li>* Tana</li> <li>* Tjeldsund</li> <li>* Tromsø</li> <li>* Vadø</li> <li>* Varø</li> </ul>

Fjorten kommuner er påmeldt pulje 1 og to kommuner er påmeldt pulje 2



## Fremdriftsplan: DigiHelse, pulje 1, 2024



## Digihelse– Læringspunkter

- Informasjonsmøter før sommeren, totalt 73 påmeldte som representerte 46 ulike kommuner.
  - Hadde med tre referansekommuner som representerte ulike EPJ løsninger.
- Påmeldingen til informasjonsmøter kunne vært gjort utenom forms, men direkte til et webinar.
  - Greit å håndtere når det er få påmeldte.
- Få påmeldte kommuner til innføringsløpene, selv om frist for påmelding av blitt forskjøvet.
  - Tidsfrist fra informasjon til påmelding. Bør være lang nok tid til dialog med kommunene.
  - Kommunene opplever ikke at det er behov.
  - De må prioritere mellom ulike innføringsløp på grunn av ressursmangel (økonomi og personell)
- Noen kommuner hadde meldt seg på første innføringsløp, men som ikke visst hva de var påmeldt.
  - For mye informasjon på en gang; både Digihelse og Digihelsestasjon. Mange datoer og mange forløp.
- Noen kommuner gir tilbakemelding om at de ikke har fått informasjon om innføringsløp Digihelse. Hvordan sikre en bedre struktur på informasjonsflyten?
- Dette er en løsning som retter seg mot innbyggerne – hvordan få dette kommunisert ut på en bedre måte?

# DigiHelsestasjon

## *Hva er DigiHelsestasjon?*

DigiHelsestasjon leverer digitale tjenester for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, inkludert helsestasjon for ungdom.

- Tjenesten tilgjengeliggjør enkel, digital kommunikasjon mellom innbyggere og helsestasjons- og skolehelsetjenestene på en måte som ivaretar sikkerhet og personvernet.
- Innbyggerne får oversikt over avtaler de har med tjenesten, mulighet til å avbestille disse og sende meldinger direkte til helsestasjonen.

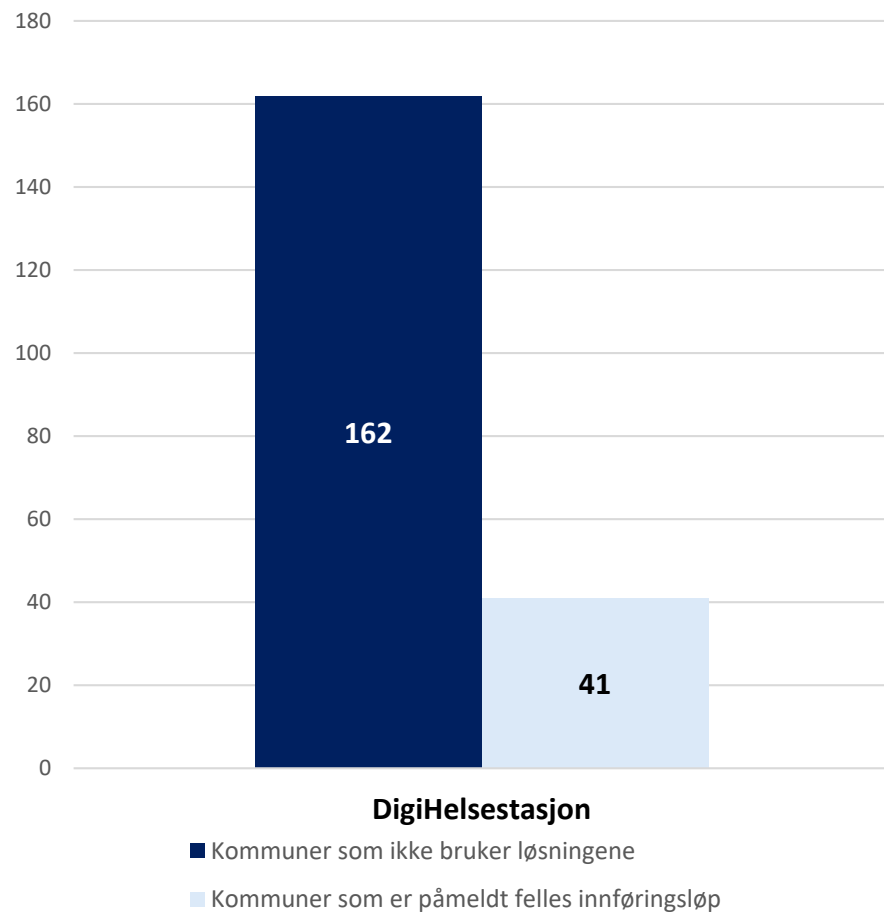


## DigiHelsestasjon: Arbeidsgruppen

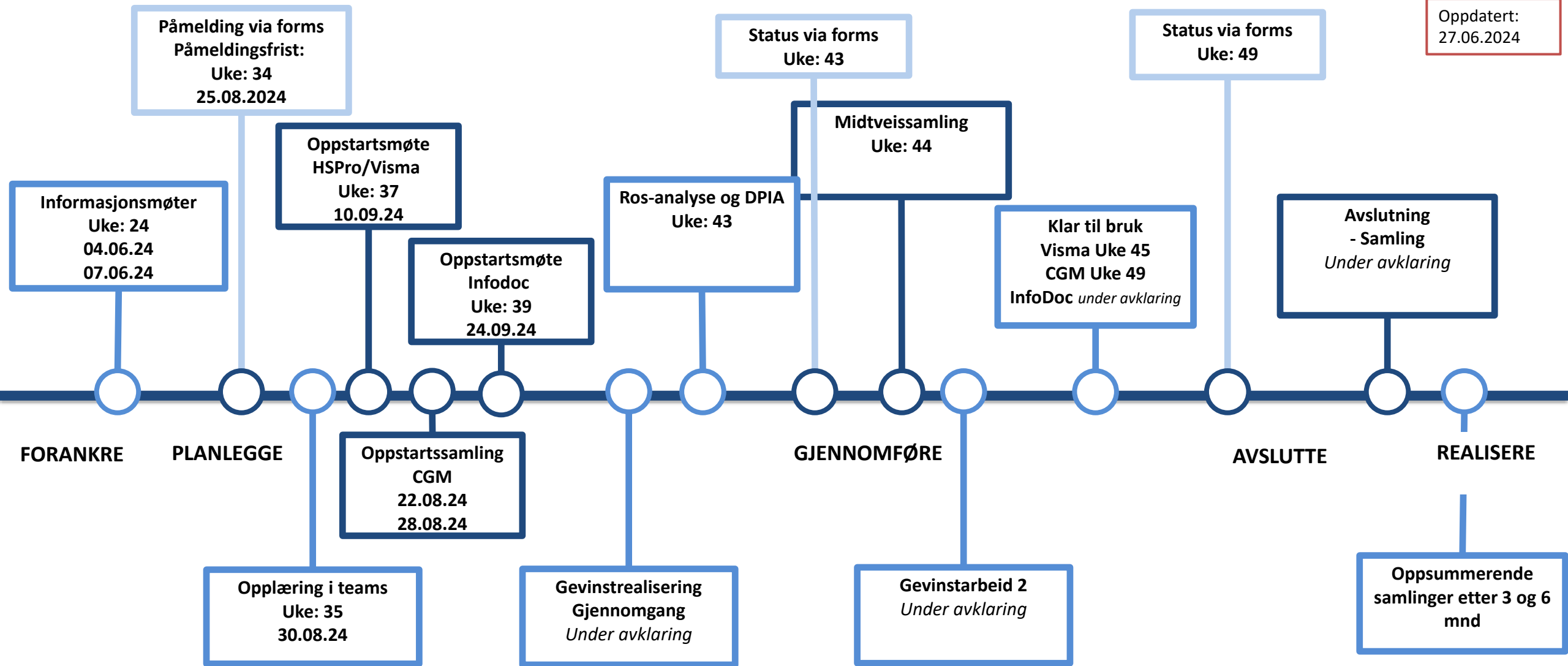
Navn	Rolle	Nettverk
Kjetil Axelsen	Nasjonal innføringsleder	Digi Viken
Torolf Slettvoll	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Nordland
Berit M.H. Eira	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Troms og Finnmark
Marit Øverengen	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Trøndelag
Stine Eie Nilsen	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Oslo
Aslaug Lunde	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Vestland



# 41 kommuner er påmeldt felles innføringsløp for DigiHelsestasjon



Digi Rogaland	Digi Møre og Romsdal	Digi Nordland	Digi Viken	Digi Innlandet	Digi Vestfold og Telemark	Digi Agder	Digi Vestland	Digi Trøndelag	Digi Troms og Finnmark
<b>1</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>8</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bokn</li> <li>Karmøy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Giske</li> <li>Stranda</li> <li>Sykkylven</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Træna</li> <li>Andøy</li> <li>Vestvågøy</li> <li>Vevelstad</li> <li>Moskenes</li> <li>Vega</li> <li>Leirfjord</li> <li>Gildeskål</li> <li>Vestby</li> <li>Steigen</li> <li>Hamarøy</li> <li>Rødøy</li> <li>Brønnøy</li> <li>Moldjord</li> <li>Røst</li> <li>Sørfold</li> <li>Stokmarknes</li> <li>Nesna</li> <li>Lødingen</li> <li>Ba</li> <li>Øksnes</li> <li>Fauske</li> <li>Hattfjelldal</li> <li>Flakstad</li> <li>Sømna</li> <li>Grane</li> <li>Vefsn</li> <li>Hemnes</li> <li>Sorland</li> <li>Lurøy</li> <li>Hadsel</li> <li>Bindal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Marker</li> <li>Skiptvet</li> <li>Hole</li> <li>Frogn</li> <li>Sigdal</li> <li>Hvaler</li> <li>Halden</li> <li>Vestby</li> <li>Krødsherad</li> <li>Indre Østfold</li> <li>Jevnaker</li> <li>Rakkestad</li> <li>Nittedal</li> <li>Ås</li> <li>Enebakk</li> <li>Moss</li> <li>Nordre Follo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nord-Fron</li> <li>Gjøvik</li> <li>Trysil</li> <li>Engerdal</li> <li>Våler</li> <li>Sør-Aurdal</li> <li>Øystre Slidre</li> <li>Stor-Elvdal</li> <li>Valdres</li> <li>Vang</li> <li>Vestre Slidre</li> <li>Rena</li> <li>Etnedal</li> <li>Alvdal</li> <li>Dovre</li> <li>Follidal</li> <li>Lesja</li> <li>Lom</li> <li>Otta</li> <li>Rendalen</li> <li>Skjåk</li> <li>Toiça</li> <li>Tynset</li> <li>Vågå</li> <li>Våler</li> <li>Østre Toten</li> <li>Sør-Fron</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Horten</li> <li>Drangedal</li> <li>Fyresdal</li> <li>Kviteseid</li> <li>Seljør</li> <li>Nome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kristiansand</li> <li>Tvedestrand</li> <li>Arendal</li> <li>Risar</li> <li>Grimstad</li> <li>Risar</li> <li>Vennesla</li> <li>Åmli</li> <li>Froland</li> <li>Vegårshei</li> <li>Gjerstad</li> <li>Bykle</li> <li>Bygland</li> <li>Evje og Hornes</li> <li>Iveland</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Årdal</li> <li>Lærdal</li> <li>Sveio</li> <li>Modalen</li> <li>Askøy</li> <li>Aurland</li> <li>Austrheim</li> <li>Bremanger</li> <li>Fedje</li> <li>Fitjar</li> <li>Fjaler</li> <li>Gioppen</li> <li>Lonevåg</li> <li>Mastfjorden</li> <li>Måløy</li> <li>Samnanger</li> <li>Sirdal</li> <li>Alver</li> <li>Stad</li> <li>Stryn</li> <li>Svelgen</li> <li>Sandre Land</li> <li>Tyneset</li> <li>Ullensvang</li> <li>Voss</li> <li>Øygarden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grong</li> <li>Lierne</li> <li>Namsskogan</li> <li>Røyrvik</li> <li>Frøya</li> <li>Osen</li> <li>Høylandet</li> <li>Leka</li> <li>Orkland</li> <li>Snåsa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Serreisa</li> <li>Nesseby</li> <li>Båtsfjord</li> <li>Nordreisa</li> <li>Dyrøy</li> <li>Gratangen</li> <li>Harstad</li> <li>Hesvik</li> <li>Karlsøy</li> <li>Tana</li> <li>Kvæfjord</li> <li>Berlevåg</li> <li>Storfjord</li> <li>Alta</li> <li>Vardø</li> <li>Lebesby</li> <li>Gamvik</li> <li>Loppa</li> <li>Kautokeino</li> <li>Kirkenes</li> <li>Balsfjord</li> <li>Karasjok</li> <li>Måsøy</li> <li>Nordkapp</li> <li>Porsanger</li> <li>Vadsø</li> </ul>



## Fremdriftsplan: DigiHelsestasjon 2024



## Læringspunkter

- **Erfarings- og læringspunkter?**
- -Nestleder i arbeidsgruppen må utpekes når arbeidsgruppen etableres
- - I starten er dette krevende tidsmessig. De som har oppgaver i arbeidsgruppen eller den som leder, må kunne sette av tilstrekkelig tid
- - Svært mye arbeid å håndtere påmeldinger til info-møte via Forms når mange melder seg på
- - Påmelding til informasjonsmøtet må teknisk gjennomføres som påmelding til webinar, ikke via Forms, slik at de som melder seg på informasjonsmøtet får bekreftelse umiddelbart, og man slipper at ting glipper med bruk av Excel – når det er stort volum av påmeldte, utfordrer denne formen for påmelding VELDIG!

# Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)



## *Hva er Velferdsteknologisk knutepunkt?*

- Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) er en tjeneste som håndterer informasjonsflyt mellom velferdsteknologiske løsninger og elektronisk pasientjournal (EPJ).
- VKP håndterer enkelte typer informasjon og ikke all data mellom velferdsteknologiske løsninger og elektronisk pasientjournal (EPJ)
- VKP er ikke en selvstendig løsning

# Velferdsteknologisk knutepunkt: Arbeidsgruppen

Navn	Rolle	Nettverk
Eva Tone Fosse	Nasjonal innføringsleder (midlertidig)	Digi Rogaland
Anette Skogstad	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Nordland (Til 1.9.2024)
Trond Aardal	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Troms og Finnmark
Benedicte Nyborg	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Møre og Romsdal
Lill Monica Kirsebom	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Viken
Åshild Sæther Engen	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Innlandet
Solrunn Hårstad	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Trøndelag
Marianne Holmesland	Deltakere i arbeidsgruppen	Digi Agder
Liv Braathen	Deltager i arbeidsgruppen	NHN/VKP
Jørgen Worum	Deltager i arbeidsgruppen	NKG/NHN kommune

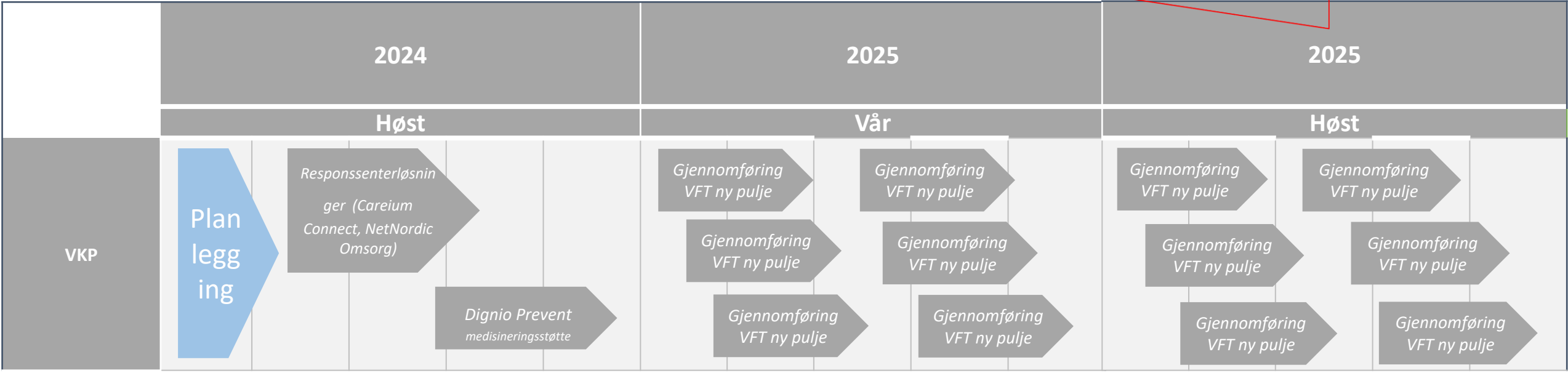


# Om innføringsløp VKP

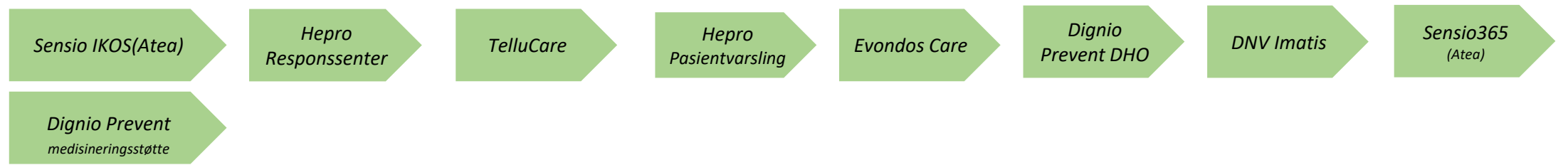
- Et VKP innføringsløp er på 6-8 uker fra oppstartsmøte til avslutningsmøte
- På grunn av kapasitet hos NHN og VFT leverandører kan maks 10-15 kommuner delta i et innføringsløp (i starten, kan endres etter hvert basert på erfaring)
- Det kjøres i starten et innføringsløp per VFT leverandør (med unntak av det første for responscenter som vil ivareta Helseplattformen kommuner – det vil være plass til noen andre kommuner også)
- Innføringsløpene vil kreve mye koordinering for å sørge for fremdrift så i tillegg til fremdriftsplan for kommuner vil det i tillegg være en fremdriftsplan for innføringsleder m. vara, VFT leverandør og NHN

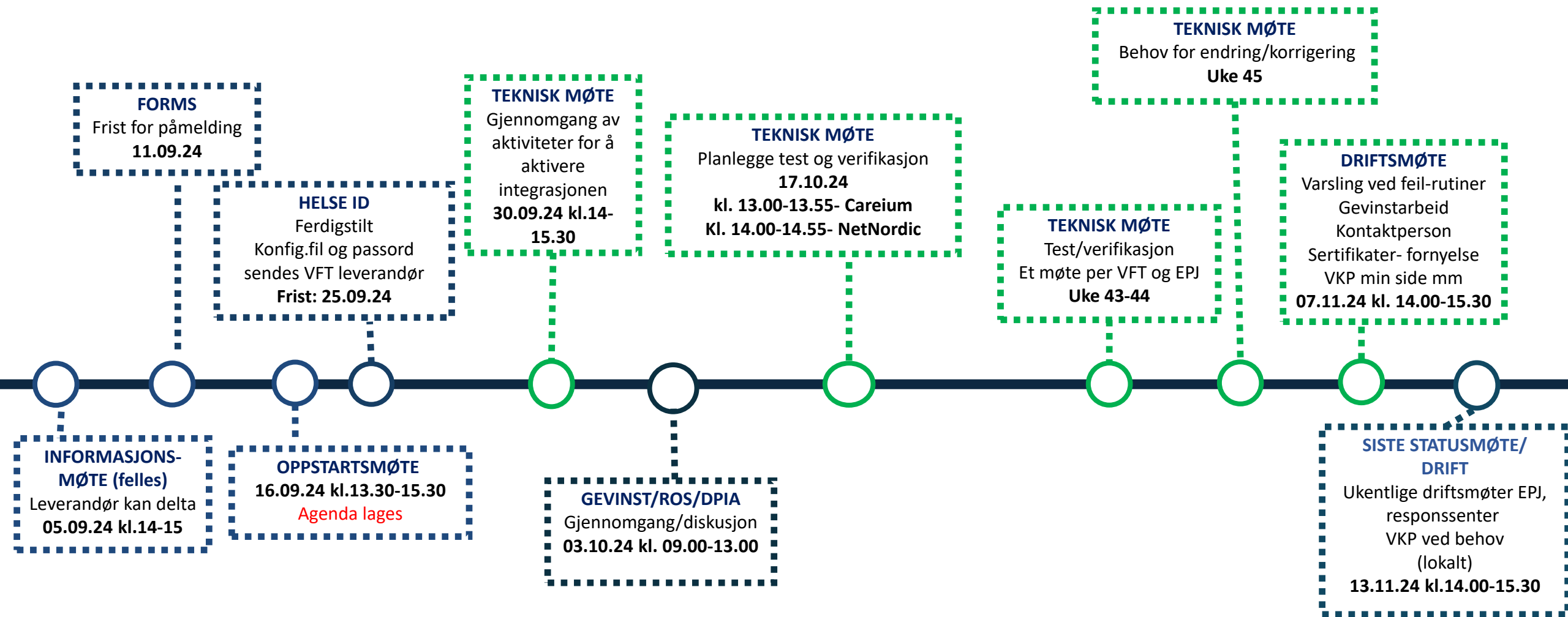
# Felles innføringsløp VKP – forslag tidsplan

Tentativ



## VFT leverandører med aktive integrasjoner i VKP





**FORANKRE OG FORBEREDE**

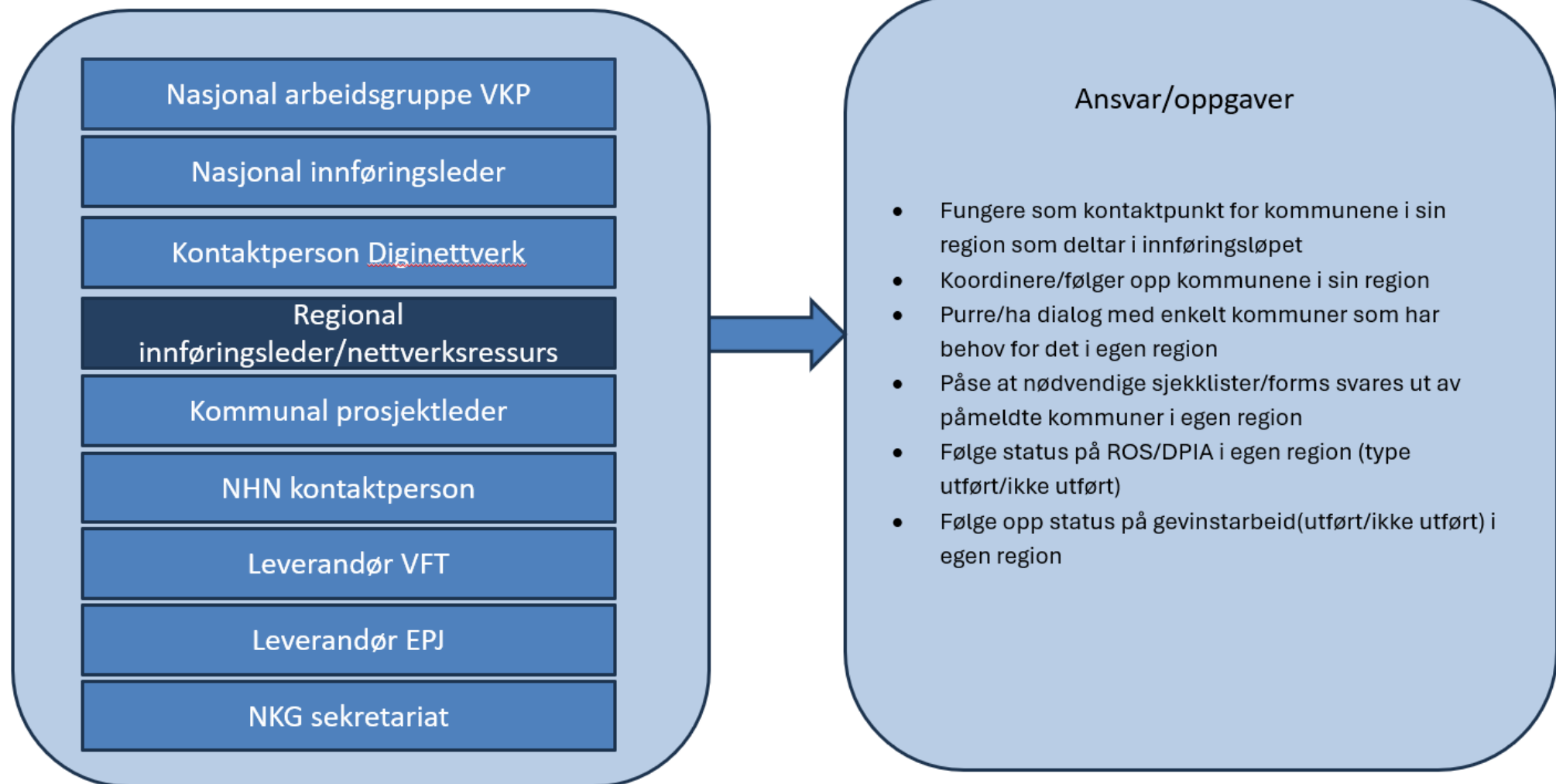
**GJENNOMFØRE**

**AVSLUTTE OG REALISERE**

## Fremdriftsplan VKP Responsssenter og EPJ



# Roller og ansvar felles innføringsløp VKP



## Læringspunkter

- Behov både leder og nestleder, slik at vi er forberedt på eventuelt fravær
- Alt malverk/presentasjoner kan ikke være felles for alle innføringsløp, VKP er komplekst og skiller seg ut ved å ikke være en "selvstendig løsning", men en tjeneste for informasjonsflyt. Innføringsløp og malverk er tilpasset dette
- Innføringsløpene vil variere, men planlegges ut ifra en tidsperspektiv på 6-8 uker
- Fysiske heldagsmøter er betydelig mer produktivt for å ferdigstille leveranser
- Standup-møter (15 min) er effektivt og kvalitetssikrer prosessen
- Opptak og transkripsjon av arbeidsmøter til bruk for arbeidsgruppen er positivt, men transkripsjon kan ikke alltid benyttes som referat
- EPJ leverandører er positive til felles og standardiserte innføringsløp
- Det er behov for teknisk møter mellom EPJ leverandør, teknologileverandør og NHN samt nasjonal innføringsleder(e) utenfor kommunemøtene
- Dette medfører at det er behov for teknisk forståelse og kompetanse om VKP i den nasjonale arbeidsgruppa, i tillegg til helse og prosesskompetanse

# Status – fremdrift VKP

- Fremdriftsplan: Velferdsteknologisk knutepunkt felles innføringsløp mal–kommuner
- Teknisk fremdriftsplan: Velferdsteknologisk knutepunkt felles innføringsløp mal– VFT leverandører, NHN og innføringsledere
- Forslag til tidsplan for felles innføringsløp
- Roller og ansvar felles innføringsløp VKP
- Møter med leverandører
  - EPJ leverandører
  - VFT leverandører: Responssenter Careium og NetNordic, Dignio angående medisineringsstøtte
- Informasjon til KS nettside
- Begreper, gevinster, ros/dpia, sjekklister\_fremdriftsplan for kommuner (mal intern prosjektplan)
- Status milepælsplan for VKP arbeidsgruppen



# Helhetlig tjenestemodell (HTM)



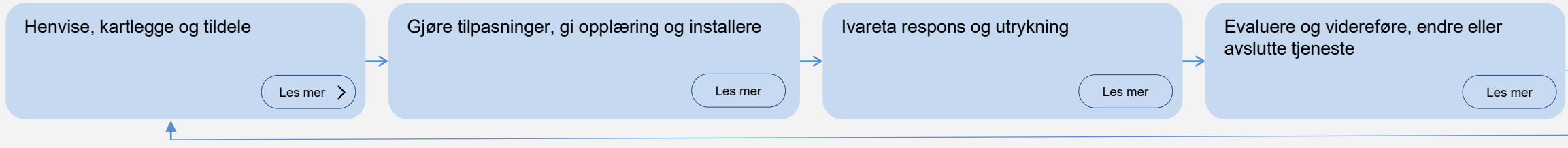






# Helhetlig tjenestemodell

## Oppgaver for å gi teknologi til bruker, ivareta respons, utrykning og evaluering



## Løpende kommunale oppgaver

### Vedlikehold og videreutvikling av tjenesten

Gjennomføre kommunikasjons-tiltak

Lede og gjennomføre opplæring for ansatte

Vedlikeholde tildelingskriterier

Forvalte rutiner for behandling av person-opplysninger

Avklare tjenestens behov og implementere nye løsninger

Endre på tjenesteforløp og rutiner

Vurdere risiko og planlegge beredskap

Følge opp gevinster

Budsjettere

Administrere system- og utstyr-porteføljen

Samhandling

### Support, lager og utstyr

Håndtere support på systemer og utstyr

Drifte utstyrslager og ivareta logistikk

### IT-drift

Drifte systemer, plattformer og infrastruktur

Drifte rolle- og tilgangsstyring

### Oppgraderinger og vedlikehold av løsninger

Planlegge tekniske endringer og vedlikehold

Styre oppgraderinger og konfigurasjoner

Teste nye løsninger

Oppdatere teknisk dokumentasjon

### Anskaffelser og avtaleforvaltning

Gjennomføre anskaffelser og avrop på avtaler

Forvalte og følge opp avtaler

# Helhetlig tjenestemodell: Arbeidsgruppen

Navn	Rolle	Nettverk
Else Kristin Tobiassen	Nasjonal innføringsleder (midlertidig) KS	
Trond Aardal	Nasjonal innføringsleder	Digi Troms og Finnmark
Tor Sætrang	Deltaker i arbeidsgruppen	Digi Innlandet
Trine W Eknes	Deltaker i arbeidsgruppen	Digi Vestfold og Telemark
Kari Eidnes Bjørkheim	Deltaker i arbeidsgruppen	Digi Vestland
Vitali Ikoev	Deltaker i arbeidsgruppen	Helsedirektoratet
Kees Jan Verhage	Deltaker i arbeidsgruppen	Digi Troms og Finnmark
Liv Tonje Myrvold	Deltaker i arbeidsgruppen	Digi Viken
Live Sofie Engmark	Deltaker i arbeidsgruppen	Digi Oslo
Christina H Paulsen	Deltaker i arbeidsgruppen	Digi Agder
Hilde M. L. Pettersen	Deltaker i arbeidsgruppen	Digi Trøndelag
Cecilie Campbell	Deltaker i arbeidsgruppen	Digi Møre og romsdal
Benedicte Nyborg	Deltaker i arbeidsgruppen	Digi Møre og Romsdal
Ine Holt	Medlytt	Digi Innlandet



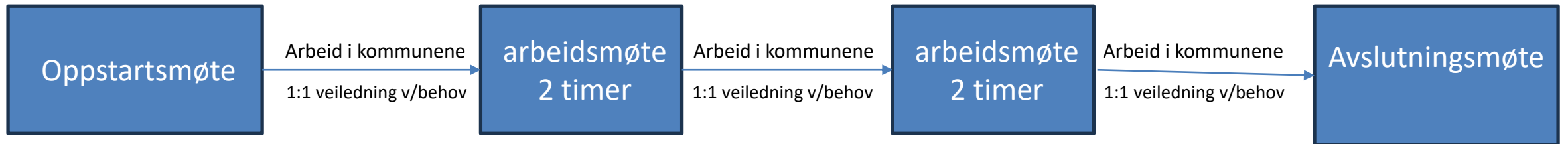
## *Helhetlig tjenestemodell – Status fremdrift*

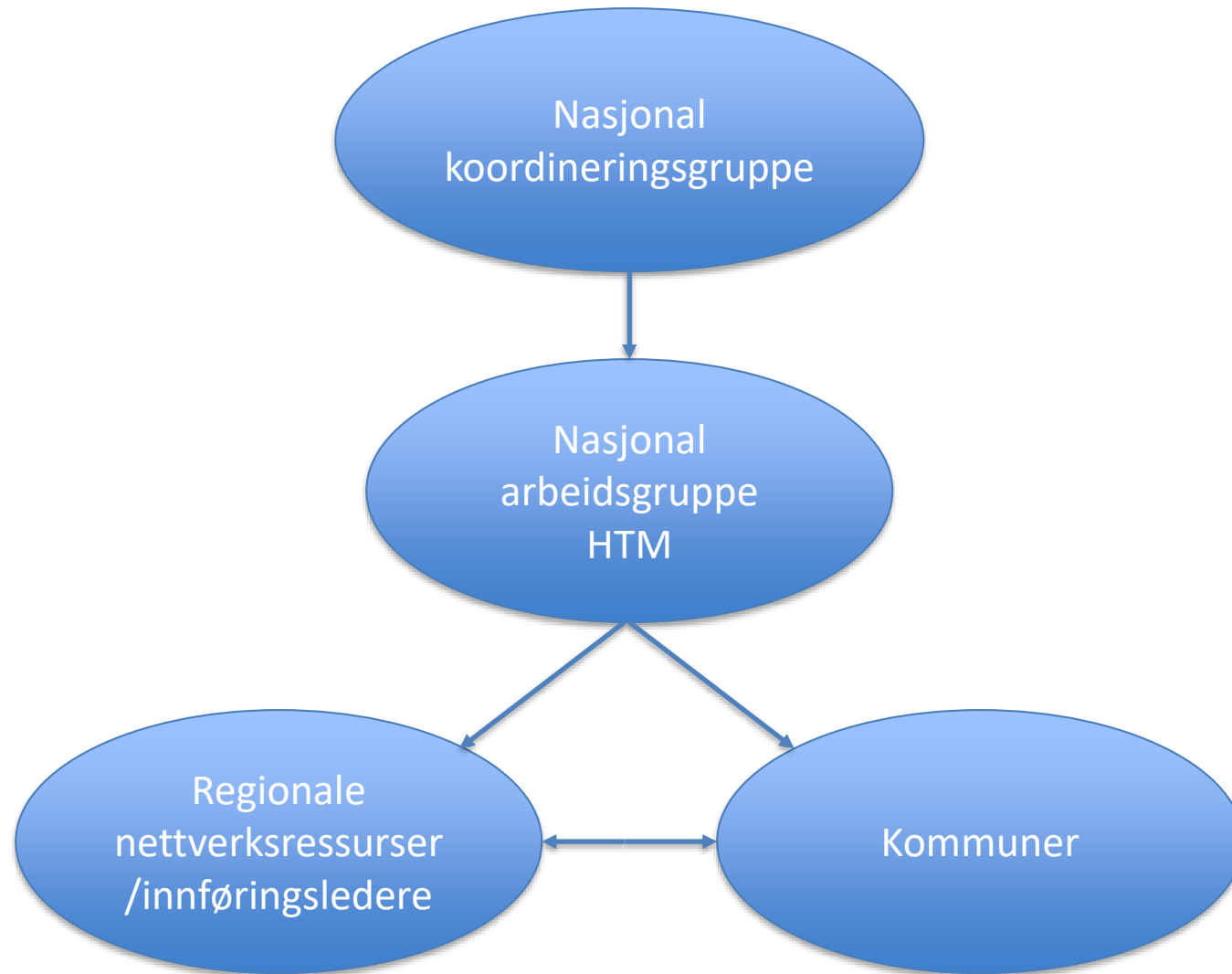
- Etablert arbeidsgruppe
- Planlegging
- avklaringer
- Gjennomføring

# Felles innføringsløp

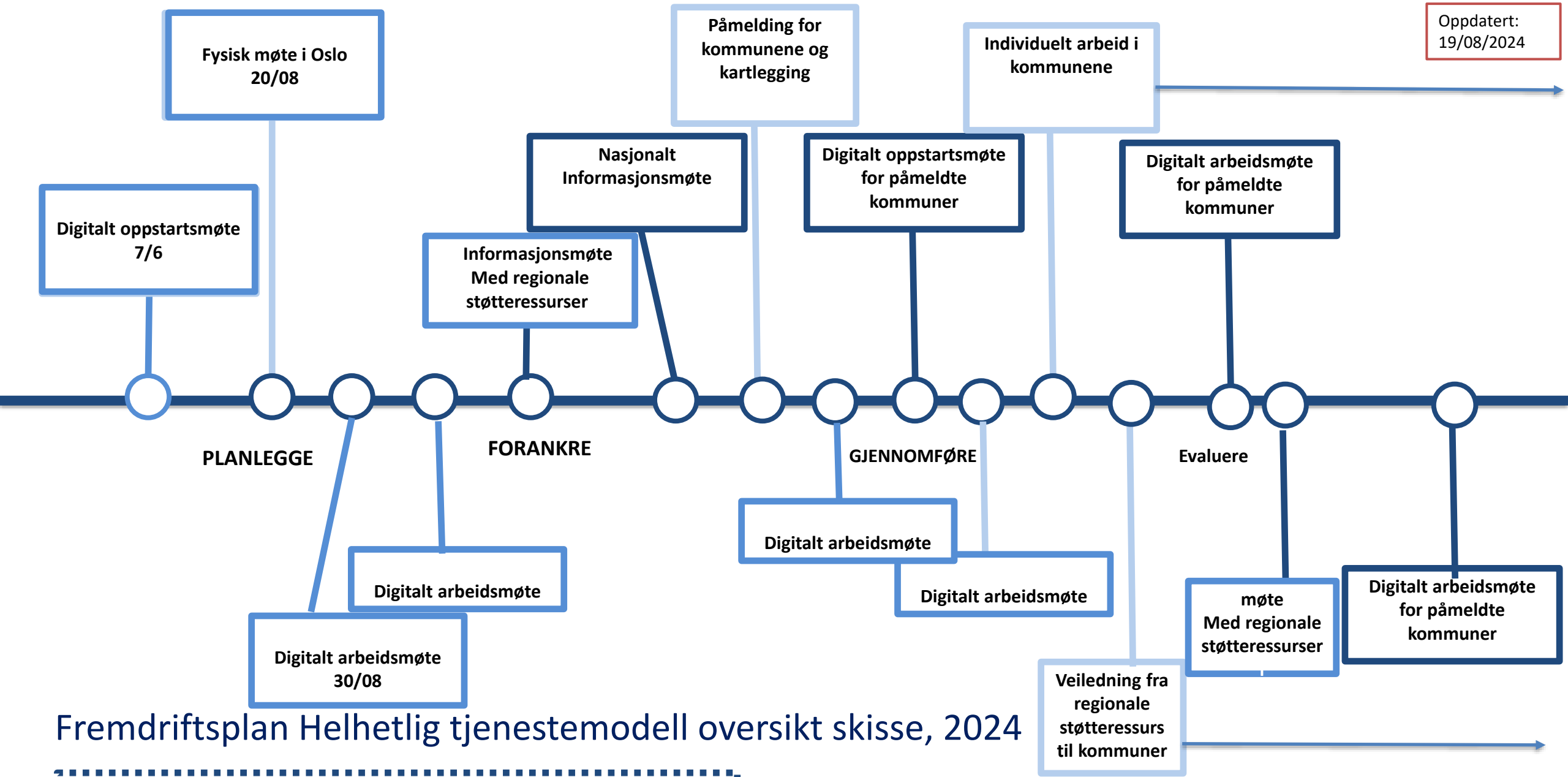
Hvorfor:

Gi nødvendig prosess støtte for å lykkes. Bistå kommunene i prosessen med innføring av helhetlig tjenestemodell. Enklere å lykkes sammen









# Fremdriftsplan Helhetlig tjenestemodell oversikt skisse, 2024



# Betraktninger så langt

- Mye erfaring i arbeidsgruppen
- Nasjonalt innføringsløp med regional støtte
- Helhetlig tjenestemodell er ikke bare for velferdsteknologi
- Helhetlig tjenestemodell er mer prosess og arbeidsmetodikk enn installering
- Oppstart 2025. Det må være nok tid til planlegging og forankring
- Lange «innføringsløp»
- Hvordan måler vi status og fremdrift?
- Informasjonsmateriell og veiledningsmateriell med opptak

# Agenda

---

## 1. Bakgrunn for modellen

---

## 2. Realisering av modellen

---

1. Felles innføringsløp innen e-helse i kommunal sektor

---

2. Ny regional nettverksorganisering e-helse

---

## 3. Status for arbeidet

---

1. Felles innføringsløp innen e-helse i kommunal sektor

---

*Kjernejournal*

---

*DigiHelse*

---

*DigiHelsestasjon*

---

*Velferdsteknologisk knutepunkt*

---

*Helhetlig tjenestemodell*

---

## 4. Betrachninger, vurderinger og veien videre

---

# Betraktninger og vurderinger så langt i arbeidet

Basert på innspill fra Diginettenverkenes halvårsrapportering og tilbakemeldinger fra samling med KS nettverk e-helse

- **Det er noen tydelige positive tilbakemeldinger som vi må fortsette å bygge videre på**
  - Økt kompetanse-, erfarings- og kunnskapsdeling.
  - Bedre koordinering og samordning.
  - Økt forståelse og forankring av e-helse.
- **Behov for en styrket sentral rolle hos KS:** Tilbakemeldingene viser blant annet at det er behov for at KS nasjonalt tar en større rolle. Det handler både om deling av informasjon, arbeid med gevinstrealisering, koordinering og planlegging. Det er en tydelig beskjed fra flere involverte at det er behov for mer verktøy og veiledning, maler og generell bistand.
- **Utfordrende å få rekruttert og beholdt innføringsledere**
- **Få kommuner melder seg på felles innføringsløp**

Høsten 2024 gjøres mindre justeringer for å forbedre «riggen». Dette er bl.a knyttet til informasjon, rolleavklaring, kommunikasjon m.m. Samtidig gjøres en større evaluering som ferdigstilles i slutten av året og danner grunnlag for eventuelle større justeringer.

# Videre arbeid

Utgangspunktet:

- Foreslå en felles modell for innføringsnettverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

## Faglig forankring mellom sykehus og kommune

Helsefelleskapene er en viktig faglig arena for realisering av nasjonale e-helseløsninger. Innføringsmodellen for e-helse i kommunal sektor, må sees i sammenheng med utvikling av Helsefelleskapene i Norge.

Vår 2023

Oppdrag fra HOD til KS og NHN:  
Foreslå en felles modell for innføringsnettverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Omfattende prosess med innspill og forankring

Hvordan legger til rette for innføring og økt bruk for nasjonale e-helseløsninger, velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging?

Høst 2023

To hovedanbefalinger:

1. **Felles innføringsløp** for nasjonale e-helseløsninger, kommunale fellesløsninger og velferdsteknologi
2. Utvikling av **ny regional nettverksorganisering** e-helse

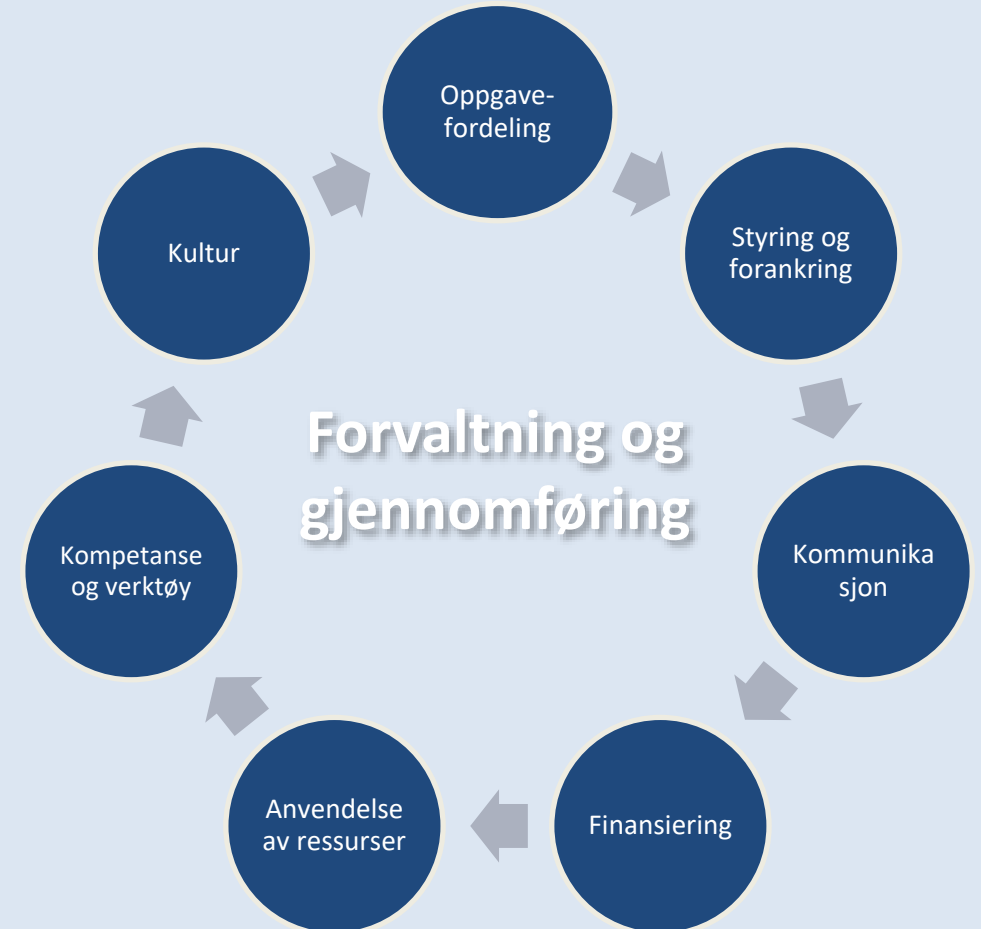
Vår 2024

Realisering av Felles modell for innføring og nettverk e-helse

Høst 2024

## Underveisevaluering i høst

- Kommit-rådet har anbefalt en underveisevaluering av modell for felles innføringsløp og ny nettverksorganisering.
- Innspillene herfra vil være en viktig del av informasjonsgrunnlaget.
- Vi vil hente innspill fra flere i løpet av høsten
  - Intervjuer/samtaler
  - Spørreundersøkelse
  - Workshops
  - Andre innspill



# Agenda

---

## 1. Bakgrunn for modellen

---

## 2. Realisering av modellen

---

1. Felles innføringsløp innen e-helse i kommunal sektor

---

2. Ny regional nettverksorganisering e-helse

---

## 3. Status for arbeidet

---

1. Felles innføringsløp innen e-helse i kommunal sektor

---

*Kjernejournal* v/ *Eli Konstanse Strømsberg*

---

*DigiHelse* v/ *Eli Konstanse Strømsberg*

---

*DigiHelsestasjon* v/ *Kjetil Axelsen*

---

*Velferdsteknologisk knutepunkt* v/ *Anette Skogstad*

---

*Helhetlig tjenestemodell* v/ *Trond Aardal*

---

## 4. Betragtninger, vurderinger og veien videre

---

# Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering og gir sine innspill i det videre arbeidet med å realisere felles modell for innføring og nettverk innen e-helse.

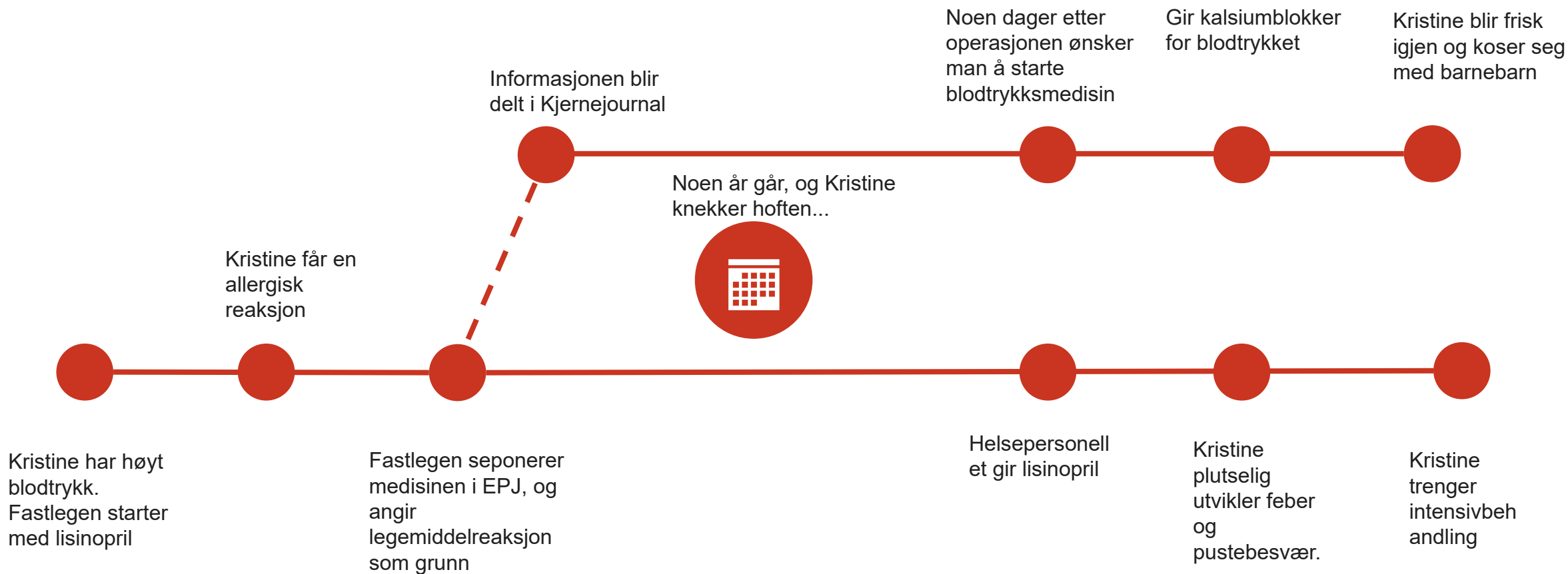


# Sak 25/24: Foreløpig anbefaling av nasjonal håndtering av legemiddelreaksjoner

—

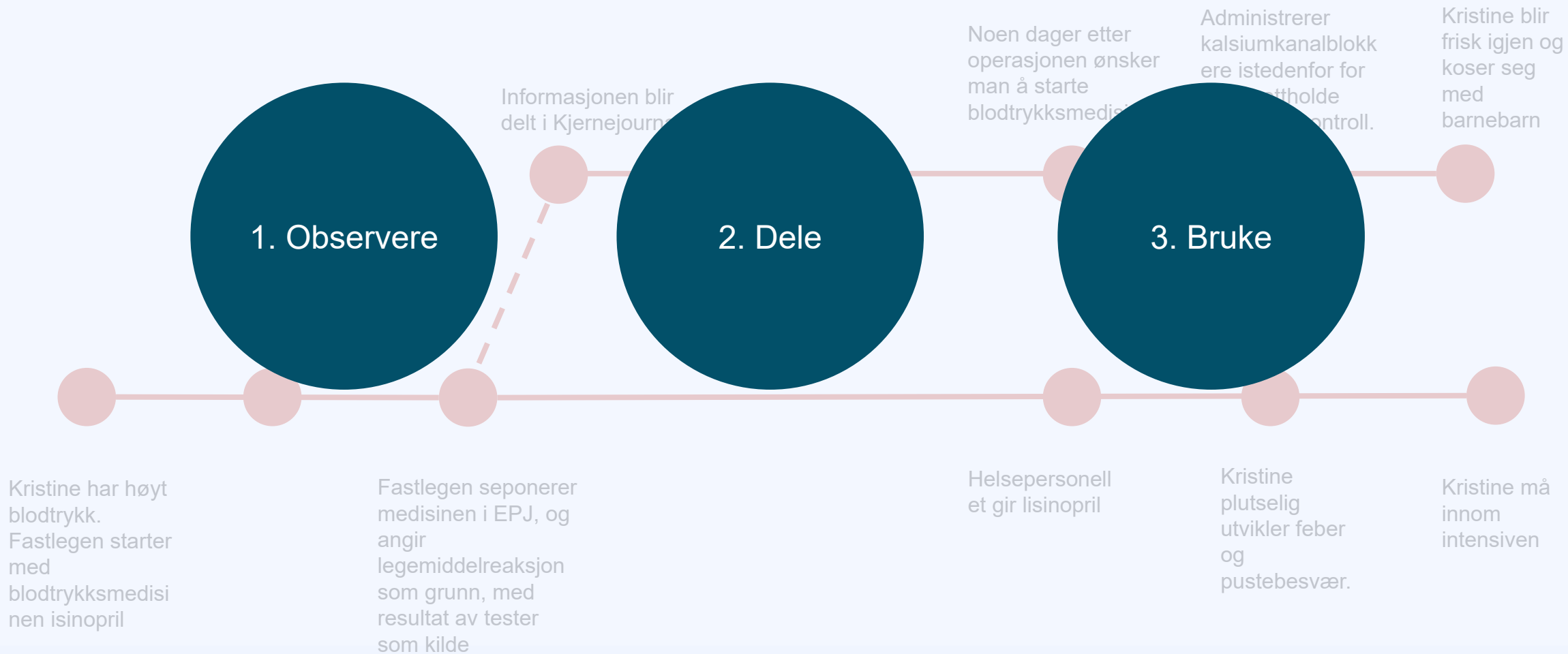
# KRISTINE (67)

Verdikjeden til kritisk info kjennetegnes av at når man registrerer informasjon, så vet man ikke om den kommer til nytte.



# KRISTINE (67)

Verdikjeden til kritisk info kjennetegnes av at når man registrerer informasjon, så vet man ikke om den kommer til nytte.



# Hva er problemet?



**Innbygger** er en viktig kilde til kritisk informasjon



**Elektronisk pasientjournal (EPJ)** og andre lokale fagsystemer



**Reseptsystemene** kan ha legemiddelreaksjoner



**Kjernejournal (KJ):** Kjernejournal har både egne registreringer og fra historikk



**Helsepersonell** har mange kilder til informasjon om legemiddelreaksjoner, det gjør at det er tidkrevende å få oversikt de må bruke tid på å oppdatere informasjonen i flere systemer

# Hva er problemet?

## Klinisk inndeling

### Type A:

Bivirkninger

Interaksjoner

Forgiftninger

### Type B:

Allergiske  
overfølsomhets-  
reaksjoner

Ikke-allergiske  
overfølsomhets-  
reaksjoner

## Systemer

### Reseptformidleren

Legemiddel-  
gjennomgang  
(dato)

Interaksjons-  
vurdering

Legemiddel-  
reaksjoner

### Kjernejournal

Legemiddel-  
reaksjoner

Meldeplikt

Meldeplikt

For begge de to nasjonale løsningene er det vedtatt meldeplikt. Med to nasjonale løsninger for den samme informasjonen er det vanskelig å vite hvilken kilde som er riktig, og få oversikt over legemiddelreaksjoner. Det er også teknisk komplisert

# Hva vil vi oppnå?

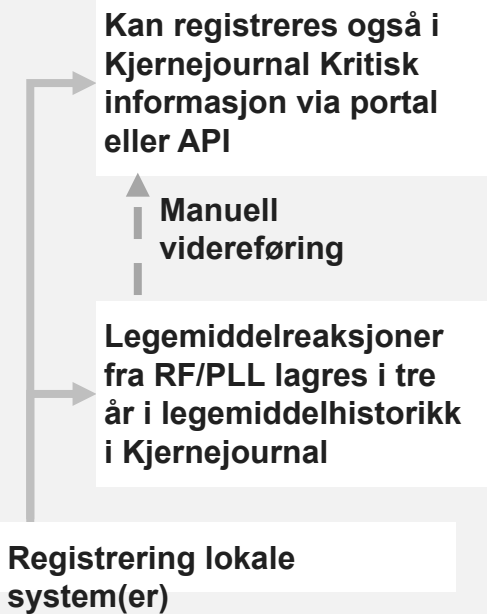
Legemiddelreaksjoner kan lagres i

- lokale systemer
- de kan deles som del av Pasientens legemiddelliste i Reseptformidleren (RF)
- deles som Kritisk info i Kjernejournal (KJ).

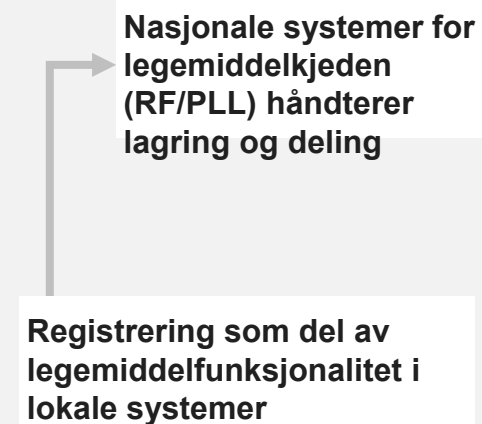
Vi ønsker at kritisk info skal registreres en gang – og deles automatisk.

# Hvilke tiltak er relevante?

## K0 – Dagens situasjon uten endringer



## K1 – Legemiddelkjeden som nasjonal kilde for legemiddelreaksjoner



## K2 – Kjernejournal som nasjonal kilde for legemiddelreaksjoner



## K3 – Synkronisering mellom resept av legemiddelreaksjoner til Kjernejournal



# Prinsipielle spørsmål

- **Reservasjonsrett:** Det er gitt en mulighet til deling av legemiddelreaksjoner gjennom reseptformidlerforskriften, som vi tolker som at lovgiver har ment at det skal være mulig å dele legemiddelreaksjoner også for de som har en reservasjon mot Kjernejournal
- **Samtykke:** Kjernejournal krever samtykke for aktører uten fritak, mens Reseptformidleren kan dele informasjon uten forhåndssamtykke.
- **Meldeplikt:** Det er vedtatt meldeplikt for legemiddelreaksjoner til både PLL og KJ som vil tre i kraft senere.
- **Tilgang til informasjon:** Legemiddelreaksjoner bør være tilgjengelig ved ordinerings, forskrivning og utlevering. F eks har apotekansatte i dag ikke tilgang til Kjernejournal.
- **Innbyggere uten Kjernejournal:** Et eksempel er at innbyggere på fortrolig adresse (kode 6/7) ikke har Kjernejournal.



# Vurdering av alternativene

Konsept	K0 – Nullalternativet	K1 – Reseptformidleren som autoritativ kilde	K2 – Kjernejournal som autoritativ kilde	K3 – Automatisert synkronisering mellom RF og KJ
<b>Helsefaglig</b>	- samstemming med to nasjonale kilder, svak system-støtte	+ en nasjonal kilde - kort lagringstid - skille på legemiddelreaksjoner og øvrig kritisk info	+ en nasjonal kilde +/- helsefaglig konsekvens av reservasjon +/- usikkerhet om tilgang for apotekansatte	- høy faglig kompleksitet rundt forretningsregler for automatisk samstemming
<b>Juridisk</b>	+ i tråd med gjeldende rett	- krever regelverksendringer hvor man tar vekk meldeplikt KJ + ivaretar kommende meldeplikt PLL +/- endring av lagringstid	- krever regelverksendringer hvor man tar vekk meldeplikt PLL + ivaretar kommende meldeplikt KJ - deling av legemiddelreaksjoner for innbyggere med reservasjon Kjernejournal	+ I tråd med gjeldende rett
<b>Teknisk</b>	- videre utvikling av støtte for deling av legemiddelreaksjoner i to nasjonale kilder	- uønsket retning i følge NHN og helseregionene - vil være vanskeligere å tilpasse til IPS.	+ ønsket retning i følge NHN og helseregionene	- uønsket retning i følge NHN og helseregionene - høy teknisk kompleksitet grunnet forskjellige informasjonsmodeller - kompleksitet rundt synkronisering og duplikathåndtering

# Anbefalt tiltak

Helsedirektoratets vurdering er at det faglig sett er naturlig å se på legemiddelreaksjoner som en del av Kritisk informasjon i Kjernejournal. Anbefalingen forutsetter regelverksendringer, og vil også kreve at det jobbes videre med å finne gode måter for å dele legemiddelreaksjoner der det ikke er mulig å dele med Kjernejournal.



## Hvordan lykkes vi?

God forståelse for helsepersonells hverdag

Komme i gang med regelverksendringer

God håndtering av overgangsperioden

Tilpasse oss internasjonale standarder

Legemiddelreaksjoner tilgjengelige ved ordinerer, forskriving og utlevering

Håndtere når helsepersonell har akseptert risikoen ved forskriving der det finnes kjente legemiddelreaksjoner

Et godt samarbeid!

# Forslag til vedtak

NUFA anbefaler at legemiddelreaksjoner deles med Kjernejournal som nasjonal autoritativ kilde. Det bes om at innspill gitt i møtet tas med videre.

Pause – oppstart igjen kl. 15.00

—

# Sak 26/24: Foreldres digitale innsyn i barns journal

—

# Foreldres digitale innsyn i barns journal

NUFA 28.august 2024

Vibeke Iren Herikstad, Ane Hessen og Nina Cecilie Dybhavn



# Bakgrunn



**3. Oktober 2018**  
Oppdrag å vurdere om det er behov for ytterligere veiledning av helseregionene

**7. Mars 2019**  
Hdir ber om innspill fra RHFene.

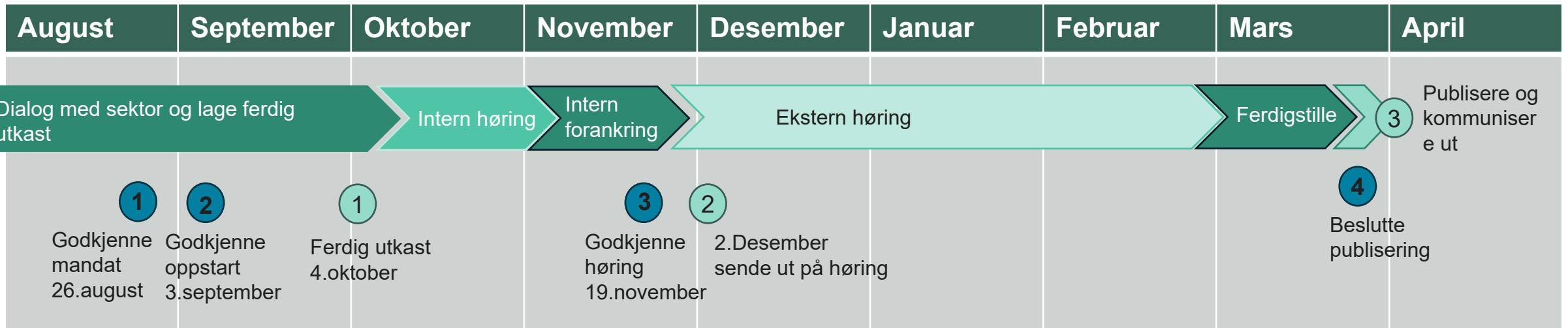
Høring og dialog med relevante aktører (inkl covid....)


**14. April 2023**  
Hdir oversender forslag til nasjonale føringer for foreldres digitale innsyn i barns journal i spesialisthelsetjenesten.

**13. Mars 2024**  
**Nytt oppdrag:**  
*«Publisere veileder for hele helsetjenesten»*



# Plan for arbeidet



 Beslutningspunkter

 Milepæl

# Hva er nytt?

## Før

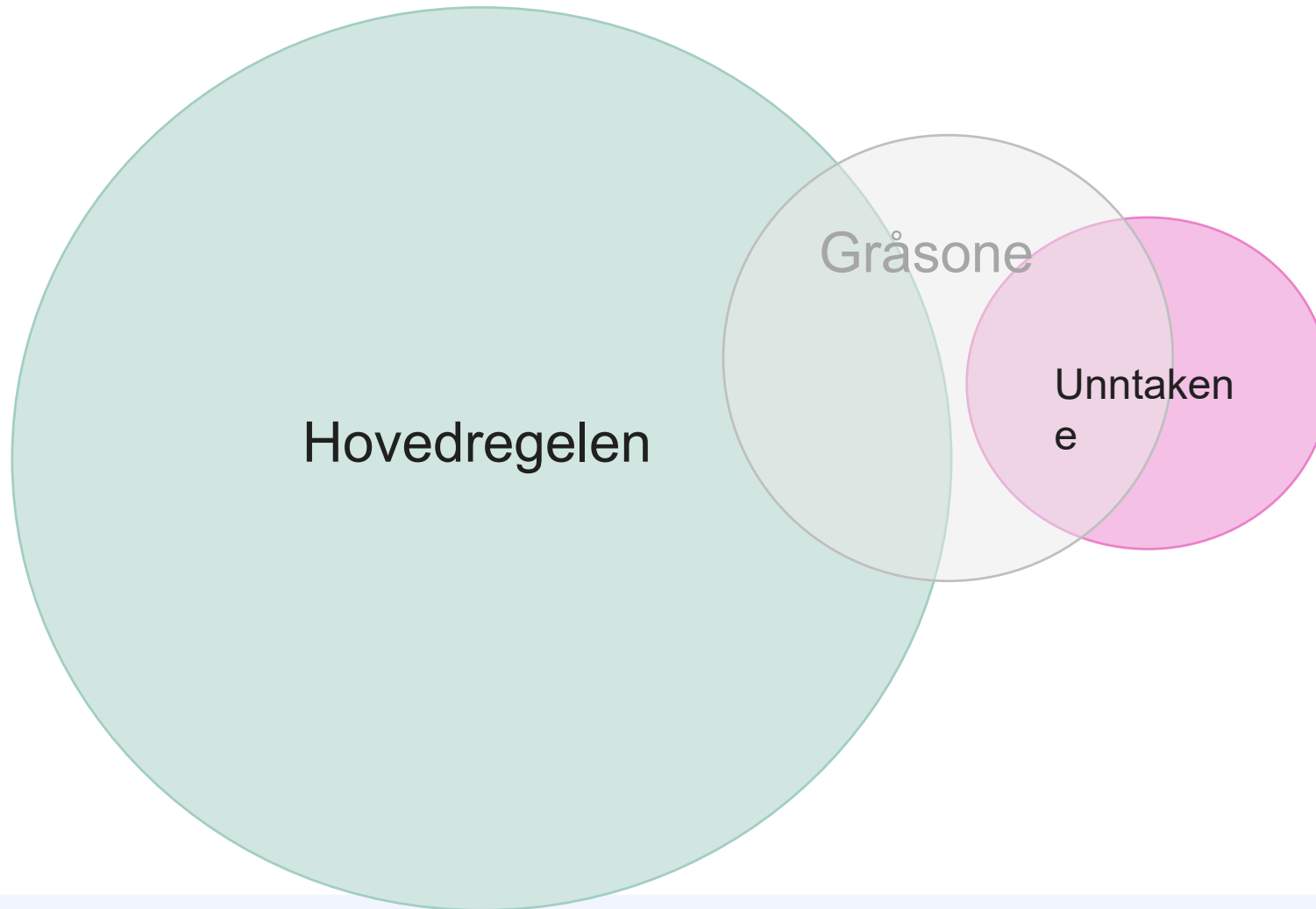
- Tidligere har Helsedirektoratet sagt at digital tilgang ikke er en rett men en service.



## Nå

- Ved digitalisering skal man legge seg så tett opp mot lovverket som mulig.
- Altså at hovedregelen skal legges til grunn.

# Hovedregel



## Hovedregel

- Foreldre 0-16 år har rett til innsyn i barnets helseopplysninger fordi det er de som samtykker til helsehjelpen

## Unntak (0-16)

- Helsepersonell vurderer og unntar enkelt opplysninger eller hele forløp. Foreldre skal ikke ha tilgang.

## Gråsoner (12-16)

- Helsepersonell vurderer om ungdommen kan samtykke til helsehjelpen selv.

# Tilbakemeldinger fra sektor

- Helsepersonell **kjenner regelverket** men helsepersonell er **usikre på om de digitale** løsninger ivaretar taushetsplikten på en tilstrekkelig måte i systemene.
- **Fasiten er ofte ikke tilgang til alt eller ingenting.** Det kan ofte være riktig å dele informasjon om timer, prøvesvar og enkelte dokumenter mens enkelte dokumenter/notater bør unntas. Og noen ganger er det bare en timer og helseopplysninger knyttet til en enkelt henvisning/helseproblemstilling som skal unntas fra foreldre, eller opplysningene skal tilbakeholdes for en periode.
- Helsetjenesten mangler **oppdatert informasjon om representasjon**
- **Spesialist er bekymret for at informasjon om bruke av unntaksbestemmelsene ikke deles mellom aktører.**
  - Gjelder bruk av begge unntaksbestemmelsene
- Når ungdommen samtykker til helsehjelpen selv, er det nødvendig å **gi ungdommen innsyn i opplysninger uten at foreldrene har tilgang.**
- I noen tilfeller bør foreldre ha **ulik tilgang til barns helseopplysninger.** Dette må helsepersonell kunne iverksette fra sin arbeidsflate etter dialog med barnet/ungdommen.

# Spørsmål til NUFA

1. Har medlemmene i NUFA identifisert andre utfordringer knyttet til digitalisering av foreldres tilgang til barns helseopplysninger som bør adresseres i veilederen?
2. Har NUFA forslag til tiltak som kan gjøre tjenesten sikrere og bedre?

# Forslag til vedtak

NUFA drøftet foreldres digitale innsyn i barns journal og ba Helsedirektoratet ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet med veilederen.

# Sak 27/24: Oppdatering av måldokumentet til Nasjonal e-helsestrategi

—

# Oppdatering av strategien

Nasjonalt e-helseråd har bedt HelseDirektoratet om:

- En helhetlig vurdering av om det er nødvendig å gjøre endringer i Nasjonal e-helsestrategi, basert på Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027





# Bakgrunn for arbeidet

Nasjonalt e-helseråd har bedt Helsedirektoratet om:

- En helhetlig vurdering av om det er nødvendig å gjøre endringer i Nasjonal e-helsestrategi, basert på Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027
- Hva er «gapet» mellom Nasjonal e-helsestrategi, Nasjonal helse- og samhandlingsplan og andre sentrale meldinger?
- Er det føringer om tjenesteutvikling som er avhengig av digitalisering?



# Regjeringens politikk for å realisere disse målene presenteres gjennom ulike meldinger

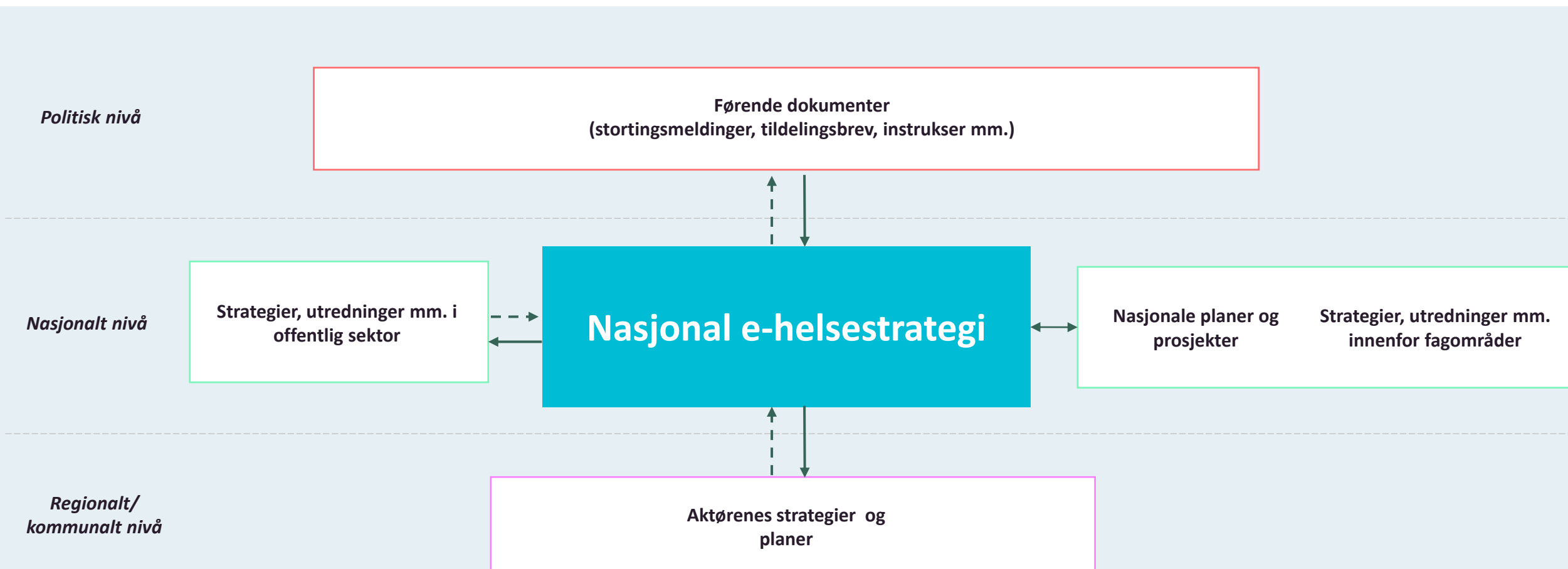
- Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027
- Meld. St. 15 (2022–2023) Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar
- Meld. St. 5 (2023–2024) En motstandsdyktig helseberedskap i en ny tid – Fra pandemi til krig i Europa gir retningen for framtidens helseberedskap slik at helse- og omsorgssektoren er forberedt i møte med kriser og katastrofer.
- I tillegg er regjeringens eldrereform Meld. St. 24 (2022–2023) Fellesskap og meistring - Bu trygt heime med gjennomføringsplan også lagt til grunn i vurderingen.

# NHSaP om Nasjonal e-helsestrategi

- **Sentral premiss** for den nasjonale gjennomføringen av arbeidet med digitalisering i helse- og omsorgstjenesten.
- Helse- og omsorgssektoren har samlet seg om fem strategiske mål som skal bidra til å følge opp de helsepolitiske målene. Disse målene vil sektoren jobbe sammen om fram mot 2030.
- **Nasjonal rådsmodell benyttes for å følge opp strategien.** Formålet med den nasjonale rådsmodellen er å samle de sentrale aktørene i helse- og omsorgssektoren om felles innsats og mål for digitaliseringen i helse- og omsorgstjenesten.



# En samlende og retningsgivende strategi for sektorens prioriteringer i årene fremover

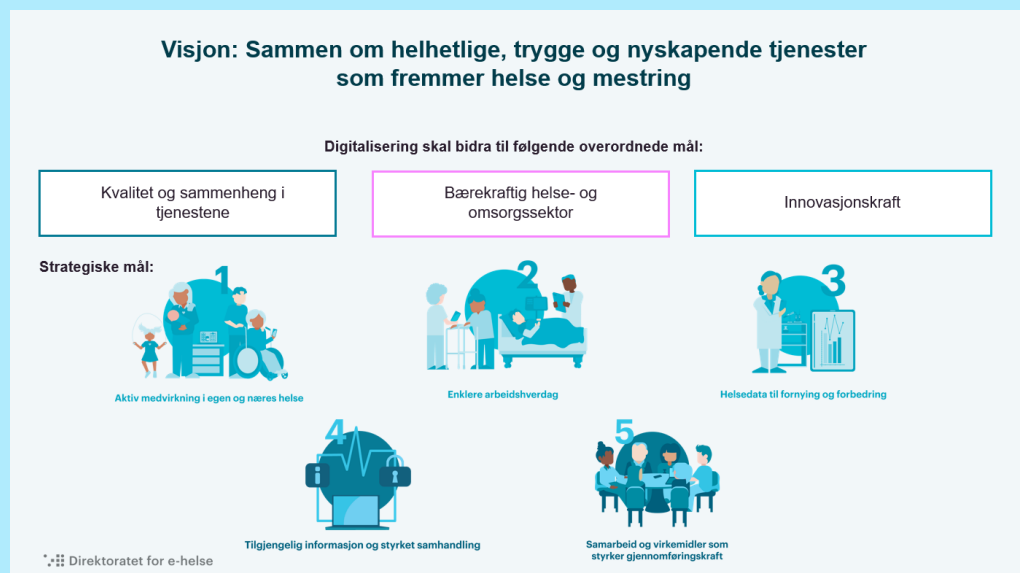


# Strategien er både langsiktig og dynamisk

## Målbilde - Nasjonal e-helsestrategi

Inneholder overordnet felles langsiktig retning (visjon og overordnede mål), samt fem strategiske mål som viser satsingsområdene i strategien som sektoren vil jobbe sammen om

Hvert strategiske mål har kulepunkter som tydeliggjør hva vi skal oppnå fram mot 2030



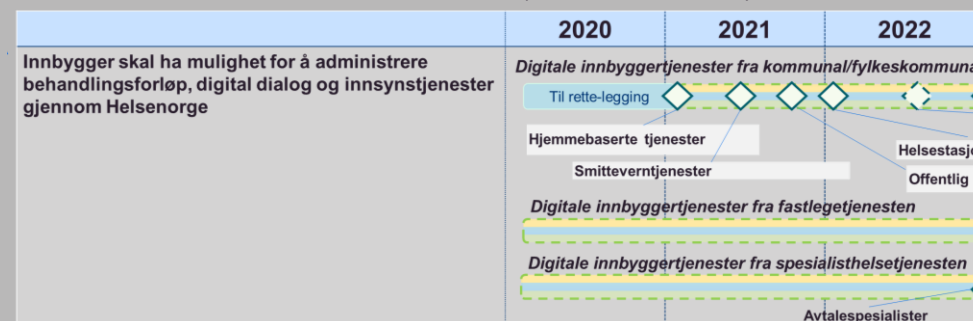
## Plan for realisering (veikart og indikatorer)

Viser delmål og indikatorer for de fem målene i strategien. Dette vil endre seg over tid, og planen vil derfor være dynamisk/justeres for å hensynta endringer i hva som måles og iverksettes.  
- beskriver også hvordan den strategiske oppfølgingen skal foregå

Indikatorer per mål (kun illustrativt)



Delmål under mål (kun illustrativt)



# Innspill fra Nasjonalt e-helseråd 21. mars 2024

- **Innholdet i strategien og målene står seg og strategien er innrettet godt for å kunne følges opp.**
- Strategien bærer preg av at den ble laget før ChatGPT og **KI kom mer på banen.**
- **Krevende for aktørene i sektoren å levere bærekraftige tjenester,** og det er i kommunene de største **utfordringene** kommer. Det er et sterkt ønske i kommunene om avlastning for helsepersonell, alvorlig situasjon i forhold til både mannskap og penger.
- **Behov for bedre virkemidler mot leverandørmarkedet** for at de skal inkorporere løsninger.
- **Bekymring knyttet til digital sikkerhet.** Kommunene er sårbare med veldig mange leverandører og lange verdikjeder.
- **Fastlegene** er nøkkelen til suksess når det gjelder samhandling. Det er ingen som har hovedansvaret for å gi støtte i den praktiske hverdagen til fastlegene.

# Vurderinger så langt

- Strategien står seg godt i forhold til de nye meldingene, men bør tydeliggjøres på noen områder.
- Eventuelle forslag til endringer vil komme som nye eller oppdaterte kulepunkter for hva vi skal oppnå frem mot 2030 knyttet til de fem strategiske målene.
- Drøftes i e-helserådet 18. oktober

# Forslag til vedtak

NUFA er orientert om arbeidet med oppdatering av måldokumentet til Nasjonal e-helsestrategi basert på Nasjonal helse- og samhandlingsplan og andre sentrale meldinger.



# Sak 28/24: HelseDirektoratet orienterer





# Hendelse i e-resept

- 13. juni varslet NHN om en feil i e-reseptkjeden med potensiale for alvorlig feildosering
- Doseringsintervall ble satt til daglig, selv om legemidlet skulle doseres sjeldnere (f.eks. ukentlig)
- Omfanget var cirka 2000 resepter i RF
- Konsekvens:
  - Feil doseringsintervall i kurveløsninger på sykehus og i multidoseapotek
  - Følgefeil ga feil tekst på etiketten på legemidler uthentet på apotek
- Ikke fått tilbakemeldinger om at feildosering faktisk har forekommet
- Feil ble korrigert av sykehus og apotek og alle er uansett fulgt opp særskilt

# Oppfølging av hendelsen

- Den tekniske feilen er rettet i pasientjournalssystemet og Reseptformidleren avviser nå resepter med den kjente feilen
- Brede og målrettede kommunikasjonstiltak, og målrettet oppfølging av berørte virksomheter
- Gjenstår fortsatt cirka 500 resepter i RF som må følges opp og rettes
- Ryddes i kjernejournal som har historiske resepter
- Oppryddingen krever fortsatt oppmerksomhet og ressurser i tjenesten
- Vurderer ytterligere tiltak som kan iverksettes og forberedelse til evaluering og læring



SNART I MÅL: Jacob Holter Grundt, fagdirektør og lege i Helsedirektoratet, maner til en siste innsats for å komme helt i mål med retting av feil i resepter.  
Foto: Michael Chr. A. Simonsen

## Feil i e-reseptkjeden: – Vi har kommet langt i oppryddingen, men jobben må fullføres

# Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering.



HelseDirektoratet

Takk for møtet!

Velkommen til middag kl. 18.30

—