

Møte i NUIT

15. mai 2024

Verkstedveien 1, Skøyen, Oslo



Endringer i representanter i NUIT

Vi ønsker nye medlemmer velkommen i NUIT:

- Petter Brelin, Legeforeningen. Han erstatter Egil Johannesen.
- Liv Heidi Brattås Remo, Helsedirektoratet. Hun erstatter Morten Fronth-Andersen.

Medlemmer i Nasjonal rådsmodell for e-helse fra Helsedirektoratet

Nasjonalt e-helseråd

- Mariann Hornnes, Assisterende direktør
- Hilde Myhren, Divisjonsdirektør spesialisthelsetjenester og internasjonalt samarbeid
 - Overtar for Jan Arild Lyngstad

NUIT

- Mariann Hornnes (leder av NUIT), Assisterende direktør
- Liv Heidi Brattås Remo, Avdelingsdirektør kompetanse (Divisjon for kommunale tjenester og beredskap)
 - Overtar for Morten Fronth-Andersen

NUFA

- Hans Löwe Larsen (leder av NUFA), fra divisjon for informasjonsforvaltning og metode
- Jacob Holter Grundt, fagdirektør divisjon for digital transformasjon
- Erik Hedlund, avdelingsdirektør arkitektur og samhandling
- Knut Berglund, seniorrådgiver i avdeling for samfunnshelse
 - Børge Myrlund Larsen og Thore Thomassen går ut av NUFA.

Stedfortredere til dagens møte

- Andreas Høiaas, Kreftforeningen, stiller for Jon Kirknes.

Saksnr	Agenda NUIT 15. mai 2024	Presenter saken	Tid	Sakstype
15/24	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Mariann Hornnes, Helsedirektoratet	09:00	Godkjenning
16/24	Godkjenning av referat fra NUIT 15. februar 2024	Mariann Hornnes, Helsedirektoratet	09:05	Godkjenning
17/24	Prinsipper for fordeling av kostnader for drift- og forvaltning av de nasjonale e-helseløsninger	Henrik Barstad, Norsk helsenett SF	09:15	Drøfting
18/24	TB2024-79 Overgang til plikt til betaling ved innføring av nasjonale e-helseløsninger	Siv Ingebrigtsen, Helsedirektoratet	09:55	Drøfting
19/24	Nasjonal e-helseportefølje	Siv Ingebrigtsen, Helsedirektoratet	10:35	Drøfting
	Pause		11:05	
20/24	Apotekenes nye felles bransjeløsning, Eik	Anne-Lise Härter, Apotekforeningen	11:15	Drøfting
21/24	Utprøving av digital dialog mellom fastlege og apotek	Hilde Ariansen, Apotekforeningen	11:45	Drøfting
	Lunsj		12:15	
22/24	Digitalisering av den offentlige tannhelsetjenesten	Bjørnar Hafell og Aksel Wikant, Styringsgruppa for Digitalisering av den offentlige tannhelsetjenesten	12:45	Drøfting
23/24	Områdeplan – aktiv innbygger forslag til prioriterte nasjonale tiltak	Lucie Aunan, Helsedirektoratet	13:15	Drøfting
24/24	Felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten	Sveinung Tornås og Hilde Lovett, Helsedirektoratet	13:55	Drøfting
	Pause		14:35	
25/24	Erfaringer fra utprøving av pasientens legemiddelliste i Bergen kommune	Kristin Brekke og Lars Nedrelid, Bergen kommune	14:45	Drøfting
26/24	Orientering fra Helsedirektoratet	Lucie Aunan og Mariann Hornnes, Helsedirektoratet	15:25	Orientering
27/24	Eventuelt		15:45	

Sak 15/24: Godkjenning av innkalling og dagsorden

—



Forslag til vedtak

NUIT godkjenner innkalling og dagsorden.

Sak 16/24: Godkjenning av referatet fra NUIT 15. februar 2024

—

Forslag til vedtak

NUIT godkjenner referatet fra NUIT 15. februar 2024.

Sak 17/24: Prinsipper for fordeling av kostnader for drift- og forvaltning av de nasjonale e-helseløsninger

—

NUIT

Vurdering av prismodeller for utvalgte nasjonale
e-helseløsninger for 2025

15.05.2024



Oppdrag Evaluering av prismodeller

I Stortingets anmodning til regjeringen ved endringer i pasientjournalloven ba stortinget om at prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene *evalueres og justeres basert på erfaringer med ordningene innen 2024*, og at *kommunenes andel av kostnadsveksten skal ta utgangspunkt i en vurdering av nytten for den kommunale helse- og omsorgstjenesten*.

I foretaksmøtet 27. januar 2022 ble Norsk helsenett bedt om å

"legge fram forslag til hvordan evaluering og justering av prismodellene skal gjennomføres og forberede for gjennomføring, jf. Stortingets vedtak om prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene skal evalueres og justeres basert på erfaringer med ordningene innen 2024. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Direktoratet for e-helse og behandles i teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger (TBU) og i den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Frist avklares med departementet."

I foretaksmøtet 23. januar 2023 ble Norsk helsenett bedt om å

"gjennomføre evaluering og legge fram forslag til justering av prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene, jf. Stortingets vedtak om at prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene skal evalueres og justeres innen 2024. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Direktoratet for e-helse, kommunesektoren, regionale helseforetak og øvrige aktører i sektoren, og behandles i teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger og i den nasjonale rådsmodellen for e-helse. Forslaget skal legges fram innen 15. mai 2023.

I foretaksmøtet 15. januar 2024 ble Norsk helsenett bedt om å

"vurdere og eventuelt anbefale endringer i prismodellene for forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger fra 2025.»

Norsk helsenett legger til grunn målene for finansieringsmodeller omtalt i Nasjonal e-helsestrategi

I Nasjonal e-helsestrategi, mål 5 "[Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft](#)", fremgår det at det må arbeides aktivt med videreutvikling av regelverk og finansieringsmodeller som er i takt med digitaliseringsbehov og som skaper forutsigbarhet for aktørene.

"Frem mot 2030 skal vi oppnå:

- *finansieringsmodeller som gir **forutsigbarhet, fremmer utvikling, innføring, innovasjon og samhandling mellom aktørene***
- *finansieringsordninger som **fremmer bruk av digitale tjenester***

(...) Ved måloppnåelse er samarbeid styrket gjennom tydelig definerte og velfungerende samarbeidsarenaer. Aktørene følger opp felles retning og anbefalinger i egne styringslinjer, slik at digitalisering fortløpende gir nytte. Det arbeides kontinuerlig og helhetlig for at regelverk og finansieringsmodeller tar innover seg utviklingen og behovene som oppstår i og på tvers av sektorer."

I vedlegget til Nasjonal e-helsestrategi, Plan for å realisere strategien (november/2022), pekes det på at "*gjennomføringskraften på e-helseområdet skal styrkes gjennom økt samarbeid i og på tvers av aktørene i offentlig og privat sektor og bedre bruk av virkemidler som regelverk og finansieringsmodeller. Dette vil gi en samordnet og helhetlig e-helseutvikling som gir gode og bærekraftige helse- og omsorgstjenester*". Det fremgår også at "*Formålet er å stimulere til økt bruk, **større vekt på gevinstrealisering og kostnadseffektiv forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger** gjennom fastsettelse av plikt til betaling for aktørene i sektoren, jf. pasientjournalloven fra 1.1.2022*".

Nasjonal e-helsestrategi er en sektorstrategi og skal legge til rette for økt koordinering og samarbeid innen digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Den endrer ikke styringsstrukturer, men skal gjennom aktiv forvaltning i Nasjonal rådsmodell for e-helse være førende på områder som krever felles prioriteringer, beslutninger og koordinering. Strategien skal være retningsgivende for aktørenes egne strategier og planer på digitaliseringsområdet, eksempelvis kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet og de regionale helseforetakenes utviklingsplaner, samtidig som det vil være et gjensidig samspill mellom disse.

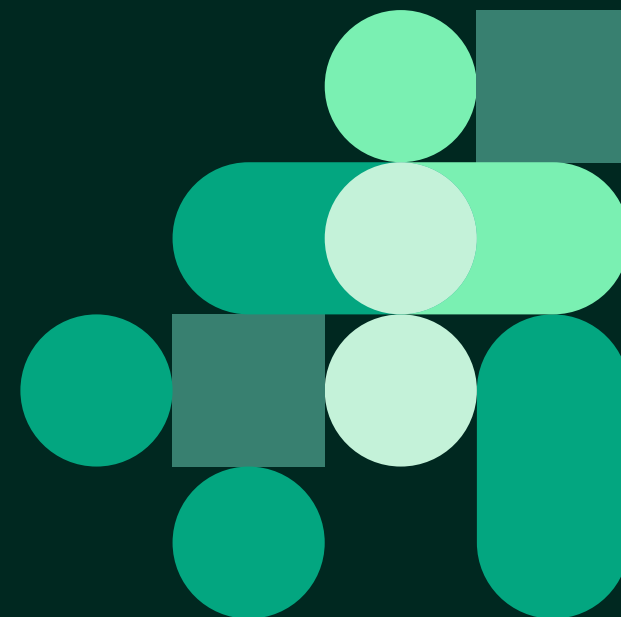
*Strategien og tilhørende plan for realisering skal være i tråd med politiske føringer, og ta innover seg andre aktuelle strategier og planer. De mest sentrale dokumentene er Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) og *En digital offentlig sektor: Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019-2025*. Nasjonal helse- og samhandlingsplan som blir gjeldende fra 2024, og ny folkehelsemelding og helseberedskapsmelding som kommer i 2023 vil også danne overordnede rammer for politiske føringer for helse- og omsorgssektoren.*

Nye prismodeller for 2025



Prismodell for 2025

Pasientens prøvesvar



Pasientens prøvesvar: Anbefalt prismodell for 2025

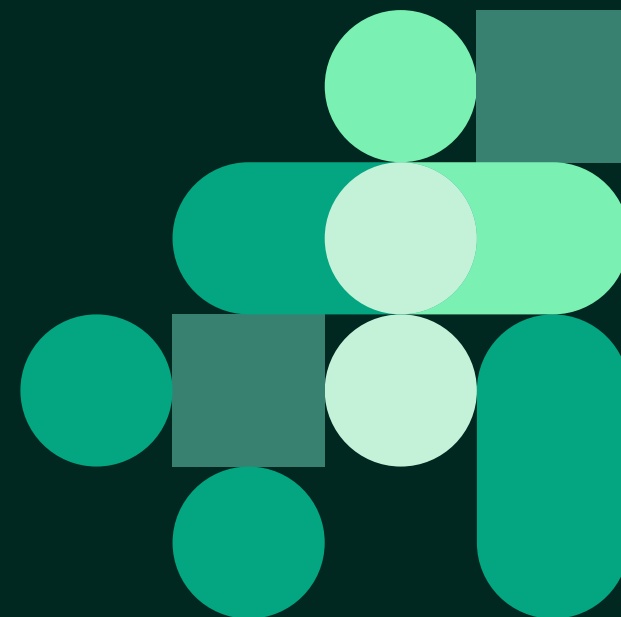
Norsk helsenett ser ingen grunn til å endre anbefalt prismodell for pasientens prøvesvar fra 2023. Nedenfor gjengis anbefalingen fra 2023 med tilhørende konklusjon:

- **Steg 1** (uten rettslig grunnlag til å ta betalt fra private virksomheter)
 - Med bakgrunn i ståstedet man er i (få har tatt tjenesten i bruk og prosjektfinsieringen er avsluttet), anbefaler Norsk helsenett å starte med følgende hybride prismodell:
 - De offentlige virksomhetene betaler for løsningen uavhengig av om virksomhetene har tatt tjenesten i bruk. Norsk helsenett mener det er grunn til å skjevfordele kostnadsfordelingen mellom RHF og kommunene, da RHF er en større bruker, både som produsent og konsument. Dette gir en fordeling som tilsvarer **70% for RHF** og **30% for kommunene**.
 - Det anbefales samtidig regelverksutvikling som muliggjør betaling fra private laboratorie- og radiologivirksomheter som benytter tjenesten.
- **Steg 2** (med rettslig grunnlag til å ta betalt fra private virksomheter)
 - Tilsvarende som steg 1, men **30% av kostnadene fordeles på de private laboratorie- og radiologivirksomhetene** som benytter tjenesten, og hhv. **50% for RHF** og **20% for kommunene**.
 - Det bør vurderes, når løsningen er ferdig innført, hvorvidt andre private virksomheter skal betale for oppslag.

Konklusjon: Etter våre vurderinger er dette den prismodellen som i størst grad ivaretar gjeldende mål. Den fremstår mer forutsigbar enn andre alternative prismodeller og den er enkel å administrere. Ved at aktørene betaler, uavhengig av bruk, mener Norsk helsenett at dette vil stimulere til økt bruk.

Prismodell for 2025

SFM



SFM: Anbefalt prismodell for 2025

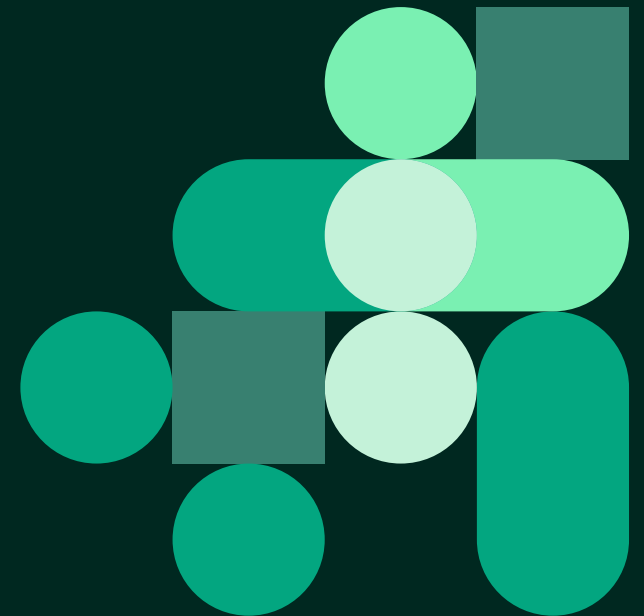
Norsk helsenett ser ingen grunn til å endre anbefalt prismodell for SFM fra 2023. Nedenfor gjengis anbefalingen fra 2023 med tilhørende konklusjon.

- Norsk helsenett anbefaler en kostnadsfordeling med utgangspunkt i et felles ansvar for sikker legemiddelbehandling, noe som innebærer en kostnadsfordeling på **50% for RHF** og **50% for kommunene**.
- Det anbefales regelverksutvikling som muliggjør betaling fra private virksomheter som benytter tjenesten. Når et eventuelt rettslig grunnlag foreligger, anbefales det at private aktører betaler 1% mens RHF og kommunene betaler 49,5 / 49,5%.

Konklusjon: Norsk helsenett vurderer denne modellen som mest hensiktsmessig sett opp mot målene i nasjonal e-helsestrategi, herunder tilstrebe en forutsigbar og lite komplisert modell, som er enkel å administrere. Det vektlegges også at modellen må gi incentiver for økt bruk. Dette relatert til fremtidig innføringsplaner, da spesielt med tanke på at SFM er et virkemiddel for videre innføring av eMD og PLL.

Prismodell for 2025

Helsenettet inkl. grunndata og helseID for øvrige aktører



Bakgrunn og premisser for justert prismodell Helsenettet inkl. grunndata og helseID for øvrige aktører

Forslag til justert prismodell

For Helsenettet inkludert grunndata og helseID anbefaler Norsk helsenett følgende.

- En kostnadsfordelingsnøkkel basert på **ansvar** mellom de tre hovedsegmentene kommune, RHF og øvrige aktører. **Hvert segment betaler 1/3 av forvaltnings- og driftskostnadene for Helsenettet inkludert grunndata og helseID.**
- Uavhengig av fordeling av kostnader mellom RHF, kommunene og øvrige aktører anbefaler vi også at det gjøres en omfordeling av kostnadene innad i **segmentet øvrige aktører**. Vi foreslår at det betales **en medlemsavgift for virksomheten inkludert et tillegg basert på antall lokasjoner, omsetning og årsverk**. Dette muliggjør en mer hensiktsmessig fordeling av kostnader med utgangspunkt i størrelse, men forutsetter at aktørene i stor grad selvdeklarerer og at Norsk helsenett foretar stikkprøver.

Bakgrunn for en omfordelende modell

- En mer hensiktsmessig fordeling av kostnadene
 - Enkeltmannsforetak vs. store virksomheter
- Det er ønskelig å senke terskelen for å bli medlem av Helsenettet for de små aktørene og for aktører som pr i dag har valgt å stå utenfor.
 - Fremme bruk og fordele kostnaden på flere

Premisser for arbeidet

- Ivareta målene som er satt for prismodeller i Nasjonal e-helsestrategi
- Kostnadseffektiv forvaltning av prismodell, herunder:
 - En helautomatisert modell med minst mulig manuelle prosesser
- En tydelig prisdifferensiering mellom gruppene av betalere
- En prinsippfast modell som tar utgangspunkt i omsetningstall registrert i Brønnøysundregistrene, foretaksregistre med videre

Evaluering av prismodeller

Vi deler gruppen øvrige medlemmer i 5 ulike kategorier + en egen kategori som er unntatt betaling

Kategori A: Små aktører

Kategori B: Medium aktører

Kategori C: Store aktører

Kjeder: Virksomheter med mange underkontor/behandlingssteder

Unntak: Aktører som holdes utenfor en omfordelende modell

Unntatt betaling: Frivillige organisasjoner med ikke-kommersiell virksomhet

Betalingskategorier i prismodellen

Kategori A: Små aktører

- Alle selskaper som har en omsetning opp til 15 mnok

Kategori B: Medium aktører

- Behandlingssentre med 15 – 40 mnok, for eks legesentre, tannlegesentre, apotek
- Selskaper med omsetning fordelt på flere lokasjoner, men som ikke er definert som kjeder

Kategori C: Store aktører

- Selskaper med omsetning over 40 mnok og færre enn 10 behandlingssteder, for eks Sørlandet private sykehus, større legesentre, tannlegesentre og kosmetiske behandlingssteder

Kjeder (virksomheter med 10 eller flere behandlingssteder/filialer):

- Her finner man typisk selskaper som gjerne har ett organisasjonsnummer og en høy omsetning fordelt på flere filialer
- For eks Odontia, Dr. Dropin, Apotek1-gruppen, Bandakjeden eller bedriftshelsetjeneste med 10 eller flere behandlingssteder/filialer
- Fylkeskommuner som betaler for offentlig tannhelsetjeneste

Unntak:

- Virksomheter som yter egen helsehjelp til ansatte eller beboere, herunder
 - Selskaper med omsetning fra annen næring med bedriftshelsetjeneste/legetjeneste (for eks Molde fotballklubb, Aker ASA, Fremtind livsforsikring)
 - Rehabiliteringssentre med døgnbehandling, for eks Skogli rehabiliteringssenter, Villa Skaar, m.fl.

Prismodell for øvrige aktører

- Øvrige aktører betaler 1/3 = ca. 134 mnok for 2025

	Omsetning	Est. antall medlemmer	Pris pr mnd i 2025
Prisgruppe A	0 - 15 mnok	5239	1.167 kr
Prisgruppe B	15 – 40 mnok	219	2.500 kr
Prisgruppe C	>40 mnok	44	16.667 kr
Helsevirksomheter med 10 eller flere lokasjoner/filialer	n/a	13 (ca. 1100 lokasjoner)	1833 kr pr lokasjon
Virksomheter som yter egen helsehjelp til ansatte eller beboere	n/a	174	1833 kr
Unntatt fra betaling	Ikke-kommersiell virksomhet		n/a

Forbehold: I modellen har vi benyttet omsetningstall fra 2022. Medlemmenes omsetning for 2023 publiseres juli/august 2024. Pris pr mnd vil måtte justeres noe når omsetningstallene for 2023 foreligger samt oppdatert medlemsmasse frem mot 2025.

Vurdering av modellen

PRO

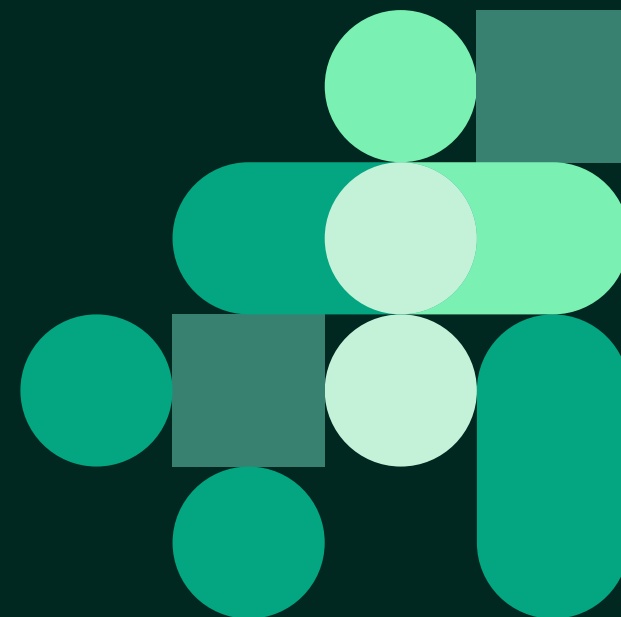
- + Vi tar utgangspunkt i ansvar når vi fordeler kostnader, herunder et felles ansvar for pasientene. Det vil si at alle bidrar uavhengig av omfang av bruk, noe som gir insentiver til økt bruk
- + Utligner skjevheter i dagens prismodell
- + Prismodellen innehar enkle regler, som er lett å forstå og vedlikeholde
- + Automatisk innhenting av regnskapstall fra Brønnøysundregistrene muliggjør en kostnadseffektiv forvaltning, herunder enkelt å håndtere endringer i medlemsmassen samt fakturering
- + Få priskategorier (A,B,C) sørger for relativt stor forutsigbarhet i årlig kostnad
- + Modellen er objektiv og følger i stor grad samme mønster som øvrige prismodeller, samt åpner ikke opp for tidkrevende diskusjoner preget av subjektivitet om aktørenes bruk og nytte av Helsenettet inkl. grunndata og helseID.

CONTRA

- Aktører som har en omsetning som ligger mellom intervallene små/mellomstor og mellomstor/stor vil kunne oppleve uforutsigbarhet ved endringer i omsetningstall
- Begrensninger knyttet til omsetning. Det kan være omsetning som ikke handler om helsetjenester, eksempelvis innskudd til å dekke husleie, annen inntekt, etc.

Prismodeller for 2025

Oppsummert



Prismodeller for 2025

Fordeling aktører

Løsning	RHF	Kommune	Øvrige aktører	Apotek	SLV	Helfo	Sum
Helsenorge	50,00 %	50,00 %					100,00 %
Kjernejournal	55,00 %	45,00 %					100,00 %
E-resept	43,50 %	43,50 %		10,00 %	1,00 %	2,00 %	100,00 %
SFM	50,00 %	50,00 %					100,00 %
Pasientens prøvesvar	70,00 %	30,00 %					
Grunndata og HelseID	33,33 %	33,33 %	33,33 %				100,00 %
Helsenettet	33,33 %	33,33 %	33,33 %				100,00 %
VKP	5,00 %	95,00 %					100,00 %

Spørsmål, kommentarer
eller innspill?

Forslag til vedtak

NUIT drøftet foreslåtte prismodeller og ba Norsk helsenett SF ta med seg innspill inn i videre arbeid. NUIT mener Norsk helsenett SF må be departementet om utsettelse på leveransen, for å kunne behandle saken i Nasjonalt e-helseråd i juni før oversendelse.

Sak 18/24: TB2024-79 Overgang til plikt til betaling ved innføring av nasjonale e-helseløsninger

—

Helsedirektoratet har fått oppdrag knyttet til Plikt til betaling

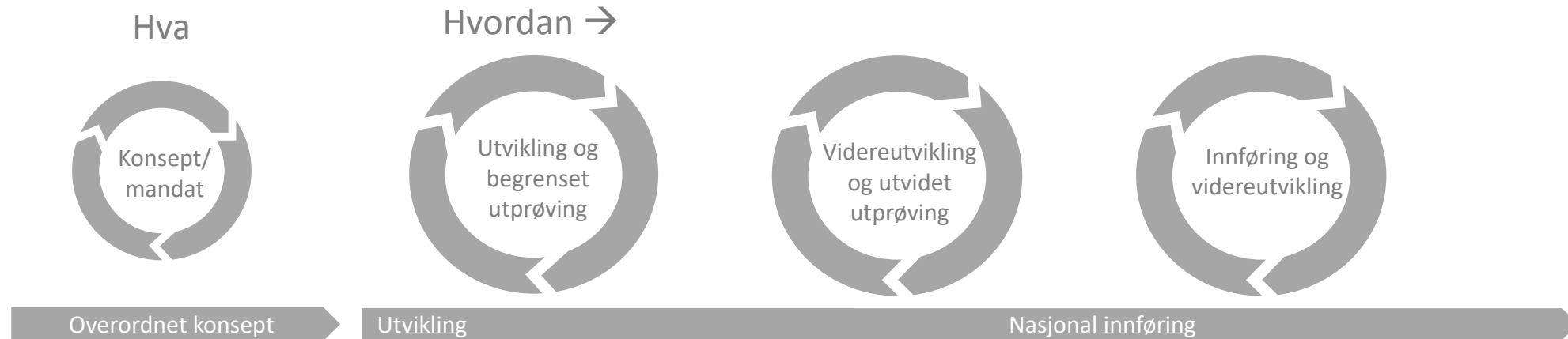
Tildelingsbrev 2024		
TB2024-79	Avd.HOD: EHE	Innføring av nasjonale ehelseløsninger
	Helsedir skal	
1	"Lede og ivareta sekretariatsfunksjonen for det tekniske beregningsutvalget for nasjonale e-helseløsninger som er nedsatt av Helse- og departementet"	
2	"I samarbeid med Norsk helsenett SF videreutvikle kunnskapsgrunnlaget om nytten av de nasjonale e-helseløsningene"	
3	"Legge til rette for at prinsipper for fordeling av kostnader til forvaltning og drift drøftes i den nasjonale rådsmoellen for e-helse. "	
4a	:"Sørge for at vekst i kostnader til forvaltning og drift som er en konsekvens av investeringsbeslutninger og tiltak i nasjonal e-helseportefølje, synliggjøres og behandles i rådsmoellen,og	
4b	at det gjøres en konkret vurdering av om kostnadene faller innenfor plikten til betaling, krever lov eller forskriftsendring eller må finansieres på annen måte,jf. Prop. 3 L (2021-2022) og Innst. 47 L (2021- 2022), vedtak 88. "	
5	"Oppdatere vurdering og anbefalingen fra 28. april 2023 om innføring av plikt til bruk. Arbeidet gjennomføres i samarbeid med Norsk helsenett SF som har ansvar for å utarbeide innføringsplaner. Frist. 1. mai 2024"	
6	: "Foreslå hensyn som skal ivaretas, og prosedyrer/rutiner som bør gjennomføres før nye tjenester knyttet til nasjonale e-helseløsninger overføres til forvaltning med tilhørende plikt til betaling. Dette skal inngå som en del av beslutningsgrunnlaget ved endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger. Arbeidet gjennomføres i samarbeid med Norsk helsenett SF. Frist: 1. juni. "	

- Plikt til betaling for SFM og pasientens prøvesvar ble ikke innført i 2024
- TBU har ved flere anledninger bedt om en klarere beskrivelse av når en ny tjeneste er så langt kommet at drift og forvaltning skal dekkes av aktørene i sektor

Rammebetingelser

- Modell for obligatorisk samfinansiering av drift- og forvaltningskostnader av de nasjonale e-helseløsninger
 - bidra til økt bruk og til bedre og mer driftssikre nasjonale e-helseløsninger
 - styrke og legge til rette for digitaliseringen som skal bidra til gode og effektive helse- og omsorgstjenester
- Norsk helsenett har tidlig drift- og forvaltningskostnader i utprøving
- Satsningsforslaget for digital samhandling har beregnet maks 1 år med drift- og forvaltningskostnader før betaling for sektor inntreffer
- Skille mellom
 - Plikt til betaling og plikt til bruk
 - Plikt til betaling og prismodell (fordeling av kostnadene mellom aktørene)

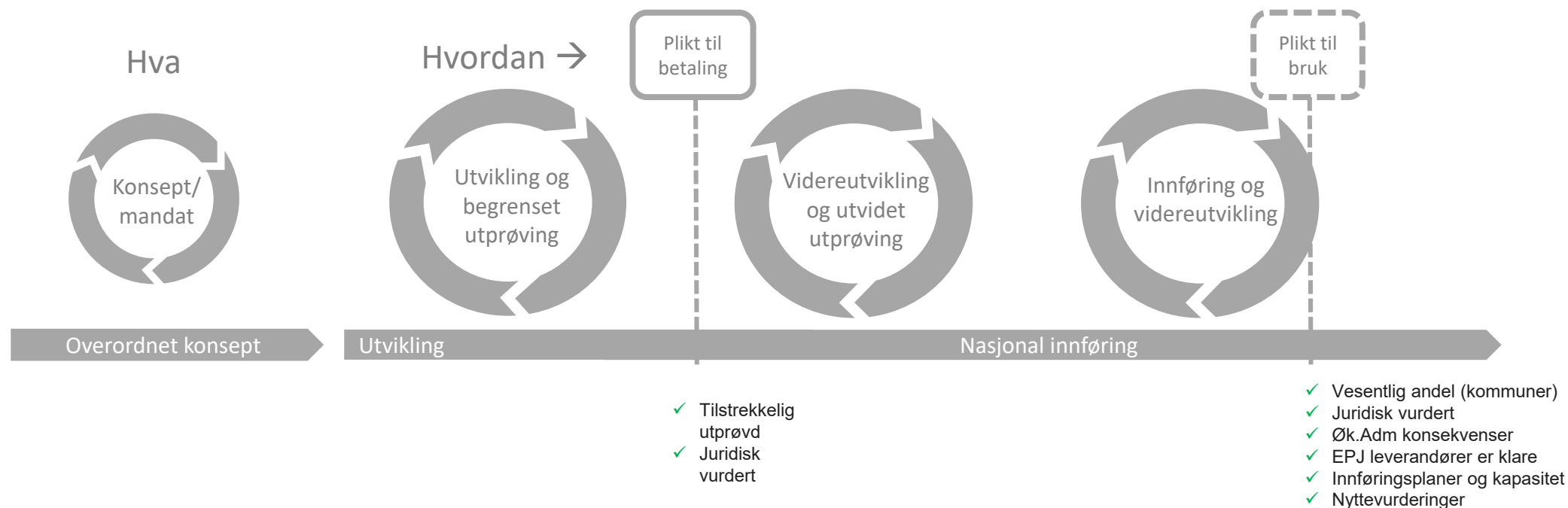
Smidig utvikling av tjenester på de nasjonale e-helseløsningene



Digitaliseringsdirektoratet om «dynamisk nyttestyring»:

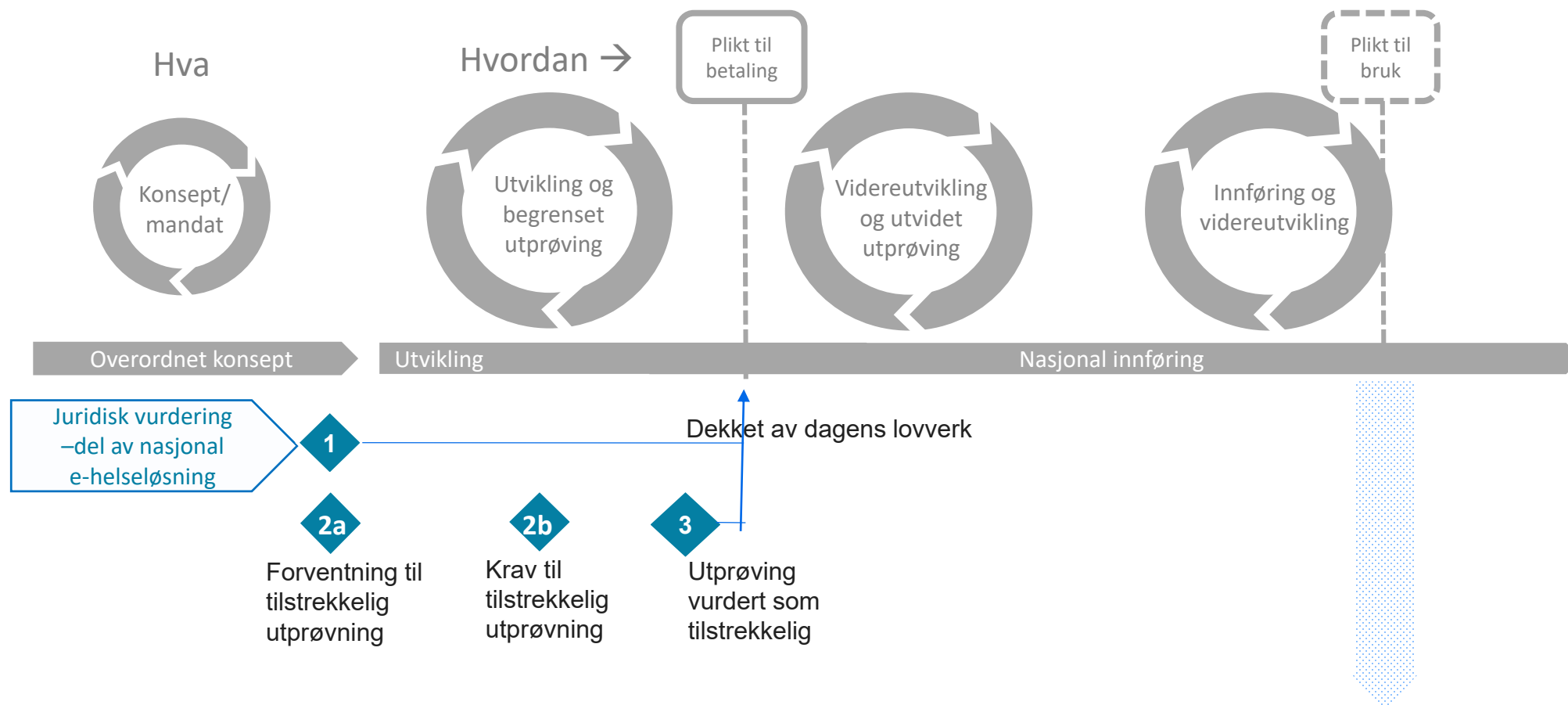
Retning og leveranser gjennom levetiden til tiltak må kunne endres i takt med ny innsikt om behov og nytte, og at det aktivt søkes etter slik ny nytte, nye behov og nye mulige løsninger. På denne måten vil offentlig ressursbruk i større grad kunne bidra til relevante løsninger på samfunnsutfordringer

Smidig utvikling av tjenester på de nasjonale e-helseløsningene, men behov for milepæl for plikt til betaling og plikt til bruk



Plikt til betaling kan innføres

når tilstrekkelig utprøving av tjenesten er gjort og definert juridisk som en del av e-helseløsningene



Prosedyrer og rutiner som må gjennomføres

- 1 • Juridisk vurdering:
 - Er tjenesten en del av nasjonal e-helseløsningene ?
 - Råd fra Norsk helsenett og Helsedirektoratet
 - Besluttet av Helse og omsorgsdepartementet

- 2 • Tilstrekkelig utprøving defineres
 - Definerings gjøres i flere iterasjoner
 - Kan bestå av flere utprøvinger
 - Forslag kan behandles i styringsgruppe
 - Forslag behandles i rådsmodellen
 - som en del av behandlingen av investering som øker drift- og forvaltningskostnader
 - Endelig beslutning fattes av Helse og omsorgsdepartementet

- 3 • Tilstrekkelig utprøving gjennomføres
 - Utprøving vil foregå i flere omganger, hos flere aktører, gjennom begrensede utprøvinger, som til sammen dekker «tilstrekkelig utprøving».
 - Rette instanser godkjenner begrensede utprøvinger (Norsk helsenett , Helsedirektoratet , aktører/brukere/leverandører)
 - Forslaget kan behandles i styringsgruppe
 - Endelig vurdering av tilstrekkelig utprøving skjer av Helse og omsorgsdepartementet

Generelle krav til en tilstrekkelig utprøving

Generelle krav til tilstrekkelig utprøving	Detaljering – hva er godt nok nå? (ift hva kan tas i neste iterasjon)
Tjenesten må dekke prioriterte helsefaglige behov	Hvilke helsefaglige behov bør være dekket for tjenesten er tilstrekkelig utprøvd
Tjenesten må være testet i henhold til minimumskrav	Hvilke brukerhistorer skal defineres, og være testet teknisk og funksjonelt for å utgjøre en minimumsversjon.
Tjenesten må være utprøvd for sentrale aktører og sentrale brukergrupper/roller	Hvilke sentrale aktører, brukergrupper, roller, og EPJ-leverandører bør tjenesten testes ut på for å ha en tilstrekkelig utprøving
Tjenesten må være testet i relevant forløp	Hvilke prioriterte forløp på tvers av aktører inkludert roller/nivåer i helsetjenesten må tjenesten utprøves på? (ref brukerhistorier)
Norsk helsenett må være klar til å støtte videre utprøving	Norsk helsenett må være klar til å gi nødvendig støtte virksomheter og journalleverandører som vil starte tilpasninger og videre utprøving. Hvilken støtte er nødvendig?
Helhetsvurdering	Må være prøvd ut i et omfang stort nok som kan gi indikasjoner på at den samfunnsøkonomiske nytten samsvarer med slik det er antatt i mandat/konsept. (vurdere kost/nytte)

Forslag til vedtak

NUIT drøftet forslag til hensyn, prosedyrer og rutiner som må gjennomføres før plikt til betaling kan innføres. Helsedirektoratet tar med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet med oppdraget.

Sak 19/24: Nasjonal e-helseportefølje saken måtte utgå

—

Pause – oppstart igjen kl. 11.25

—

Sak 20/24: Apotekenes nye felles bransjeløsning, Eik

—



Apotekenes nye samhandlingsløsning - Eik

Anne-Lise Härter, direktør e-helse Apotekforeningen

NUIT 15.05.24

Bransjeforening for apotekene i Norge



- Etablert i 1881
- Alle apotek er medlem i Apotekforeningen
- 14 ansatte i Apotekforeningen





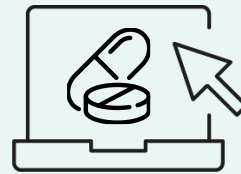
Apotekforeningens kjerneområder



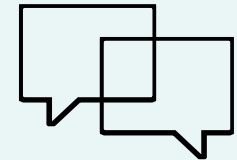
Næringspolitikk



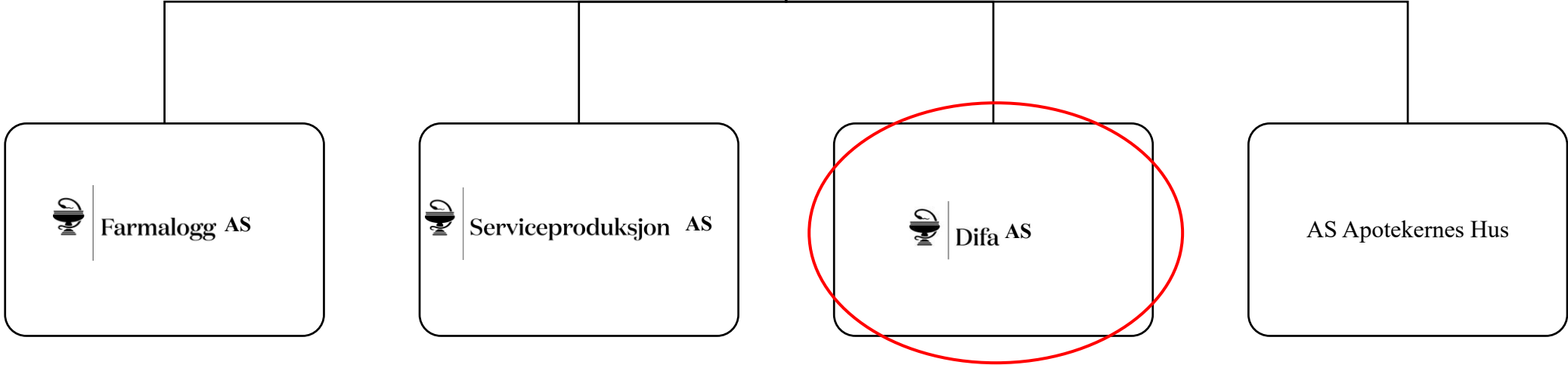
Apotek/farmasifag



E-helse



Kommunikasjon



Eik – Apotekenes felles kjernesystem

Apotekene har lang tradisjon med samarbeid om utvikling og bruk av felles IT-løsning

Nå har de sammen laget en ny bransjeløsning



Eik

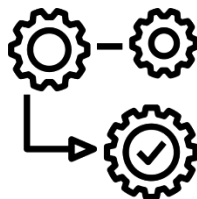


Det var behov for et nytt system som bedre understøtter apotekets samfunnsoppdrag



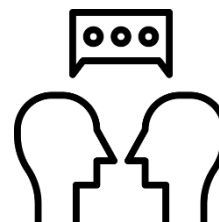
ØKT PASIENTSIKKERHET

- Øke pasientsikkerheten ved å bidra til at apotekenes kunder bruker legemidlene riktig



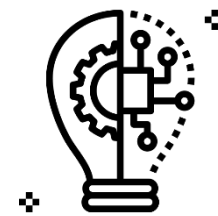
STANDARDISERING

- Tilrettelegge for standardisering av prosesser og tjenester i og mellom apotekene



SAMHANDLING

- Tilrettelegge for effektiv samhandling mellom apotek og øvrige aktører i helsetjenesten



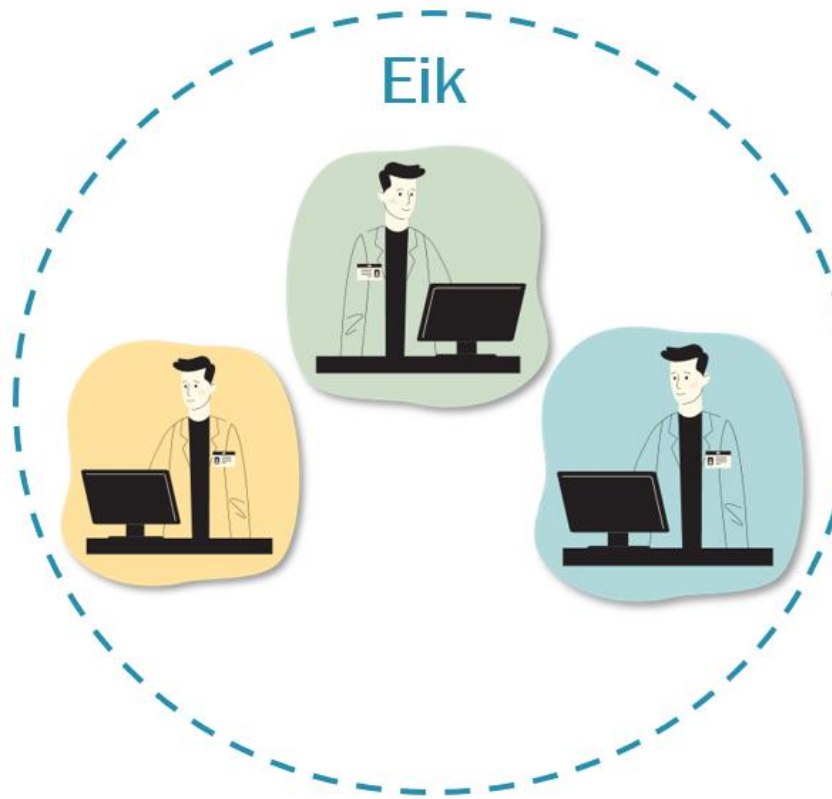
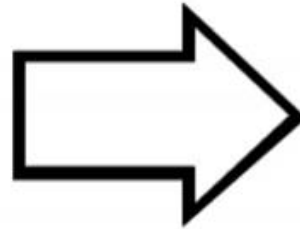
INNOVASJON

- Tilrettelegge for digital/teknologisk innovasjon og spesialisering hos de ulike apotekaktørene



Eik – Apotekenes felles kjernesystem

Eik skal sammen med apotekenes egne forretningsløsninger erstatte det lokale IT-systemet **FarmaPro** og være et felles kjernesystem for apotekene.



Informasjon fra apotekene lagres i en felles pasientjournal

Apotekene kobler seg opp til Eik gjennom sine egne apoteksystem



Informasjon følger pasient på tvers av apotek

Informasjon fra apotekene lagres i en felles pasientjournal i Eik



Eik er integrert mot eksterne aktører og myndigheter



Hva utgjør felles bransjeløsning i apotek?



Hva skal apotekene utvikle selv?

Alle apotek og apotekkjeder skal tilrettelegge for egen brukeropplevelse gjennom eget brukergrensesnitt. Dette skal de lage selv:



Reseptekspedisjonssystem



Kassasystem



Logistikksystem



Samarbeide om felles journal – §9

§9

Pasientjournal-loven



Virksomheter kan samarbeide om behandlingsrettede helseregistre

Krever skriftlig avtale mellom virksomhetene

1. Hva samarbeidet omfatter
2. Hvordan pasientens eller brukerens rettigheter skal ivaretas
3. Hvordan helseopplysningene skal behandles og sikres, også ved endringer i eller opphør av samarbeidet
4. Dataansvar

Apotekene samarbeider om felles apotekjournal i Eik

Styringsstruktur og avtaler

§9 →

Samarbeids-avtale



- Etablerer rammene for samarbeidet om felles apotekjournal og hvordan Apotekene skal etterleve bestemmelsene i pasientjournalloven

Apotekavtalen



- Kommersiell avtale mellom apotek og Difa med formålet å regulere videreutvikling og drift av felles bransjeløsning

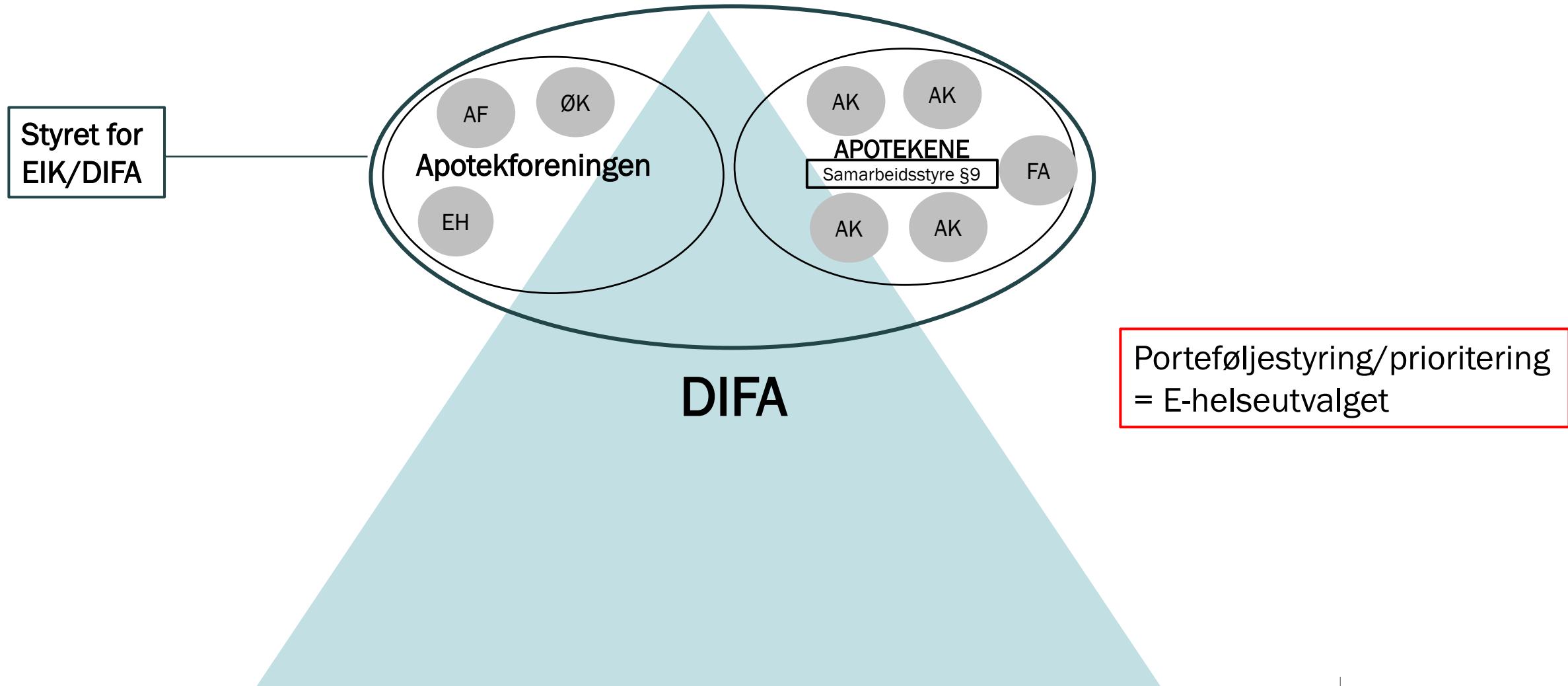
Databehandler-avtale



- Regulerer rammene av databehandleroppdraget til Difa på vegne av apotekene. Beskriver hvordan Apotek og Difa skal utføre sine plikter, og hvordan personopplysninger skal behandles og sikres

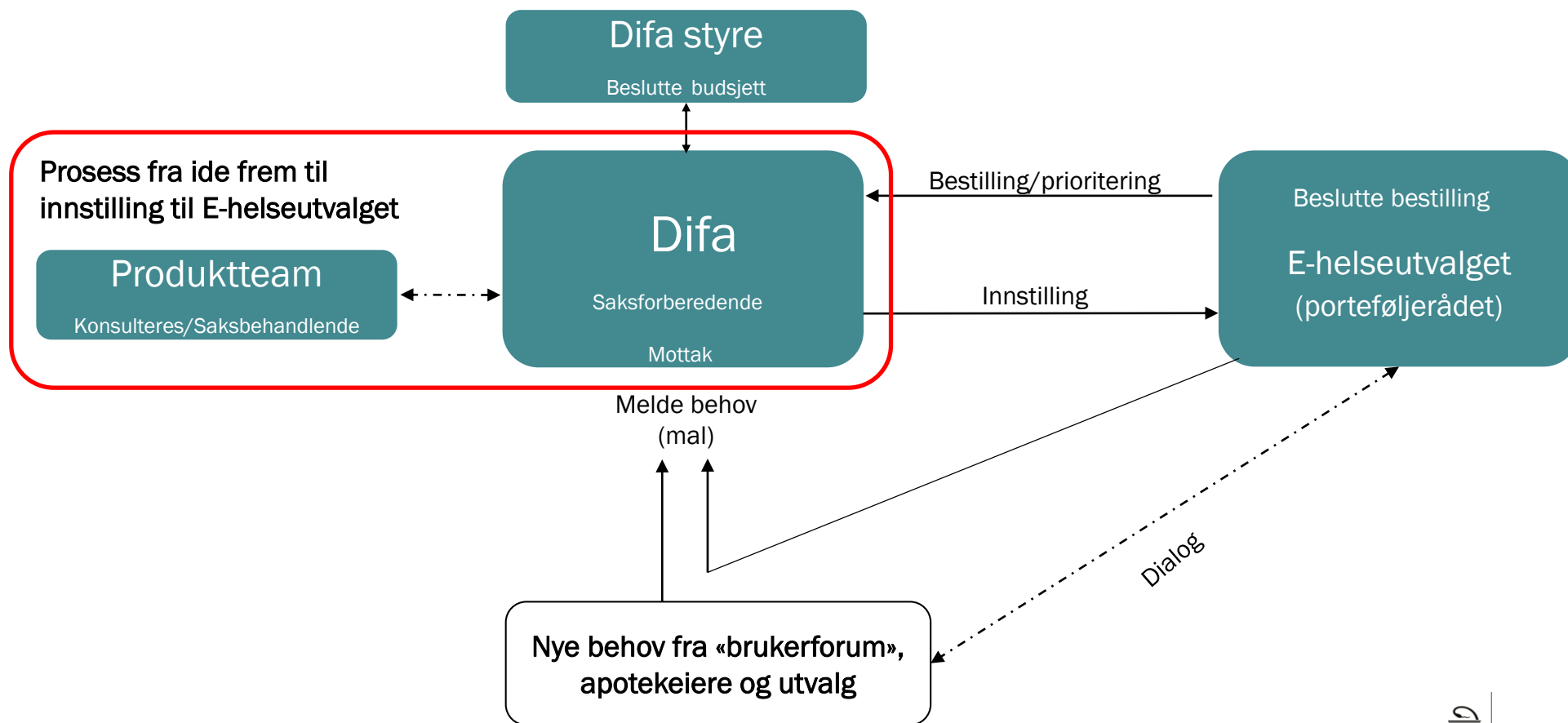


Styringsmodellen





Eik - porteføljestyring



Finansieringsmodell

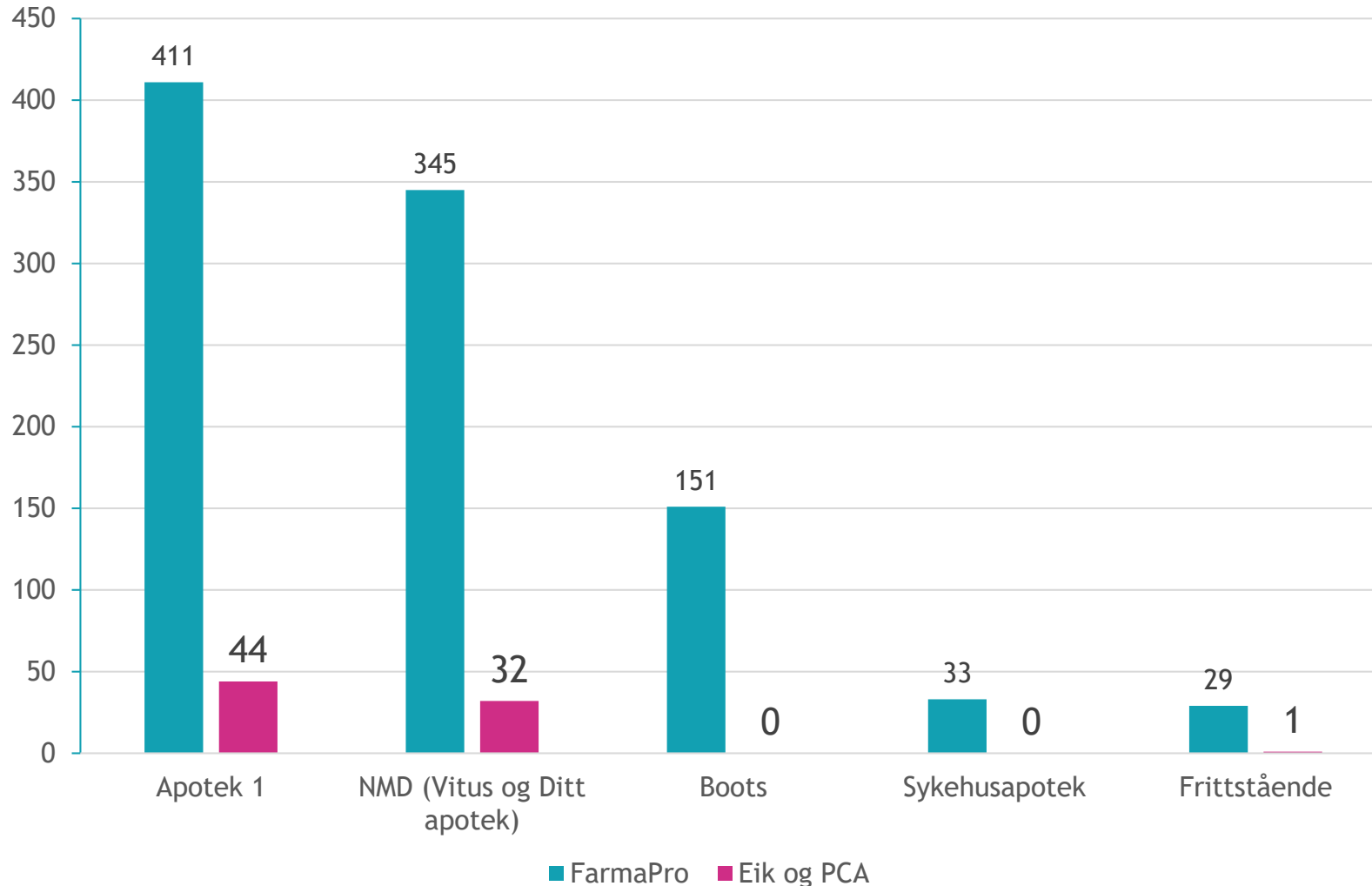
- Finansiert av Apotekforeningen – egenkapital + lån
- Brukerne betaler lisens



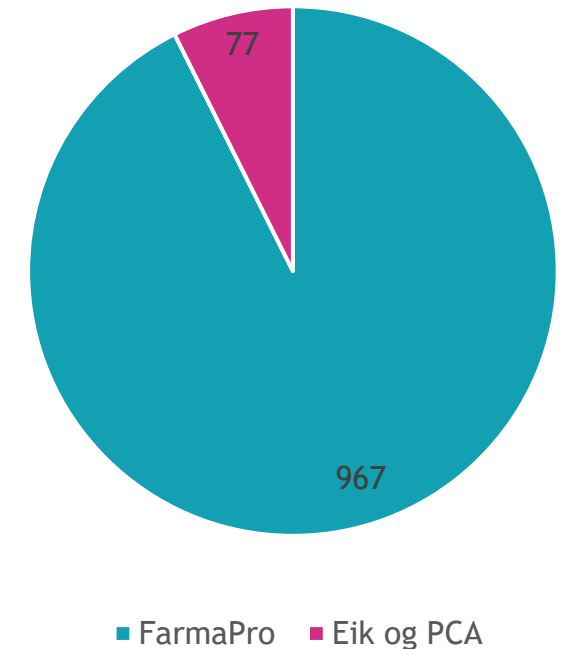
Status migrerte apotek pr. 16.01.24

Apotek på Eik og PCA: 77
Apotek på FarmaPro: 967

Fordeling på apotekløsning



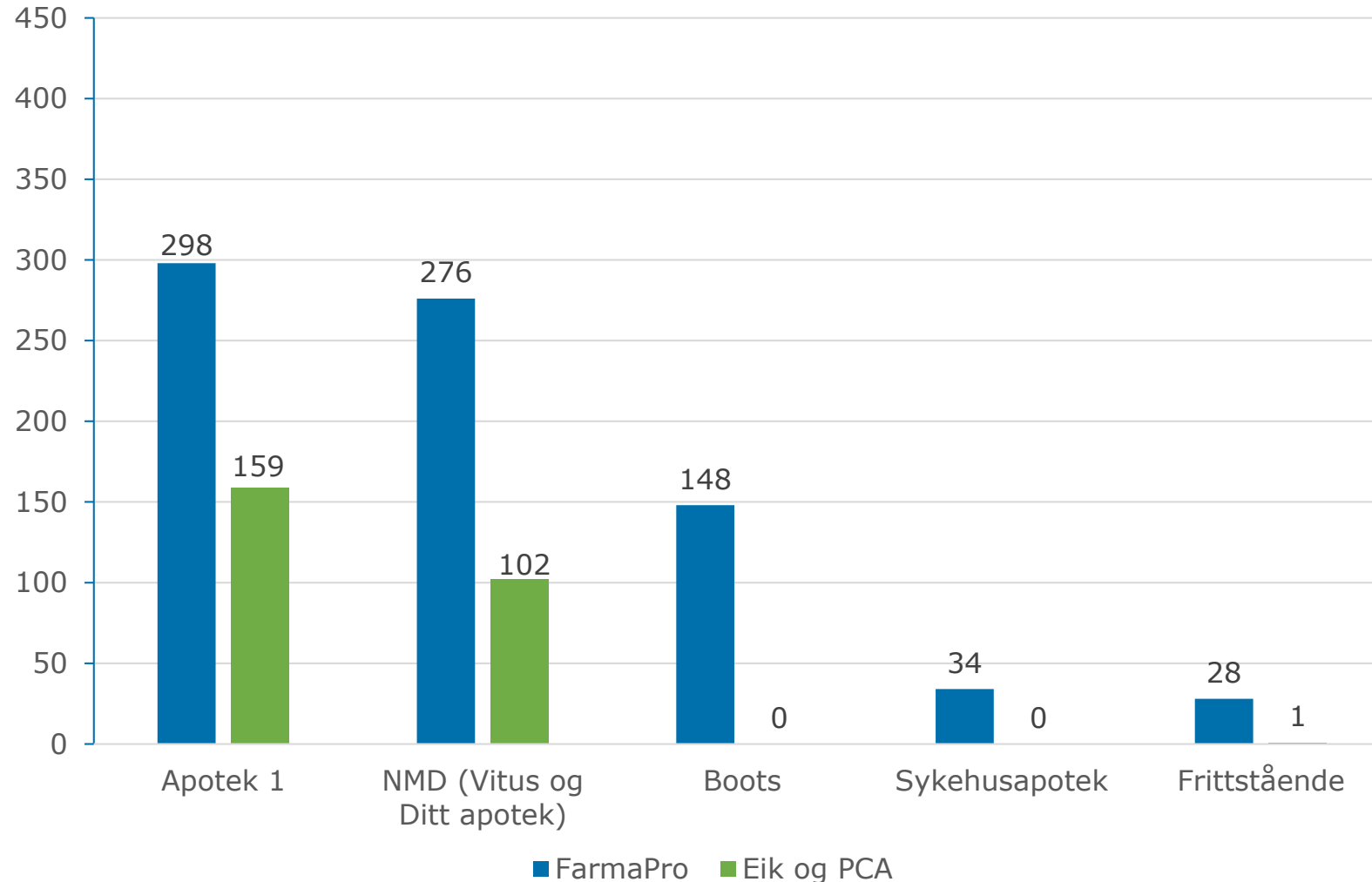
Totaloversikt



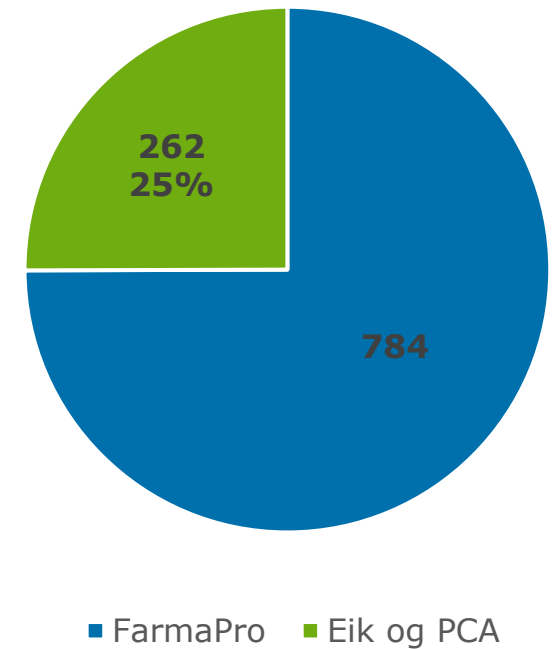
Status migrerte apotek pr. 14.05.2024

Apotek på Eik og PCA: 262
Apotek på FarmaPro: 784

Fordeling på apotekløsning



Totaloversikt

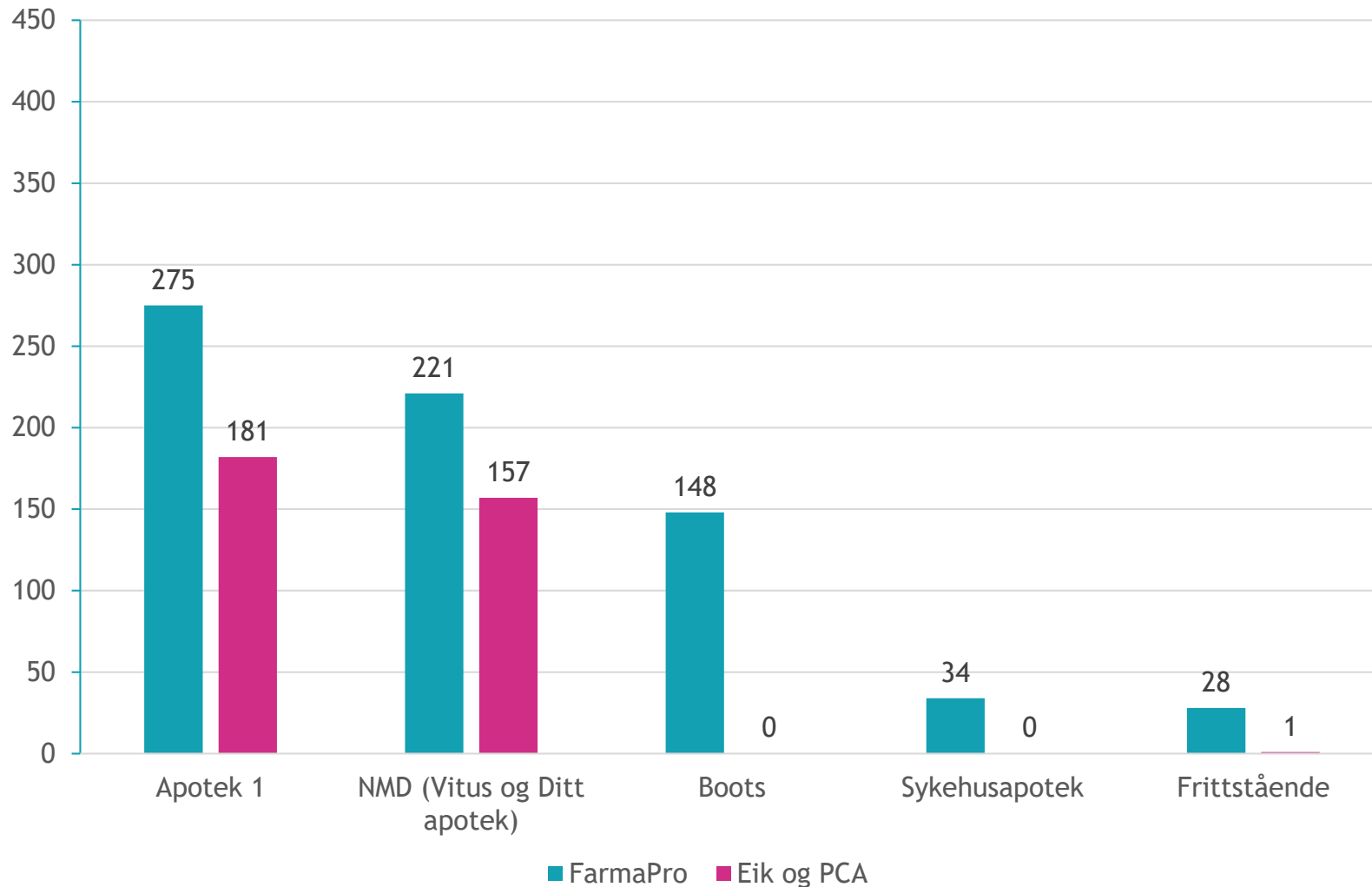


Difa

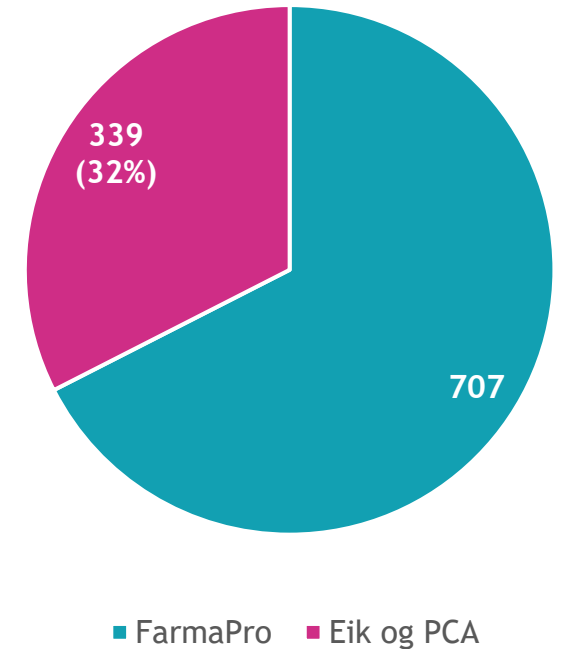
Prognose migrerte apotek pr. 30.06.2024

Apotek på Eik og PCA: 339
Apotek på FarmaPro: 707

Fordeling på apotekløsning



Totaloversikt



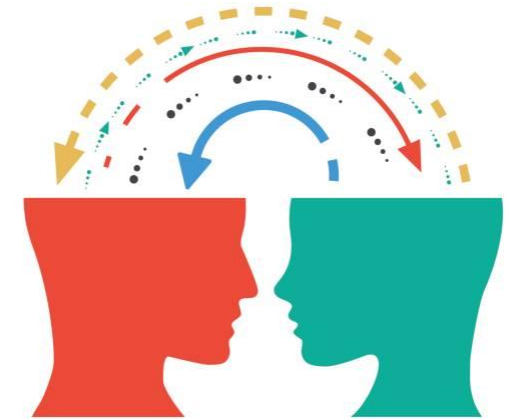
Erfaringer

- **Lett å undervurdere kompleksitet**
 - Juridisk – ansvar og roller, avtaleverk, styring
 - Organisatorisk – eks. behov og samarbeid
 - Teknisk
- **Kompleksitet øker med økende antall aktører som skal beslutte** hva en felles samhandlingsløsning skal være
 - Viktig med styringsstruktur/mandat i planlegging- og utviklingsfasen som legger til rette for effektive prosesser, beslutninger og framdrift
- **Ulik utviklingstakt** hos de ulike aktørene (apotekløsningene)



Erfaringer

- **Kapasitetsutfordringer** i test- og godkjenningsordningen
 - Sekvensiell testing
 - Behov for parallelltesting
- **Utfordringer m datakvalitet** i e-resept kjeden
- **§9 Pasientjournalloven** muliggjøre **samarbeid om felles journal** - krevende når det er mange aktører
 - Felles styring av personvern og informasjonssikkerhet, roller og ansvar, krav og avtalestruktur
 - Dataansvar med tilhørende styringsmodell førende for utvikling og forvaltning
- **Drift og forvaltning** av løsningen – krevende å etablere modell
 - Avtaleverk
 - Styringsmodell
 - Videreutvikling og drift
 - Prioritering av aktører
 - Økonomi



Takk for meg!



Forslag til vedtak

NUIT drøftet hvordan innføringen av Apotekenes nye felles journal og samhandlingsløsning kan bidra til økt verdi/økt pasientsikkerhet og bedre samhandling med annet helsepersonell. Apotekforeningen tar med seg innspill og refleksjoner gitt i møtet i det videre arbeid.

Sak 21/24: Utprøving av digital dialog mellom fastlege og apotek

—



Prosjektrapport

Utredning digital dialogløsning lege - apotek

SKREVET AV: BERNHARD HOLTHE, TORGEIR HOFF SKAVØY, SUSANNE SKINSTAD, STEIN VAALER, HILDE ARIANSEN OG MAREN KROGH

Oppdragsgiver: Norsk forening for allmenntmedisin, Allmennlegeforeningen og Apotekforeningen

Presentasjon for NUIT

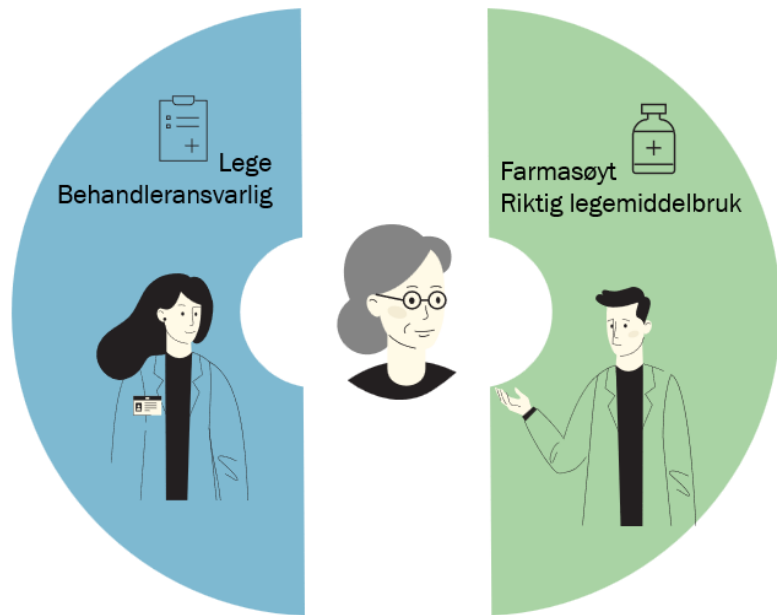
Utprøving av digital dialog mellom fastlege og apotek

15.05.24

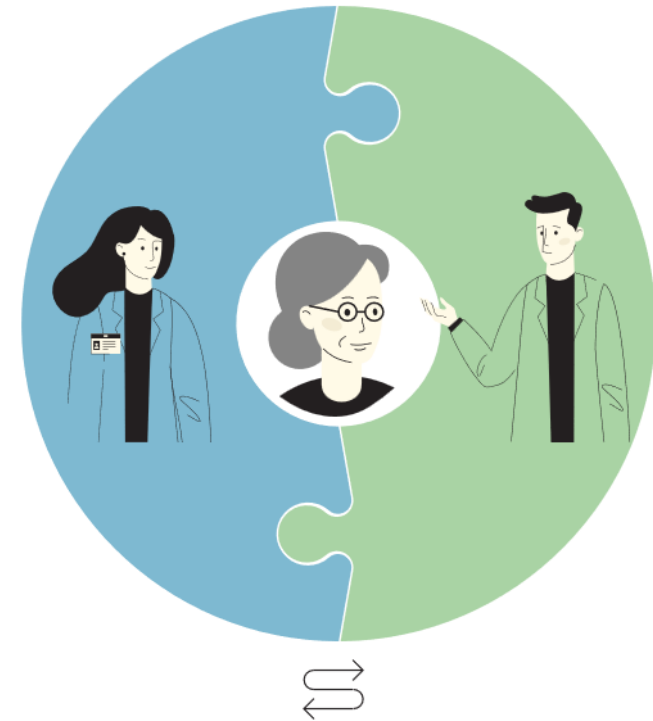
Hilde Ariansen
Seniorrådgiver Fagavdelingen

Bakgrunn

I dag mangler vi gode samhandlingsløsninger til å formidle informasjon mellom apotek og rekvirent



Legge til rette for effektiv og sikker informasjonsflyt om relevante og nødvendige opplysninger til det beste for pasienten



Utredning av behov for digitale meldinger

- Et samarbeid med Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin, Norges Farmaceutiske forening og Apotekforeningen.
- Møter med NHN og Direktoratet for e-helse
- Gode diskusjoner

Behovene

Uaktuelle resepter i reseptformidleren

Legemiddelmangel

Mangler/feil ved resept

Beskjeder vedrørende uthenting av resept

Refusjonsinformasjon

Opplevelse av kommunikasjonsbrist formidlet via pasient

Delutlevering av A- og B preparater

Legemidler uten markedsføringstillatelse

Multidose

Mistanke om forfalsket resept

Klinisk relevante legemiddelrelaterte problemer

Anbefalinger fra arbeidsgruppen

Tema	Anbefaling
E-resept	Opprydding i bruken av merknadsfeltet på resepten
	NHN stille tydelige krav til EPJ
	Riktig bruk av e-resept
	Forenkle kodeverk for intervensjoner og redusere omfang intervensjonsmeldinger
Telefon	Veileder/retningslinje for bruk av telefon
Legemiddelmangel	Følge opp henvendelse til Direktoratet for medisinske produkter
Helsefaglig dialog	Pilotere bruk av dialogmelding mellom fastlege og apotek

Piloting of healthcare dialogue message

- Contribute to more correct use of medicines among patients
 - Test and establish rules and agreements for use of digital messages and telephone inquiries
 - Evaluate economic consequences and benefits of digital messages
- Financed by research funds from the Foundation for the promotion of Norwegian pharmacy

Kjøreregler for dialog

Under utarbeidelse

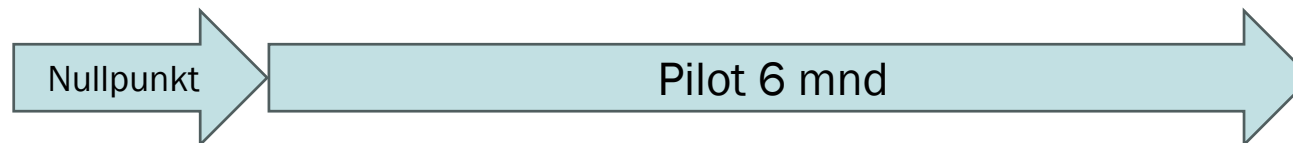
- Hva må fortsatt tas på telefon
- Hva kan tas på digital melding
- Responstid
- Meldingsmaler

Design

Utprøving av helsefaglig dialogmelding

Deskriptiv studie som skal kartlegge praktisk gjennomføring og erfaringer med bruk av digitale meldinger mellom fastlege og apotekfarmasøyt om den enkelte pasient

- Del 1: Utvikling av kjøreregler og avtaler for bruk av digitale meldinger og telefon
- Del 2: Nullpunktsmåliger
- Del 3: Pilot og datainnsamling (digital rapportering og spørreundersøkelser)
- Del 4: Utarbeidelse av rapport med anbefalinger for videre arbeid



Foreløpig milepælsplan

Milepæl	Ferdig innen
Godkjent prosjektprotokoll med budsjett	Mai 24
Eventuelle godkjenninger fra Sikt	Aug.24
Rekruttering av fastleger og apotek	Sep. 24
Nullpunktsmåliger	Sep. 24
Kjøreregler og avtaler som skal testes	Okt.24
Oppstart pilot	Okt.24
Avslutning pilot	Apr.25
Datainnsamling	Jul.25
Analyse og evaluering	Nov.25
Godkjent prosjektrapport	Feb.26

Behov for dialog med andre?

Evalueringen av piloten vil også ta med vurderinger knyttet til behov for å utveksle digitale meldinger med andre som for eksempel;

- LAR
- Spesialisthelsetjenesten
- Øvrige rekvirenter
- Hjemmesykepleie

Innspill og diskusjon

Forslag til vedtak

NUIT drøftet hvordan innføring av digital dialog kan effektivisere arbeidsprosesser og samhandling knyttet til pasientenes legemiddelbehandling.

Apotekforeningen tar med seg innspill og refleksjoner gitt i møtet i videre arbeid.

Forslag til vedtak

NUIT drøftet hvordan innføring av digital dialog kan effektivisere arbeidsprosesser og samhandling knyttet til pasientens legemiddelbehandling. Apotekforeningen tar med seg innspill og refleksjoner gitt i møtet i videre arbeid.

Lunsj – oppstart igjen kl. 12.50

—

Sak 22/24: Digitalisering av den offentlige tannhelsetjenesten

—

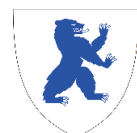


**Munnen er en del av kroppen,
i hvert fall digitalt
NUIT 15. mai 2024**



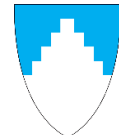
Den offentlige tannhelse- tjenesten i Norge (DOT)

- I 2023 var det over 1,6 millioner innbyggere som mottok regelmessige, individtilpassede tannhelseundersøkelser, og nesten 950 000 personer ble undersøkt og behandlet av helsepersonell i den offentlig tannhelsetjenesten.
- Totalt består tannhelsetjenesten av ca. :
 - 31 %, drøye 3700 årsverk, fordelt på 426 tannklinikker
 - 69 %, omkring 8400 årsverk, er knyttet til den private tannhelsetjenesten



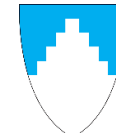
Dagens situasjon

- Den offentlige tannhelsetjenesten er organisert ulikt i de 15 fylkeskommunene. I noen fylker er tannhelsetjenesten et eget fylkeskommunalt foretak/virksomhet, mens andre fylkeskommuner har en egen divisjon/seksjon/avdeling.
- Uavhengig av organisering er sektoren i utstrakt grad avhengig av støtte og samarbeid med andre tjenester i fylkeskommunen, det offentlige helsevesenet, kommunal og statlig sektor, samt det private, for å levere gode, effektive og trygge helsetjenester til innbyggerne.
- Samtlige fylkeskommuner har i dag samme leverandør av Elektronisk Pasientjournal (heretter EPJ), *Opus Dental*, med separate avtaler. Denne løsningen har hatt tilnærmet monopol i fylkeskommunene siden tidlig 2000-tallet, som følge av manglende konkurranse. Monopol-situasjonen har medført for lav satsing på utvikling og tilpasning av løsningen mot tjenestens behov. En foreløpig vurdering er at kontraktene er svake, særlig innenfor rammene av lov om offentlige anskaffelser og leverandørstyring.



Behovet

- For å levere et mer helhetlig tilbud til pasientene har tannhelsetjenesten behov for økt samhandling med andre helsetjenester, og å kunne samvirke mer effektivt med andre deler av kommunenes helse og omsorgstjeneste. Dette betyr blant annet
 - Effektive og sikre løsninger for informasjonsutveksling, av pasientenes rettigheter, funn, diagnoser, behandling, og oppfølging mellom tannhelsetjenesten og andre aktører i helsesektoren
 - Tilgang til kritisk informasjon om pasientene, som for eksempel aktuelle legemidler, allergier, vaksinestatus osv.
- Oppdraget vil medføre standardisering av tjenestene med felles systemstøtte og like arbeidsprosesser nasjonalt, noe som vil medføre endringer av ulikt omfang. I arbeidet med å etablere en nasjonal offentlig tannhelsetjeneste på arbeidsprosessnivå vil endringsreisen og omfanget av endring variere fra fylkeskommune til fylkeskommune.



Digi DOT er forankret i fylkeskommunekollegiet

Referat fra møtet i fylkeskommunekollegiet 1. september 2023

Tid: 08.30-12.30.

Sted: Scandic hotell Seilet, Molde.

Til stede fra fylkeskommunekollegiet: Tron Bamrud (Innlandet), Toril Hovdenak (Møre og Romsdal), Gunn Claire Westad (Rogaland) Hans-Petter Friestad Gravdahl (Oslo), Camilla Heggeli Bjørn (Troms), Arve Semb Christophersen (Vestfold og Telemark), Merethe Schjem (Nordland), Tine Sundtoft (Agder), Toril Eeg (nye Vestfold), Carl-Jakob Midttun (Trøndelag),

Forfall: Bente Bjerknes (Viken), Rune Haugsdal (Vestland), Øystein Ruud (Finnmark), Ketil Reed Aasgaard (nye Telemark), Jan Sivert Jøsendal (nye Buskerud), Solveig Helene Olsen (nye Østfold), Ellen Christine Christiansen (nye Akershus).

Fra KS: Jan Erik Innvær, Helge Eide, Ingrid Ulberg Sommer.

Digitalisering i den offentlige tannhelsetjenesten

Fylkeskommunekollegiet anbefaler at fylkeskommunene starter et felles arbeid med formål å avklare videre tilnærming og innretning til journalsystem for tannhelse, i nært samarbeid med KS. Fylkeskommunekollegiet stiller seg positive til det videre arbeidet slik det er presenter, med følgende presiseringer:

1. Det er viktig at den offentlige tannhelsetjeneste i Norge starter sammen og former sammen.
2. Den offentlige tannhelsetjenesten har som ambisjon om å bli en del av det nasjonale økosystemet til e-helse.
3. Det må etterstrebes tverrfaglighet på styringsnivå og arbeidsnivå Fylkeskommunekollegiet ber om at det i neste møte fremlegges et forslag til mandat for det videre arbeidet som er utarbeidet i fellesskap og forankret med de respektive interessentene.

Sak nr.	Behandles av:	Møtedato
	Fylkeskommunekollegiet	18.04.2024

Digitalisering i den offentlige tannhelsetjenesten – Munnen er en del av kroppen, i hvert fall digitalt.

Forslag til vedtak

- Fylkeskommunekollegiet tar løypemeldingen fra starte sammen fasen og faseplan for forme sammen fasen til orientering.
- Fylkeskommunekollegiet anbefaler at fylkeskommunene bidrar med tid og ressurser inn i fase 2 av arbeidet med å forme sammen den videre tilnærmingen og innretningen til journalsystem for tannhelse



Kick-off med NLDOT 21. november 2023

Digitalisering i tannhelsetjenesten

Fylkeskommunekollegiet er enige om å sette i gang et felles arbeid for å sikre gode journalløsninger for den offentlige tannhelsetjenesten.



Foto: KS

Fylkestannlege i Trøndelag og styringsgrupeleder for prosjektet, Bjørnar Hafell snakker til forsamlingen da de møttes på Gardermoen.



Vi er nå på vei fra duplo til Lego



Starte sammen



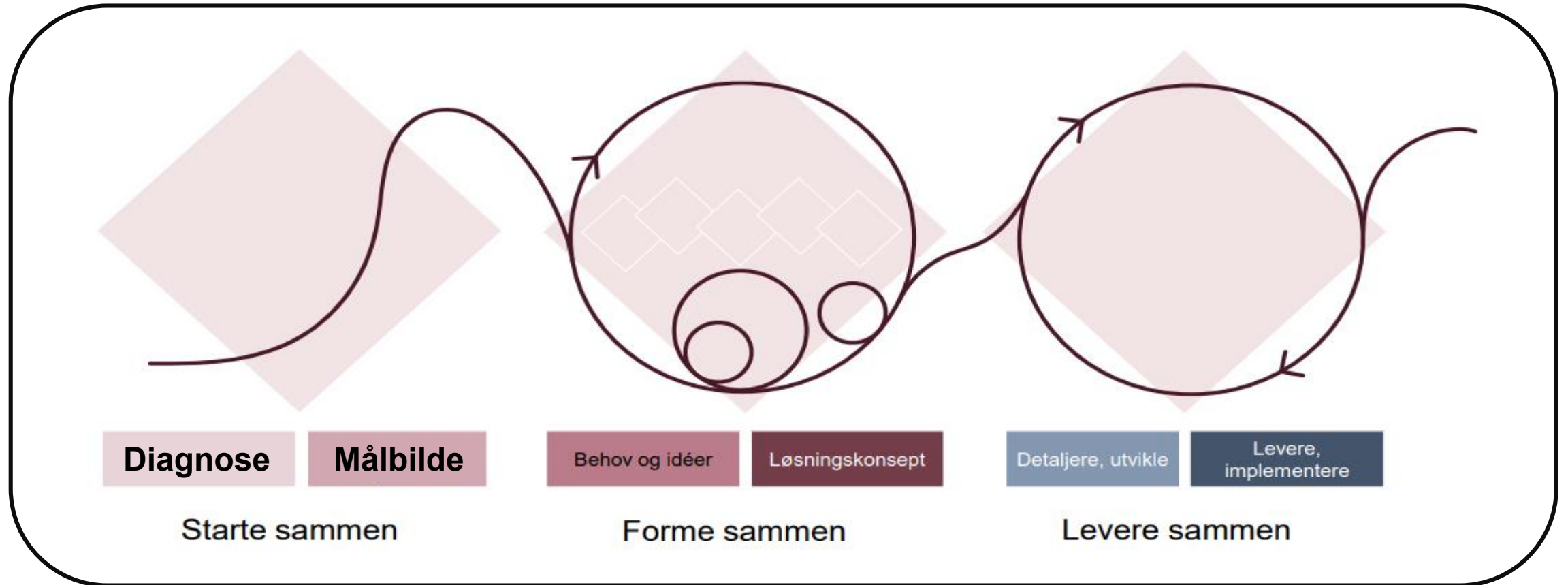
Forme sammen



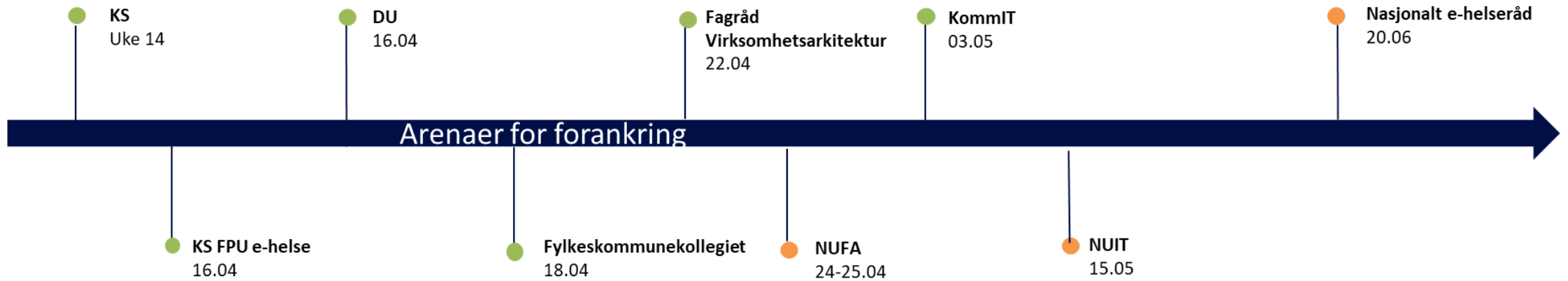
Leverer sammen



Overordnet tilnærming



Forankring fremover



Forklaringer:

Medlemmer: ●

DU- Digitaliseringsutvalget hvor digitaliseringeldere sitter (KS)

FPU- Fag og prioriteringsutvalg innen e-helse (KS)

KommIT- Råd som skal bidra til utvikling av felles løsninger og ivareta kommunesektorens interesser. Toppledere.

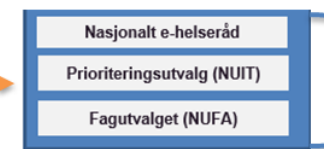
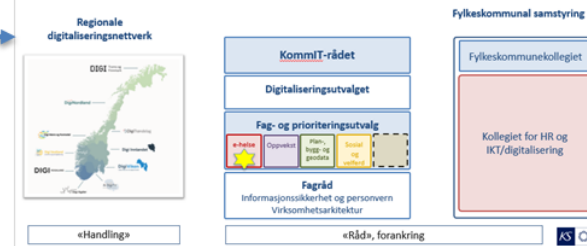
Eksterne: ●

NUFA- fagutvalg for sektoren hvor sentrale fagpersoner innen helsefag og arkitektur og innbyggerbehov sitter (Hesledirektoratet).

NUIT- prioriteringsutvalg rundt nasjonal e-helseportefølje hvor medlemmer som gir råd til taktiske og strategiske problemstillinger (Hesledirektoratet).

Nasjonalt e-helseråd- øverste organ i Nasjonal rådsmodell for e-helse. Toppledere i sektoren sitter og vedtar saker (Hesledirektoratet)

Den kommunale samstyrsstrukturen for digitalisering

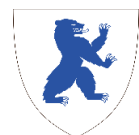


Nasjonal rådsmodell for e-helse





**Munnen er en del av kroppen,
i hvert fall digitalt
Leveranser fra starte sammen
fasen**



Arbeidsgruppe

- Kjernegruppen er igangsatt og arbeider fysisk samlet denne uken, arbeider med leveransene (utfordringsbildet, målbildet, juridisk handlingsrom og tilskuddssøknaden) og etablering av felles begrepsapparat.

- Are Kristoffer Hjeltnes Møre og Romsdal fk
- Esben Jenssen Troms fk
- Jørn Andre Jørgensen Vestfold fk
- Anita Kanck Agder fk
- Aksel Wikant Vestfold fk
- Anne Mette Dørum Novari IKS (tidligere Vigo IKS)
- Eliabeth Skrede Vestland fk

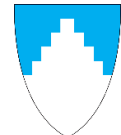
- Arbeidsgruppen på det juridiske handlingsrommet er i gang med sitt arbeid. Amund Bie, juristen fra Innlandet fylkeskommune, skal prioritere sin rolle i tannhelseutvalget, og er utfordret på å ta en kvalitetssikringsrolle på leveransen fra arbeidsgruppen. Tannlegeforeningen bidrar inn med juridisk spisskompetanse i et begrenset omfang etter behov, ved advokatfullmektig Silje Nikolaisen. Anne Mette Dørum (VIGO IKS) leder gruppen. Arbeidsgruppen juridisk handlingsrom består nå av:

- Anine Frølich KS Advokatene
- Gyri Stavdal Novari IKS (tidligere Vigo IKS)
- Line Samuelson Viken fk
- Anne Mette Dørum Novari IKS (tidligere Vigo IKS)



Leveranser fra starte sammen fasen

- Diagnose
- Behov og målbilde
- Juridisk handlingsrom
- Faseplan for forme sammen fasen
- Underlag til Tannhelseutvalget
- Forankring av leveransene i tråd med interressentkartleggingen



DIAGNOSE

Samhandling og informasjons-
utveksling på papir

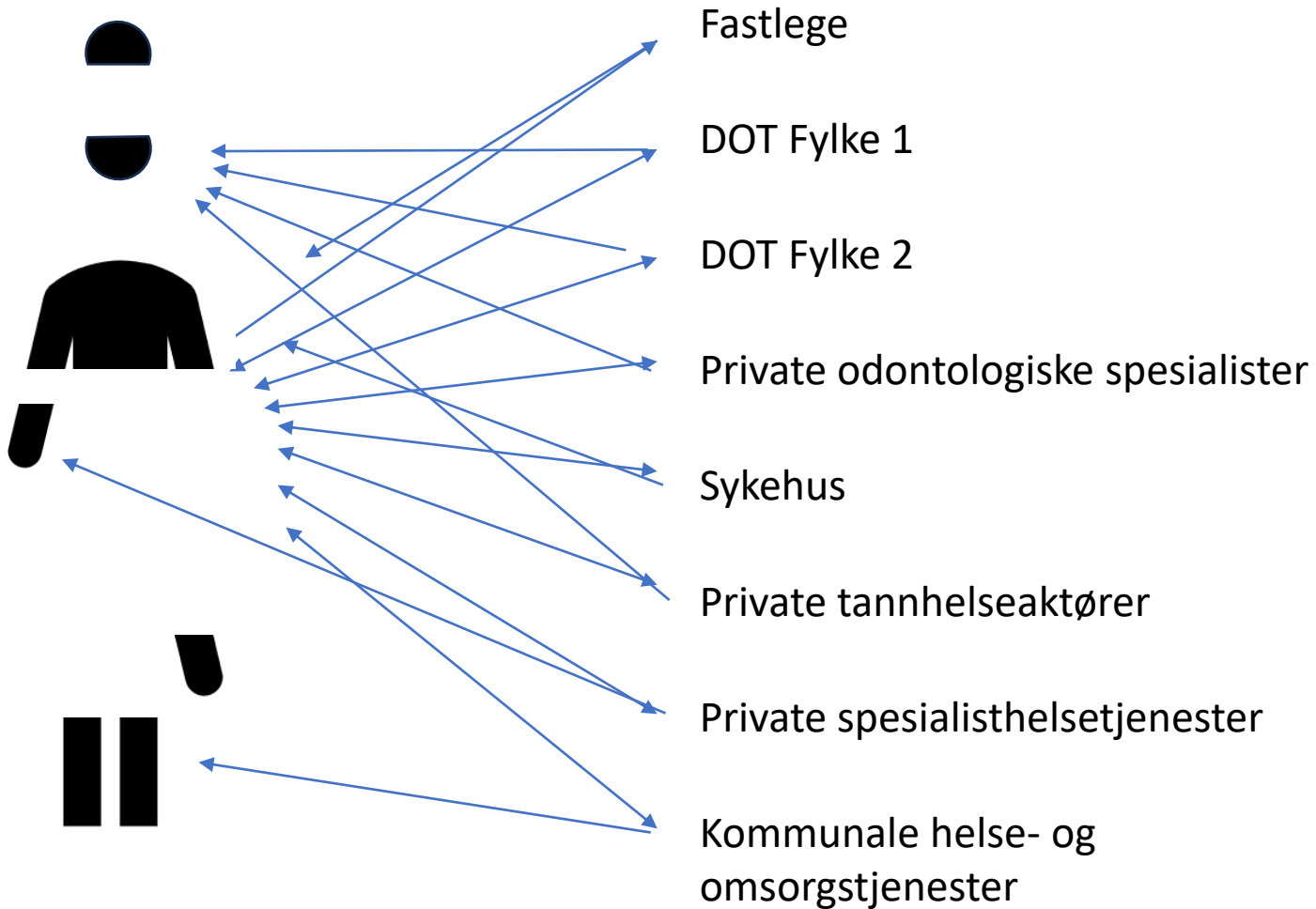
Forskjell i tjenestetilbudet

Manglende analysekapasitet

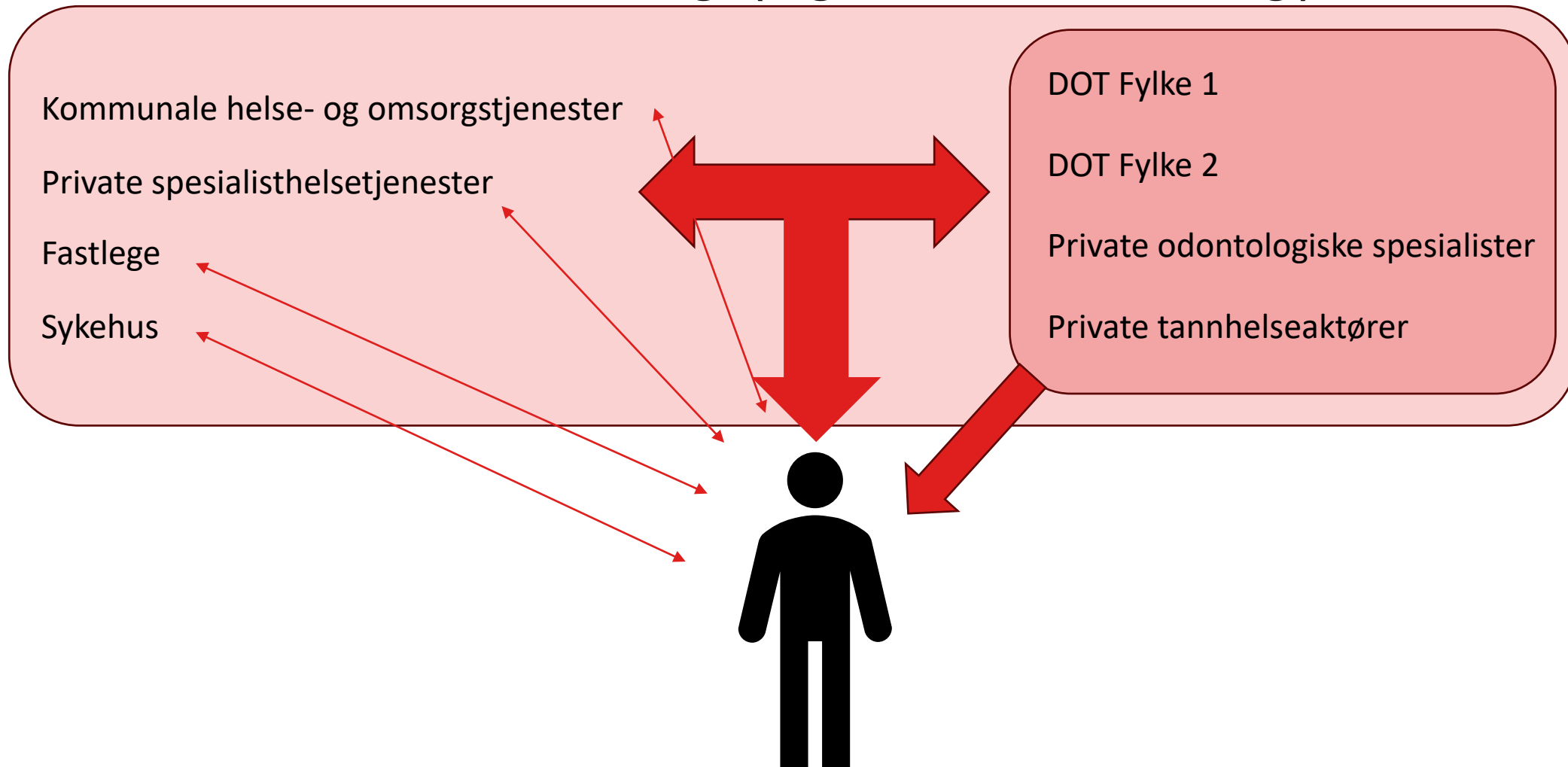
Administrative utfordringer



Diagnose

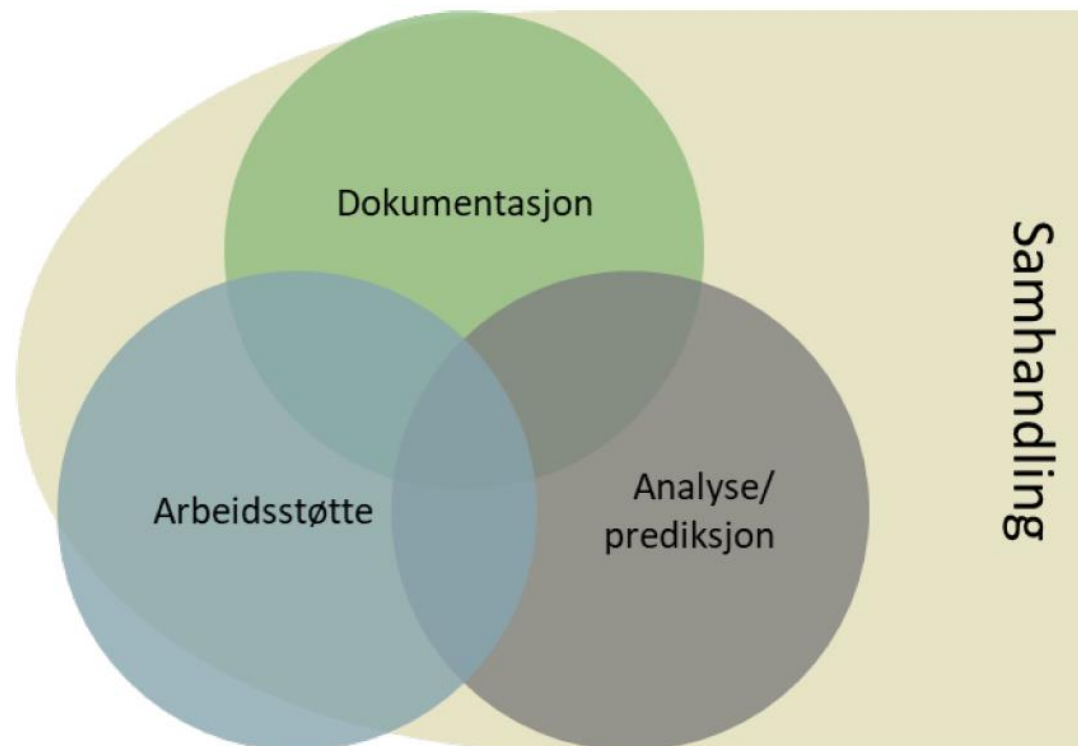


Samhandling (og datautveksling)





Behov og målbilde

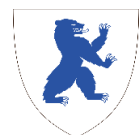




Behov og målbilde

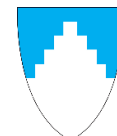
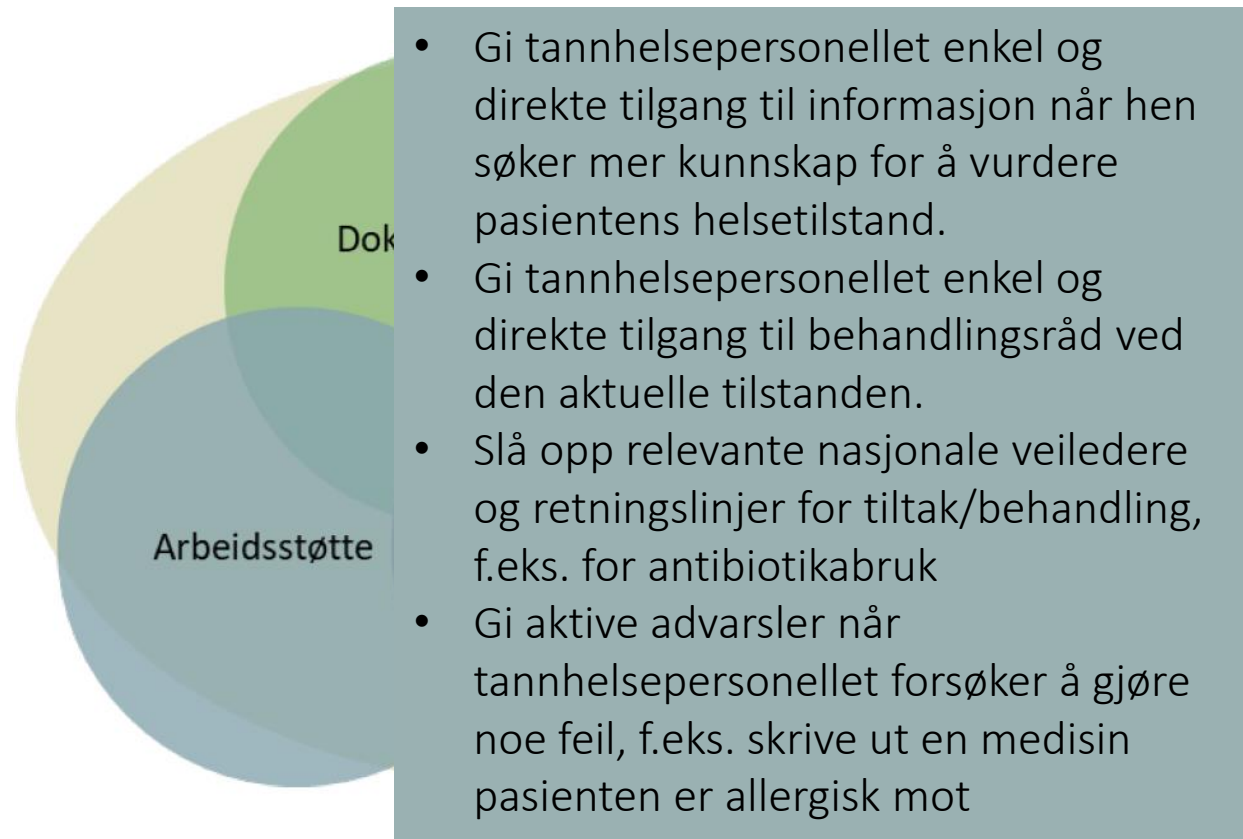
- Behov for digitalisering av informasjonsutvekslingen
- «Kun én gang prinsippet»
- Tilgang til og deltakelse i utviklingen av nasjonale fellesløsninger
- Samhandling forutsetter samarbeid på tvers av helsetjenestene
- Samhandling mellom pasient og behandlere

Samhandling



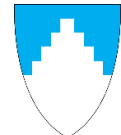


Behov og målbilde (funksjonalitet)



Juridiske rammer

- Samhandling og informasjonsdeling som er lovlig via utveksling av papirdokumenter er i stor grad lov digitalt.
- Det juridiske handlingsrommet er foreløpig ikke problemet, det er heller evnen til å digitalisere våre prosesser.



Formål

- Utrede mulighetene og forberede for anskaffelse av nytt pasientjournalssystem i den offentlige tannhelsetjenesten, enten i fellesskap eller for hver enkelt fylkeskommune
- Arbeide for at den offentlige tannhelsetjenesten får tilgang til relevante nasjonale e-helseløsninger og digitale samhandlingsløsninger som understøtter et helhetlig pasientforløp mellom helseaktørene, som en del av den nasjonale strategien for e-helse



Takk for oppmerksomheten



Forslag til vedtak

NUIT støtter initiativet om å starte og forme sammen i den offentlige tannhelsetjenesten, og peker på viktigheten av at den offentlige tannhelsetjenesten kobles på nasjonale prosesser og digitale samhandlingsløsninger, i tett samarbeid med KS.

Sak 23/24: Områdeplan – aktiv innbygger forslag til prioriterte nasjonale tiltak

—

Nasjonal e-helsestrategi

Områdeplan Aktiv innbygger
prioriterte nasjonale
innsatsområder



**AKTIV MEDVIRKNING I EGEN
OG NÆRES HELSE**

MÅL 1 | AKTIV MEDVIRKNING I EGEN OG NÆRES HELSE



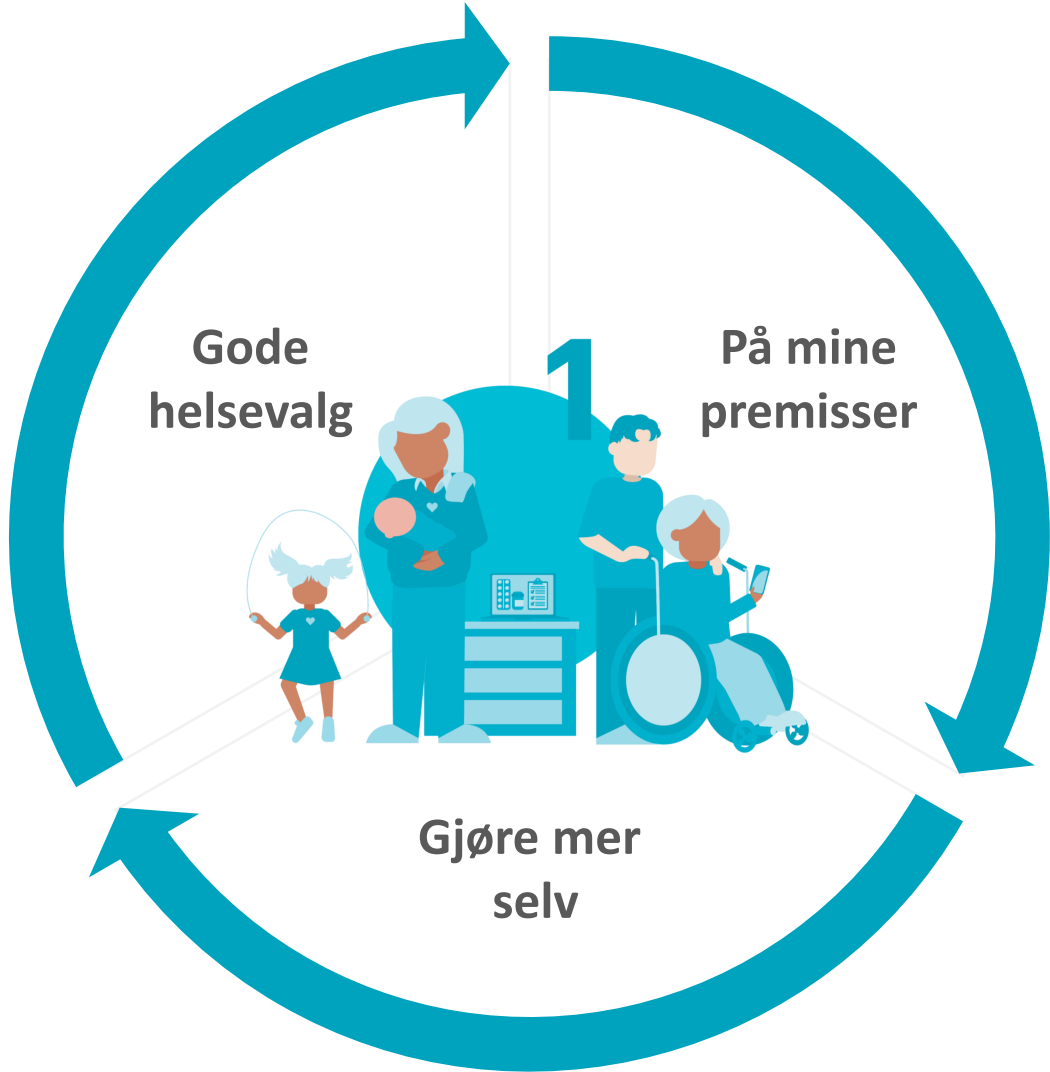
Frem mot 2030 skal vi oppnå:

- Innbygger har enkle og brukervennlige digitale verktøy, selvbetjeningsløsninger og tilgang på tilpasset informasjon som gjør dem i stand til å være aktiv og ta gode valg for å ivareta egen og næres helse
- Innbygger og pårørende har enkel og sikker tilgang til egen og næres helseinformasjon, formidlet i en form som er lett å forstå, og som bidrar til økt helsekompetanse
- Innbygger og pårørende opplever det enkelt å gi samtykke og fullmakter
- Pasienter og helsepersonell har tilgang til digitale samvalgsverktøy som gir innbygger mulighet til å ta del i beslutninger om egen behandling i samråd med helsepersonell
- Innbygger og helsepersonell har tilgang til digitale tjenester som sikrer enkel kommunikasjon og mer effektiv håndtering av selvrappotering og selvmonitorering
- Innbygger har i samarbeid med helsepersonell mulighet for å tilpasse når, hvor og hvordan helse- og omsorgstjenester utføres, og flere tjenester ytes hjemme hos pasienten
- Flere bor hjemme lenger ved bruk av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging. Dette bidrar til økt trygghet, mestring og evne til å ivareta egen helse
- Digitalt utenforskap reduseres ved at tjenestene er differensiert og tilpasset individuelt slik at «ikke-digitale innbyggere» får like god tilgang til helsetjenester som innbyggere som benytter digitale løsninger





**AKTIV MEDVIRKNING I EGEN
OG NÆRES HELSE**



Gode helsevalg -mål



Jeg har tilgang til mine helsedata som gir meg innsikt i status og utviklingen av min helse!

1. Innbygger har tilgang til sine helsedata fra **hele** helse- og omsorgstjenesten og får dem presentert på en enkelt forståelig måte

Jeg får informasjon tilpasset meg og mine helseutfordringer!

2. Innbygger får tilpasset informasjon som er relevant ut fra sin helsesituasjon

Jeg har gode mestringsverktøy som veileder meg til å ta gode helsevalg og som gjør at jeg føler meg trygg!

3. Innbygger får tilgang til relevante digitale selvhjelps-, lærings- og mestringsressurser





Gode helsevalg

1. Innbygger har tilgang til sine helsedata fra **hele** helse- og omsorgstjenesten og får dem presentert på en enkelt forståelig måte
2. Innbygger får tilpasset informasjon som er relevant ut fra sin helsesituasjon
3. Innbygger får tilgang til relevante digitale selvhjelps-, lærings- og mestringsressurser



På mine premisser

4. Innbyggers behov ligger til grunn for oppfølging og mer kan følges opp hjemme
5. Innbyggers rettigheter er bygget inn i de digitale tjenestene
6. Innbygger kan registrere pårørende og gi dem rettigheter og fullmakter knyttet til helsehjelpen
7. Innbygger kan bestille, flytte og avlyse avtaler



Gjøre mer selv

8. Innbygger kan i økende grad behandles hjemme
9. Innbygger veiledes og motiveres til å gjennomføre tiltak selv
10. Innbygger kan dele relevante helsedata med behandler og annet helsepersonell
11. Innbygger og pårørende har oversikt over helsekontakter, dialog og oppgaver fra hele helsetjenesten



Oppgaveglidning mellom helsetjenesten og innbygger ved økende grad av digital transformasjon

Innbyggers overtar flere oppgaver. Veiledningen er i stor grad automatisert. (KI)

5 Digitale teknologier til personaliserte og proaktive tjenester
Automatisert kontroll og veiledning av innbygger (KI). Helsetjenesten utfører kun kjerneoppgaver.

Innbygger overtar oppgaver fra helsetjenesten under veiledning av helsetjenesten.

4 Digitale teknologier for å innfri/imøtekomme kundens behov på sammenhengende måter
Helsetjenesten endrer måten å jobbe på. Mer fokus på kontroll og veiledning til selvhjelp i stedet for å gjennomføre selv.

Innbyggers møter helsetjenesten på nye digitale måter.

3 Digitale teknologier til nye tjenester eller produkter eller på nye måter
Helsetjenesten endrer måten å kommunisere med innbygger/pasienten på. Nye oppgaver erstatter de gamle.

Innbygger gjør enkle oppgaver selv

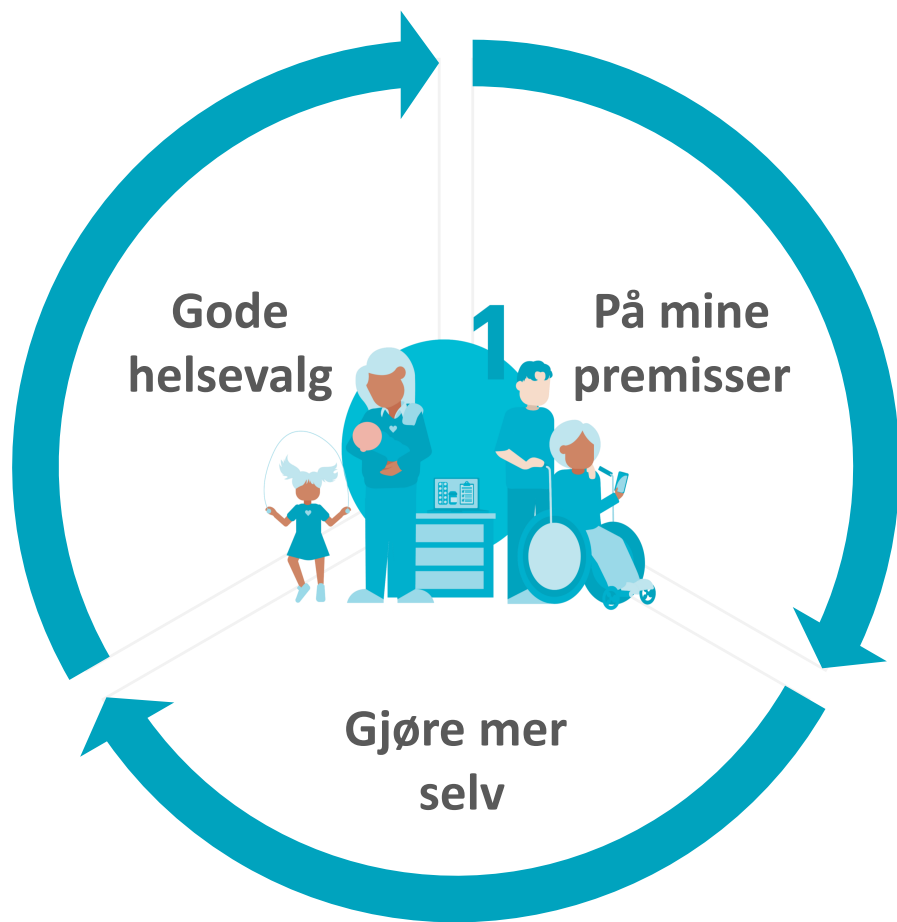
2 Digitale teknologier til effektivisering
Helsetjenesten jobber som før men har enklere tilgang til informasjon. Bortfall av enkelte administrative oppgaver som scanning og telefonhenvendelser

Innbygger har tilgang til informasjon digitalt –kontrollerer helsetjenesten

1 Digitalisering til dagens arbeidsprosesser og automatisering
Helsetjenesten jobber som før. Merker at noen pasienter er bedre informert og deltar mer i beslutninger rundt helsehjelpen.

0 Ingen digitalisering
Helsepersonell gjør alt selv. Innbygger møter opp og mottar helsehjelp.

Effekt mål



Økt involvering i egen helse og helsehjelp



Innbygger

Bortfall av oppgaver/Avlaste helsetjenesten



Helsetjeneste

Bedre kvalitet på helsehjelpen



Helsetjeneste

Friskere befolkning med redusert behov for helsetjenester



Samfunn

Mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste



GAP Analyse

- Mulighetsrom i ved digital transformasjon
- Status (pågående og planlagte aktiviteter)
- Uprioriterte tiltak
- Rammebetingelser og utfordringer

På bakgrunn av funnene i analysen har vi identifisert noen områder der vi ser sektor trenger hjelp for å komme videre.





3.

Innbygger får tilgang til selvhjelps- lærings- og mestringsressurser



Innbygger

Økt helsekompetanse gir bedre forutsetning for god helse.



Samfunn

Befolkningen har bedre helse. Økt nærvær på jobb/skole



Helsetjeneste

Redusert belastning på helsetjenesten.

GODE HELSEVALG

Hva er problemet/Innbyggers behov:

Selvhjelps, lærings og mestringsverktøy kan bidra til at innbygger får bedre informasjon og motivasjon, og til å bli kjent med egen helse og helseutfordringer. Gode verktøy kan senke terskelen for at innbygger tar tak i sine helseutfordringer.

Det globale forbrukermarkedet av helseapper og verktøy er stort. Det er krevende for innbyggere og helsepersonell å holde oversikt og sile ut apper som er kvalitetssikret og relevante for innbyggers helseutfordringer.

Status:



Gode selvhjelps-, lærings og mestringsapper og verktøy har klinisk effekt!



Det er utviklet og kjøpt inn noen få selvhjelpsverktøy som er gjort tilgjengelig på Helsenorge.



Det er ressurskrevende for helsetjenesten å anskaffe eller utvikle og forvalte digitalt verktøy



Hver virksomhet eller region anskaffer eller utvikler verktøy og lærings og mestringsressurser selv. Innbyggere tilbys ikke likeverdig tilbud.



Det er tilfeldig hvilke verktøy som gjøres tilgjengelig og ofte avhengig av prosjektfinansiering



Verktøyene som er gjort tilgjengelig på Helsenorge brukes i liten grad, verken innbyggere eller helsepersonell kjenner til dem.



Digitale selvhjelpsverktøy har for liten kred i fagmiljøet, de velger tradisjonell oppfølging og behandling i stedet for.

Rammer og hindringer:



Det pågår samtidig et EU-arbeid for en felleseuropeisk merkeordning for "ikke-medisinske" helseapper, basert på standarden CEN-ISO/TS 82304-2:2021 (health and wellness apps – quality and reliability)



Tyske Diga har etablert en refusjonsordning eller "app på resept" - hvor godkjente apper/verktøy får refusjon på lik linje som annen medisinsk behandling.



Liten investeringsvilje i markedet, da rammebetingelser og insentiver for dette feltet er fraværende.



Helsepersonell er utrygge og anerkjenner ikke apper og verktøy laget av andre enn dem selv.

Anbefaling:



Det går for tregt!

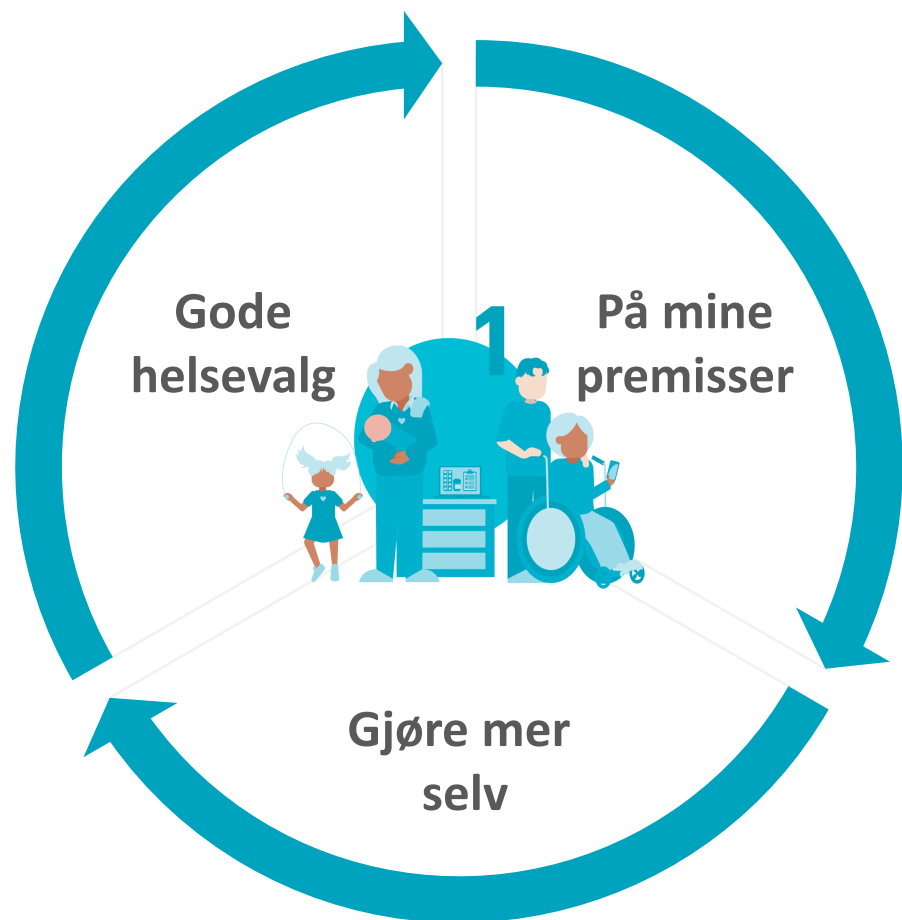
Det er nødvendig å etablere rammebetingelser som stimulerer markedet, og trygger helsepersonell og innbygger på hva som er gode verktøy.

Forslag til prioriterte tiltak:

- Utrede hvordan vi kan utnytte kraft i markedet bedre enn i dag
- Utrede hvordan vi kan gjøre gode apper og verktøy enklere å finne og ta i bruk for innbyggere og helsepersonell



Foreløpige funn fra GAP-analysen



Vi støtter ikke pårørende godt nok

Vi klarer ikke utnytte potensialet i digitale selvhjelps-, egenbehandlings- og behandlingsverktøy

Helsetjenesten kan ikke digitalisere rettigheter alene

EU setter krav til at innbygger skal ha tilgang til helsedata som vi ikke klarer innfri

Vi har minimalt med nasjonale digitale helsetjenester tilpasset barn



Spørsmål til NUIT

- Har NUIT innspill til målbildet som er utarbeidet- er det mangler eller noe dere mener bør tas ut?
- Er det momenter som NUIT savner i den pågående gap-analysen?
- Har NUIT innspill til forslagene til områdene som skal dekke gapene i analysen?
- Vi ønsker at NUIT stiller seg bak arbeidet som er gjort, og at de kommer med innspill på de foreslåtte prioriteringene.



Forslag til vedtak

NUIT drøftet målbildet og de foreløpige anbefalingene til prioritering i perioden 2024-2027. Helsedirektoratet tar med seg innspillene i det videre arbeidet med gapanalysen for å ferdigstille forslag til områdeplan med prioritering og tiltak.

Sak 24/24: Felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten

—

Felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten

NUIT

15. mai 2024



Hensikt med saken

- Selv om dette er under arbeid, ønsker vi allerede nå å
 - orientere NUIT om arbeidet med felles KI-plan for helse- og omsorgstjenesten
 - drøfte om utkast til plan er dekkende
 - få innspill fra NUIT på prioriteringer
- Spesielt ønsker vi tilbakemelding på foreslåtte tiltaksområder
 - Rammer for bruk av KI i helse- og omsorgstjenesten
 - Bruk av store språkmodeller
 - Styrke kompetanse om KI i helse- og omsorgstjenesten

Forventninger og fart

Regjeringen ber 80 prosent av offentlig sektor bruke KI innen 2025

– Så urealistisk at jeg nesten må le litt, sier KI-forsker.



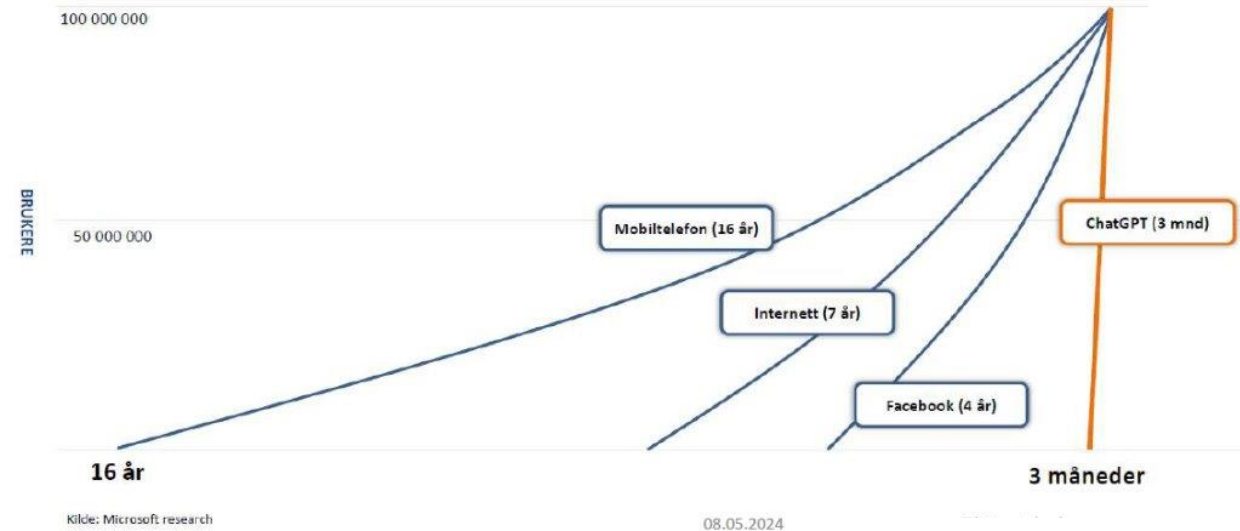
Digitaliseringsministeren Karianne Tung vil ha 80 prosent KI, men sier at det ikke vil føre til kutt i stillinger.



Sahara Muhaisen
Journalist

Publisert 16. apr. kl. 13:23
Oppdatert 16. apr. kl. 13:59

Hvor lang tid tar det før ny teknologi er allemannseie?



Store forventninger til KI i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027

- Det må kontinuerlig vurderes om oppgaver kan løses på helt andre og personellbesparende måter, f.eks. ved **bruk av kunstig intelligens**, ved å automatisere arbeidsoppgaver og endre arbeidsprosesser som tidligere ble gjort manuelt.
- **Kunstig intelligens** og annen personellbesparende teknologi er forventet å kunne bidra til at vi kan opprettholde kvaliteten i tjenesten i årene framover og reduserer allerede ventetidene på de stedene der det tas i bruk i dag.



Oppdrag TB2024-34

TB2024-34 **Avd.HOD: SHA/EHE** **Kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten**

Departementet viser til det nasjonale koordineringsprosjektet bedre bruk av kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten og sluttrapport av 15. oktober 2023.

Departementet ber Helsedirektoratet om å videreføre arbeidet med å **legge til rette for trygg innføring av KI** i helse- og omsorgstjenesten i samarbeid med Direktoratet for medisinske produkter, Helsetilsynet, Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene og KS på egnet vis. **Helsedirektoratet skal lede arbeidet**. Departementet viser til oppdrag til de regionale helseforetakene for 2024 om å dokumentere effekter ved bruk av KI-løsninger for å legge til rette for utbredelse.

Arbeidet skal bidra til **økt bruk av KI-løsninger som er trygge** og som bidrar til **helsetjenester av like god eller bedre kvalitet**, og til å **frigjøre tid** hos helsepersonell. Aktørene skal utarbeide **en felles plan** for hvilke tiltak som bør gjennomføres av hvilke aktører i 2024 og 2025 for å understøtte behovene i kommuner og helseforetak.

Koordineringsprosjektet har i sluttrapporten fremhevet etterspørsel fra tjenesten om støtte og veiledning knyttet til **validering av løsninger**, for å sikre trygg innføring av KI. Departementet ber etatene prioritere oppfølging av dette som en del av videre arbeid. I tillegg skal etatene fortsette arbeidet med **tverretattlig veiledning** og oppdaterte **informasjonssider**, som gjør det enklere for tjenesten og andre aktører å navigere i regelverk og veiledning. Som en del av videre arbeid skal etatene også vurdere **hvilke risikoer store språkmodeller introduserer**, og identifisere tiltak for å sikre at helse- og omsorgstjenesten har **tilgang på språkmodell(er) som er tilpasset norske forhold**.

Departementet ber om at Helsedirektoratet i samarbeid med de andre aktørene leverer sitt forslag til felles plan innen 1. juli 2024.

Status og forslag til videre arbeid med
kunstig intelligens (KI)
i helse- og omsorgstjenesten

Sluttrapport fra det nasjonale koordineringsprosjektet
«Bedre bruk av kunstig intelligens»



Oslo, 15. oktober 2023



Forankring av planen

- ✓ 8. mai: drøfting i [KI-rådet](#)
- **15. mai: drøfting i NUIT**
- 23. mai: innspillsmøte med sektoren (130 påmeldte – venteliste (!))
- frem til 25.mai: sektoren inviteres til å gi skriftlige innspill på utkast til plan.
- 7. juni: beslutning i KI-rådet
- frem til 17.juni: DLMer behandling
- 25. juni. beslutning Hdirs ledelse
- 1. juli: oversendelse til HOD

Mål og hovedprioriteringer for planen

Mål

Økt bruk Økt bruk av KI-løsninger i helse- og omsorgstjenester	Trygge Bruk av KI-løsninger som er trygge
Kvalitet i tjenester KI-løsninger skal bidra til helsetjenester av like god eller bedre kvalitet	Effektive arbeidsprosesser KI-løsninger skal frigjøre tid hos helsepersonell

Hovedprioriteringer

1. Understøtte behovene i kommuner og helseforetak
 - det vil antakelig være ulike tilnærminger for disse
2. Gevinstrealisering
 - tydeliggjøre, synliggjøre og hente ut gevinster
 - lære av andre, inkludert andre land
3. Ibruktakelse
 - anskaffelse av trygge KI-produkter (KI-applikasjon, -plattformer eller -tjeneste)
 - tilpassing av KI-produkter
 - men planen vil også ha tiltak knyttet til FoU
4. Kompetanse om digital transformasjon ved bruk av KI
 - ledelse
 - felles krav til leverandører
 - bruk av KI (av helsepersonell og innbyggere)
5. Europeiske føringer, erfaringer og ressurser
 - forstå, påvirke og tilpasse oss utviklingen av nye regelverk og standarder i EU
 - få tilgang til fasiliteter og ressurser i EU
 - lære av andre lands erfaringer gjennom internasjonalt samarbeid

Innhold og struktur på felles KI-plan

Felles KI-plan for trygg og effektiv bruk av KI i helse og omsorgstjenesten 2024- 2025



Versjon 0.51

6. mai 2024



Forord

▲ Innledning

- ▷ Bakgrunn
- ▷ Mål med planen
- ▷ Tilnærming til felles KI-plan for helse- og omsorgssektoren
- Oppsummerte tiltak

▲ 1 Sektorsamarbeid om KI

- ▷ Igangsatt tiltak: KI-råd for helse- og omsorgssektoren
- ▷ Anbefalt tiltak: Avklare roller og ansvar i helse- og omsorgssektoren
- ▷ Anbefalt tiltak: Styrke europeisk samarbeid

▲ 2 Tverretatlige informasjonsside om KI

- ▷ Igangsatt tiltak: Videreutvikle tverretattlig informasjonsside om KI

▲ 3 Tverretattlig veiledning om eksisterende og forberedelser for kommende regelverk

- ▷ Igangsatt tiltak: Veiledning på dagens regelverk
- ▷ **Igangsatt tiltak: Forberede for fremtidig regelverk**

▲ 4 Rammer for bruk av KI i helse- og omsorgstjenesten

Bakgrunn

- ▷ Igangsatt tiltak: Rammer for kvalitetssikring
- ▷ Igangsatt tiltak: Engasjere helsesektoren i relevant standardiseringsarbeid for KI
- ▷ Anbefalt tiltak: Systematisere, samle og dele erfaringer om validering, ibruktakelse og skalering
- ▷ Anbefalt tiltak: Gevinstrealiseringer
- ▷ Anbefalt tiltak: Tilgang til infrastrukturer for trening, finjustering og validering av KI-modeller
- ▷ Anbefalt tiltak: Fra forskning og utvikling til bruk og eventuell kommersialisering
- ▷ Anbefalt tiltak: Videreutvikling av metodevurderinger

▲ 5 Bruk av store språkmodeller

Bakgrunn

- ▷ Igangsatt tiltak: Utarbeide kunnskapsgrunnlag om store språkmodeller
- ▷ Igangsatt tiltak: Vurdering av risiko ved bruk av store språkmodeller
- ▷ Igangsatt tiltak: Legge til rette for at bruken av språkmodeller er tilpasset norske forhold
- ▷ Anbefalt tiltak: Kompetanse om bruk, utvikling og finjustering
- ▷ Anbefalt tiltak: Bruksområder for store språkmodeller

▲ 6 Styrke kompetanse på KI

Bakgrunn

- ▷ Igangsatt tiltak: Tverretattlig kunnskap og kompetanse om kunstig intelligens
- ▷ Igangsatt tiltak: Rapport om kompetansebehov for digital transformasjon med kunstig intelligens
- ▷ Anbefalt tiltak: Befolkningsrettet informasjon
- ▷ Anbefalt tiltak: Kompetanse for helseledere

4. Rammer for bruk av KI i helse- og omsorgstjenesten



Igangsett tiltak: Rammer for kvalitetssikring

Igangsett tiltak: Engasjere helsesektoren i relevant standardiseringsarbeid for KI

Anbefalt tiltak: Systematisere, samle og dele erfaringer om validering, ibruktakelse og skalering

Anbefalt tiltak: Gevinstrealiseringer

Anbefalt tiltak: Tilgang til infrastrukturer for trening, finjustering og validering av KI-modeller


Anbefalt tiltak: Fra forskning og utvikling til bruk og eventuell kommersialisering

Anbefalt tiltak: Videreutvikling av metodevurderinger

5. Bruk av store språkmodeller

Store språkmodellar i helse- og omsorgstenesta – eit kunnskapsgrunnlag

Publisert: 06. mai 2024



Innhold

- Forord →
- Samandrag →
- Introduksjon →
- Kapittel 1
Om store språkmodellar →
- Kapittel 1.1
Kva er ein stor språkmodell? →
- Kapittel 1.2
Språk og kultur i språkmodellar →

Igangsatt tiltak: Utarbeide kunnskapsgrunnlag om store språkmodeller

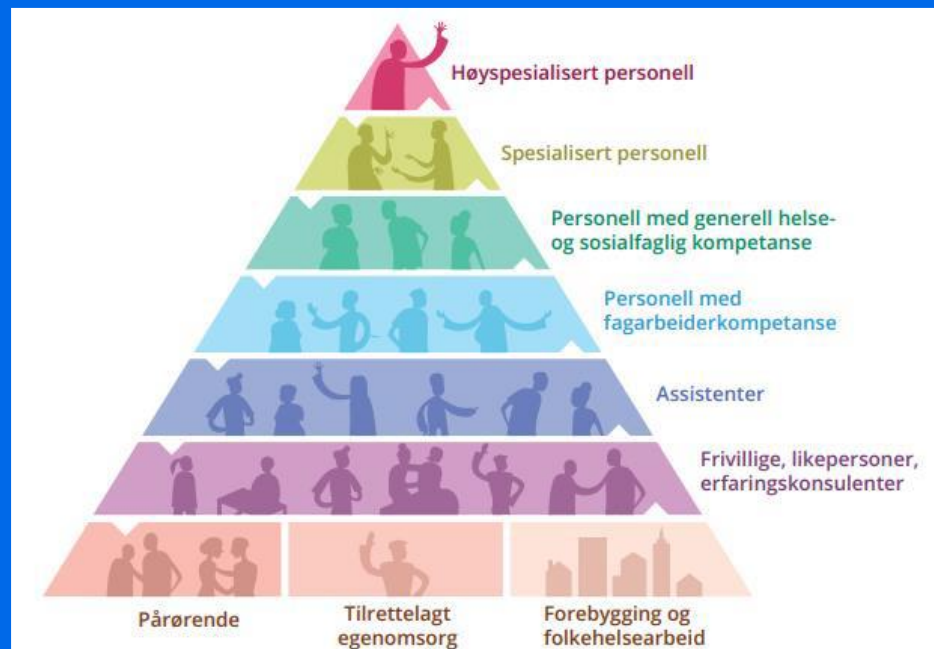
Igangsatt tiltak: Vurdering av risiko ved bruk av store språkmodeller

Igangsatt tiltak: Legge til rette for at bruken av språkmodeller er tilpasset norske forhold

Anbefalt tiltak: Kompetanse om bruk, utvikling og finjustering

Anbefalt tiltak: Bruksområder for store språkmodeller

6. Styrke kompetanse på KI



Igangsett tiltak: Tverretatlig kunnskap og kompetanse om kunstig intelligens

Igangsett tiltak: Rapport om kompetansebehov for digital transformasjon med kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten

Anbefalt tiltak: Befolkningsrettet informasjon

Anbefalt tiltak: Kompetanse for helseledere

Anbefalt tiltak: Kompetanse for helsepersonell

Til drøfting

- Er utkast til plan er dekkende?
- Innspill fra NUIT på prioriteringer?

- Tilbakemelding på følgende foreslåtte tiltaksområder
 - Rammer for bruk av KI i helse- og omsorgstjenesten
 - Bruk av store språkmodeller
 - Styrke kompetanse om KI i helse- og omsorgstjenesten

Forslag til vedtak

NUIT støtter de foreslåtte tiltaksområdene.
Innspillene fra diskusjonen i NUIT tas med i det videre arbeidet.

Pause – oppstart igjen kl. 14.50

—

Sak 25/24: Erfaringer fra utprøving av pasientens legemiddelliste i Bergen kommune

—

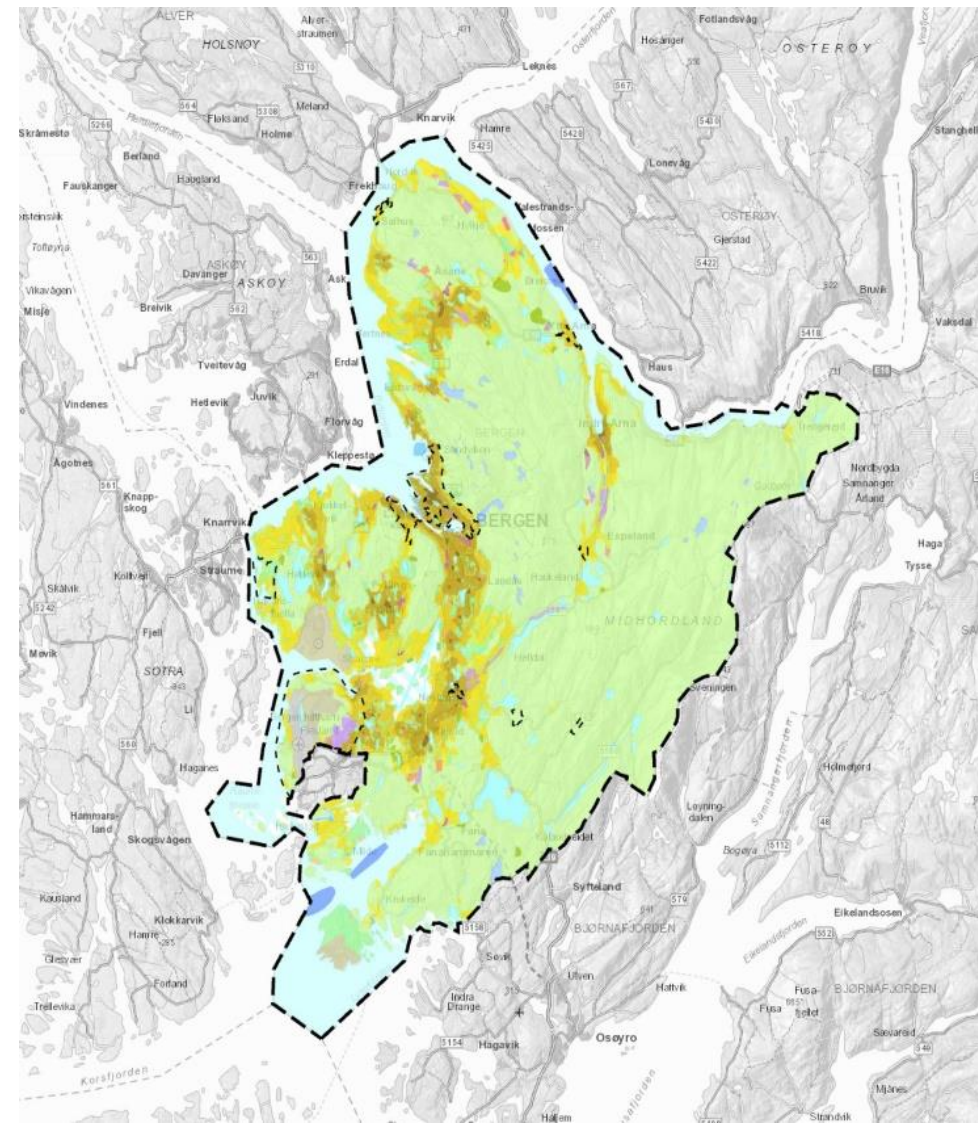


BERGEN
KOMMUNE
Erfaringer fra PLL i Bergen

NUIT
15.05.2024

Erfaringer fra utprøving av Pasientens Legemiddelliste (PLL) i Bergen

Lars.Nedrelid@bergen.kommune.no
Kristin.Brekke@bergen.kommune.no



BERGEN
KOMMUNE

Hvorfor PLL? Hvorfor utprøving?

«Det er større risiko å ikke starte utprøving, enn å prøve»

Erik M Hansen, i styringsgruppemøte PLL

Hvorfor PLL:

- Pasientsikkerhetstiltak -> Mer enn 12% av alle rapporterte pasientskader skyldes feil legemiddelbruk.
- Oppdatert informasjon om legemidler tilgjengelig, både for helsepersonell og pasient
- Ønske om å redusere kostnader
 - Sparer tid fordi en slipper å lete etter opplysninger
 - Mindre omfang av dobbeltforskrivning
 - Færre følgeskader (eksempelvis innleggelse sykehus)

Hvorfor utprøving:

- Begrenset utprøving av løsningen for å se at det fungerer, eventuelt justere løsningen og ha et best mulig grunnlag for videre innføring



Hvorfor Bergen?

- Bergen kommune hadde støtte for PLL i Forskrivningsmodulen i Visma Profil (FM brukes både av sykehus og kommune)
- De fleste fastlegene hadde samme EPJ (Infodoc Plenario)

Deltagere i PLL-utprøvingen i Bergen:

- NHN – på oppdrag fra Direktoratet for e-Helse
- Sykehus (Helseforetak)
- Bergen kommune
- Fastleger
- Multidoseapotek
- Legevakt kunne ikke delta i utprøvingen pga planlagt overgang til ny løsning (CGM vil tilby PLL i løpet av 2024)



Utprøvningsprosjektet – kort oppsummert

Forberedelse til prosjektet har gått over lang tid, og Direktoratet for e-helse har siden 2016 hatt som ambisjon å innføre PLL.

Prosjektoppstart for utprøvningsprosjektet var nov- 2020. Utprøvingen med PLL startet høsten 2021 og ble avsluttet i mars 2024

Det var forutsatt at en hadde teknisk løsning som kunne brukes både for sykehus og kommune, men at det måtte utvikles PLL-støtte i fastlegenes EPJ

Underveis er:

- Tekniske feil avdekket og korrigert
- Utfordringer i samhandling mellom aktørene oppdaget
- Omfang og deltagelse endret

Faktisk bruk av løsningen har bidratt til forbedringer og gir et godt grunnlag for videre innføring. Men det er ennå uklart om SFM vil gi oss kommuner den funksjonaliteten vi trenger.



OVERSIKT OVER PLL-AKTIVITET

Per uke 17 2024



#



	Fastleger	Avtale-spesialister	Sykehus	Sykehjem
Antall leger (kontor/hus/hjem)	235 (48)	27 (10)	167 (2)	19 (4)
PLL opprettelser totalt (sist uke) ¹	32994 (454)			
PLL oppdateringer totalt (sist uke) ²	196365 (5523)	2972 (75)	2354 (98)	263 (9)

¹ PLL opprettelser utføres kun av fastleger

² Akkumulerte tall basert på oppdateringer etter uke 18 2023

Erfaringer

- I. Teknisk løsning
- II. Kompetanse/opplæring
- III. Samhandling
- IV. Ressurser
- V. Kvalitet



I. Teknisk løsning

- Utprøvingen ble i stor grad forlenget for å kunne rette feil som ble oppdaget underveis
 - Eksempelvis måtte en i PLO stanse videre innføringen av FM. Først for å få korrigert feil som var funnet, deretter for å få korrigert en feil som ble introdusert i ny versjon - til sammen over 9 mnd med «ekstra» ventetid, bare på disse to feilene (!).
- Leverandørene må ha kapasitet til å gjøre endringer.
Mye ventetid på nye versjoner pga. mangel på ressurser hos leverandørene til feilretting/endringer.
- Feil i ett system kan treffe andre aktører i reseptkjeden
 - Eksempelvis er det gjort korreksjoner både i FM og apoteksystem som følge av feil i data fra Infodoc
- Må vente at det dukker opp «gammel moro»
 - Ufullstendige datasett og data som var korrekt på det tidspunktet de ble levert men som ikke er ihht nye krav.



Hva har tatt tid?

- Endre funksjonalitet i FM
- Feilsøking og feilretting - flere moduler
- Heng/ustabilitet i Forskrivningsmodulen og Profil driftsmiljø hos kommunen
- Har ventet i ca 2 år (!) på Sykepleieoppslag Kjernejournal fra forskrivningsmodulen

Netto forsinkelse er vanskelig å tallfeste, men antas å ligge et sted mellom 12 og 18 måneder for Bergen kommune.



BERGEN
KOMMUNE

Error
Internal server error. Errorid: 37e43991-202c-458e-8047-80de33b2704b

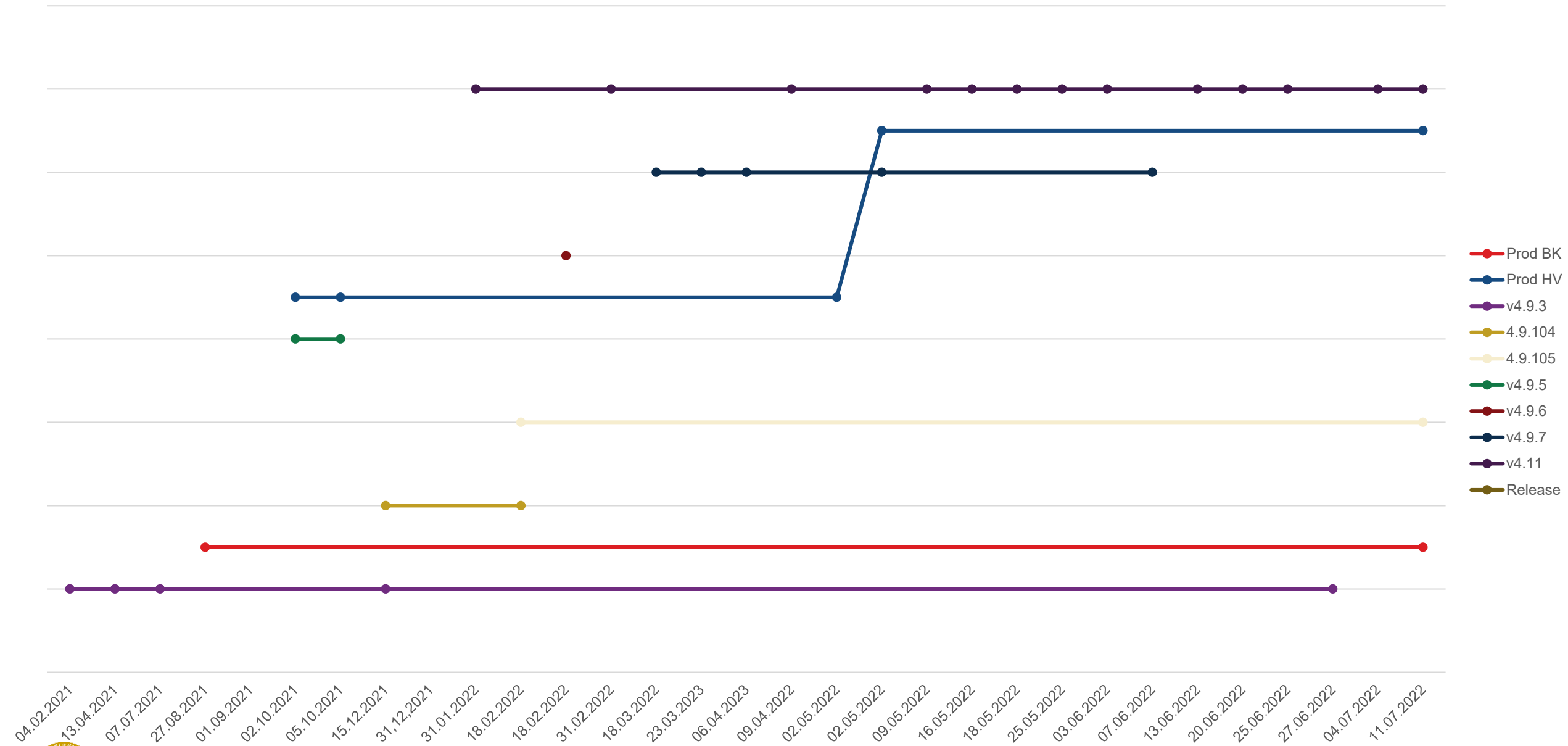
CPU Intel(R) Xeon(R) Platinum 8268 CPU @ 2.90GHz
% Utilization 100%
91% 2,89 GHz
Maximum speed: 2,89 GHz
Sockets: 6
Virtual processors: 6

buypass
securing transactions

Legemiddelinteraksjon oppslaget
Stesolid 10,000 mg/2,5 ml og Sobal tab 15 mg interagerer med hverandre. Økt ledning/CNS-depresjon. Kombinasjonen er usjenerget sett i et farmakodynamisk perspektiv. Additive CNS-depressive effekter.
⊖ Refusjoner
Kildegrunnlag: Individuele data

Forskrivningsmodul
Smartkort feil
Ukjent smartkort feil
Vis detaljer Kopier detaljer Lukk

Programversjoner (2021-2022)



II. Kompetanse/opplæring

- Stort behov for opplæring
- Ulike grupper har ulike behov
- eLæring et godt supplement, men ikke tilstrekkelig
- Vil være behov for oppfølging når en tar løsningen i bruk. Behov og omfang avhengig av den enkeltes arbeidsoppgaver og hvor lang tid det er siden opplæring.
- Ønskelig å kunne bruke løsningen i et opplæringsmiljø før en går live. (Dette har bare vært delvis tilgjengelig i utprøvings-prosjektet)



III. Samhandling

- Her fikk en overraskelser, mottager ser ikke nødvendigvis det en tror....
- Informasjon håndteres ulikt i de forskjellige systemene
- Fastlegene har hatt behov for å oppdatere flere PLL med løse resepter enn ventet siden de var eneste aktør i en lengre periode enn ventet. Risiko for dalende motivasjon for PLL hos fastlegene.

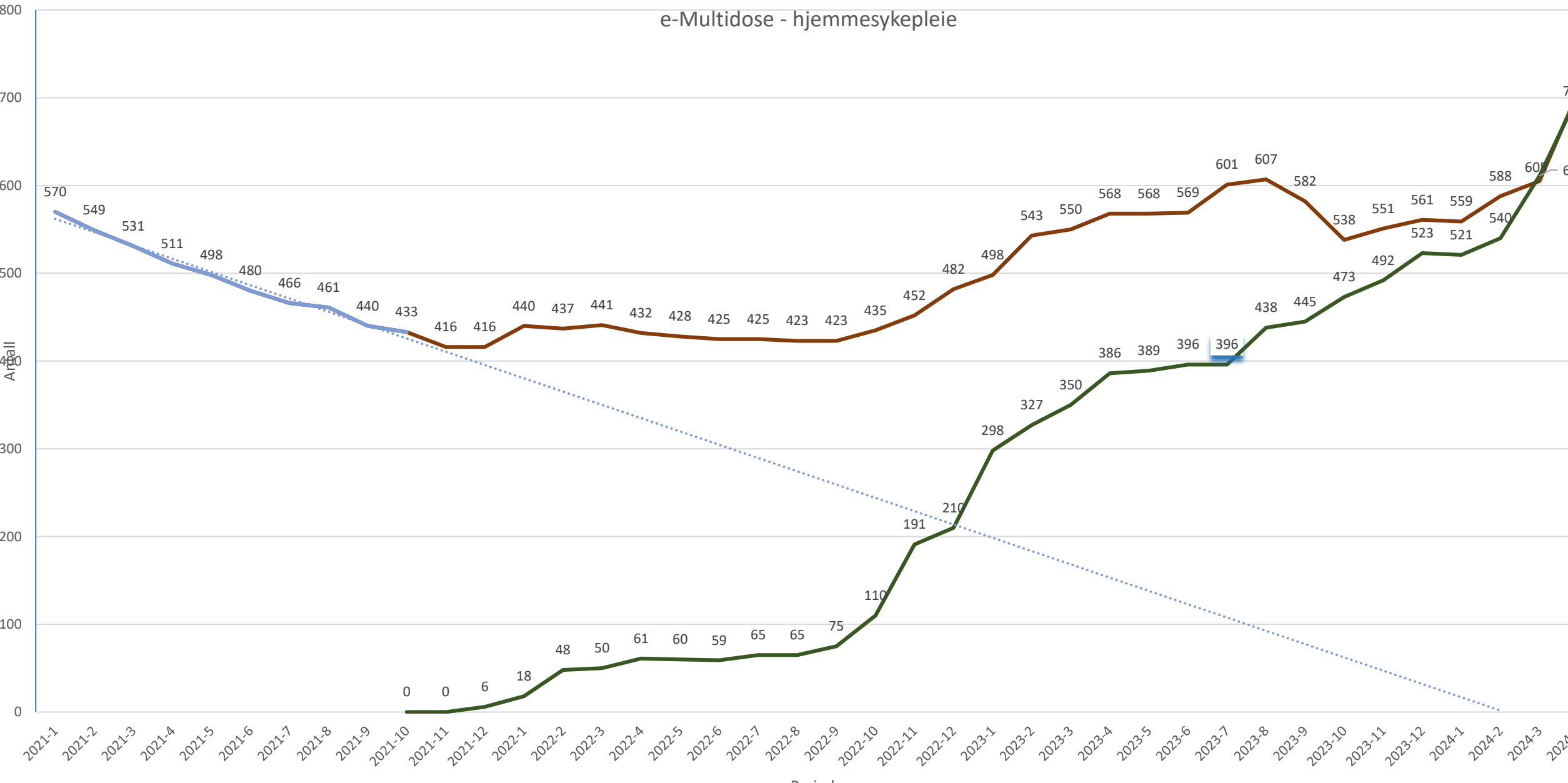


IV. Ressurser

- Det må avsettes ressurser til innføring og utvikling
- Vurder behov for frikjøp
- Reduserer tiden helsepersonell bruker på å innhente informasjon når pasienten har oppdatert PLL
- Kan benytte e-multidose og derved friggi tid som kan brukes på andre oppgaver (PLO)



e-Multidose - hjemmesykepleie



Sum e-MD Før PLL Linear (Før PLL)

V. Kvalitet

- Fastlegene rapporterer om bedre kvalitet i legemiddellistene
- Ser kvalitetsheving på bruk av e-resept
- Klar fordel for fastlegene at sykehjem nå kan benytte e-resept og eventuelt oppdatere PLL ved utskriving



BERGEN
KOMMUNE

BERGENSVISEN Tirsdag 30. januar 2014 NYBETER 7

– Dette vil redusere feilmedisinering:

Nytt system kan hindre dødsfall

PROSJEKTLEDER: Katinka Alme forteller om PLL. Petter Thorman følger engasjert med.
FOTO: HARALDSPASS DIAKONALE SYKEHUS

Bergen er det første stedet i Norge som har tatt i bruk Pasientenes Legemiddelliste. Til legenes store begeistring.

Martin Færevik
martin.fae@hpa.no

HELSE

Når kan vi bruke tid på å diskutere behandlingen pasienten skal ha i stedet for å bruke tiden på å finne ut av hvilke medisiner pasienten står på, sier fagdirektør ved Haraldsplass Diakonale sykehus, Petter Thorman. Pasientenes legemiddelliste (PLL) er et program som gjør at fastlege overreker på rekordtid. Dette gjør at for eksempel fastlege, sykehuslege og sykehjemlege vil ha tilgang på den samme oppdaterte medikamentlisten til enhver tid.

GLADE FOR NYTT SYSTEM: Martine Nordnes, Katinka Alme og Petter Thorman er glade for innføringen av Pasientenes Legemiddelliste.

Men det er fortsatt begrenset med erfaringsgrunnlag etter utprøvingen...

- Ulik brukstid, fastlegene har holdt på lengst. De første kom i gang høsten 2021 men med et visst omfang fra 2022
- Avtalespesialister- fra januar 2022
- To sykehus- et begrenset antall leger deltok fra høsten 2022 men hovedsakelig fra høsten 2023
- Sykehjem med korttids plass fra høsten 2023
- eMultidose- har vært tilgjengelig i hele utprøvingsperioden

- Ikke alle i behandlingsskjeden har deltatt i utprøvingen, legevakt og publikumsapotek har ikke hatt teknisk støtte for PLL. Hjemmesykepleie har ikke hatt mulighet til å hente informasjon direkte inn i legemiddelmodul.

- Begrenset omfang/kort brukstid for enkelte deltagere, dette gjelder både for sykehjemsleger og de siste deltagerne på sykehus.

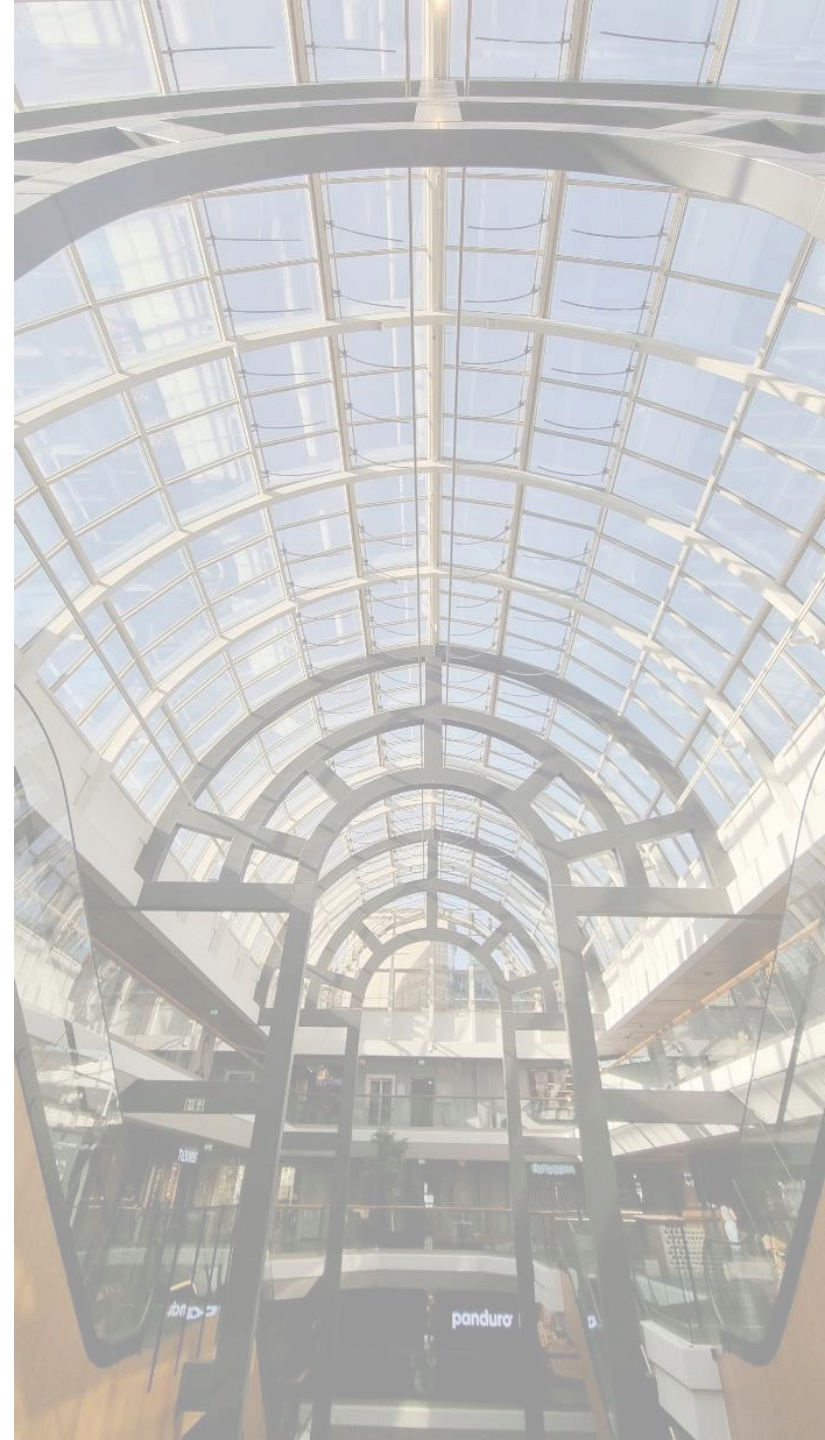
Erfaring er med egenutviklet løsning (Plenario) og FM – kun ett legekantor med SFM



Videre arbeid med PLL- anbefalinger og refleksjoner fra Bergen



BERGEN
KOMMUNE



Kvalitet: Brukes PLL likt i alle situasjoner?

Når pasienten er:

- På legevakt?
- Innlagt på sykehus?
- I poliklinikk
- Hos spesialist?
- Tar kontakt via HelseNorge for å fornye resepter?
- Hos tannlege?

Kan det være behov for å differensiere krav ut fra faktisk brukssituasjon?

I hvilken grad har kommunenes behov vært tatt med i kravspek? Lurer vi på..



Behov for avklaringer:

- Usikkerhet rundt hvilket ansvar en påtar seg når en inkluderer andres forskrivninger (løse resepter) i PLL
- Sikre at en har autorative kilder – og kun en kilde. CAVE/Interaksjoner registeres for øyeblikket både i PLL og Kjernejournal
- Fra forskrift til teknisk løsning.
 - Når «**Kan**» implementeres som «**Skal**»
- Kunne «**slå av**» PLL for enkeltpasient i de tilfellene PLL er misvisende



Fremdrift i utbredelse: Samtidighet ved innføring. Noen refleksjoner

Hva betyr «samtidighet» i praksis?

->Hvem må starte på samme tid?

->Hvem må være klar til samme tid?

- Ulike tjenester internt i kommune
- Tjenester som samarbeider om pasientene
- Hvor lang tid går det fra det tekniske er klart til en faktisk ser første PLL fra andre?
 - Ikke mulig å si, kan komme samme dag – eller om et år
- Hva gir størst nytte?
 - Innføre PLL for Fastlege/Sykehus/Legevakt?
 - Og deretter PLO/Sykehjem
 - Eller vente til alle er klar?
- Kan en kompensere for ulik samtidighet?
 - PLL er tilgjengelig i Kjernejournal og kan benyttes ved behov uavhengig av om EPJ har støtte for PLL.
 - Fortsette å bruke PLO-meldinger
- Multidose bør innføres samtidig med PLL.



Hva nå: Hvordan forberede seg på PLL?

- Ta i bruk e-resept!
- Ta i bruk Kjernejournal!
- Vi må jobbe for bedre bruk og derved bedre kvalitet i e-resept
- Påvirke leverandørene for å forbedre løsningene. **Dekker SFM kommunenes behov?** Vi er ikke sikre...
- Kartlegge egne tekniske løsninger – har en avhengigheter som må tas hensyn til? Hvilke tjenester samarbeider og tilbyr tjenester til de samme brukerne?
- Forankre innføring i egen organisasjon. Sikre ressurser.



Statistikk

Norsk helsenett

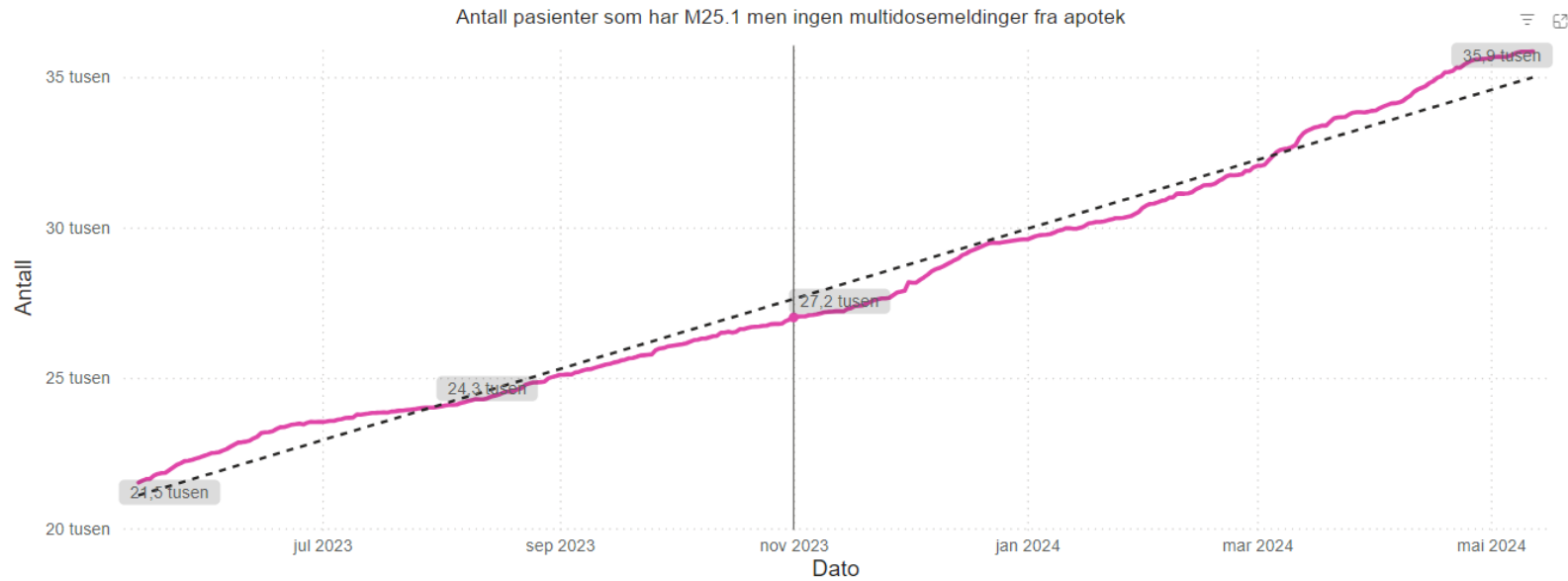
PLL og e-Multidose



PLL og e-Multidose

Antall MD pas som har fersk pakkeinfo	Antall multidosepasienter med MD apotek	Antall Multidosepasienter med MD lege	Antall pasienter med kun PLL	Antall pasienter med PLL totalt
---------------------------------------	---	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

- SFM
- PLL og eMD**
- eResept
- KJ-SHT
- Kritisk info
- e-multidose
- Persontjen
- VKP
- Pas Journ Dok



Rapporter utarbeidet i forbindelse med utprøvingen

- Erfaringer fra innføringen PLL i Bergen
- Erfaringer fra opplæring PLL i Bergen
- Evalueringsrapport Utprøving PLL i Bergen
- Kostnader utprøving PLL i Bergen
- Sluttrapport – prosjekt Utprøving PLL i Helse Vest
- Takstanalyse utprøving PLL i Bergen
- Andre dokumenter:
 - Høringsdokument PLL i praksis
 - PLL i praksis Sammendrag Høringsinnspill_Q1_2024
 - Mandat for tiltaket Pasientens legemiddelliste

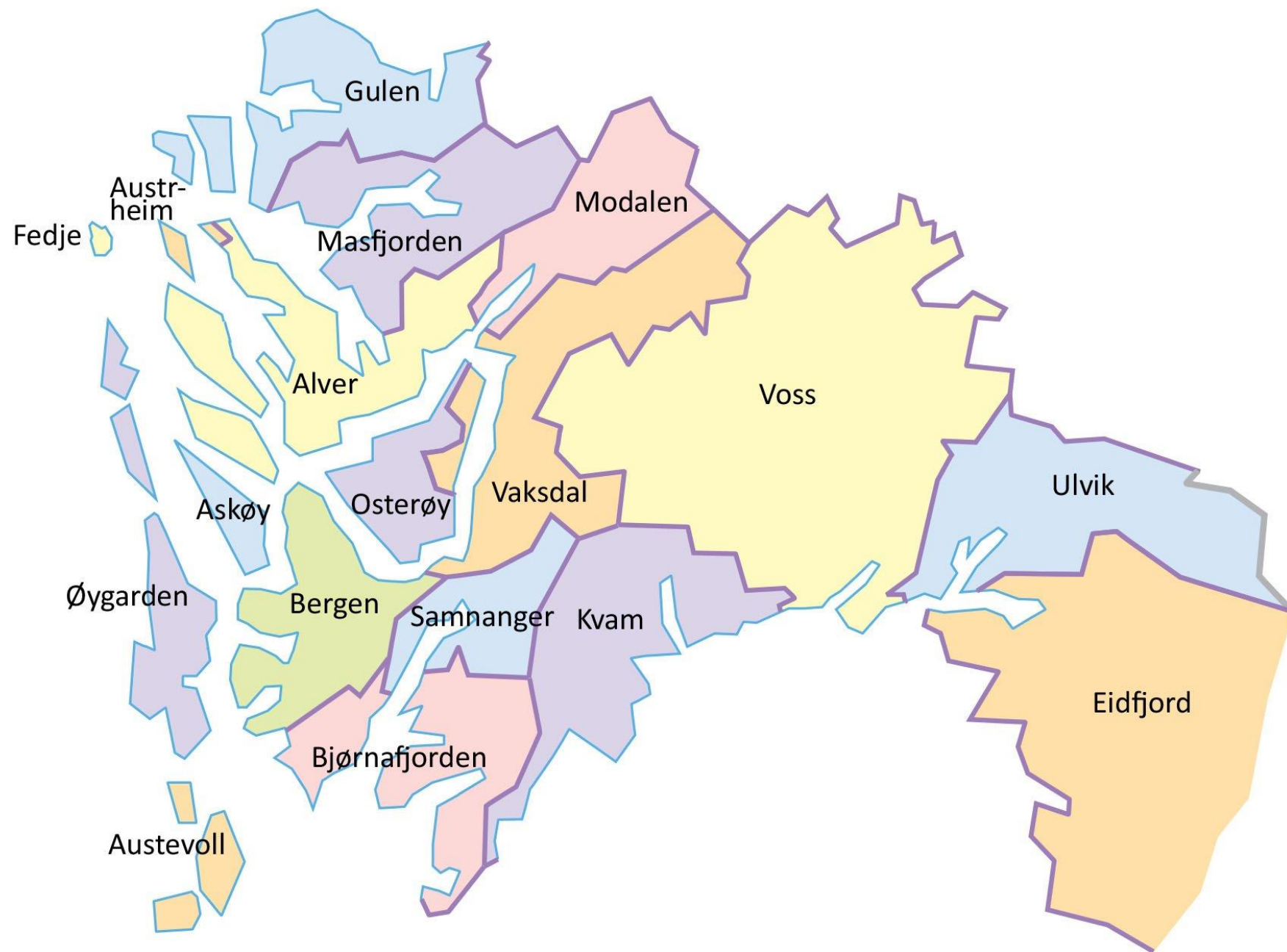


Videre innføring PLL

Alle kommunene i Helsefellesskapet i bergensområdet

I tillegg:

Aurland
Kvinnherad
Stord
Sveio
Stad





Forslag til vedtak

NUIT ble informert om arbeidet knyttet til pasientens legemiddelliste i Bergen kommune. NUIT ber Bergen kommune og øvrige aktører ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet med bredding av pasientens legemiddelliste.

Sak 26/24: Orientering fra Helsedirektoratet

—

Orientering fra Helsedirektoratet

1. Status dataansvar
2. Prinsipper for tredjeparts tilgang til utvikling i EPJ

Forslag til vedtak

NUIT tar sakene til orientering.

Sak 27/24: Eventuelt

—

Takk for i dag!



Neste møte i NUIT er 5. september.