

Møte i NUFA

23. – 24. april 2025

Radisson Blu Royal Hotel, Bergen



Endringer i representasjon i NUFA

Vi ønsker nye medlemmer velkommen i NUFA:

- Gro Berntsen, Nasjonalt senter for e-helseforskning. Hun erstatter Stein Olav Skrøvseth
- Kristoffer Hansen, Bergen kommune, seksjon for e-helse
- Eva Tone Fosse, Stavanger kommune
- Christoffer Boge, Kommunene i Hallingdal

Stedfortredere til dette NUFA

- Øyvind Kvennås, Norsk helsenett SF, stiller for Ronny Holten Olsen

Agenda NUFA dag 1 – 23. april 2025

Saksnr.	Tittel på sak	Presenter saken	Tid	Sakstype
9/25	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 22. – 23. januar 2025	Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet	10:00	Godkjenning
10/25	Helse Vest RHF sin datastrategi	Sissel Marie Børthus, Helse Vest RHF	10:10	Drøfting
11/25	EU-HIP prosjektet	Line Andreassen Sæle, FHI	11:10	Orientering
Lunsj			11:30	
12/25	Samtykkebestemmelser for Kjernejournal	Håkon Larsen og Veronika Kjelland, Helsedirektoratet Nina Nordberg og Kristin Lyng, Norsk helsenett SF	12:30	Drøfting
13/25	Anbefaling om videre innføring av pasientens kritiske informasjon	Ole Kristian Losvik, Helsedirektoratet	13:15	Drøfting
Pause			14:00	
14/25	Digital hjemmeoppfølging	Siw H. Myhrer Helsedirektoratet	14:15	Drøfting
Pause			15:00	
15/25	Evaluerings av nasjonal rådsmodell for e-helse	Siv Ingebrigtsen, Helsedirektoratet	15:15	Drøfting
Slutt dag 1			16:00	
Middag på Fløirerestauranten			19:00	

Sak 9/25: Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt referatet fra NUFA 22. – 23. januar 2025

—

Forslag til vedtak

NUFA godkjenner innkalling og dagsorden.

NUFA godkjenner referat fra NUFA 22. – 23. januar 2025.

Sak 10/25: Helse Vest RHF sin datastrategi



Datastrategi i Helse Vest

Som utgangspunkt for diskusjon om nasjonal og interregional koordinering av informasjonsforvaltning



Bakgrunn for saken



Økende erkjennelse om
betydningen av data



Felles problemstillinger



Felles interesser

Hva skal vi gjennom?

- Hvorfor må vi snakke om data?
- Hvorfor har Helse Vest laget en datastrategi?
- Hvilke premisser bygger den på?
- Hva er nøkkelpunktene i strategien?
- Hvorfor er dette relevant for NUFA?
- Spørsmål til diskusjon

Hvorfor må vi snakke om data?

Før vi begynner, hva mener jeg med...

Data

Alt innhold som brukes og forvaltes:
Strukturerte og ustrukturert,
dokumenter, informasjon og kunnskap

Informasjonsforvaltning

Fagområde som dekker alt fra forvaltning av
grunndata, datakvalitet, modellering,
informasjonsarkitektur, styringsdata, arkiv mm.

Datastrategi

For oss: En strategi for hvordan vi bør
strukturere, forvalte, tilgjengeliggjøre og bruke
dataene våre. Ikke en strategi for *hvilke* data vi
skal prioritere.

Dataforvaltning

Funksjon for operasjonell forvaltning av
datasett, inkludert roller, ansvar og prosesser for
dette.

Hvorfor må vi snakke om data?

Manglende fokus



- Data er sjelden et tema for seg selv
- Data blir gjerne sett på som et biprodukt av systemer, ikke en ressurs som må forvaltes

Fragmenterte funksjoner



- Vi har funksjoner og fagmiljø som jobber med data, men det er lite koordinering
- Mangler ofte felles rammer

Roten til mye vondt



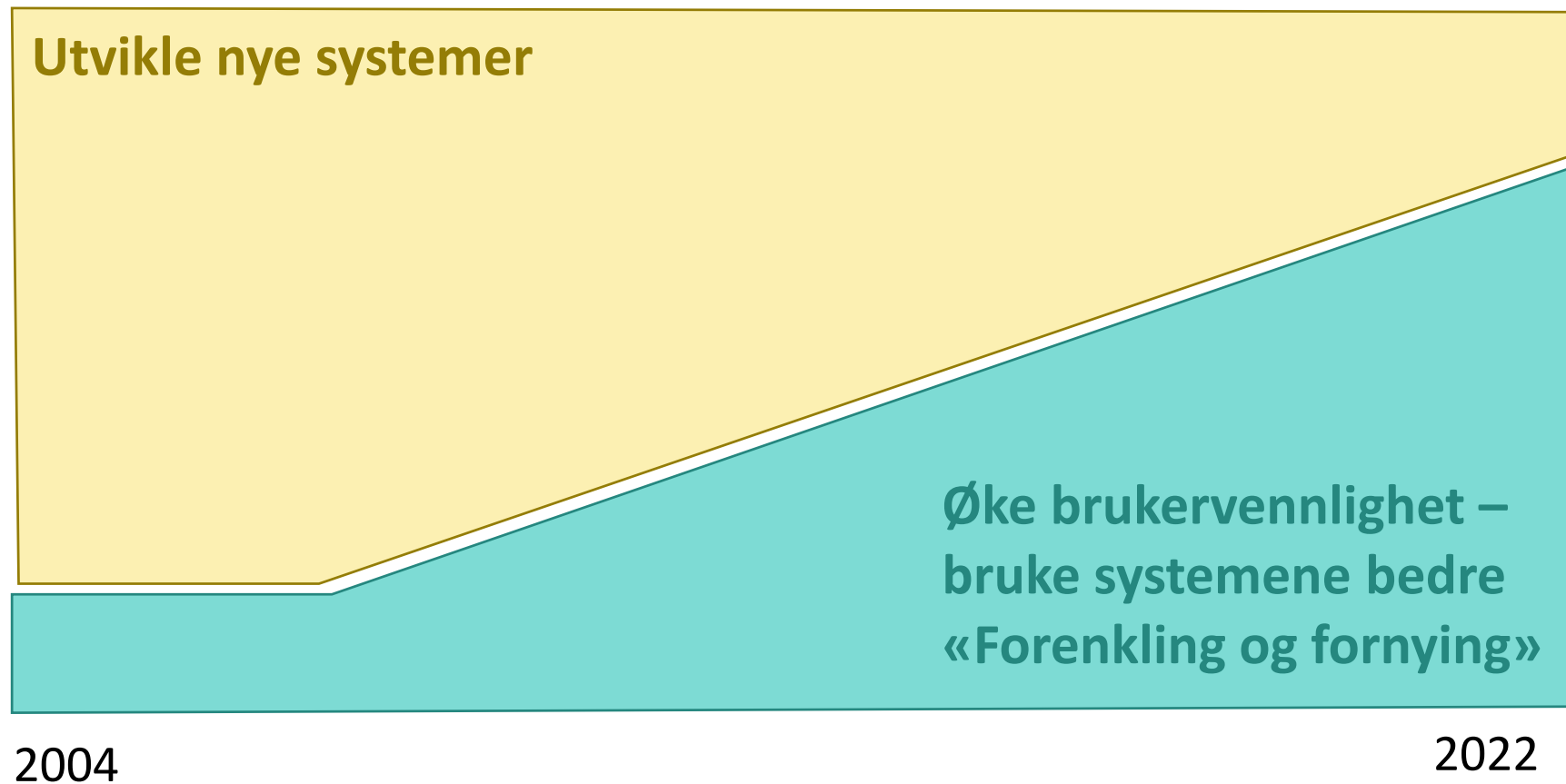
- Manglende helhetssyn
- Vanskeligere å følge opp behov som ikke «eies» av et system

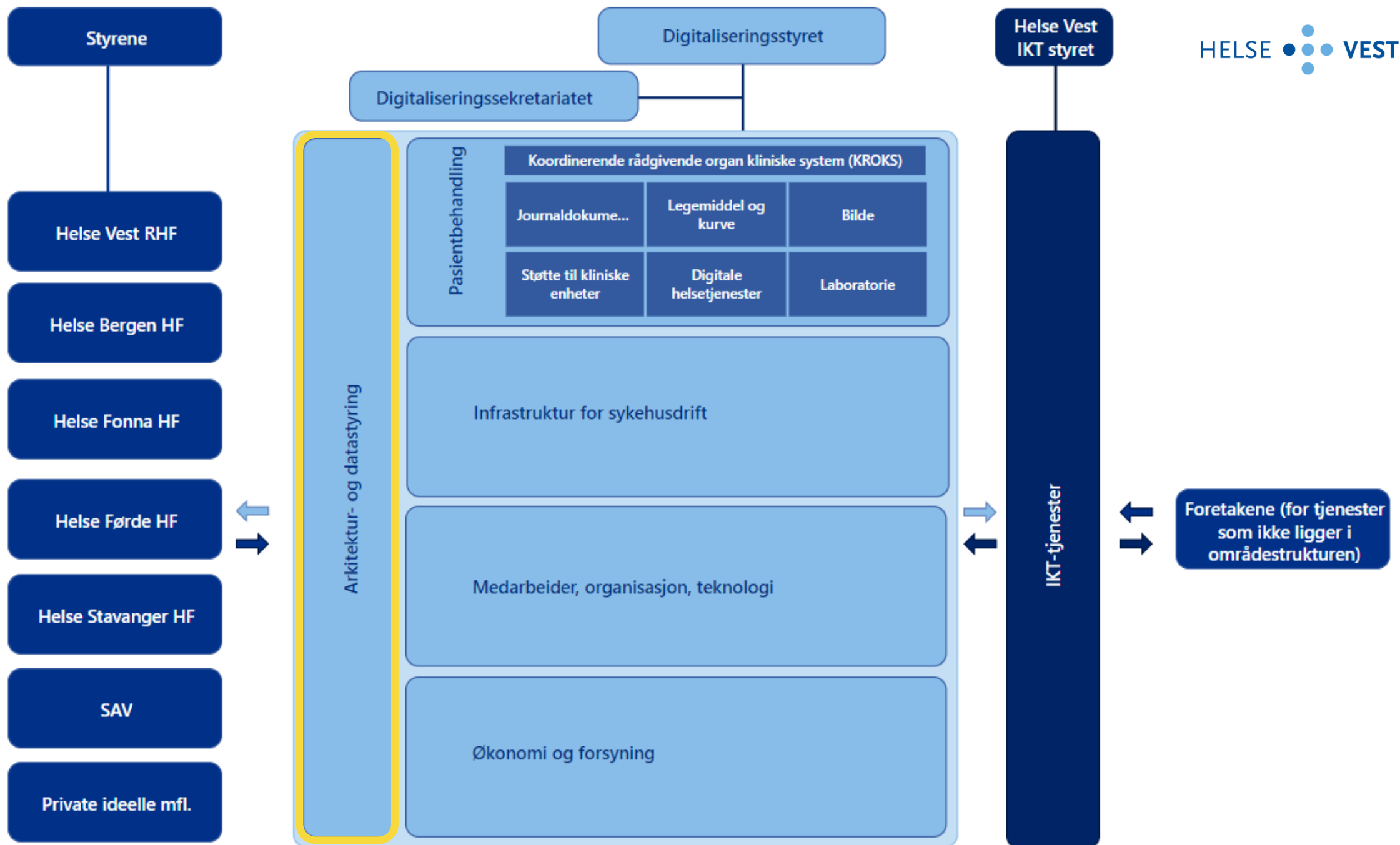
Hvorfor har Helse Vest utviklet en datastrategi?

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde
Lab	Flexlab	Lab (Flexlab)	Lab (Unilab)	Lab (DIPS)
Røntgen	Carestream	Rtg. (Siemens)	Rtf. (Agfa)	Rtg. (Siemens/DIPS)
Teleradiologi	Ingen system for teleradiologi			
Kurve- /legemiddel	Papir...			
Operasjonsplanlegging	Orplan	DIPS	Orbit	DIPS
EPJ	Tieto IMX	Tieto IMX/G	PiMS/DocuLive	DIPS
HR	NLP lønn, ingen system for HR			
Sak- og arkiv	ePhorte	ePhorte	DocuLive SAK	eDok
Innkjøp	Visma	Visma	Merida	Merida
Økonomi & regnskap	Oracle Financials			
IKT tjenester	Ulike løsninger for basistjenester			
	Ulik tilnærming til fysisk og logisk nettverksinfrastruktur			

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde
Lab	Unilab			
Røntgen	Digitalt media arkiv / RIS / PACS (Sectra)			
Teleradiologi				
Kurve- /legemiddel	Elektronisk kurve og legemiddelhåndtering (Meona)			
Operasjonsplanlegging	Orbit			
EPJ	Felles EPJ (DIPS Arena)			
HR	HR (Agresso, Gat, Dossier, etc.)			
Sak- og arkiv	Elements			
Innkjøp	Økonomi, innkjøp, logistikk (Libra/SAP)			
Økonomi & regnskap				
IKT tjenester	Basistjenester (AD, epost, sharepoint, etc)			
	Fysisk og logisk nettverksinfrastruktur			

Hvor er vi nå og hvor skal vi?





Arbeidet med datastrategi ble satt i gang for å identifisere hvordan dataforvaltningen vår kan bidra til å støtte foretaksgruppens mål

“ Områdestyret skal **sørge for at** virksomhetsarkitekturen og **dataforvaltningen** i Helse Vest **muliggjør oppnåelse av** foretaksgruppens **strategiske og operasjonelle mål.**

- Mandat for Områdestyret i
Arkitektur- og datastyring

- ? **Hva kan** dataene våre bidra med for å støtte oppnåelse av målene?
- ? **Hvordan** må vi strukturere, forvalte, tilgjengeliggjøre og bruke data for å **få til dette?**
- ? **Hvilke endringer** må vi gjøre for å få til dette?

Nåsituasjon



☐ Mangler grunnlag for beslutninger

☐ Mangler felles retning

☐ Varierende kompetanse og kunnskap

Fremtidsbilde



☐ Godt grunnlag for beslutninger

☐ Felles retning og koordinering

☐ Økt forståelse og kunnskap

**Hvilke premisser bygger
strategien på?**

Utgangspunkt: Eksisterende strategiske dokumenter



Nasjonal e-helsestrategi

Nasjonal strategi

- › Aktiv medvirkning i egen og næres helse
- › Enklere arbeidshverdag
- › Helsedata til fornying og forbedring
- › Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling
- › Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft



Regional utviklingsplan

Regional plan

- › Trygge og nære helsetenester, med aktiv pasientdeltaking og heilskapleg behandling
- › Ein framtidsretta og innovativ kompetanseorganisasjon
- › God samhandling og effektiv ressursbruk i heile pasientforløpet
- › Berekraftig utvikling



Digitaliseringsstrategien

Regional fagplan

- › Brukervennlighet, økt brukskvalitet og god informasjonsflyt ved forbedring og forenkling av dagens og nye digitale løsninger
- › De digitale løsningene skal bidra til å beholde, utvikle og rekruttere medarbeidere
- › For medarbeidere skal digitaliseringen gi redusert arbeidsbelastning og en enklere arbeidshverdag
- › Prioritere initiativ som bidrar til god ressursbruk og effektiv drift i nye og rehabiliterte bygg

8 målsetninger som utgangspunkt for analysene



Tjenester tilpasset
pasient og mobilisering
av pasient



Være i stand til å ta i
bruk ny teknologi på en
trygg måte



Økt effektivisering,
redusert belastning



God samhandling:
Tilgang på informasjon
internt



God samhandling: Deling
av informasjon eksternt



God samhandling:
Internasjonal
samhandling



Styrket
informasjonsforvaltning



Bedre tilgang på og økt
bruk av data

Analysene viste 7 mulige nytteområder der data kan bidra

Tilgang til informasjon når og der du trenger det



Redusert risiko gjennom god informasjonssikkerhet, god datakvalitet og overholdelse av lovverk

Sammenhengende helsetjenester for innbyggere støttet av effektiv og enkel informasjonsflyt



Støtte raskere leveranser og økt effektivisering i IKT-prosesser

Redusert registreringsbelastning



Støtte til kvalitetsheving, effektivisering og risikoredusering gjennom bedre bruk av data

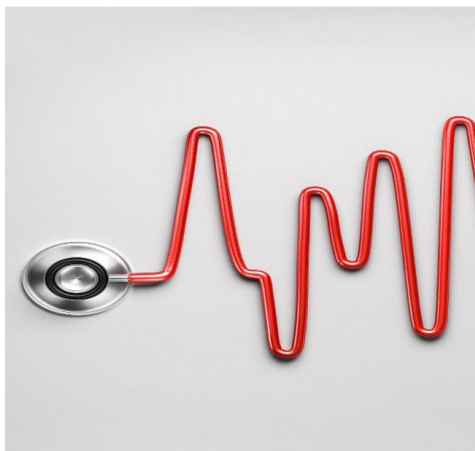
Støtte kultur for samarbeid og læring gjennom å dele informasjon



Situasjonsbeskrivelser basert på omfattende innspill

Tilgang til informasjon når og der du trenger det

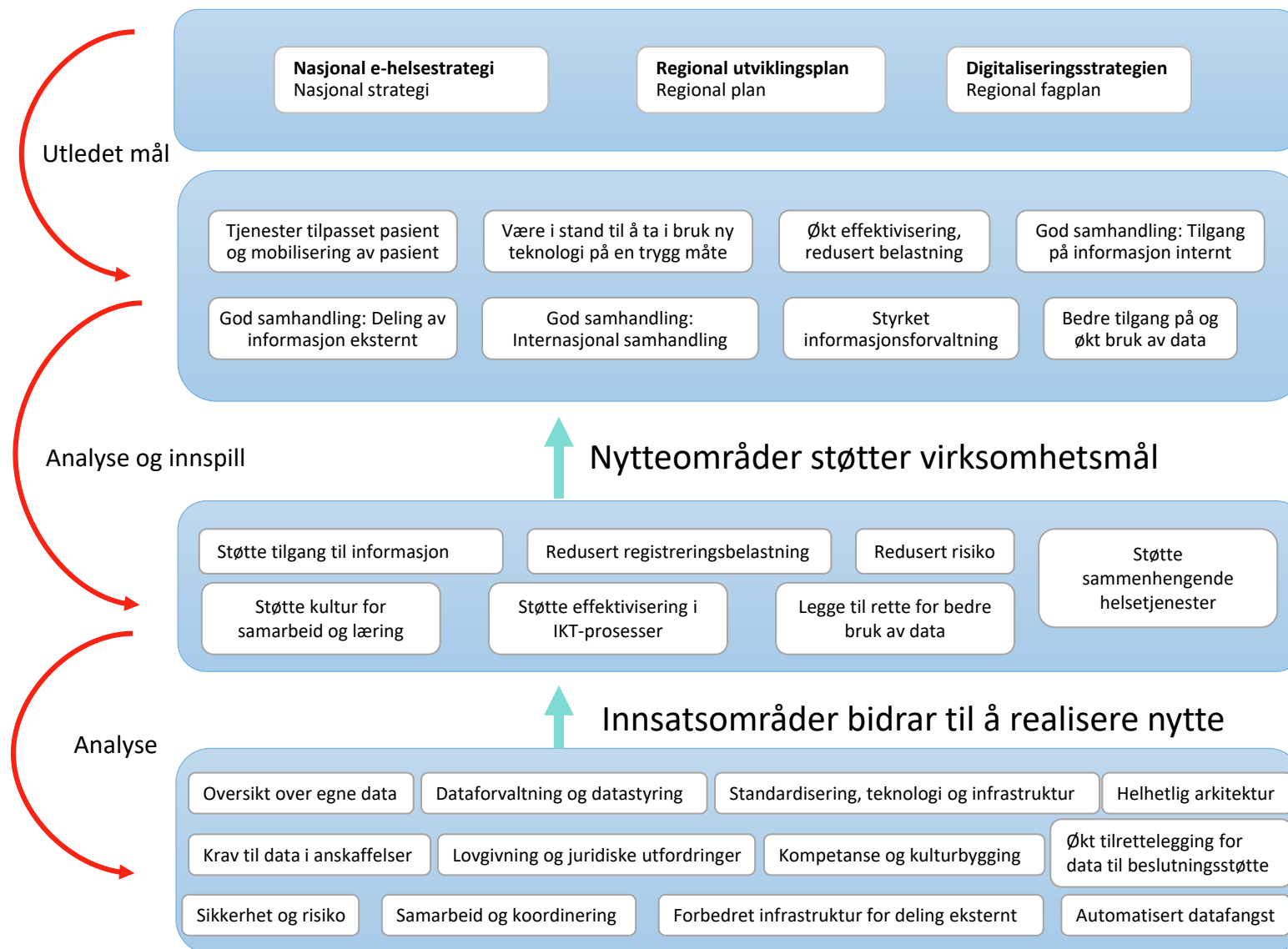
Hva er situasjonen i dag?



Vi sliter med å gi våre medarbeidere riktig informasjon når de trenger det, blant annet fordi vi mangler en god oversikt over hvilke data vi har hvor. Det at vi ikke har en godt utbygd forvaltning, uten klare roller, ansvar og prosesser, gjør det også vanskelig å tilgjengeliggjøre og gjenbruke data. Vi har per i dag ikke tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å håndtere data på en bedre måte.

Vi er i stor grad avhengige av leverandørene våre for å kunne få tilgang til og dele data. I mange tilfeller er dette lukkede løsninger, der vi ikke har tilgang på informasjon om hvordan dataene er lagret, og i noen tilfeller har vi ikke engang rett på tilgang til egne data utover det leverandøren leverer i egne løsninger. Lovkrav om personvern og informasjonssikkerhet kan gjøre det vanskelig å dele data, og erfaring viser at ulike aktører tolker reglene forskjellig, noe som bidrar til krevende prosesser.

Likevel har vi sterke, motiverte fagmiljøer som vi kan bygge videre på. Vi ser også muligheter i nasjonale samarbeid og initiativer for å forbedre informasjonsforvaltning. Det finnes nye teknologiske løsninger, som åpne, generiske API-er og moderne datakataloger, som kan gjøre det enklere å synliggjøre, dele og bruke data på tvers av systemer. Dette gir oss muligheter til å forbedre situasjonen med mindre behov for manuelt arbeid enn tidligere.



Strategidokument

Virksomhetsmål

Hvilke mål går igjen i dokumentene?

Nytteområder

Hvor kan datafeltet levere verdi?

Innsatsområder

Hva bør vi gjøre noe med og hvor bør vi begynne?

Hva er nøkkelpunktene
i strategien?

Datastrategiens nøkkelpunkter

VISJON

Som en datadrevet virksomhet, utnytter vi **verdien av dataene** våre til å ta **gode og trygge beslutninger og bruke ressursene våre på en bærekraftig måte** - til det beste for pasienter og pårørende, medarbeidere og helsetjenesten.

MÅLSETNING

Gjennom å forbedre hvordan vi jobber med data, legger vi til rette for **enklere tilgang til informasjon, redusert registreringsbelastning, forbedret samhandling, redusert risiko, mer effektive tjenester og bedre bruk av data**

INNSATSOMRÅDER



Oversikt over egne data

Vi har beskrevet hvilke data vi har, hva de kan brukes til og hvordan de kan deles og brukes på en sikker og effektiv måte.



Dataforvaltning

Vi har etablert eierskap og god forvaltning av dataene våre som sikrer at de er pålitelige, lett tilgjengelige og tilrettelagt for deling og gjenbruk.



Standardisering, teknologi og infrastruktur

Data som skal deles og gjenbrukes struktureres, uttrykkes og forstås på samme måte, og forvaltes og tilgjengeliggjøres ved hjelp av moderne teknologi.



Krav til leverandøravtaler

Krav til datakvalitet, integritet og tilgjengelighet er ivaretatt i leverandøravtaler og muliggjør bruk av og kontroll over alle relevante data.



Samarbeid og koordinering

Vi bidrar til og drar nytte av deling av data i sektoren ved å samarbeide om felles interesser gjennom nasjonale forvaltnings- og samarbeidsstrukturer.



INNSATSOMRÅDE 1

Oversikt over egne data

«Vi har beskrevet hvilke data vi har, hva de kan brukes til og hvordan de kan deles og brukes på en sikker og effektiv måte.»

Hvorfor trenger vi dette?

- Effektivisere informasjonsinnhenting
- Støtte forskning, analyse, beslutningsstøtte og KI
- Bedre oppfølging av personvern og sikkerhet

Hva kan vi gjøre?

- Bestemme hvem som har ansvar for å beskrive hvilke data
- Samle informasjon om hvilke data vi har hvor
- Gjøre informasjonen om dataene tilgjengelig for søk



INNSATSOMRÅDE 2

Dataforvaltning

«Vi har etablert eierskap og god forvaltning av dataene våre som sikrer at de er pålitelige, lett tilgjengelige og tilrettelagt for deling og gjenbruk.»

Hvorfor trenger vi dette?

- Effektivisere IKT-initiativ
- Forbedre kvaliteten til dataene for å øke bruksmulighetene
- Redusere risiko ved å styrke informasjonssikkerhet og personvern gjennom forvaltningen

Hva kan vi gjøre?

- Bestemme hvem som har ansvar for å følge opp hvilke data
- Etablere roller og beskrive oppgaver og ansvar
- Identifisere de viktigste dataene som må forvaltes og bygge opp forvaltning av disse



INNSATSOMRÅDE 3

Standardisering, teknologi og infrastruktur

«Data som skal deles og gjenbrukes struktureres, uttrykkes og forstås på samme måte, og forvaltes og tilgjengeliggjøres ved hjelp av moderne teknologi.»

Hvorfor trenger vi dette?

- Støtte samhandling gjennom enklere datadeling
- Styrke analyse og beslutningsstøtte gjennom teknologi og infrastruktur
- Samsvar med nasjonale og internasjonale krav

Hva kan vi gjøre?

- Styrke informasjonsarkitektur i prosjekt og initiativ
- Definere tydelige krav til nødvendig teknologi og infrastruktur
- Bygge kompetanse og kunnskap om nasjonale og internasjonale lovkrav



INNSATSOMRÅDE 4

Krav i leverandøravtaler

«Krav til datakvalitet, integritet og tilgjengelighet er ivaretatt i leverandøravtaler og muliggjør bruk av og kontroll over alle relevante data.»

Hvorfor trenger vi dette?

- Effektiv datautveksling
- Redusere økonomisk risiko
- Bedre kontroll og sikkerhet

Hva kan vi gjøre?

- Utarbeide kravoversikt over krav til data
- Øke kompetansen om krav til data i anskaffelser
- Følge opp prosesser for leverandørstyring og avtaleforvaltning



INNSATSOMRÅDE 5

Samarbeid og koordinering

«Vi bidrar til og drar nytte av deling av data i sektoren ved å samarbeide om felles interesser gjennom nasjonale forvaltnings- og samarbeidsstrukturer.

Hvorfor trenger vi dette?

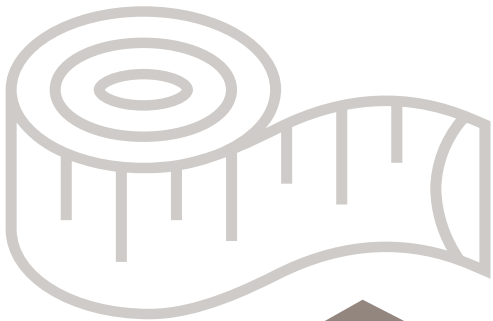
- Større gjennomslagskraft
- Bedre muligheter for effektiv dataflyt

Hva kan vi gjøre?

- Delta aktivt i nasjonale samarbeid om informasjonsforvaltning
- Etablere interne strukturer for å følge opp nasjonale prosesser
- Ta del i nasjonale prosesser for standardisering, lovarbeid, juridiske spørsmål og dialog med leverandører.

**Hvorfor er dette
relevant for NUFA?**

Samarbeid og koordinering – Flere utfordringer krever felles innsats i sektoren



Standardisering

Hvordan jobber vi effektivt med standarder?



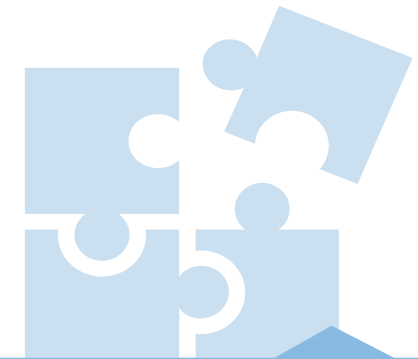
Krav til leverandører

Hvordan kan vi stå sterkere sammen?



Juridisk tolkning og regelverk

Hvordan kan vi få felles forståelse av rammene?



Nasjonale og internasjonale prosesser

Hvordan kan vi følge med, bidra og påvirke sammen?

Drøftingsspørsmål



Hvordan kan aktørene i sektoren

- **bidra til å utvikle en mer felles forståelse for betydningen av data- og informasjonsforvaltning, og**
- **identifisere områder der koordinering og samarbeid på tvers er hensiktsmessig?**



Hvilke **eksisterende initiativ, prosesser eller arenaer i sektoren kan vi bygge videre på** for å styrke koordinering og kompetanse innen data- og informasjonsforvaltning?

Forslag til vedtak

Helse Vest RHF tar med seg innspillene fra drøftingen i det videre arbeidet med å operasjonalisere datastrategien, og vil vurdere hvordan dette best kan følges opp i samarbeid med relevante aktører og arenaer.

Sak 11/25: EU-HIP prosjektet

—

EU-HIP

behovsanalyse

Folkehelseinstituttet

Line Andreassen Sæle, Virksomhetsarkitekt

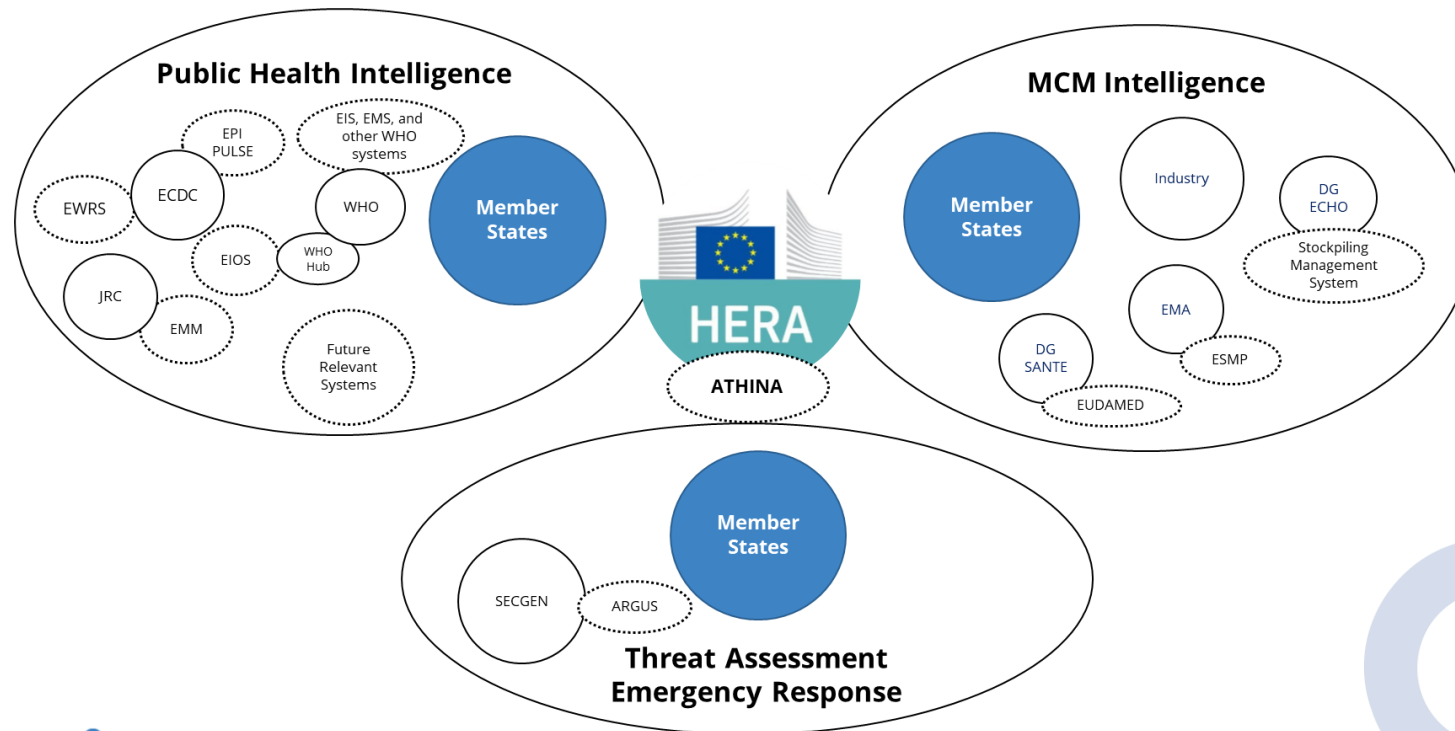
EU-HIP (EU interoperability with HERA's IT platform)

- EU-finansiert prosjekt
- Konsortium bestående av 15 aktive europeiske land, koordinert av Statens Serum Institut i Danmark
- Folkehelseinstituttet ansvarlig myndighet i Norge - Helsedirektoratet som tilknyttet enhet
- Målet er å styrke de nasjonale rapporteringssystemene for å etablere interoperabilitet med HERAs IT-plattform



HERA (Health Emergency Preparedness and Response Authority)

HERAs IT-plattform, ATHINA, skal samle informasjon om folkehelseovervåking (PHI) og medisinske mottiltak (MCM) for å støtte trusselvurdering og krisehåndtering i hele Europa.



Spesifikke tekniske behov (WP5)



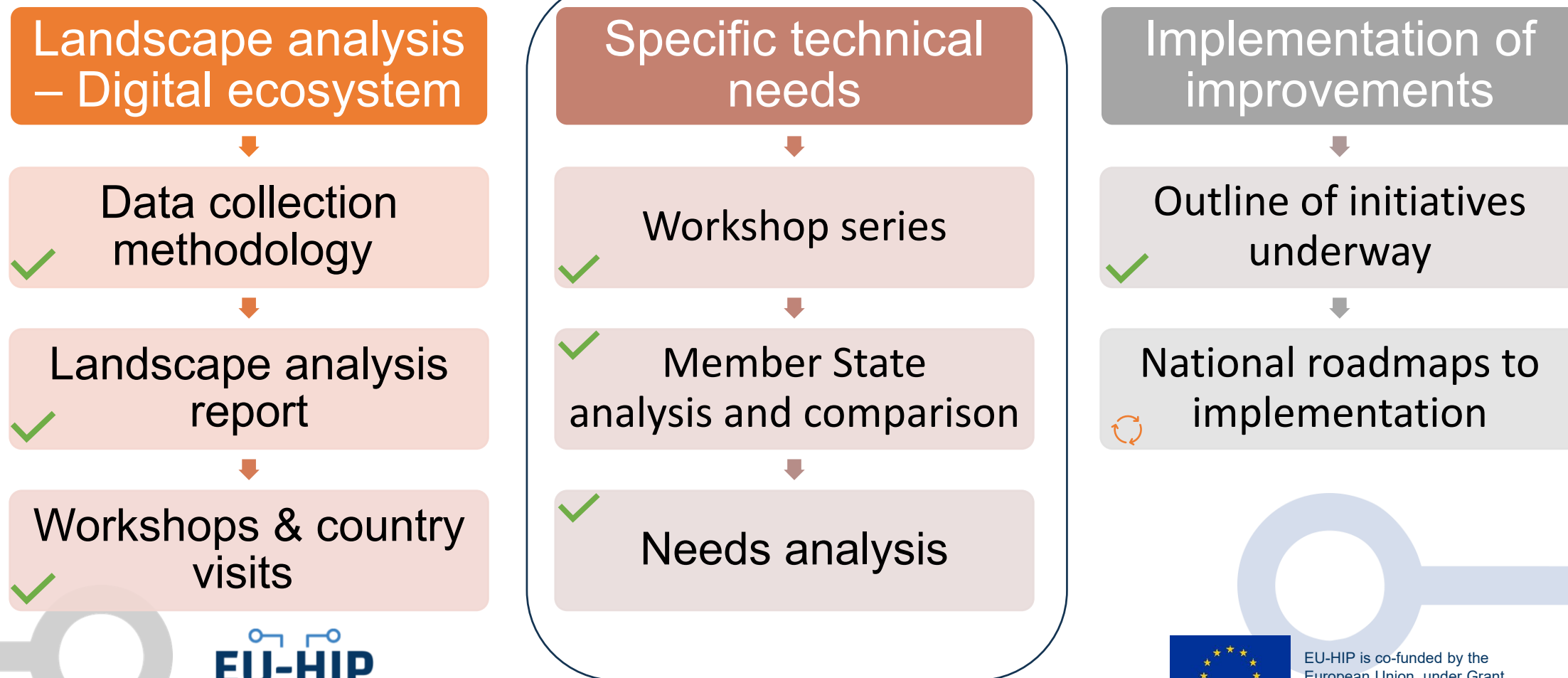
Ferdige



Pågående



Ikke startet



Behovsanalysen - rapporten er levert til HERA

Landscape analysis report

- Digitale infrastrukturer og systemer
- nøkkelaktører
- lovmessige aspekter

Workshop series

- Workshop for å oppnå et felles rammeverk, som inneholder:

1. Digital infrastruktur og systemer
2. Nasjonal beredskap
3. Internasjonal datadeling/utveksling
4. Lagrings- og støttesystemer

Member States analysis and comparison

- Hvert land vurderte deres spesifikke behov



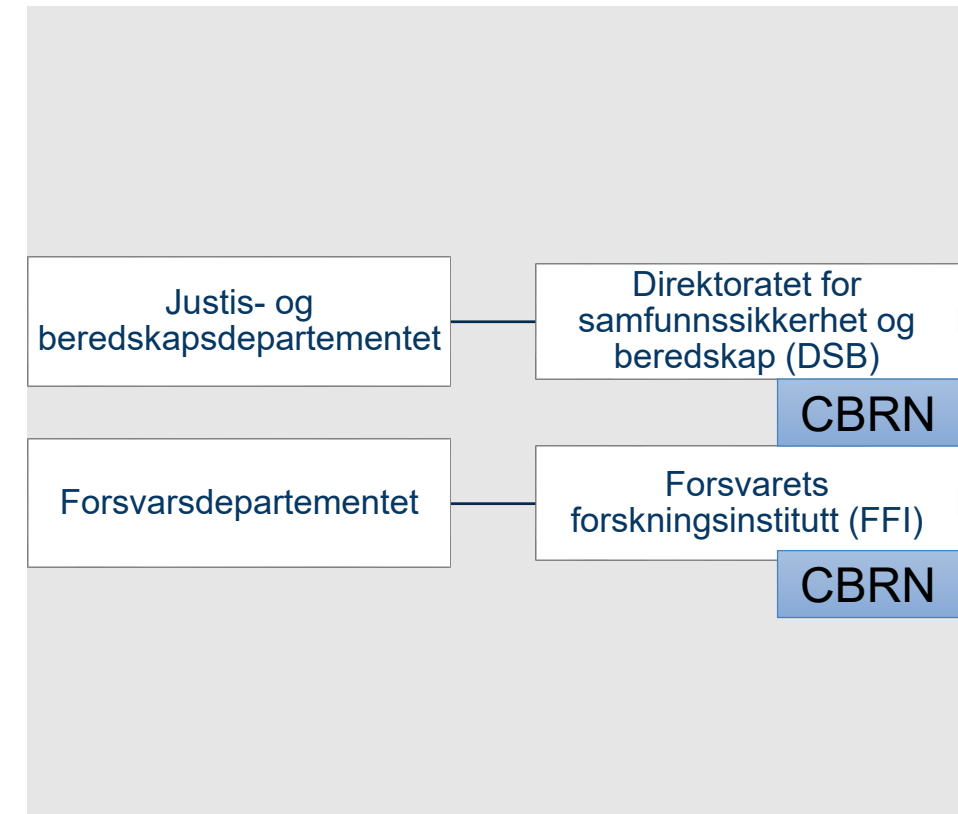
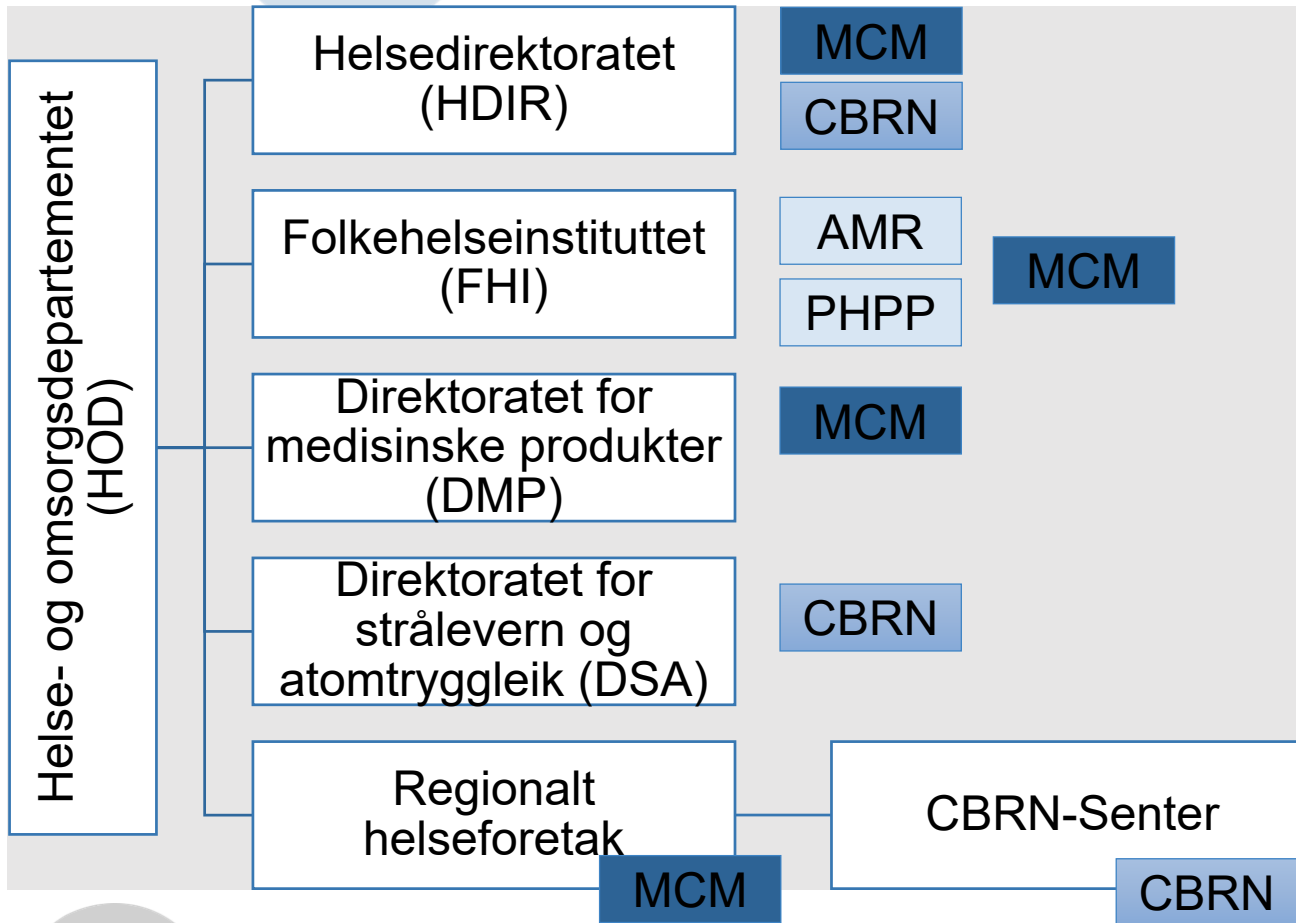
WP5 – Focus on specific country needs

D5.1 Needs Analysis

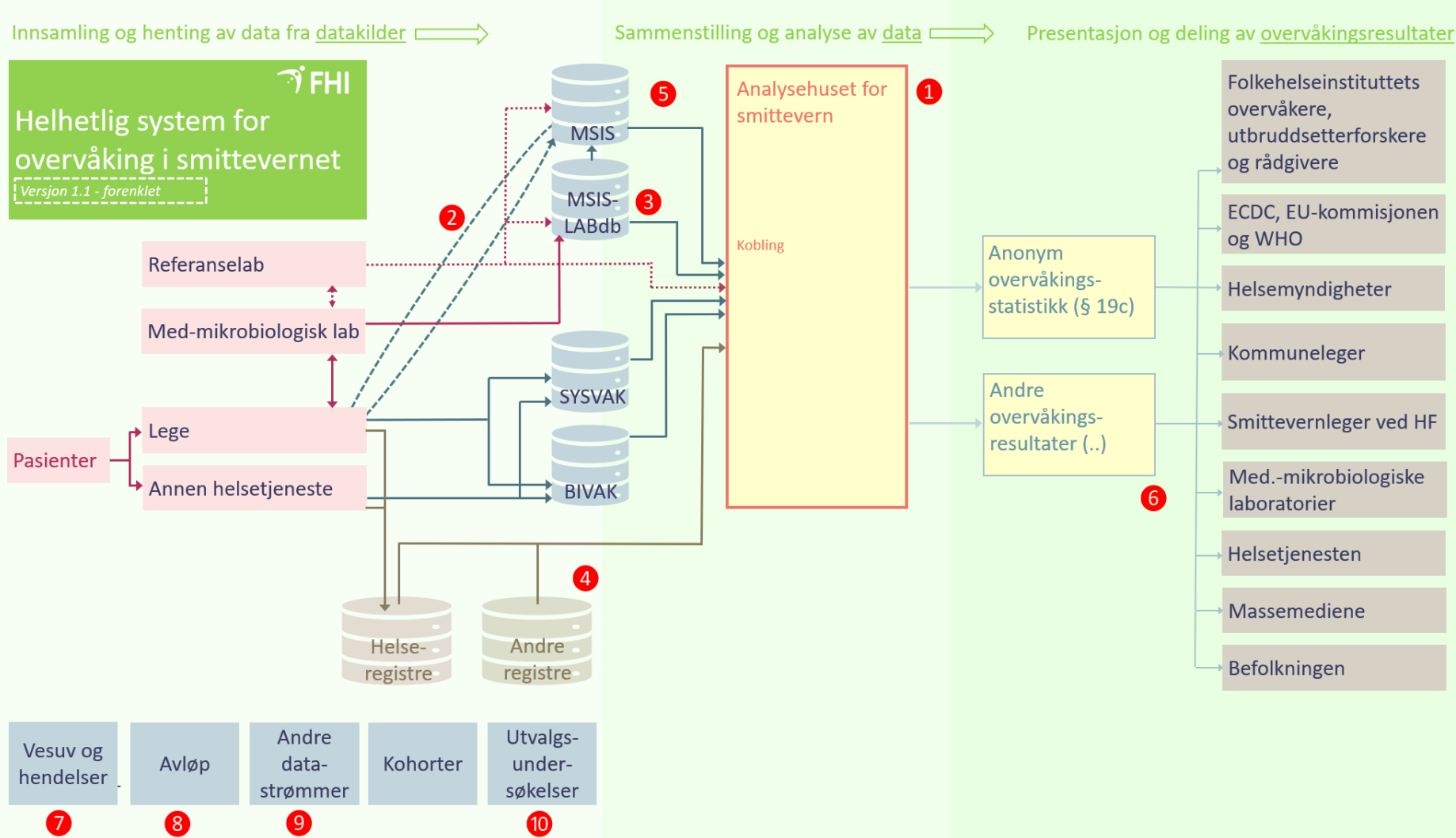
Version	3.0
Status	Revised
Due date of the deliverable	28-2-2025
Work Package	WP5
Lead partners for this deliverable	Sciensano, NIPH
Main Authors	Joris van Loenhout, Miriam Saso, Léonore Nasladska (Sciensano), Rossa O'Donnell, Line Sæle, Kristine Brodahl (NIPH), Tricia Larose (NDH)
Contributors	EU-HIP consortium

EU-HIP Consortium Partners	Organisation	Countries
category		
STATENS SERUM INSTITUT (SSI)	National Public Health Institute	Denmark
SCIENSANO	National Institute of Public Health	Belgium
HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO (CIPH)	National Institute of Public Health	Croatia
MINISTARSTVO ZDRAVSTVA REPUBLIKE HRVATSKE (MOH-HR)	Ministry of Health	Croatia
BUNDESMINISTERIUM FUER GESUNDHEIT (BMG)	Federal Ministry of Health	Germany
EMBAETTI LANDLAEKNIS (LANDL)	Directorate of Health	Iceland
MINISTERO DELLA SALUTE (MINSAL)	Ministry of Health	Italy
SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJAUS EKSTREMALIU SVEIKATAI SITUACIJU CENTRAS (NIESC)	Health Emergency Situation Center, Ministry of Health Protection	Lithuania
RIJKSINSTITUUT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN MILIEU (RIVM)	National Institute of Public Health and the Environment	Netherlands
FOLKEHELSEINSTITUTTET (NIPH)	National Institute of Public Health	Norway
HELSEDIREKTORATET (HDIR)	Directorate of Health	Norway
SERVICOS PARTILHADOS DO MINISTERIO DA SAUDE EPE (SPMS)	Shared Services of the Ministry of Health	Portugal
INSTITUTO NACIONAL DE SAUDE DR. RICARDO JORGE (INSA)	The National Health Institute	Portugal
ADMINISTRACAO CENTRAL DO SISTEMA DESAÚDE IP (ACSS)	The Central Administration of the Health System	Portugal

Interessenter



Målbildet for helhetlig system for infeksjonsovervåking (GK21)



1. Analysehuset bygges som kjernen
2. MSIS-meldingsskjema 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

Behovsanalyse

Analyse av Norges spesifikke tekniske behov

Digital infrastruktur og systemer



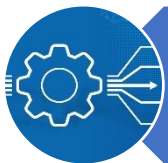
Automatisering av datarensing og bruk av kodesystemer i MSIS Laboratorie-database



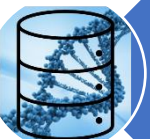
Integrere MSIS Klinikermelding med EPJ



Forbedre infrastruktur mellom ulike registre



Automatisk datainnhenting



Etablere en Nasjonal mikrobiologisk gene-sekvensering database

Nasjonal beredskap



Implementering av nytt utbruddsvarslingssystem



Lage utbruddshåndteringsverktøy



Øke frekvensen av dataregistrering og responsaktiviteter ved å samle inn hyppigere data fra sykehus



Utvikling av en teknisk infrastruktur for å gjøre det enklere å koble saksmeldingsdata fra MSIS med tilleggsinformasjon fra andre registre

Juridisk rammeverk
om støtter effektiv datadeling på nasjonalt nivå

Internasjonal datadeling/utveksling



Sikker overføring av helsedata mellom registre/datainnehavere og sikre analyserom



Sikker adressering av avsendere og mottakere av data



Etablere en omfattende og standardisert tilnærming til registrering og rapportering av epidemisk etterretningsinformasjon

Lagrings- og støttesystemer



Kartlegging av tilgjengelige MCM



Digitaliserte og sanntidsdata om sengekapasitet på sykehus over hele landet



Utvikling av European Shortage Monitoring Platform (ESMP)



Vurderer et eget nasjonalt system for overvåking av manglende lager

Nasjonalt veikart for implementering

Landspesifikke veikart for hvordan forbedringene skal implementeres

XX.01		Specific technical need		Intelligence domain		Explore AI
Common Framework	Stated need(s)			AMR	Y / N, system:	Y / N, application:
Quadrant 1-4, sub-element 1-22				PHPP	Y / N, system:	
				CBRN	Y / N, system:	
				MCM	Y / N, system:	
Improvement				Lead partner		Institution name
Summary title (<i>inputs / outputs / outcome</i>)				Other stakeholders		Institution name, <i>clarify role within stated need:</i>
Work breakdown				Timeframe		Commencement
Phase of technical development: <i>Concept / Development / Testing / Deployment / Maintenance</i>				Duration		date / month / quarter / year
Next steps in indicated phase:				Short-term (< 1 year)		Y / N, <i>rationale:</i>
1.				Medium-term (1-2 years)		Y / N, <i>rationale:</i>
2.				Long-term (3 years +)		Y / N, <i>rationale:</i>
3.						
Investment		Resourcing		Dependency		Sustainability
Low (L) - business as usual i.e. non-significant	L / M / H, describe non-personnel requirements:	Low (L) - existing capability, better coordination	L / M / H, describe personnel requirements:	Low (L) - can proceed regardless	L / M / H, describe internal or external dependencies:	
Medium (M) - within EU-HIP project allocated funding		Medium (M) - some capability in place, needs expansion		Medium (M) - can partially proceed		
High (H) - above EU-HIP project funding (<i>disclose at partners discretion</i>)		High (H) - no existing capability, requires outsourcing		High (H) - cannot proceed further		
How can work on this improvement addressing the specific technical need be sustained beyond the EU-HIP project with reference to it's Investment, Resourcing and Dependency?						

Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering. EU-HIP tar med seg innspill videre inn i prosjektet.

Lunsj – oppstart igjen kl. 12.30



Sak 12/25: Samtykkebestemmelser for Kjernejournal



Vurdering av samtykkebestemmelsene for Kjernejournal

NUFA 23. april 2025



Agenda

1. Bakgrunn og kort om samtykkebestemmelsene
2. Behov for endringer v/NHN
3. HDIRs vurderinger
4. Drøfting

Bakgrunn

- Henvendelse fra NHN m.fl. til HOD som beskriver utfordringer knyttet til samtykkereglene
- Bestilling fra HOD til HDIR om å vurdere behov for endring av samtykkebestemmelsene for kjernejournal i nov 2024



Regelverk oppslag i Kjernejournal

Tjenstlig behov og samtykke er hovedregel



Samtykkeparagrafen referer til GDPR



(Vide) unntak fra samtykke står i forskrift

- Forskriften er uttømmende (forutberegnelighet for publikum)

Om samtykkebestemmelsene i KJ - hovedregel

- Pasientjournallovens §13, 4. ledd, 1. punktum: *«Helsepersonell med tjenstlig behov ved ytelse av helsehjelp kan etter samtykke fra den registrerte gis tilgang til nødvendige og relevante helseopplysninger fra nasjonal kjernejournal»*
- 2. punktum viser til GDPR: *«Med samtykke menes enhver frivillig, spesifikk, informert og utvetydig viljesytring fra pasienten der vedkommende ved en erklæring eller en tydelig bekreftelse gir sitt samtykke til at det gis slik tilgang, jf. personvernforordningen artikkel 4 nr. 11»*
- Unntak fra samtykke gis i forskrift.

Om unntaksbestemmelsene

- Kjernejournalforskriftens §7 beskriver hvem som ikke behøver samtykke for å gjøre oppslag i Kjernejournalen
- Akuttsituasjoner når samtykke ikke kan innhentes, det skal anføres i Kjernejournal hvorfor samtykke ikke er innhentet
- Utvalgte grupper når det er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp:
 - a. *Fastlegen*
 - b. *Helsepersonell med legemiddelansvar i sykehjem og hjemmesykepleien*
 - c. *Lege og sykepleier i spesialisthelsetjenesten*
 - d. *Helsepersonell som har oppgaver knyttet til gjennomgang, vurdering eller samstemming av pasientens legemiddelbruk i spesialisthelsetjenesten*
 - e. *Helsepersonell i den akuttmedisinske kjeden*

Behov for endringer

v/NHN



NUFA 23.april 12/25

Samtykkekravet i kjernejournalforskriften,
konsekvenser ved å vente med lovendring

Nina Norberg, områdeprodukteier

Kristin Lyng, tjenesteeier / jurist



Endring av samtykkekravet, hva er problemet?

- Enighet i sektor at dagens regelverk er krevende – gjelder også kjernejournalforskriften og samtykkekravet i forskriften
- I denne saken synes det som om det allerede er enighet om at en bør gjennomføre endring av samtykkekravet i kjernejournalforskriften og gjøre det likt som i resten av helseretten
- Det vi bør diskutere er **tidspunktet** for å foreslå endring av samtykkeregelen for Stortinget
 - skal vi sette i gang arbeidet nå eller vente [på EHDS]?
 - å vente med å endre samtykkekravet har store konsekvenser for digitale samhandlingsløsninger der informasjon fra kjernejournal inngår

Synliggjøre konsekvens av å gjøre endringer i to steg:

- Utarbeide regler for håndtering av samtykke
- Utvide regelsettet når nye unntak er på plass
- Fjerne unntak når EHDS er på plass

Godkjente leverandører

Nedenfor finner du en oversikt over de fleste leverandørene som er godkjent av Norsk helsenett

× Journalleverandører

- [Aidn AS](#)
- [Anita Systems AS](#)
- [Apertura](#)
- [Arken Software: Dentica](#)
- [ARKo AS](#)
- [Aspit AS: Physica, Psykbase](#)
- [Carasent Norge AS: Ad-Curis, Metodika](#)
- [Care IT](#)
- [CGM CompuGroup Medical: CGM journal, CGM helsestasjon, CGM Vision BHT](#)
- [Citera: HMSvisjon](#)
- [Codeo Norge AS: NOBS](#)
- [Dips: Dips Front, Dips Arena](#)
- [EasyPractice](#)
- [EG Norge: EG Hano, EG Infodoc, EG Pasientsky](#)
- [Extensor AS](#)
- [Go-On Software: Zilke](#)
- [Helseapps AS: Helseboka](#)
- [Helseplattformen](#)
- [Kvikna](#)
- [Muntra AB](#)
- [Myportal Holding AS: Myjournal](#)
- [Weisstech: Omhu](#)
- [Opus Systemer AS](#)
- [Orthodontis AS](#)
- [Pridok AS](#)
- [ProOptics AS: Clinic +](#)
- [SolvIT AS: Solvit journal](#)
- [Spearo](#)
- [TietoEvry: Gerica](#)
- [Visma Flyt \(Visma Enterprise\): Flyt helse, Visma HsPro](#)
- [Vitec HK data: Velferd](#)
- [WEBMED AS](#)

Hva er reelt personvern?

Innbygger kan sette personvernstillinger for å begrense deling av helseopplysninger

- **Sperre** tilgang til en tjeneste eller hele Kjernejournal
- **Blokkere** tilgang til alt helsepersonell/enkelt helsepersonell
- **Reservere** seg mot Kjernejournal
- Personverninnstillingene kan settes av digitale og ikke digitale innbyggere.

Personverninnstillinger

Du kan begrense tilgangen for helsepersonell til å se helseopplysninger om deg. Du kan også endre tidligere begrensninger som er satt.

Behandlingsplan i kjernejournal	>
Besøkshistorikk i kjernejournal	>
Egne registreringer i kjernejournal	>
Journaldokumenter i kjernejournal	>
Kritisk informasjon i kjernejournal	>
Pasientens prøvesvar i kjernejournal ● Det finnes aktive begrensninger	>
Resepter i kjernejournal	>
Resepter i reseptformidler	>
Vaksiner i kjernejournal	>

Kjernejournal

Kjernejournal er en digital løsning for deling av pasientenes helseopplysninger på tvers av virksomheter i helsevesenet. Hvis du ønsker å begrense tilgang til alle opplysningene som deles gjennom kjernejournal, så kan du gjøre dette her. Her kan du også reservere deg mot å ha kjernejournal hvis du ønsker det.

Alle opplysninger i kjernejournal	>
-----------------------------------	---

Innbygger kan se hvem som har sett på helseopplysningene (tilgangslogg)

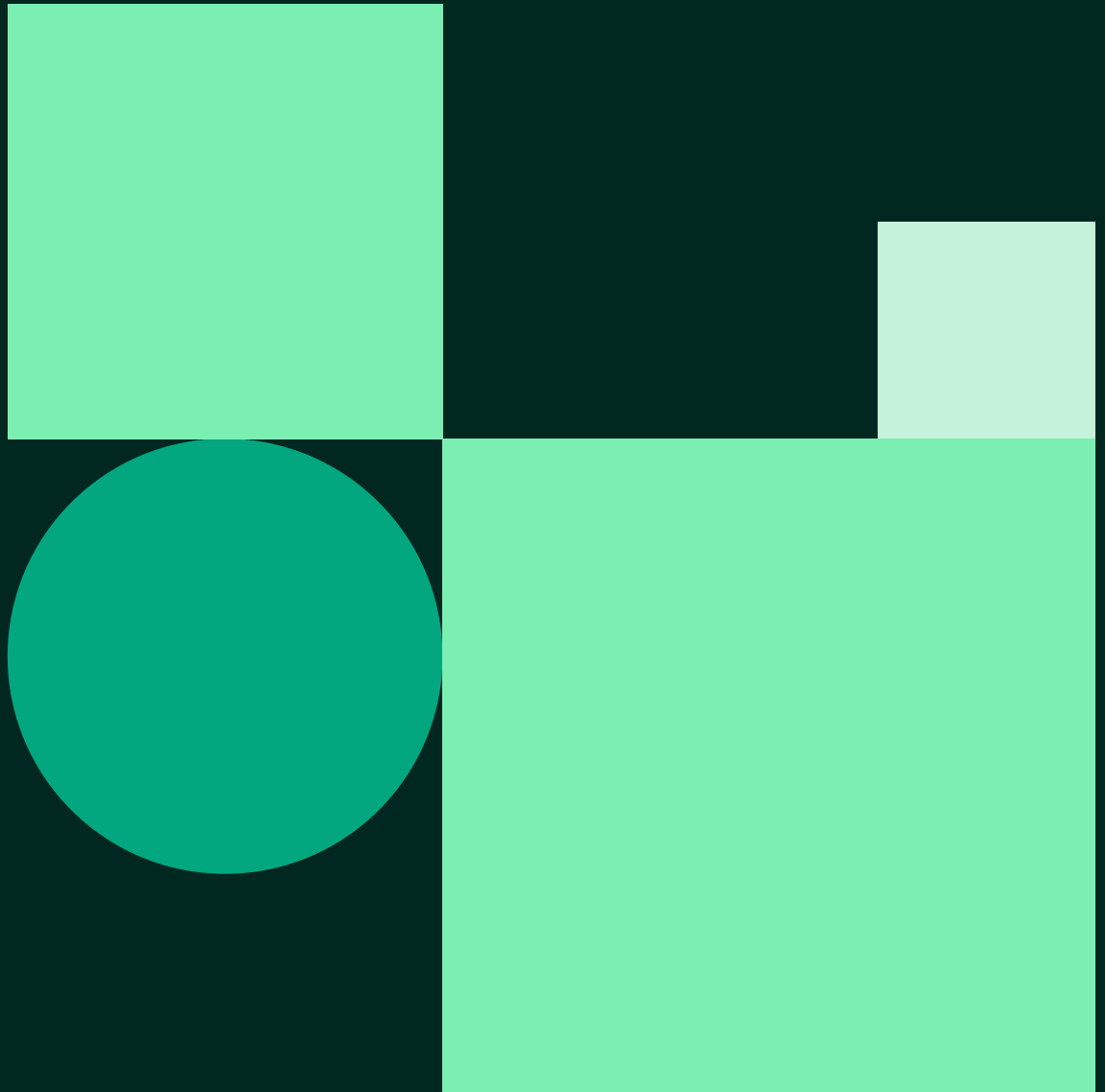
Hvem har sett på journalen din?

Her kan du se hvem i helsetjenesten som har åpnet og behandlet journaldokumentene dine. Foreløpig ser du bare hvem som har sett på dokumentene dine fra sykehus i Helse Nord, Vest og Sør-Øst.

20 tilganger	Sorter liste
	Nyeste - eldste
16.11.2020	^
Guy Thomas Kværnberg	
Spesialkonsulent	
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	
Siste tilgang	16.11.2020
Person	Guy Thomas Kværnberg
Persontilhørighet	E-helse og IKT
	Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
Dokumenttilhørighet	Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
Bakgrunn for tilgang	Inneliggende pasient
Tidsperiode for tilgang	06.11.2020 til 16.11.2020
Kommentar	Tilgang gitt for å ivareta og administrere pasientbehandling
Se åpnete dokumenter	
13.11.2020	▼
Anne Marit Tiller	
Spesilsykepleier	
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	

Eksempel på hvordan regelverket
treffer i dag.

Råde kommune
Kritisk informasjon
Bruk av API



Eksempel fra en EPJ som bruker API

Informasjon om pasienten:

Navn: Nina Norberg
Bosted: Uglavegen

Hentes fra
Persontjenesten API

Kritisk informasjon om pasienten:



Hentes fra Kritisk
informasjon API

Sammendrag:

Time den 22.04.25

Hentes fra lokal EPJ

Hva bør gjøres nå?

- Norsk helsenett mener det er synliggjort gode grunner til å starte prosessen med fjerne kravet til samtykket, slik at kravet til samtykke blir i tråd med helseretten for øvrig
- Behovet er kjent og begrunnet, en kan sannsynligvis gjennomføre en endring av lovbestemmelsen på kortere tid enn det tar kartlegge helt nye behov for ytterligere unntaksbestemmelser

Utfordring med flere unntaksbestemmelser

- **Tidsbruk**, forslaget innebærer at vi må:
 - kartlegge behov for ytterligere unntaksbestemmelser
 - utarbeide endringer i forskrift
 - sende forskriftsendringer på høring
 - leverandørene skal implementere tekniske endringer som følge av forskriftsendringer
- **Utviklingskostnad**
 - Leverandører må etablere teknisk løsning for å håndtere samtykke og reglene rundt dette.
 - Ved nye unntak må leverandørene videreutvikle sine løsninger.
 - Dersom vi fjerne samtykke når EHDS er på plass, må leverandørene igjen fjerne funksjonaliteten rundt samtykke.
- **Fortsatt utfordring med API**

HDIRs vurderinger

—

Helsedirektoratets vurderinger

- Informasjon/opplæring rundt samtykke kan løse noen utfordringer
- Rutiner/systemstøtte for innhenting av samtykke kan løse noe
- Men det vil gjenstå udekkede behov:
 - Samtykke er ikke nødvendigvis lett å forstå
 - Kan være tidkrevende å innhente samtykke
 - Manglende oppslag utgjør pasientsikkerhetsrisiko
 - Ulovlig oppslag i «god tro» utgjør brudd på taushetsplikten
- Samtykke kan ikke fjernes uten at man gjør en personvern vurdering og vurderer alternative mekanismer for å ivareta personvern

The European Health Data Space



EHDS-forordningen

- Vedtatt i EU
- Norsk helselovgivning skal tilpasses EHDS
- EHDS fokuserer på reservasjonsrett og omtaler ikke samtykke som en mekanisme for å ivareta personvern ved deling av data i tilknytning til helsehjelp. (Kun for forskningsformål)

HDIRs anbefaling om samtykke

- Pasientjournallovens §13 om samtykke vurderes sammen med tilpasninger av EHDS
 - HOD starter opp arbeidet før sommeren og setter fullt trykk til høsten

Justeringer på kort sikt – tema som vurderes

- Åpne for differensiert tilgangsstyring og differensiert reservasjonsrett (også relevant på lang sikt)
- Vurdere om helsepersonell bør få unntak for samtykke for tilgang til opplysninger som er klassifisert som kritisk informasjon
- Vurdere om unntak for fastleger bør utvides til også å omfatte utvalgte helsepersonellgrupper (helsesekretærer, sykepleiere, LIS-leger/turnusleger) som legen kan delegere oppgaver til jmf fastlegeforskriftens §14
- Vurdere om det er behov for å tydeliggjøre at begrepet «fastlege» i unntaksparagrafen også omfatter sykehjemsleger, fengselsleger og leger som utfører fastlegeoppgaver for innbyggere uten fastlege
- Psykologer og vernepleiere i spesialisthelsetjenesten
- Leger som utfører helsehjelprelaterte oppgaver ifmb smittevern

Drøfting

—

Drøfting

- Deler NUFA HDIRs syn om at samtykkebestemmelsen for Kjernejournal bør avvente vurdering og sees på i sammenheng med EHDS-forordningen?
- Hvilket syn har NUFA på hvilke kortsiktige justeringer av unntaksbestemmelsene som eventuelt bør vurderes, er det noen tema som bør få høyeste prioritet?

Forslag til vedtak

NUFA stiller seg bak det beskrevne utfordringsbildet knyttet til samtykkebestemmelsene i kjernejournal, og ber Helsedirektoratet ta med seg innspillene fra møtet i det videre arbeidet, og dialogen med Helse- og omsorgsdepartementet for å løse de konkrete behovene som er knyttet til innretningen av samtykkekravet.

Sak 13/25: Anbefaling om videre innføring av pasientens kritiske informasjon



Hvordan dele 100% av kritisk informasjon?

Anbefaling om innføring av pasientens kritiske informasjon

NUFA 23. april 2025. Team Pasientens kritiske informasjon



Hvem vet at Bent har blødersykdom, når Bent ikke kan fortelle det selv?

Bent er pensjonert lærer, og bor hjemme med kona. Snekrer litt på fritida, og bidrar til lokalsamfunnet som besøksvenn hos Røde Kors. Når han faller ned trappa og kommer på sykehus, så er rask tilgang til informasjon om Bent viktig.





Kritisk informasjon

Kritisk informasjon er informasjon som man i en behandlingssituasjon ønsker at det varsles særskilt om til helsepersonell

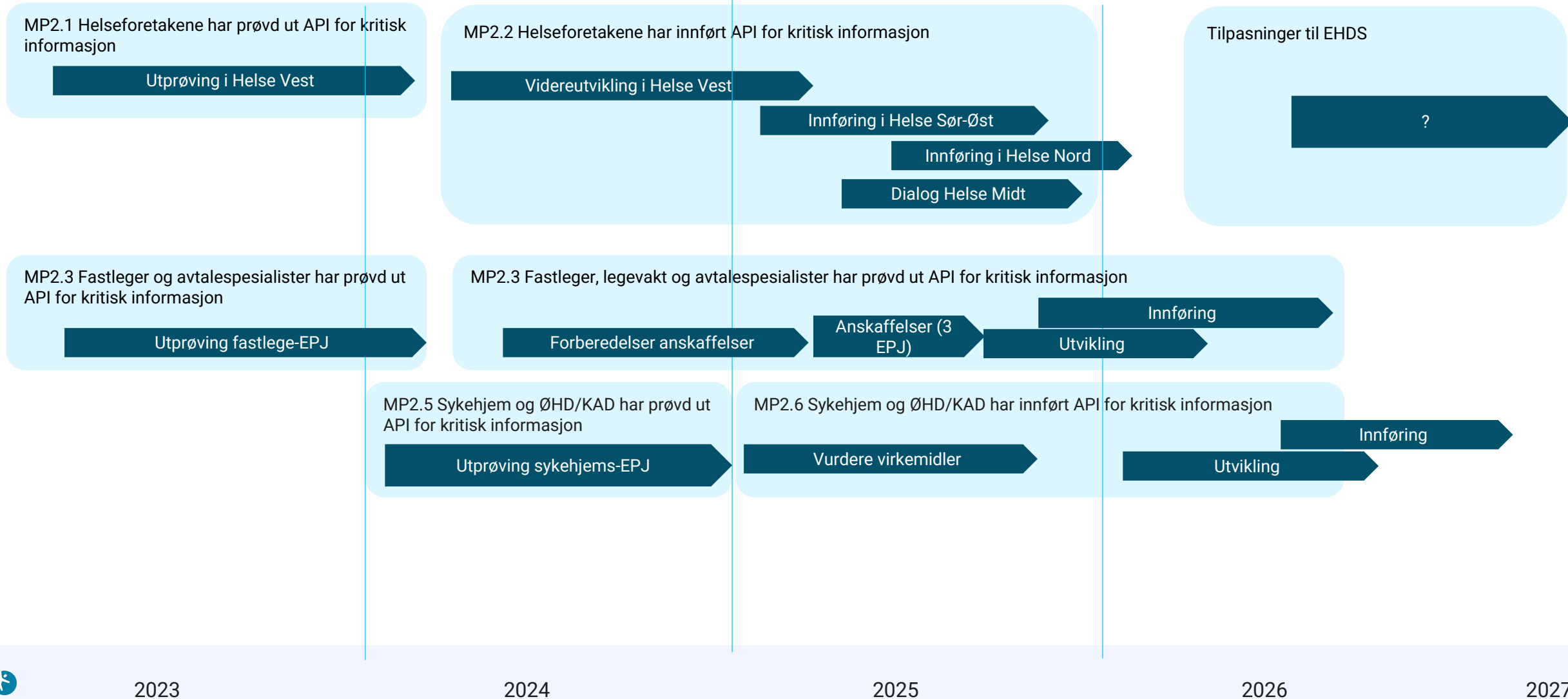
Status spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjeneste aktører	Status Kjernejournal portal	Status API
Helse Vest RHF	☒ I bruk, overgang til API	☒ I drift, alle foretak
Helse Sør-Øst RHF	☒ I bruk	☒ Planlagt 2025 ¹
Helse Nord RHF	☒ I bruk	☒ Planlagt ¹
Helse-Midt RHF	☒ I bruk	☒ Avventer tilpasninger EHDS ¹
Avtalespesialister	☒ I bruk	☒ Konkurranses grunnlag publisert gjennom EPJ-løftet

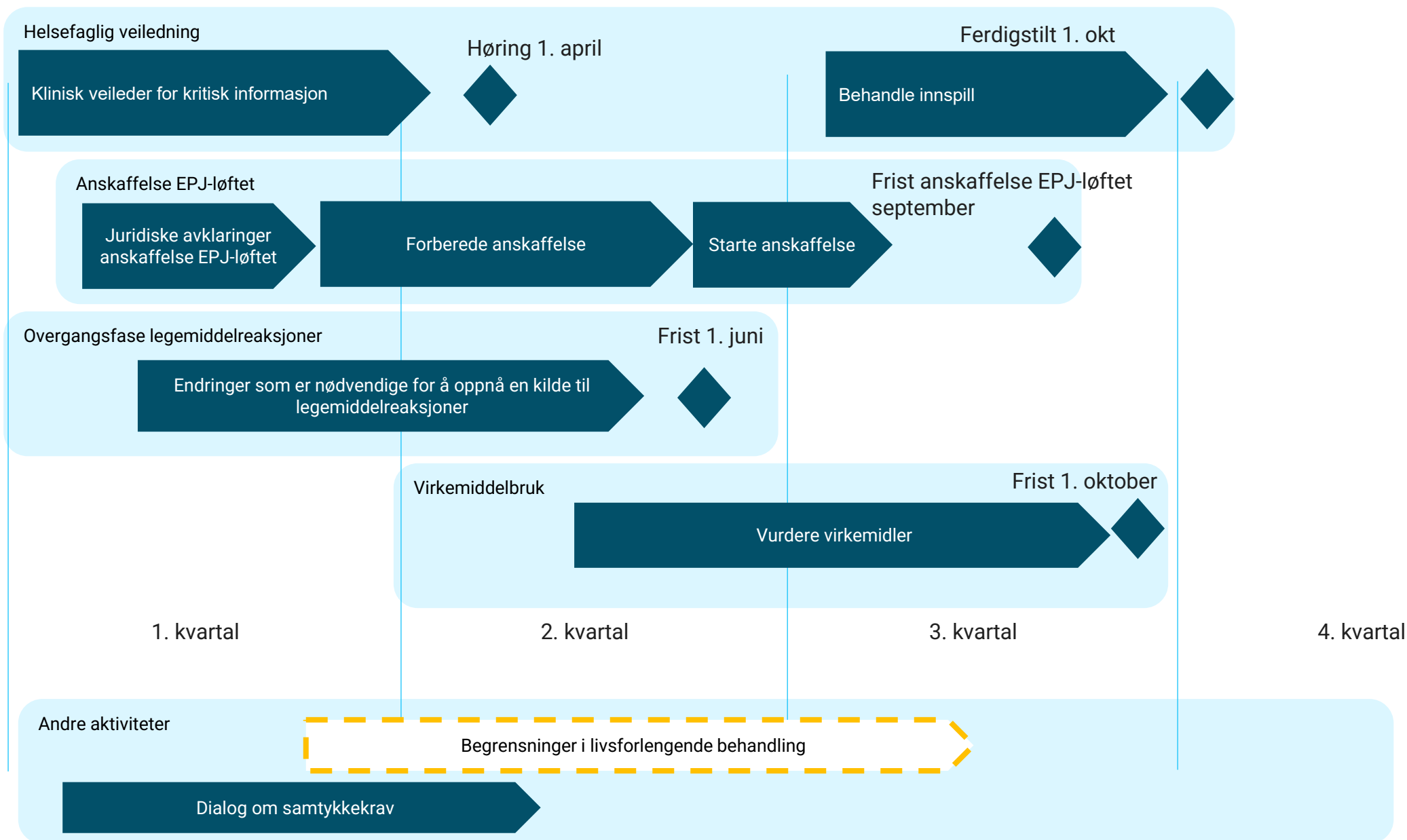
Status primærhelsetjenesten

Primærhelse aktører	Status Kjernejournal portal	Status API
Fastleger	☒ I bruk for de fleste	☒ Konkurransegrunnlag publisert gjennom EPJ-løftet
Legevakt	☒ I bruk for de fleste	☒ Bruker i stor grad EPJ som kan få støtte for tjenesten
Kommunal akutt døgnetenhet og lignende	☒ Teknisk tilrettelagt i de fleste kommuner	☒ Uavklart
Øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester	☒ Teknisk tilrettelagt i de fleste kommuner	☒ Uavklart
Apotek	Ikke tilgang, ikke aktuelt	☒ Ikke tilgang, ønskelig med lesetilgang til legemiddelreaksjoner

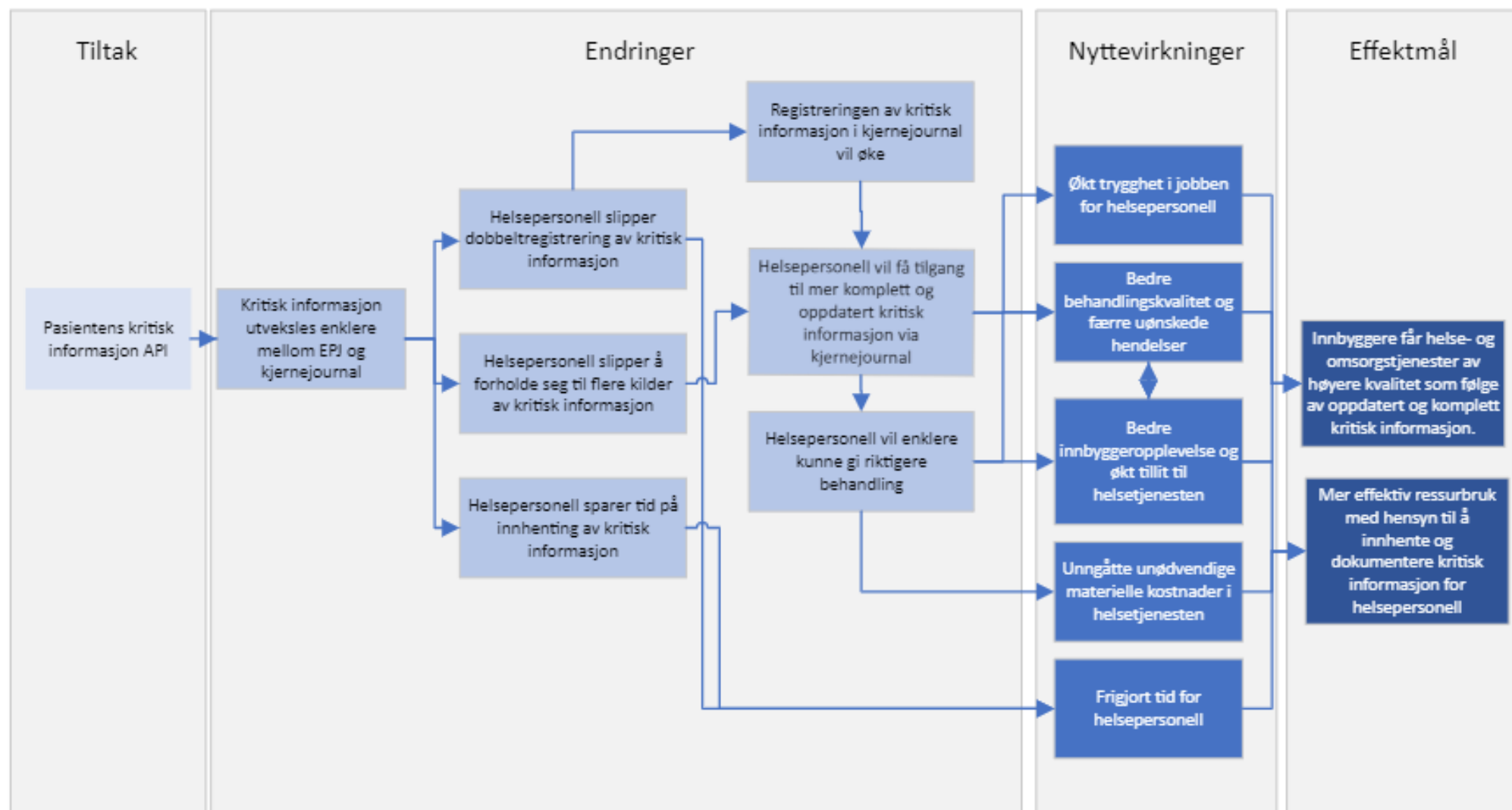
Tidsoversikt



Detaljplan for Helsedirektoratet 2025



Identifiserte nyttevirksomheter for tiltaket



Relativ nytte fordelt på aktører

Nytte	Spesialisthelsetjenester		Legevakt	Fastlege- tjenesten	Kommunal helse- og omsorgstjeneste			Andre
	Øvrige avdelinger	Akuttmottak og andre mottaks- avdelinger			Sykehjem langtids	Sykehjem korttid	Hjemme- tjenesten	
Relativt bidrag til registrering av kritisk informasjon	Middels bidrag	Lavt bidrag	Lavt bidrag	Stort bidrag	Mindre bidrag	Mindre bidrag	Mindre bidrag	Varierende bidrag
Relativt potensiale for øke behandlingskvaliteten og pasientsikkerhet	+	+++	++	+	+	++	++	+
Potensiale for frigjort tid for helsepersonell	Sjeldent	Ofte	Av og til	Av og til	Sjeldent	Av og til	Av og til	Sjeldent
Samlet vurdering av relativ nyttepotensialet	+	+++	++	++	+	++	++	+

- **Relativt bidrag til registrering av kritisk informasjon:** det kan være riktig å prioritere innføringen av kritisk informasjon API hos aktører som bidrar mest til å registrere kritisk informasjon, for å få opp registreringsgraden, slik at informasjonen blir mer komplett. Dette er ikke en nyttevirkning for aktøren som registrerer, men en virkning som bidrar til nytten av tiltaket for andre.
- **Relativt potensiale for økt behandlingskvalitet og pasientsikkerhet:** det kan være riktig å prioritere innføringen av kritisk informasjon API hos aktører som har mest pasienter der det er behov for å innhente kritisk informasjon, det vil si der situasjonene er akutte og kunnskapen om pasienten er lav. I slike tilfeller vil potensiale for å unngå uønskede hendelser være høyest.
- **Potensiale for frigjort tid for helsepersonell:** det kan være riktig å prioritere innføring av API hos aktører som vil ha størst potensial for tidsbesparelser for helsepersonell, enten ved å unngå dobbeltregistrering av kritisk informasjon, eller ved innhenting av kritisk informasjon



Relative kostnader fordelt på aktører

Kostnader	Spesialisthelsetjenester	Legevakt	Fastlegetjenesten	Kommunal pleie- og omsorgstjeneste	Andre
Organisatorisk klarhet til innføring av kritisk informasjon API	Høy klarhet	Høy klarhet	Høy klarhet	Middels klarhet	Varierende
Modenhet av lokal EPJ	Høy modenhet	Høy modenhet	Høy modenhet	Lav modenhet	Varierende
Samlet vurdering av relativ kostnader	\$	\$	\$	\$\$	Uklart

- **Organisatorisk klarhet med hensyn til innføring av kritisk informasjon API:** Dette elementet beskriver vår oppfatning av hvor enkelt det vil være for organisasjonen å endre arbeidsprosesser for registrering av kritisk informasjon.
- **Modenhet av lokal EPJ:** Dette elementet beskriver vårt inntrykk av hvor nært aktørenes leverandører er for å ta i bruk KI API.

Erfaringer med
tjenesten pasientens kritiske
informasjon så langt

—

Viktig kjelde for kritisk informasjon

No snakkar Dips og kjernejournal saman. Det betyr ein enklare arbeidskvardag for helsepersonell og auka tryggleik for pasientane.

Publisert 03.05.2024
Sist oppdatert 16.05.2024



KJERNEJOURNAL

KRITISK INFO

Line Danser 040980 49628 / Kvinne (36 år)

OM PASIENTEN LEGEMIDLER KRITISK INFO BESØKSHISTORIKK JOURNALDOKUMENTER INNSTILLINGER

Utvid rader Kopier

Overfølsomhetsreaksjoner

Penicilliner med utvidet spekter Anafylaktisk reaksjon Bekreftet End

Komplikasjoner ved anestesi

Kritiske medisinske tilstander

Påvist genetisk avvik i CYP-metabolismen: CYP2D6 *3/*3 Diagnosen omfattes av definisjonen av kritisk tilstand Opp

Tidlegare måtte helsepersonell registrera same informasjon fleire stadar. Det er både tidkrevjande og det gir auka risiko for feilregistreringar. No held det at man registrerer informasjonen éin stad, éin gong. Ein ny integrasjon mellom Dips og [kjernejournal](#) gjer at informasjonen kan registrerast i det eine systemet og utvekslast til det andre.

– Dette gir betre datakvalitet og betre tilgang på kritisk informasjon, seier Annette Hole Sjøborg som er leiar for prosjektet. Sjøborg er tilsett i Dips, men er for tida leigd inn som konsulent i Helse Vest IKT.



Prosjektleder Annette Hole Sjøborg håper at endå fleire vil nytte seg av den nye moglegheita som ligg i Dips og kjernejournal. – På den måten vil kjernejournal bli ein oppdatert kjelde for den kritiske informasjonen til pasienten, seier ho. (Foto: Dips Arena)



Hva er prøvd ut?

- Alle sykehusene i Helse Vest, samtidig
- Lese og skrivetilgang fra EPJ systemet DIPS; kun lesetilgang for begrensninger i livsforlengende behandling
- DIPS som hovedkilde for kritisk informasjon på sykehusene
- Enklere samstemming av kritisk informasjon mellom lokal pasientjournal og kjernejournal
- SFM Fullversjon integrert med API-et for legemiddelreaksjoner

Krav til tjenstlig behov og samtykke ved oppslag i kjernejournal

- Kjernejournalforskriften stiller krav til helsepersonell som ønsker å se informasjon i kjernejournal, blant annet krav til
 - Tjenstlig behov
 - Samtykke til oppslag eller unntak fra krav til samtykke

Helse Vest har pekt på at dagens regelverk gir utfordringer i forhold til å forberede helsehjelpen uten at pasienten er tilstede og kan gi sitt samtykke. Vi fortsetter dialog med Helse Vest om hvordan dette kan håndteres innen dagens regelverk

Helsedirektoratet anbefaler videre innføring

- Helsedirektorat anbefaler å gå videre med innføring
- Bruk av tjenesten krever at det foreligger tjenstlig behov og samtykke eller unntak fra samtykke når det gjøres oppslag i kjernejournal
- Helsedirektoratet vil i 2025 oppdatere DPIA for kjernejournal
- Helsedirektoratet ønsker dialog om hvordan pasientens rettigheter med tanke på blokkeringer ivaretas når opplysninger fra kjernejournal blir en del av lokal pasientjournal
- Vi anbefaler å etablere måleparametre for oppfølging av nytte
- Løsningene bør videreutvikles for å sikre gode brukeropplevelser og god nytte, i tillegg til tilpasninger til internasjonale krav

Videre innføring av HelselD

- En forutsetning for bruk av flere av de nasjonale e-helseløsningene er at helsepersonell har muligheten til å logge inn med HelselD på høyt sikkerhetsnivå
- Helsevirksomhetene bør prioritere at alt helsepersonell har tilgang til å logge inn med HelselD
- Gode brukeropplevelser ved innlogging gir færre hindringer for at informasjonen er tilgjengelig når den trengs, og vil øke pasientsikkerheten.

Samtykkekrav i kjernejournalforskriften

- Helse Vest IKT peker på utfordringer med å bruke kjernejournal når pasienten ikke er tilstede, for eksempel ved forberedelser til behandlingsforløp
- Helsedirektoratet fortsetter dialogen med aktørene om endringer på samtykkekravene

Vi ønsker at andelen kritisk informasjon som blir delt er

100%

* der hvor det ikke er saklige grunner til å ikke dele

Spørsmål til NUFA

- Hvordan kan vi sørge for at all kritisk informasjon blir delt med kjernejournal, i situasjoner der det er mulig?
- Hvilke virkemidler bør vi bruke for å øke registreringsgrad og nytte av kjernejournal og Pasientens kritiske informasjon?

Forslag til vedtak

1. NUFA støtter anbefalingen om videre innføring av tjenesten Pasientens kritiske informasjon.
2. NUFA ber helsevirksomhetene om å vurdere økt utbredelse av HelselD i egne virksomheter for å sikre at helsepersonell kan bruke nasjonale e-helseløsninger på en god måte.

Pause – oppstart igjen kl. 14.15

—

Sak 14/25: Digital hjemmeoppfølging

—

Digital hjemmeoppfølging – innspill til videre satsing fra NUFA

Møte i NUFA 23.4.2025

Siw H. Myhrer, avd. Helseteknologi, Helsedirektoratet



Spørsmål vi ønsker innspill til

- Hvordan bør videre innretning på satsing på digital hjemmeoppfølging i Helseteknologiordningen innrettes?
- Hva bør være myndighetens rolle i videre satsing på digital hjemmeoppfølging? Hva bør Helsedirektoratet arbeide med for å stimulere til samarbeid og videre spredning

Økt fokus på behov for digitale verktøy!

- Digitalisere og automatisere alt vi kan – særlig der den menneskelige kontakten ikke gir merverdi
- Fortsatt satsning på velferdsteknologi er sentralt for bærekraftige kommunale helse- og omsorgstjenester i framtiden
- FOU-program: Utvikling av ny personellbesparende teknologi
- Styrke digital kompetanse for å kunne utnytte teknologi bedre



[Meld. St. 9 \(2023–2024\)](#)

[NOU 2023: 4 - regjeringen.no](#)





Jeg er veldig glad for å ha fått den,
for det gir meg en helt annen trygghet i hverdagen.

Spredning av DHO 2022-2024

Effektmål

- Bedre tjenestetilbud med økt kvalitet tilbys til kronisk syke
- Økt mestring og selvstendighet for brukere
- Bedre ressursutnyttelse på tvers av tjenestenivåer og sektorer

Resultatmål

- Det er etablert tilbud om digital hjemmeoppfølging i et samarbeid mellom kommuner, fastleger og helseforetak i alle 19 helsefelleskap innen utgangen av 2024

Nasjonale faglige rådene om digital hjemmeoppfølging

1. Kommunale helse- og omsorgstjenester bør tilrettelegge for digital hjemmeoppfølging.
2. Før oppstart av digital hjemmeoppfølging bør det søkes samarbeid i helsefellesskapet.
3. Personer med kroniske lidelser med middels til høy risiko for forverring av helsetilstand bør tilbys digital hjemmeoppfølging som en individuelt tilpasset tjeneste.

Publisert 14.11.22

Målgruppe

Pasienter med:

- Kroniske sykdommer med medium til høy risiko for forverring av sin tilstand, reinnleggelse på sykehus, økt behov for helse- og omsorgstjenester
- Betydelig behov for koordinering på tvers av sektor
- Forventet nytte knyttet til mestring, pasientopplevelse og ressursbruk.



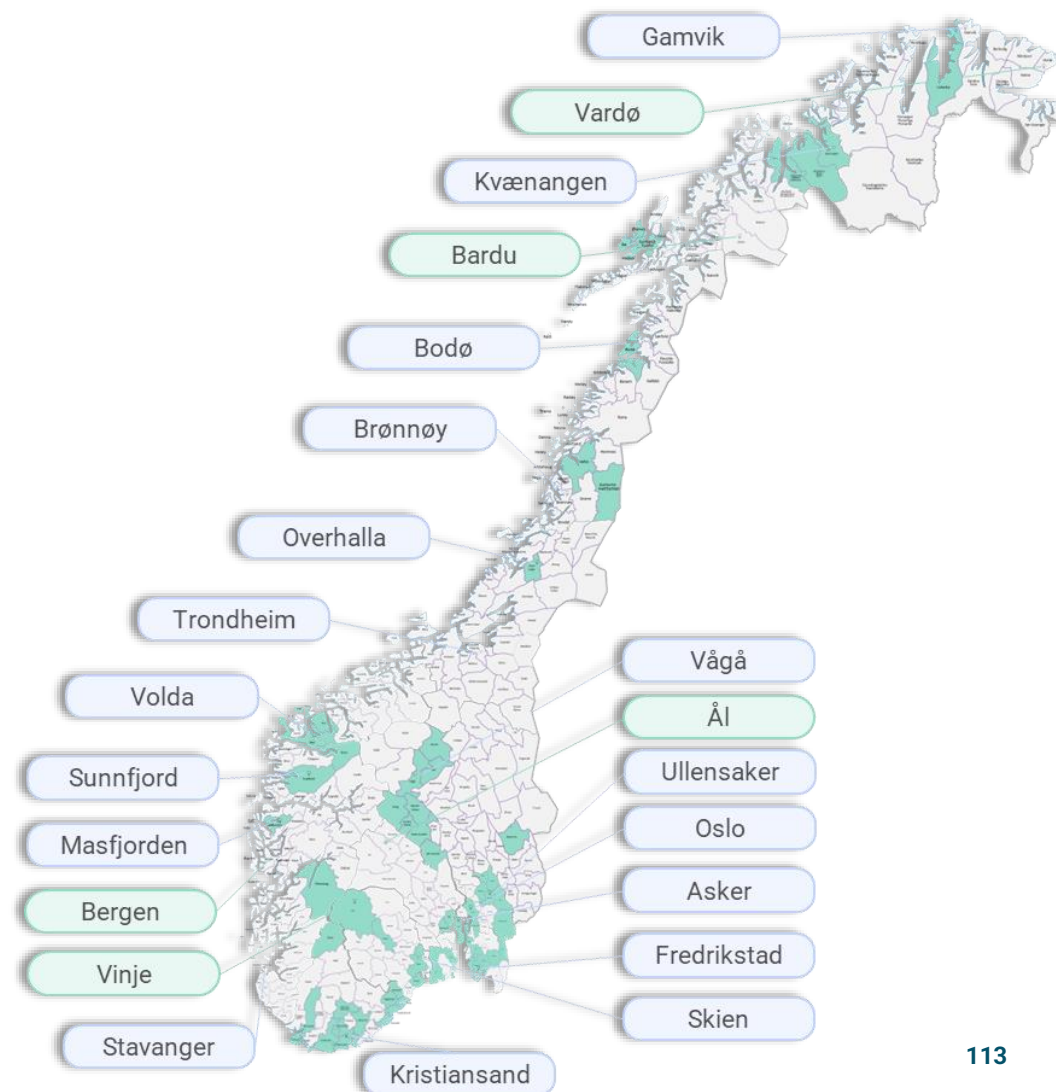
I hovedsak pasienter med:
**KOLS, diabetes, hjertesvikt,
psykiske lidelser og kreft.**

Ofte med flere diagnoser.

Status spredning av digital hjemmeoppfølging pr 31.12.24

- **22 samarbeidsprosjekt** (med kommuner, fastleger og helseforetak) i 2024
- **1383 aktive pasienter** fordelt på 74 kommuner*
- Omfatter alle **19 helsefellesskap** og ca. **200 kommuner** i ulik grad
- Prosjektene rapporterer om **positive effekter** for både brukere og tjenesten
- Det nasjonale spredningsprosjektet ble avsluttet i 2024, men satsning på digital hjemmeoppfølging videreføres i Helseteknologiordningen

* pr. 15.03.2025



Felles tjenesteutvikling som strategi

– prosessveiledning fra InnoMed

- Krav til deltakelse fra kommuner, fastleger og sykehus
- Innsiktsarbeid – hva er utfordringene?
- Bli enige om mål sammen!
- Jobb sammen om design og organisering av tjenesten
- Samarbeide om gevinstplan og gevinstoppfølging
- Stegvis utvikling basert på test, erfaring og evaluering



Digital hjemmeoppfølging i Helsefellesskapet Østfold



Digital hjemmeoppfølging i
kommunene - felles
oppfølgingstjeneste



Digital hjemmeoppfølging ved
sykehuset Østfold



Digital hjemmeoppfølging,
samhandling mellom sykehus
og kommuner



Digital hjemmeoppfølging,
lokal oppfølging i kommunen

Emnekurs digital hjemmeoppfølging

Formål:

- Skape engasjement
- Øke kunnskap om DHO
- Legge grunnlaget for lokal samhandling
- **Målet er å etablere en plattform for samhandling mellom helsepersonell i kommune, fastleger og sykehus.**
- Helsedirektoratet har laget godkjent opplegg som gjennomføres av det enkelte prosjekt
- 6 kurs i 2024, 2 hittil i 2025 - ca 400 deltakere



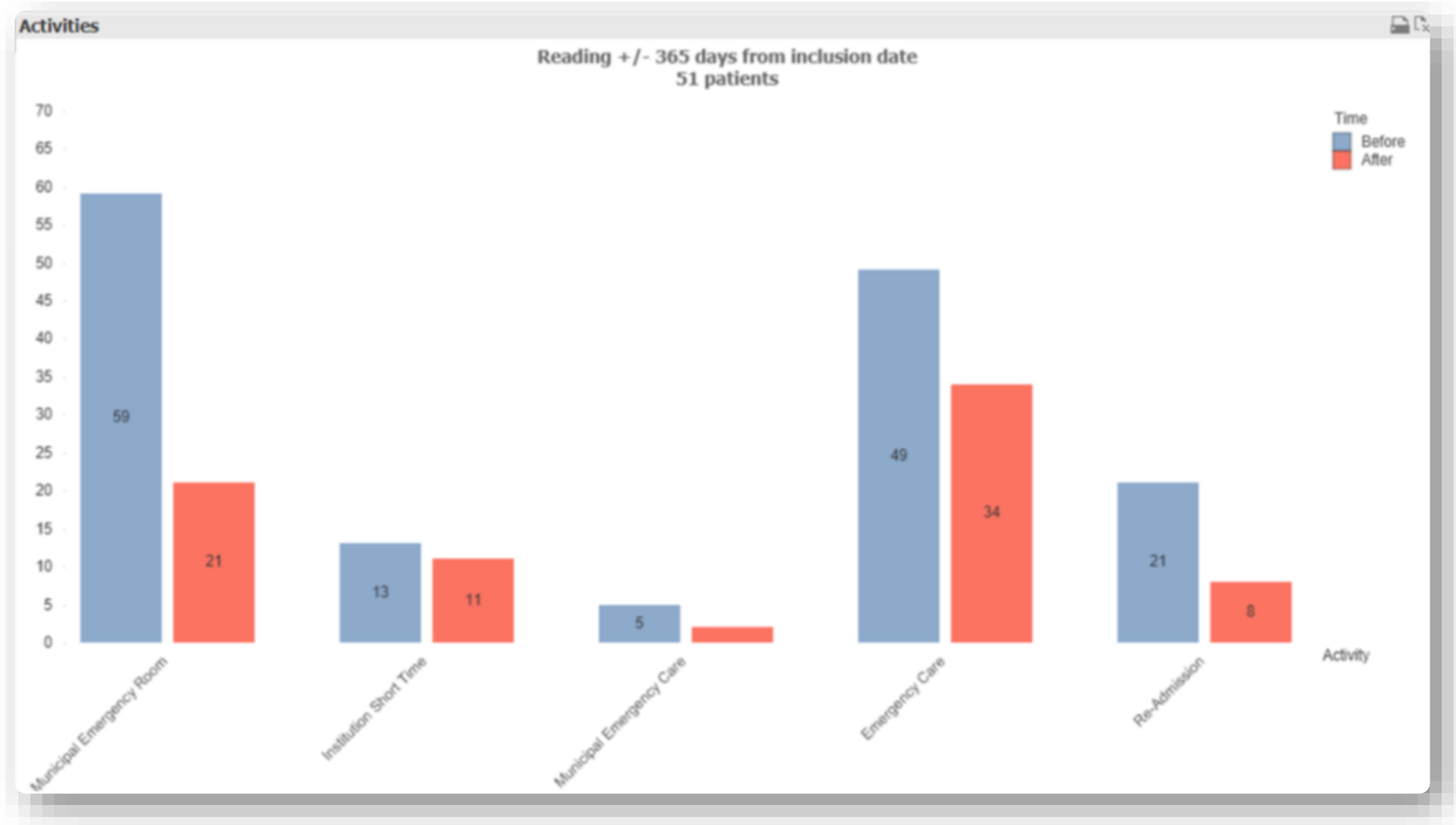
Rapporterte gevinster med digital hjemmeoppfølging

Nasjonal brukerundersøkelse

- 93% er svært fornøyd eller fornøyd med digital hjemmeoppfølging
- 84% opplever at DHO har bidratt til økt trygghet
- 65% opplever en økt evne til å ta vare på egen helse
- 32% opplever at deres fysiske helse er bedre
- 53% opplever at deres livskvalitet er bedre
- 33% rapporterer å ha redusert hyppigheten av fastlegebesøk



Effekt på tjenesteforbruk – Ullensaker/Ahus-prosjektet tall fra NPR/KPR



Gevinster i samarbeid mellom sykehus og kommuner



Gevinster

Møter leger og sykepleiere med interesse for KOLS, helhetlig tilnærming!



ahus.no • MENNESKELIG NÆR, FAGLIG STERK



Kan fange opp tegn til forverring på et tidlig tidspunkt, reduksjon i innleggelser



Pasient er bedre forberedt og dialogen i legekonsultasjonen blir bedre. Trygghet, kunnskap og mer fleksibilitet for pasient



Bedre vurdering av O2-behandling og flere får hjemme-O2



Bedre gjennomgang og justering av medikamenter i pasientforløpet



Prioritert oppfølging av pasienter som trenger det mest – brukerstyrt poliklinikk



Økt samhandling i Helsefellesskapene gjennom DHO

- Samarbeid i Helsefellesskapet blir mer og mer viktig
- Flere kommuner inngår i samarbeidsprosjektene innen hvert Helsefellesskap – viktig for skalering og gevinster
- Anskaffelser i Helsefellesskapet; Østfold, Sør-Rogaland. Ahus/Ullensaker, Nordlandssykehuset
- Flere etablerer/vurderer samarbeid om felles oppfølgingstjeneste
- For noen er Helsefellesskapets samarbeidsutvalg styringsgruppe, for andre referansegruppe eller kanal for informasjon
- Støtte fra rekrutterings- og samhandlingsmidler gir økt gjennomføringskraft
- Forskning på samarbeid i Helsefellesskapet ved implementering av DHO

Utfordringer og læring jfr sluttrapporter - spredning av DHO

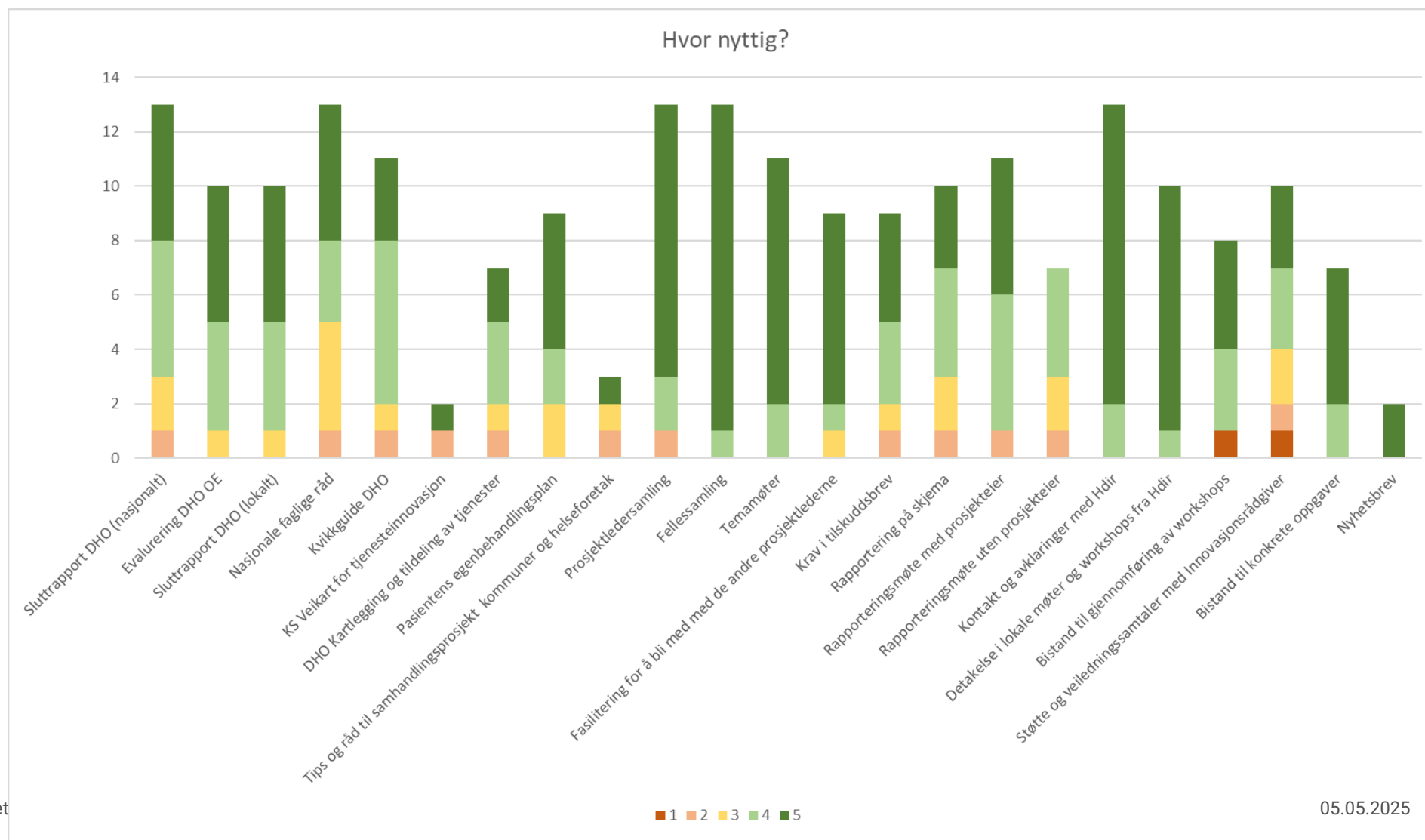
Utfordringer

- Finansiering
- Utfordrende å få med fastlegene
- Manglende integrasjon (VKP)
- Manglende deling av pasientens måledata samt egenbehandlingsplan
- Krevende anskaffelser
- Utfordrende å synliggjøre gevinster, mangler gode analyseverktøy

Læring

- Forankring i alle ledd, tidlig involvering og bli enige om felles mål
- Lær av andres prosjekt og bruk deres erfaring og modeller
- Smidig utvikling
- Integrer tett med eksisterende tjenester
- Opplæring
- Bruk KS sitt verktøy for helhetlig tjenestemodell for å sikre roller og ansvar

Nytte av ulike virkemidler – svar fra prosjektledere aug. 24



Helseteknologiordningen 2025

Helseteknologiordningen

Tilskudd

Tilrettelegging for å ta i bruk teknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Utprøving og innføring av digitale samhandlingsløsninger

Nettverk for innføring av helseteknologi og prioriterte samhandlingstiltak i kommunal sektor

Veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier

Støtte til bruk og tilpasning av standarder
Samarbeidsmodellen

Standardiseringsorganisasjoner

Prosessveiledning til kommuner

Nytte og evaluering

Prioriterte områder i 2025: Journal, digital hjemmeoppfølging, velferdsteknologi, eventuelt annen teknologi

Hvorfor behov for videre oppfølging?

- Digital hjemmeoppfølging er fortsatt i utvikling
- Stort potensiale i samordning mellom kommuner innen Helsefellesskapene og i samhandling om felles pasienter på tvers av tjenestenivåene.
- Mange små distriktskommuner med, er fortsatt i oppstart, og har behov for støtte
- Behov for koordinering og utvikling av beste praksis og mer lik oppfølging i hele landet.
- Behov for bedre tallgrunnlag for analyser av tjenesteforbruk i samhandling, slik at dette kan følges og diskuteres både lokalt, i de enkelte helsefellesskap og nasjonalt

Spørsmål vi ønsker innspill til

- Hvordan bør videre innretning på satsing på digital hjemmeoppfølging i Helseteknologiordningen innrettes?
- Hva bør være myndighetens rolle i videre satsing på digital hjemmeoppfølging? Hva bør Helsedirektoratet arbeide med for å stimulere til samarbeid og videre spredning

Forslag til vedtak

NUFA drøftet og ga råd til innretning av videre satsing på digital hjemmeoppfølging gjennom Helseteknologiordningen. Innspill fra drøftinger og råd fra NUFA tas med i videre arbeid i 2025 og plan for 2026.

Pause – oppstart igjen kl. 15.15

—

Sak 15/25: Evaluering av nasjonal rådsmodell for e-helse



Evaluering av nasjonal rådsmodell for e-helse

NUFA 23. april 2025



Hensikt med saken

Som en del av evalueringen av nasjonal rådsmodell for e-helse ønsker vi med denne saken å:

- presentere for NUFA tilbakemeldingene vi har fått så langt
- drøfte ulike forslag til endringer av modellen og hvilken rolle NUFA kan ta
- drøfte ressursbesparende tiltak for NUFA.



Noen tilbakemeldinger fra intervjurunden

- Rådsmodellen er en god arena for dialog og informasjons- og erfaringsutveksling, og den bidrar til å få fram ulike perspektiver og skape en felles forståelse og retning.
- Det er fortsatt mer å gå på for å øke gjennomføringsevnen - bør ha større fokus på å ta ut gevinster.
- Behov for bedre balanse mellom teknologi og fag, både i saker og representasjon.
- Usikkerhet om vi trenger tre nivåer - E-helserådet og NUIT har blitt for like.



Tilbakemeldinger fra NUIT i møte 13. februar

- Dialogarenaer som rådsmodellen er viktig, og det er lærerikt å delta.
- Sakene og drøftingene bør være mer forankret i helsetjenesten, og ta frem tjenestens og innbyggers behov. Drøftingene blir ofte teknologiorienterte.
- På spørsmål om vi bør endre NUIT:
 - Dersom rådsmodellen skal endres til kun to nivåer, må hele modellen gjennomgå og justeres ut fra et helhetsperspektiv, vi kan ikke bare fjerne et av dagens nivåer.
 - Det er vanskelig å si nei til noen av utvalgene i rådsmodellen, selv om det samlet sett er mange råd og utvalg. Noen deltar kun i rådsmodellen som samler alle aktører.
 - Et forslag er å i større grad følge gjeldene mandater, rendyrke utvalgene og unngå at samme saker, med samme innretning, drøftes i flere nivåer i rådsmodellen.



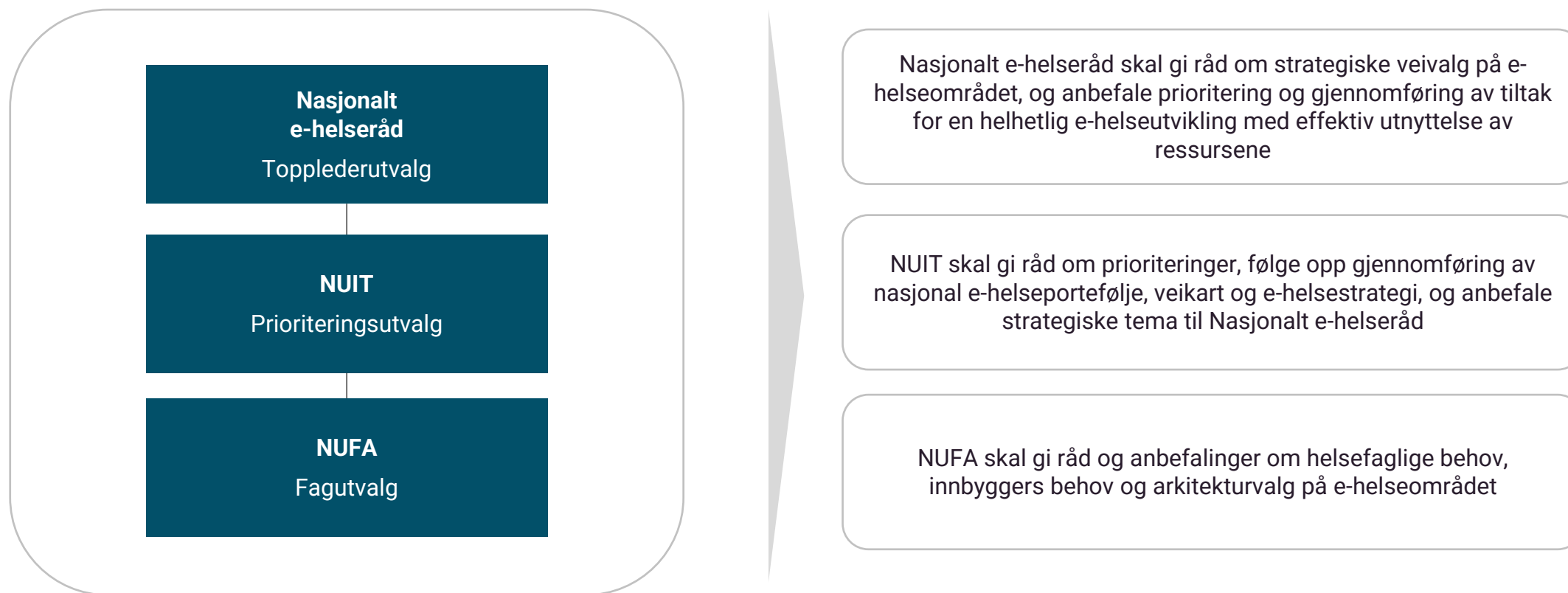
Tilbakemeldinger fra E-helserådet 20. mars

- Det er av stor verdi å ha arenaer hvor aktørene i helse- og omsorgssektoren møtes.
- Det tar tid å bygge opp arenaer som rådsmodellen, og en bør tenke seg om før en gjør store endringer. Det kan være positivt at en sak behandles og forankres på flere nivåer, da en sak ofte har flere sider.
- Et alternativ til NUIT er å etablere et arbeidsutvalg med noen representanter på tvers, som forbereder saker til Nasjonalt e-helseråd.
- NUFA fikk gjennomgående gode tilbakemeldinger, og oppleves som en nyttig arena.
- Oppsummert tok flere til orde for at Nasjonalt e-helseråd kan spisses ytterligere i strategisk retning og NUFA beholdes, men det bør gjøres en vurdering av NUIT.



Dagens modell

Nasjonal rådsmodell for e-helse skal samle de sentrale aktørene i helse- og omsorgssektoren om behov, felles utviklingsretning, innsats og mål for e-helseutviklingen



Alternativ 1



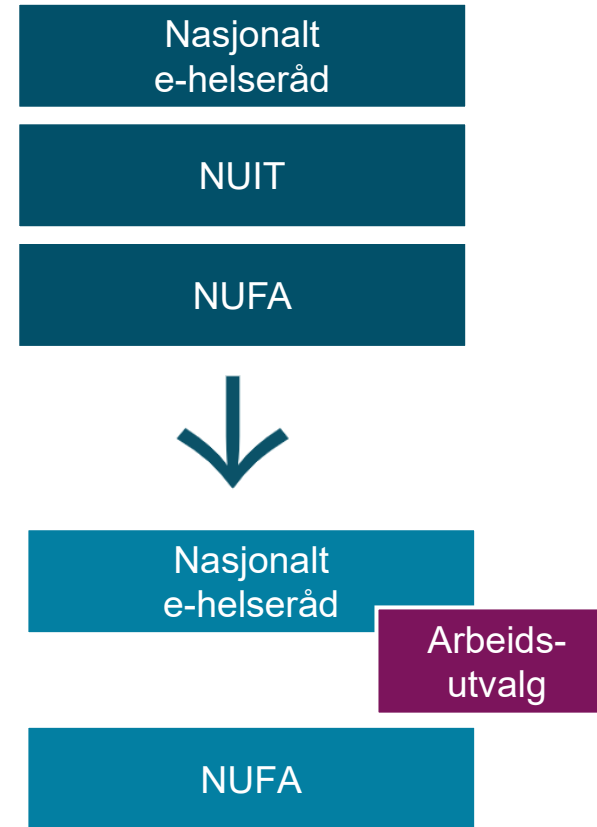
Fortsetter med dagens modell med tre nivåer

Alternativ 2



Endrer til to nivåer med justerte mandater for de to utvalgene

Alternativ 3



Endrer til to nivåer med justerte mandater for de to utvalgene, og etablerer arbeidsutvalg som forbereder saker til E-helserådet

Alternativ 4



Fortsetter med tre nivåer, men NUIT endres til kortere og hyppigere møter (evt. på teams)

Alternativ 1

(dagens modell med tre nivåer)

- Fordeler
 - Dagens modell får gode tilbakemeldinger
 - Gir lav risiko å ikke gjøre større endringer
- Ulemper
 - Får ikke redusert ressursbruken

Nasjonalt
e-helseråd

NUIT

NUFA

Fortsetter med dagens
modell med tre nivåer

Alternativ 2 (to nivåer)

- Fordeler
 - Gir redusert ressursbruk
 - Kan gi et tydeligere skille mellom utvalgene enn vi har i dag
- Ulemper
 - Får ikke forberedt og forankret sakene i like stor grad i forkant av E-helserådet
 - Flere saker må behandles i E-helserådet
 - Kan bli behov for at E-helserådet, som er et topplederutvalg, må behandle saker som ikke er like strategiske
 - Ingen naturlig plass i rådsmodellen for flere sentrale ressurser innen digitalisering av helse- og omsorgssektoren

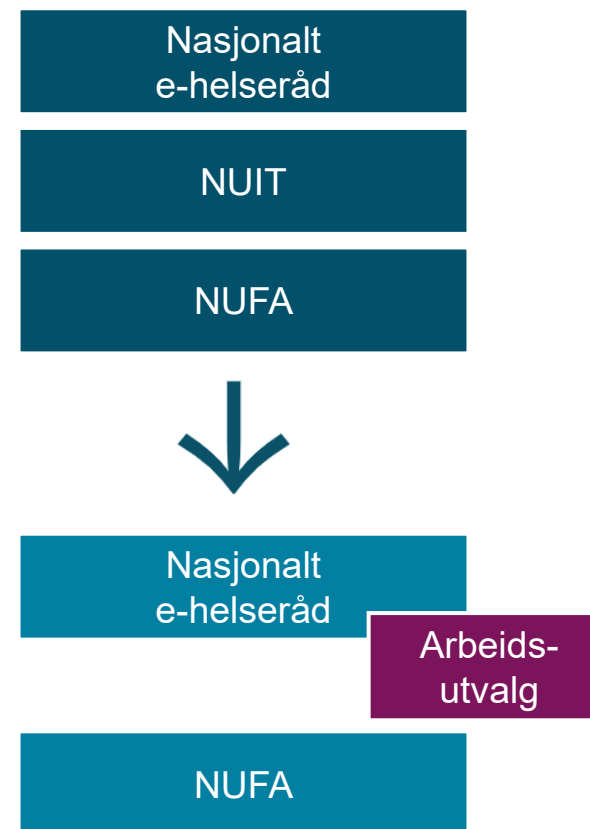


Endrer til to nivåer med justerte mandater for de to utvalgene

Alternativ 3

(to nivåer + arbeidsutvalg)

- Fordeler
 - Gir redusert ressursbruk
 - Kan få et tydeligere skille mellom utvalgene enn i dag
 - Kan få økt kvalitet på saker og underlag til E-helserådet
 - Kan få flere saker til E-helserådet fra de andre aktørene
- Ulemper
 - Flere saker må behandles i E-helserådet
 - Kan bli behov for at E-helserådet, som er et topplederutvalg, må behandle saker som ikke er like strategiske
 - Ingen naturlig plass i rådsmodellen for flere sentrale ressurser innen digitalisering av helse- og omsorgssektoren



Endrer til to nivåer med justerte mandater for de to utvalgene, og etablerer arbeidsutvalg som forbereder saker til E-helserådet

Alternativ 4

(tre nivåer, hyppigere og kortere NUIT)

- Fordeler
 - Gir større mulighet for å ta opp dagsaktuelle saker i NUIT
 - Kan redusere behovet for andre råd og utvalg
- Ulemper
 - Får ikke redusert ressursbruken
 - Blir flere møter å forberede og delta i for NUIT



Fortsetter med tre nivåer, men NUIT endres til kortere og hyppigere møter (evt. på teams)

Drøfting

1. Tilbakemeldinger på de ulike alternativene:

- Er det andre alternativ som bør vurderes?
- Ser dere flere fordeler og ulemper ved hver av alternativene?
- Hvilken rolle NUFA kan ta, og hvilke råd og anbefalinger NUFA kan ta et selvstendig ansvar for?

2. Ressursbesparende tiltak for NUFA



Alternativ 1



Fordeler

- Dagens modell får gode tilbakemeldinger
- Gir lav risiko å ikke gjøre større endringer

Ulemper

- Får ikke redusert ressursbruken

Alternativ 2



Fordeler

- Gir redusert ressursbruk
- Kan gi et tydeligere skille mellom utvalgene enn vi har i dag

Ulemper

- Får ikke forberedt og forankret sakene i like stor grad i forkant av E-helserådet
- Flere saker må behandles i E-helserådet
- Kan bli behov for at E-helserådet, som er et topplederutvalg, må behandle saker som ikke er like strategiske
- Ingen naturlig plass i rådsmodellen for flere sentrale ressurser innen digitalisering av helse- og omsorgssektoren

Alternativ 3



Fordeler

- Gir redusert ressursbruk
- Kan få et tydeligere skille mellom utvalgene enn i dag
- Kan få økt kvalitet på saker og underlag til E-helserådet
- Kan få flere saker til E-helserådet fra de andre aktørene

Ulemper

- Flere saker må behandles i E-helserådet
- Kan bli behov for at E-helserådet, som er et topplederutvalg, må behandle saker som ikke er like strategiske
- Ingen naturlig plass i rådsmodellen for flere sentrale ressurser innen digitalisering av helse- og omsorgssektoren

Alternativ 4



Fordeler

- Gir større mulighet for å ta opp dagsaktuelle saker i NUIT
- Kan redusere behovet for andre råd og utvalg

Ulemper

- Får ikke redusert ressursbruken
- Blir flere møter å forberede og delta i for NUIT

Forslag til vedtak

NUFA har gitt sine tilbakemeldinger på ulike forslag til endring av nasjonal rådsmodell for e-helse, og NUFAs rolle i modellen. Helsedirektoratet tar med innspillene til videre drøfting i NUIT og Nasjonalt e-helseråd.