



Direktoratet for
e-helse

NUFA

30. – 31. januar 2019

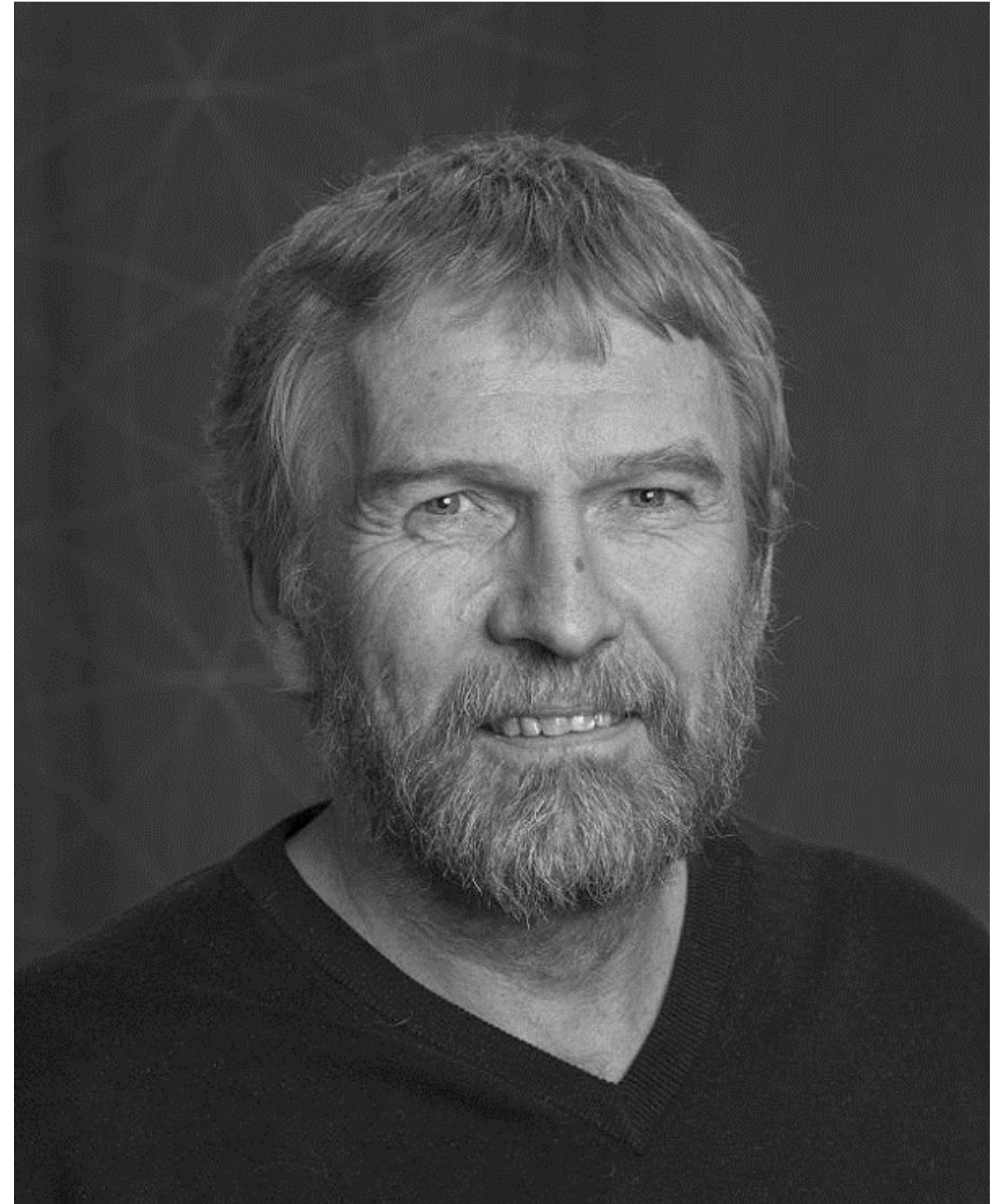
Scandic Hotell, Lillestrøm

Endring i representanter i NUFA

- Mona Pedersen (Lenvik Kommune) erstatter Grethe Almenning (Bergen Kommune)
- Jon Gupta (Helse Sør-Øst RHF) erstatter Ulf Sigurdsen (Helse Sør-Øst RHF)
- Mohammad Nouri Sharikabad (FHI) erstatter Helena Niemi Eida (FHI)
- Anders Grimsmo: SISTE MØTE I NUFA

Anders Grimsmo

- Viktig stemme inn i NUFA for
 - Helsefaglig perspektiv
 - Kunnskap og forskning
 - pasientperspektivet



Administrative oppgaver og tillitsverv

Hvor er NUFA????

Administrative oppgaver og tillitsverv

Medlem av fagutvalget i eHelsegruppen i Helse og omsorgsdepartementet fra 2010

Medlem av EU eHealth Interoperability Expert Group fra 2006 - 2007

Styremedlem i Nasjonal IKT fra 2004 til 2010.

Styremedlem i Helse Midt-Norge RHF fra 2003-05.

Styremedlem i Helse Nordmøre og Romsdal 2002-03.

Medlem av Legeforeningens Kvalitetsutvalg for primærmedisin (KUP) 2001-08

Medlem av Sosial- og helsedirektoratets Samarbeidsråd for IKT i helsesektoren fra 1999 - 2010

Medlem av WONCA's internasjonale klassifikasjonskomité fra 1998 (forts).

Medlem av Felles EDB-utvalg for primærhelsetjenesten fra 1997 til 2002

Leder for NSAM's klassifikasjonsutvalg fra 1998 (forts).

Norsk representant i Nordisk Medicinalstatistisk Komité i NOMESKO fra september 1993-97.

Nidarosprisen for fremme av allmennpraksis og allmennmedisinsk forskning 1994.

Representant for spesialistkomiteen i allmennmedisin i DNLF's utvalg for Akademisk styrking av samfunnsmedisin 1992-93.

Leder for allmennmedisinsk forskningsutvalg fra 1988 til 1991. Representant i forskningsutvalget for NSAM fra 1986.

Representant i Strategiutvalget i NFR for allmennmedisinsk forskning i 1990.

Styremedlem i Norsk selskap for allmennmedisin fra 1987-89.

Medlem av interimsstyret ved opprettelsen av medisinerstudiet i Trondheim fra 1973-76. Senere medlem av fakultetsrådet i 2 år.

Saker 30. januar

Tittel	Sakstype	Sakseier	Holder presentasjonen	Start	Varighet	Slutt
Velkommen til NUFA 30.-31. januar 2019 • Godkjenning av innkalling og dagsorden og referat fra møte 7. - 8. november 2018	Godkjenning	Inga Nordberg		10:00	00:05	10:05
Orientering fra Direktoratet for e-helse • Direktoratets portefølje 2019 • NEO	Orientering			10:05	00:20	10:25
Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste • Presentasjon av ekstern kvalitetssikring (KS1)	Orientering	Karl Vestli	Idunn L. Kavlie	10:25	00:15	10:40
Pause - 5 min				10:40	00:05	10:45
Velferdsteknologisk knutepunkt • Orienterer om midtsveisrapport	Orientering	Karl Vestli	Marianne B. van Os	10:45	00:25	11:10
Medisinsk avstandsoppfølging • Innspill til plan	Orientering	Karl Vestli	Espen Møller	11:10	00:20	11:30
Lunsj				11:30	00:45	12:15
HL7 FHIR og nasjonal styring – hvordan og hvem? • Introduksjon og gruppearbeid	Drøfting	Hans Løwe Larsen	Jon Stolpnessæter	12:15	03:00	15:15
Pause				15:15	00:15	15:30
Oppdatert produktstrategi grunndata • Konsekvenser for sektor ved innføring av ny plattform	Orientering/ Drøfting	Bodil Rabben	Ronny Holten Olsen	15:30	00:30	16:00
Nasjonal e-helseportefølje - Fokus; legemiddelområdet	Orientering	Bodil Rabben	Espen H. Carlsen	16:00	01:00	17:00
Slutt dag 1				17:00		
Middag				18:30		

Saker 31. januar – Tema: e-konsultasjon

Tittel	Sakstype	Sakseier	Holder presentasjonen	Start	Varighet	Slutt
Velkommen • Innledning til tema "e-konsultasjon"		Karl Vestli	Karl Vestli	08:30	00:10	08:40
Inspirasjon og faglig påfyll						
• E-konsultasjon - kommet for å bli!			Nina Brøyn, Helsedirektoratet og Jon Torgeir Lunke, Direktoratet for e-helse	08:40	01:00	09:40
• Videokonsultasjoner i praksis			Ida Aalen, Confrere	09:40	00:30	10:10
• E-konsultasjon på fastlegekontoret – er det nyttig?			Petter Berlin, Legeforeningen	10:10	00:30	10:40
Pause 10 min				10:40	00:10	10:50
Diskusjon i plenum om e-konsultasjon med deltakelse fra innlederne			Jon-Torgeir Lunke	10:50	01:10	12:00
Lunsj				12:00	00:45	12:45
Strategisk plan for e-helse - • Foreløpig innretning på strategiske kriterier (oppfølging av oppdrag fra NUIT)			Karoline Gårdsmoen	12:45	01:00	13:45
Innsatsområdet Beredskap informasjonssikkerhet og personvern			Jan Gunnar Broch	13:45	00:30	14:15
Slutt dag 2				14:15		

SLIDO

- Gå inn på **slido.com**
- Tast inn eventkode: **#W503**
- Skriv inn navnet ditt oppe i høyre hjørne
- Tast inn ev spørsmål du må ha i løpet av presentasjonene 😊



Direktoratet for
e-helse

**Sak 1/19:
Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt
godkjenning av referat fra møte 7 - 8.nov 2018**

Ønsker under eventuelt?

NUFA 30.-31.januar 2018

- NUFA godkjenner innkalling og dagsorden
- NUFA godkjenner referat fra møtet 7- 8.nov 2018



Direktoratet for
e-helse

Sak 2/19: Orientering fra Direktoratet for e-helse

NUFA 30.-31.januar 2018

Orientering fra Direktoratet for e-helse

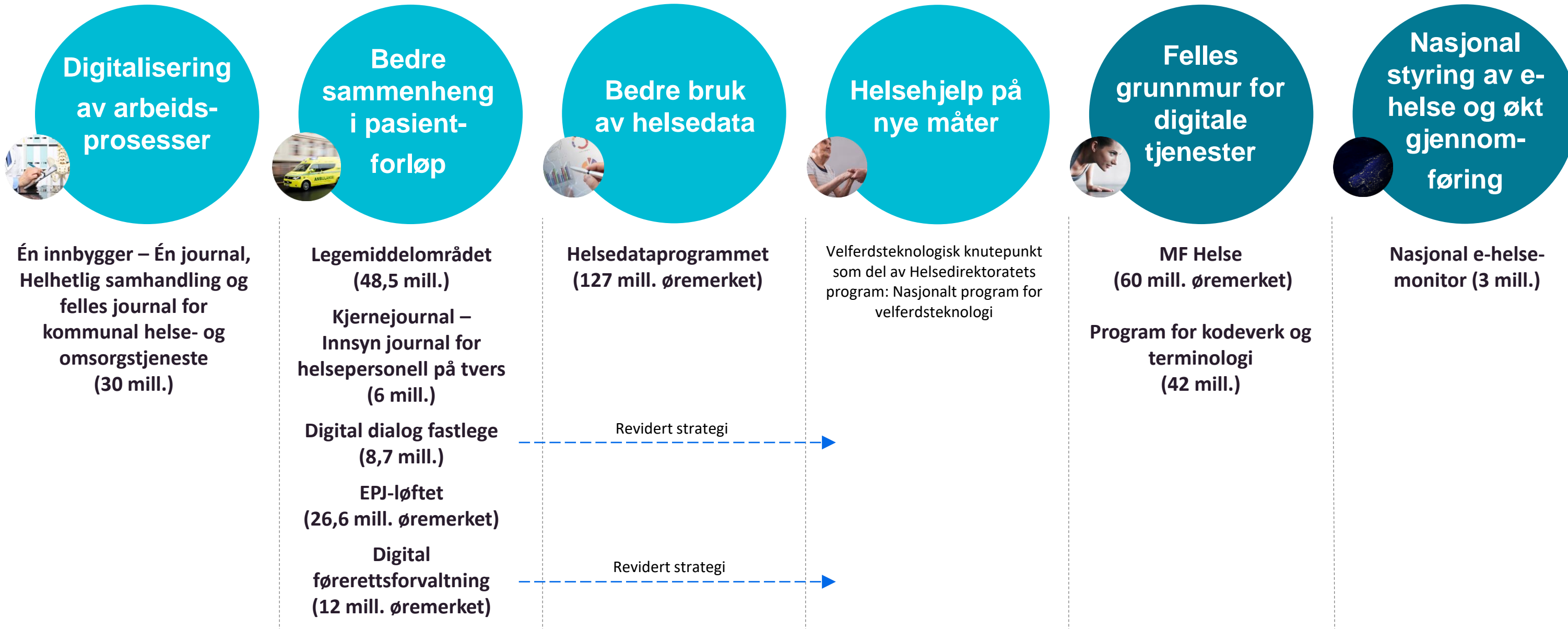
1

Nasjonal e-helseportefølje

2

NEO – Ny e-helseorganisering

Prosjektene strategiske tilknytning og budsjett 2019



Leveranser 2019 (prioriterte områder)

Legemiddelområdet

Ferdigstille

Sentral forskrivningsmodul

Prøve ut e-resept og kjernejournal i pleie- og omsorgstjenesten i de første kommunene

Felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste

Beslutningsunderlag (forprosjekt) for en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste

PKT

Etablere systemstøtte for kodekatalog, SNOMED CT, registervariabel-bibliotek og API'er

Forberede for økosystem av standard terminologi (SNOMED CT),

Starte etablering av en norsk versjon av SNOMED CT terminologien.

Utrede og beslutte prinsipper for bruk av terminologi og i EPJ

2019

2020 →

Innføre multidose i e-resept for første EPJ i pleie- og omsorgstjenesten

Prøve ut Sentral forskrivningsmodul med første EPJ

Begrenset utprøving av Pasientens legemiddelliste i Bergens regionen (uten Sentral forskrivningsmodul)

Bredde e-resept, kjernejournal, multidose og pasientens

•••• Direkt legemiddelliste via SFM/egenutvikling

Påfølgende leveranser avklares som del av kommende beslutningsprosesser

Etablere økosystem av standard terminologi (SNOMED CT)

Etablere en norsk versjon av SNOMED CT terminologien.

Orientering fra Direktoratet for e-helse

1

Nasjonal e-helseportefølje

2

NEO – Ny e-helseorganisering

NUFA tar sakene til orientering.



Direktoratet for
e-helse

Sak 3/19: Én innbygger – én journal

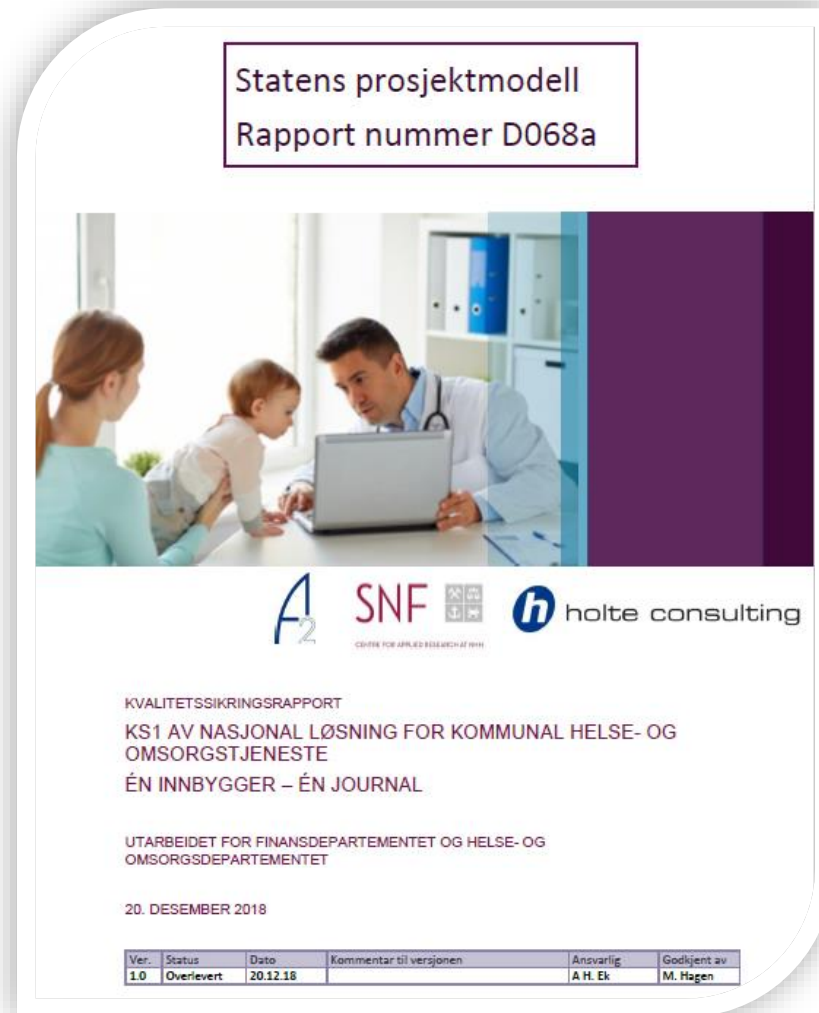
Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste

- status etter KS1-rapport

Idunn Løvseth Kavlie

NUFA 30.- 31.januar 2019

Ekstern kvalitetssikrer har levert sin KS1-rapport



Hovedanbefalinger

- Det er behov for nasjonale tiltak og K7 bør velges som konseptalternativ
- Konseptvalget bør tas nå og forprosjektet bør settes i gang så raskt som mulig

Særskilt merknad

Bør være en stor grad av forpliktelse før et såpass stort tiltak kan igangsettes. Anbefaler at det inngås en gjensidig bindende avtale med kommuner, fastleger o.a. private aktører i forprosjektfasen. Pålegg om obligatorisk deltakelse bør vurderes i forprosjektfasen

Føringer for forprosjekt

- Ansvaret for forprosjektfasen bør ligge i Direktoratet for e-helse
- Utforming av finansieringsmodell og mandatet for den nasjonale tjenesteleverandøren bør være på plass før endelig beslutning om hvor ansvaret bør ligge i gjennomføringsfasen tas.
- Høy risiko i gjennomføringen av tiltaket – store krav til profesjonell styring på portefølje-, program- og prosjektnivå

Ekstern kvalitetssikrer har levert sin KS1-rapport

Behovsanalysen	Vurdering			
Tilfredsstillende beskrivelse av interessenter og aktører				■
Tiltaket relevant i forhold til samfunnsmessige behov				■
Behovsanalysen tilstrekkelig komplett og har indre konsistens			■	
Strategi				
Konsistens mellom mål og behovsanalyse			■	
Konsistens mellom ulike mål				■
Hensiktsmessig målhierarki		■		
Realistiske mål og verifiserbar måloppnåelse		■		
Prosjektspesifikke mål				■
Tilstandsbeskrivende mål				■
Krav				
Kravene er presise og hensiktsmessige		■		
Konsistens mellom kravkapittel og strategikapittel			■	
Konsistens mellom krav				■
Prioritering mellom ulike typer krav i forhold til mål i strategikapittel		■		
Mulighetsstudien				
Prosess og anvendte metoder			■	
Full bredde i muligheter		■		
Indre konsistens og konsistens mot foregående kapitler				■
Alternativanalysen				
Realistisk nullalternativ og minst to konseptuelt ulike alternativer				■
Vurdering av alternativenes innfrielse av krav			■	
Avhengigheter og grensesnitt mot andre prosjekter		■		
Resultatmål (innhold, kostnad og tid)			■	

Ekstern kvalitetssikrer har levert sin KS1-rapport

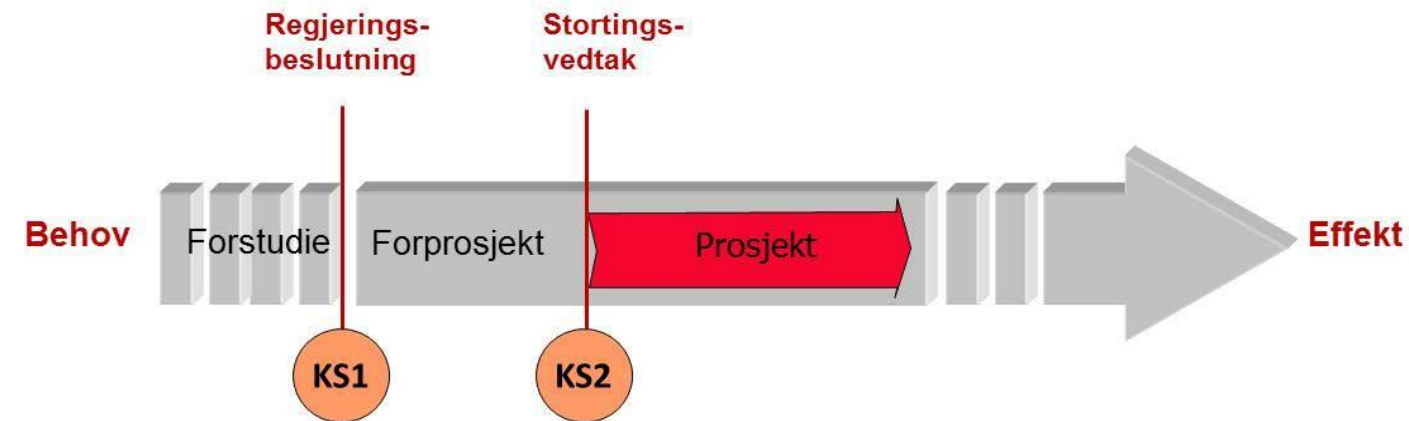
Konseptalternativer	KVU			KS1		
	K1	K4	K7	K1	K4	K7
Netto nåverdi	8,7	13,1	31,4	1,4	4,1	15,5
Investeringskostnad (p50) (inkl. mva.)	5,8	14,8	13,7	5,3	12,5	11,4
Drifts- og forvaltningskostnad	8,4	18	15,8	8,1	13,6	12,1

Alle tall i milliarder 2018-kroner

KVU og KS1 rapporter er tilgjengelig på ehelse.no

Link: <https://ehelse.no/strategi/n-innbygger-n-journal/nasjonalt-journallosning-for-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste>

Et konseptvalg er ikke en forpliktende investeringsbeslutning, men en beslutning om å avklare gjenstående spørsmål i et forprosjekt før endelig beslutning om igangsetting



Dette er gjort til nå

- Kartlagt behovet for tiltak
- Utarbeidet og vurdert alternative konsepter
- Anbefalt et konsept
- Gjennomført ekstern kvalitetssikring (KS1)

Neste steg

- Regjeringen gjør sitt **konseptvalg** og beslutter ev. oppstart av **forprosjekt**

Videre arbeid:

- Forprosjekt som skal besvare spørsmål knyttet til:
 - Løsningsomfang
 - Ansvar, organisering og gjennomføring av tiltaket
 - Gjennomføringsstrategi
 - Forpliktelser fra kommunene
 - Kontraksstrategi
 - Finansieringsmodeller
 - Gevinstrealisering
- Ny kvalitetssikring etter forprosjektet (KS2)
- Stortinget fatter **investeringsbeslutning**

Forprosjektet skal levere sentralt styringsdokument som gir grunnlag for å fatte beslutning om investering og gjennomføring

Hva er de overordnede rammene for prosjektet?

Hvordan skal prosjektet gjennomføres for best mulig å oppnå hensikten?

Hva skal gjøres når, og hvor mye vil det koste?

«Et godt styringsdokument må ha en balansert fremstilling av punktene, og tydeliggjøre årsakssammenhengen mellom prosjektets hensikt, mål, kritiske suksessfaktorer, strategier og styringsgrunnlag»

(Consept veileder)

Struktur for det sentrale styringsdokumentet

1

Overordnede rammer

- Hensikt, krav og hovedkonsept
- Prosjektmål
- Kritiske suksessfaktorer
- Rammebetingelser
- Grensesnitt og avhengigheter

2

Prosjektstrategi

- Strategi for styring av usikkerhet
- Gjennomføringsstrategi
- Kontraktsstrategi
- Organisering og ansvarsdeling

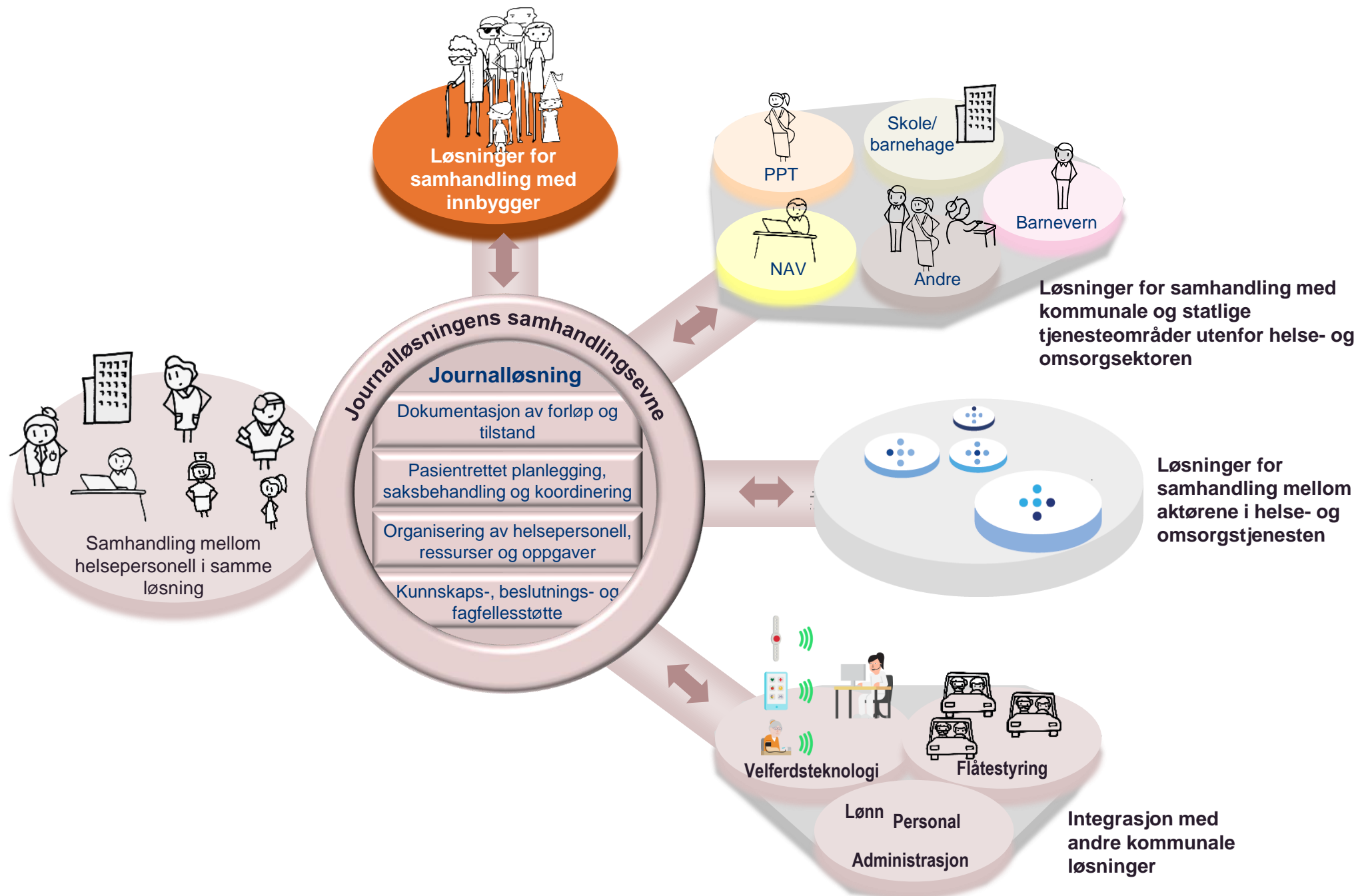
3

Prosjektstyringsbasis

- Arbeidsomfang, herunder endringsstyring
- Prosjektnedbrytningsstruktur PNS
- Kostnadsoverslag, budsjett og investeringsplan
- Tidsplan
- Kvalitetssikring

«Et godt styringsdokument må ha en balansert fremstilling av punktene, og tydeliggjøre årsakssammenhengen mellom prosjektets hensikt, mål, kritiske suksessfaktorer, strategier og styringsgrunnlag»

Omfang av nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester



- **Dokumentasjon av forløp og tilstand**
 - Basisverktøyet for helsepersonell flest
 - Funksjonalitet for å kunne dokumentere utførelsen av helsehjelp, samt vise og dokumentere helseopplysninger som funksjon av tid (kurve).
 - Systemområdet omfatter standardiserte grensesnitt for integrasjon av medisinsk-teknisk utstyr og utvalgt velferdsteknologi.
- **Pasientrettet planlegging, saksbehandling og koordinering**
 - Informasjon om pasientens avtaler, henvisninger, søknader og planer for helsehjelp.
 - I kommunale helse- og omsorgstjenester brukes i tillegg egen funksjonalitet for å behandle søknader om tjenester, vedtak om tvang, innmeldte avvik m.m. Dette kalles pasientrettet saksbehandling.
- **Organisering av helsepersonell, ressurser og oppgaver**
 - Funksjonalitet for å følge opp utførelsen av behandlingsplaner, definere og administrere timebøker for avdelinger og konkrete arbeidsoppgaver for helsepersonell, samt drive pasientrettet logistikkstyring.
- **Kunnskaps-, beslutnings- og fagfellesstøtte**
 - En moderne journaløsning inneholder funksjonalitet for å kunne definere og nyttiggjøre seg av kunnskaps-, beslutnings- og fagfellesstøtte i arbeidet.

Områder som beskriver omfang

Tema 1: Funksjonalitet og samhandling i felles journalløsning	Tema 2: Samhandling helsepersonell med ulike journalløsninger	Tema 3: Samhandling andre tjenester (kommunale og statlige)	Tema 4: Samhandling innbygger	Tema 5: Informasjonstilgang, identitets- og tilgangsstyring	Tema 6: Administrasjon og styring
HL 7 Functional model	Samhandling mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten	Koordinering og plan for bruker (inkl. individuell plan)	Involvering av innbygger – og teambaserte tjenester og helsetjenesteinnovasjon	Definere tjenstlig behov og tildele tilganger, inkl. administrering av tilganger	Personalledelse
Tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester	Samhandling mellom institusjonstjenester og spesialisthelsetjenesten	Enklere søknad og gjenbruk av informasjon	Tema X	Informasjonssikkerhet og personvern	Økonomi og finans
Ressurs/flåtestyring	Samhandling mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten	Rapportering til nasjonale helseregistre			Velferdsstøtte
Fysioterapi-/ergoterapi-tjenester	Samhandling mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og apotek/grossist	Rapportering til nasjonale tjenester (f.eks. HELFO)			Innkjøp og vareforsyning
Tannhelsetjenesten	Samhandling mellom legevakt/legevaktsentral og spesialisthelsetjenesten				Håndtering av utstyr og hjelpemidler
	Velferdsteknologi				Kvalitet og pasientsikkerhet
					Administrasjon av helsehjelp
					Virksomhetsstyring
					Velferdsteknologi (Administrasjon)?

NUFA tar saken til orientering.



Direktoratet for
e-helse

Pause kl. 10:40-10:45



Direktoratet for
e-helse

Sak 4/19: Velferdsteknologisk knutepunkt

Marianne B. van Os

NUFA 30.- 31.januar 2019

Hvorfor utprøving av velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)?

Målsetting Nasjonalt Velferdsteknologiprogram (NVP) – fra Omsorg 2020:

«Velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i Helse- og omsorgstjenestene innen 2020».

- Utfordringer med skalering, informasjonssikring og sammenkobling av de velferdsteknologiske (VFT-) løsningene med kommunale EPJ
- Kommunene ønsker felles infrastruktur som muliggjør effektiv datadeling
 - Tidsbesparelser og økt dokumentasjonskvalitet
 - Akselerere implementering av VFT i kommunene



Områder som skal utredes gjennom videre utprøving



Leveranser i 2019:

1. feb. og 1. jun.: Utkast på dokumentasjon av områdene

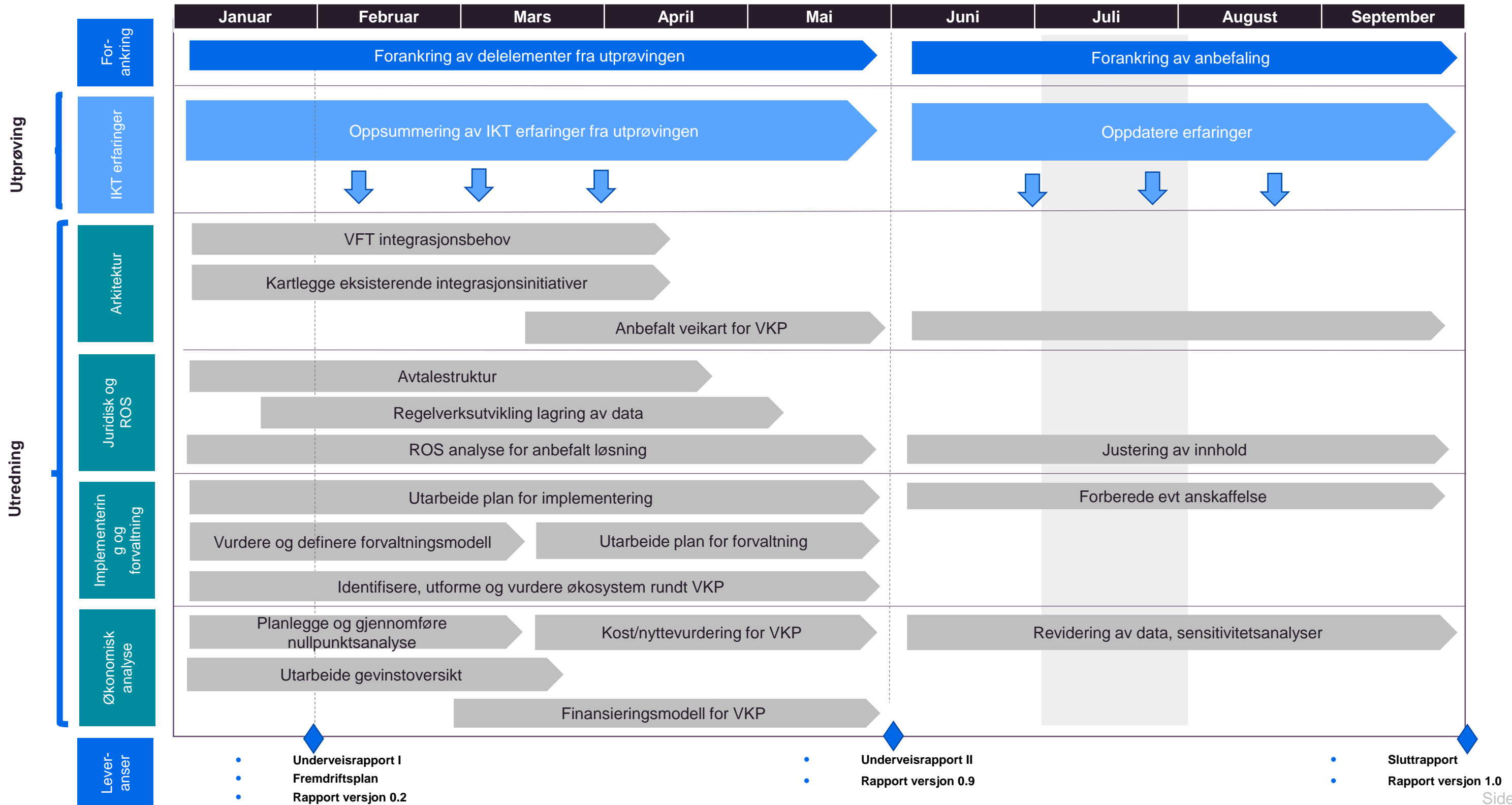
1. okt.: Anbefaling og plan for veien videre

Utredning i fokuserte arbeidsspor – hovedtema

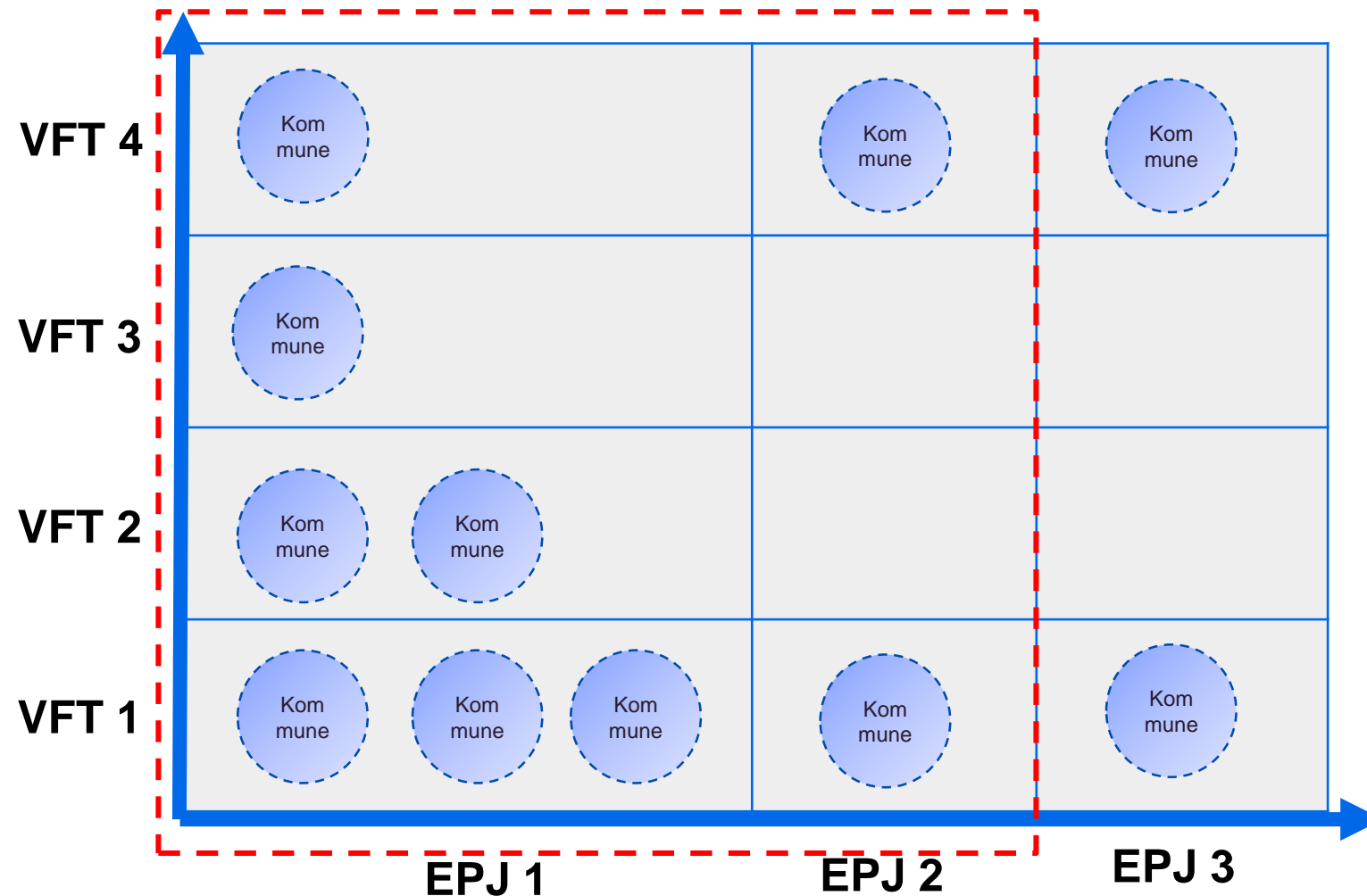
- **IKT erfaringer fra utprøvingen**
 - IKT erfaringer fra utprøvingen knyttet til eks. skalerbarhet og videreutvikling
- **Arkitektur**
 - Hvordan passer VKP inn i en større kontekst for e-helse
 - Integrasjonsbehov nå og fremover
 - Felleskomponenter og andre e-helseløsninger
- **Juridisk og ROS**
 - Lagring av sensitive data, avtalestruktur
 - Ansvarsforhold, kompleksitet og risikovurdering i en fullskala-løsning
- **Implementering og forvaltning**
 - Hvordan kan løsningen best mulig implementeres og forvaltes?
 - Hvordan sikrer vi samarbeid næringsliv/myndigheter for tilrettelegging for innovasjon?
- **Økonomisk analyse**
 - Hva er gevinster og kostnadene knyttet til et nasjonalt knutepunkt?
 - Hvordan skal det finansieres?



Samlet fremdriftsplan frem til nasjonal anbefaling om VKP 2019



Hvordan ligger vi an i forhold til å få et tilstrekkelig / «godt nok» erfaringsgrunnlag fra utprøvingen?



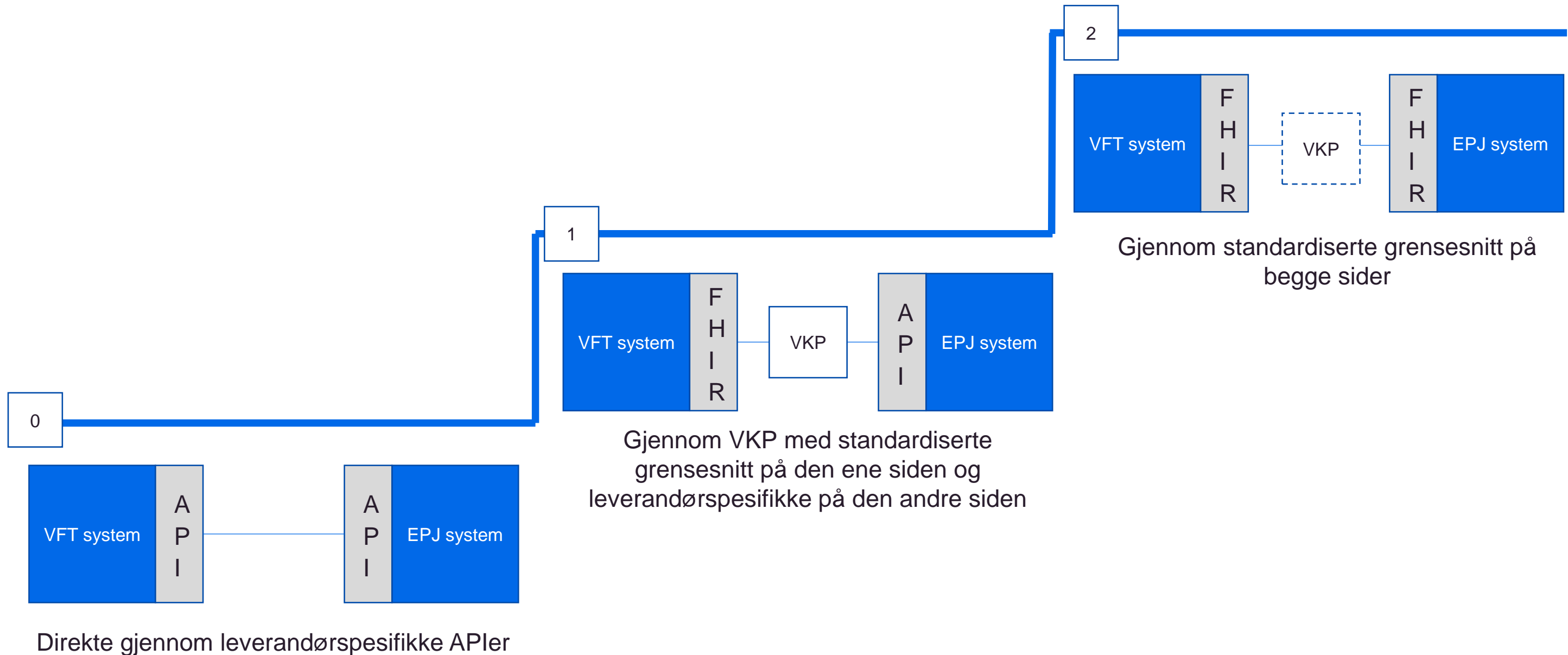
Tilstrekkelig erfaringsgrunnlag	Status pr i dag	Tendens
Minimum to EPJ systemer	●	●
Leverandørspredning innen samme tjeneste	●	●
Ulike VFT løsninger som representerer et mangfold av funksjonalitet	●	●
Gjenbruk av samme integrasjon til to kommuner	●	●
Volum av overførte journalnotater	●	●

Hvordan passer VKP inn i en større kontekst for e-helse?

Spesielt to perspektiv vurderes i utredningen av fullskala realisering av VKP:

- Helhetlig integrasjonsbehov – behovet nå og fremover
- Sammenheng med bruk av felleskomponenter og andre e-helse løsninger

Integrasjonsbehov – nå og fremover



Bruk av felleskomponenter og andre e-helse løsninger

- VKP teknologien må ses i sammenheng med initiativene for felles grunnmur for e-helse, og en felles tilnærming til API management.
- VKP løsningen har i utprøvingen vært basert på skytjenester. Den samme plattformen/teknologi kan brukes til andre typer løsninger og tjenester, og åpner dermed for konsolidering og besparelser.
- VKP må også på lengre sikt ses i sammenheng med "Én innbygger – én journal".

NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse om å ta med innspill i det videre arbeidet med å utarbeide anbefaling om realisering av et nasjonalt knutepunkt for velferdsteknologi.



Direktoratet for
e-helse

Sak 5/19: Medisinsk avstandsoppfølging

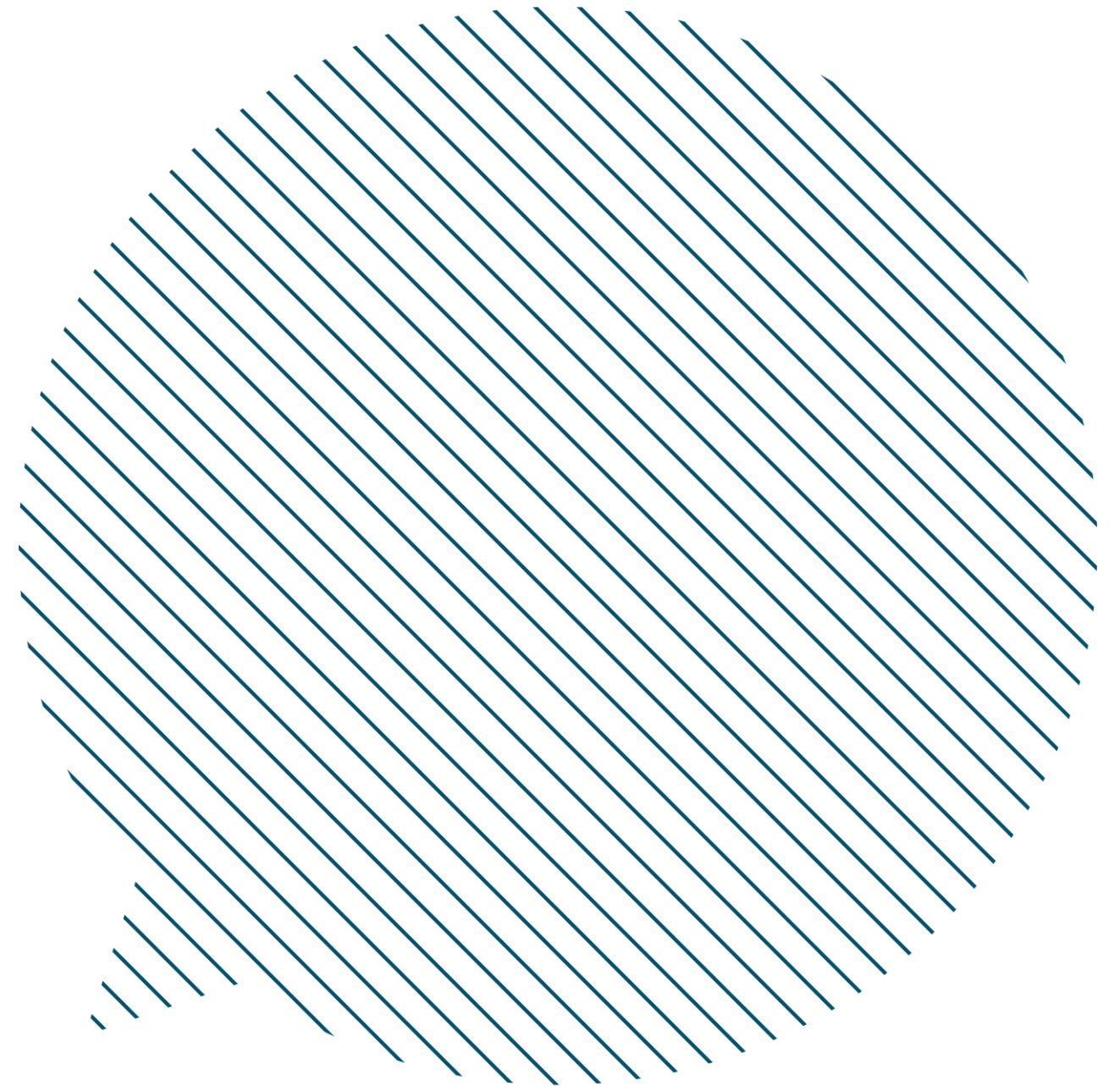
Espen Møller

NUFA 30.- 31.januar 2019

Medisinsk avstandsoppfølging

Utredningsoppdrag 2019

NUFA 30/1-19



NHSP: Hvordan realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte?

Teknologisk utvikling innebærer at stadig flere tjenester kan ytes til pasientene utenfor sykehus og kommunal helsetjeneste

For mange pasienter vil dette gi et bedre tjenestetilbud samtidig som det kan bidra til en mer bærekraftig utvikling av helsetjenesten.



Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Statens Legemiddelverk skal levere en felles plan for å utrede og implementere nødvendige tilpasninger i nasjonale rammer og virkemidler for å muliggjøre økt bruk av medisinsk avstandsoppfølging

Skal minimum omfatte vurdering av:

- Normering – nasjonale anbefalinger eller retningslinjer
- Lovverk
- Finansieringsordninger
- Informasjonssikkerhet og personvern
- IKT arkitektur, infrastruktur, felleskomponenter mv.
- Medisinsk utstyr

Begrepet

medisinsk avstands- oppfølging

- Helsetjenester
- Avstand
- Teknologi

Svært foreløpig tilnærming – som skal arbeides videre med:

Med medisinsk avstandsoppfølging forstås helsetjenester på avstand der forebygging, behandling og oppfølging skjer ved hjelp av teknologi, med eller uten fysisk oppsøkende helsetjenester.

En begrepsforståelse bør sikre at eksisterende og fremtidige planer til kommuner og helseforetak ivaretas, samtidig må begrepet være operasjonelt og avgrenset

**Utgangspunkt i aktørenes
konkrete behov og planer**

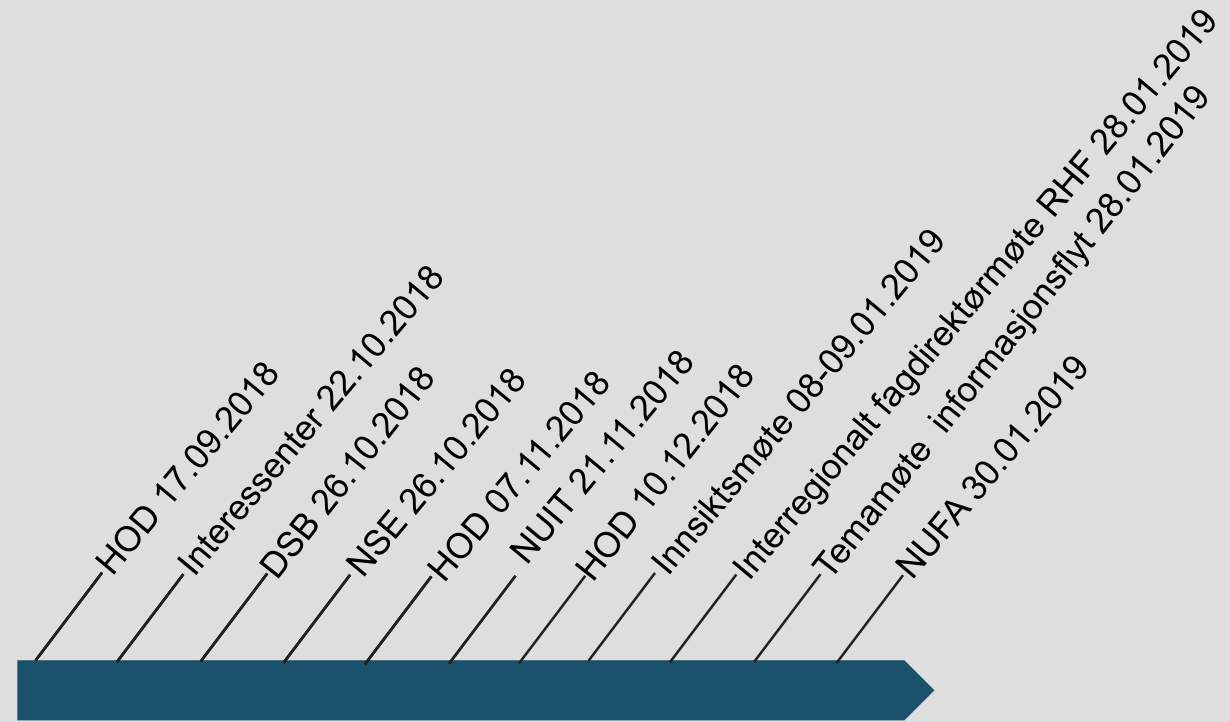
Involvering og forankring

NSE har identifisert 190 prosjekter

Innsiktsmøte med interessenter - 90 deltakere

Temamøte informasjonsflyt mm - 35 deltakere – 12 prosjekter

Møter med nasjonale oppdrag



MAO

Ressursgruppe

115 representanter

- Akershus universitetssykehus HF
- Bydel Gamle Oslo
- Bydel Grünerløkka
- Den norske legeforening
- Diabetesforbundet
- Dignio
- Digpsyk
- Direktoratet for e-helse
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB)
- DNV GL
- Eid kommune
- Fagforbundet
- Finnmarkssykehuset
- Folkehelseinstituttet
- Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
- Fürst Medisinsk Laboratorium
- Gjerdrum legesenter
- Gransdalen Legesenter, Oslo
- Helgelandssykehuset HF
- Helse Førde
- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord RHF
- Helse Sør-Øst RHF
- Helse Sør-Øst RHF Brukerutvalg
- Helse Vest IKT
- Helsedirektoratet
- Helseetaten, Oslo kommune
- Innvandrerrådet
- Kreftforeningen
- Kristiansand kommune
- KRY
- KS
- Martina Hansen Hospital
- Melanor
- Nasjonalt senter for ehelseforskning
- Norges Farmaceutiske Forening
- Norsk Medisinaldepot AS
- Norsk Sykepleierforbund
- Oslo universitetssykehus HF
- Pensjonistforbundet (arbeider som frivillig)
- Pårørendealliansen
- Rådet for innvandrersorganisasjoner i Oslo (RiO)
- Rådet for psykisk helse
- Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO)
- SINTEF
- St. Olavs Hospital HF - RSHU
- Statens legemiddelverk
- Stavanger universitetssjukehus
- Sunnaas sykehus
- Sykehuset i Vestfold HF
- Sykehuset Innlandet HF
- Sykehuset Telemark HF
- Sykehuset Østfold HF
- Sørlandet Sykehus
- Sørlandsparken legesenter
- Telenor
- Trondheim kommune
- Ullensaker kommune
- Universitetet i Agder
- UNN Harstad
- Validé - Norwegian Smart Care Cluster
- Vestre Viken HF
- Vestre Viken, Brukerutvalg
- Virke

Innspill

Behov for helhetlig tilnærming på tvers av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

Må avklare ansvarsforhold mellom helseforetak, fastleger og andre kommunale tjenester

Eierskap til data

Nasjonale løsninger må legge til rette for lagring og flyt av data på tvers

Enhetlig forvaltning av regelverk knyttet til personvern og informasjonssikkerhet – eliminere uønsket variasjon

Innkjøp og forvaltning av behandlingshjelpemidler og annet medisinteknisk utstyr

Tjenestene må åpne opp for å motta data fra pasientens egen «device»

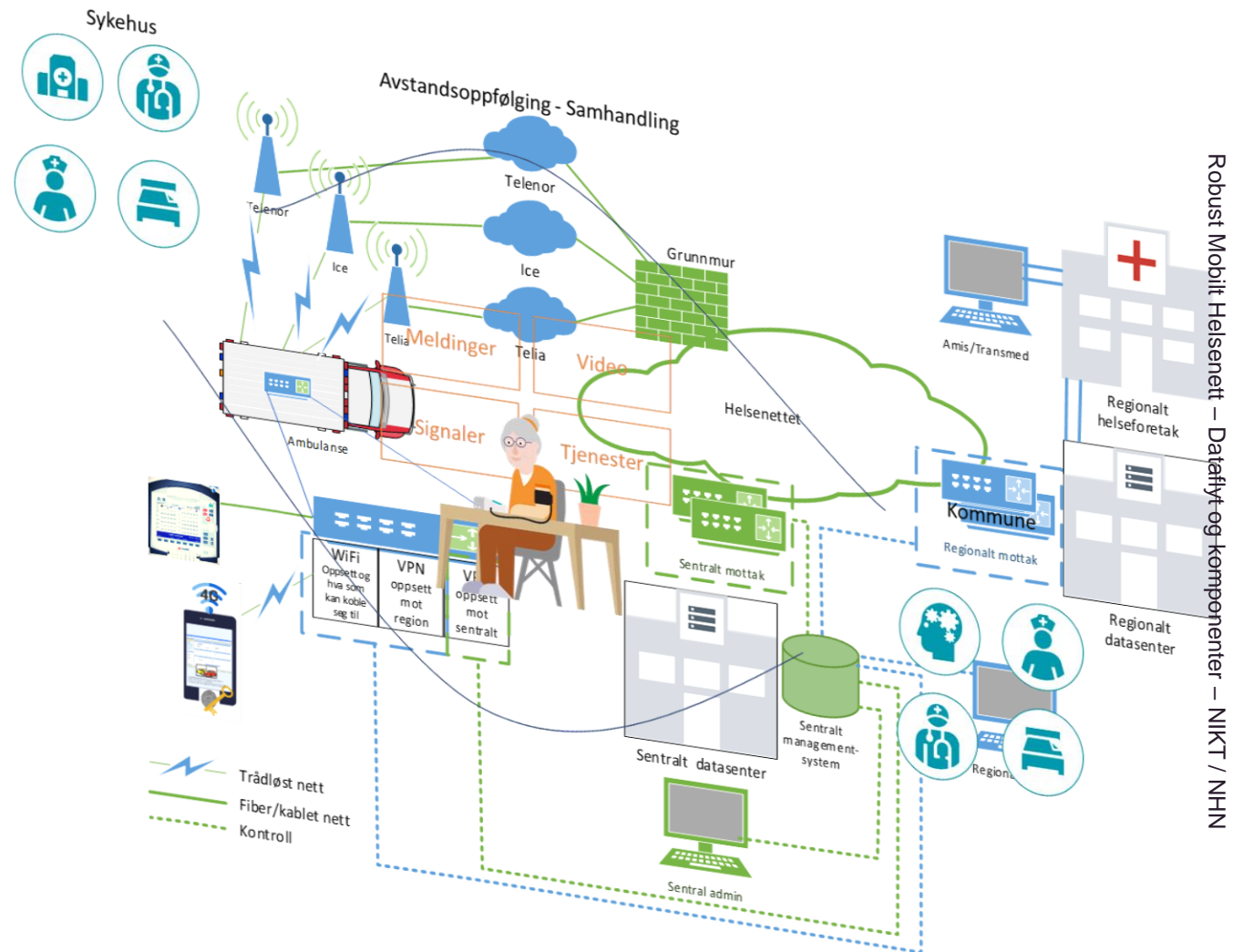
Protokoll fra foretaksmøter 15. jan. 2019

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

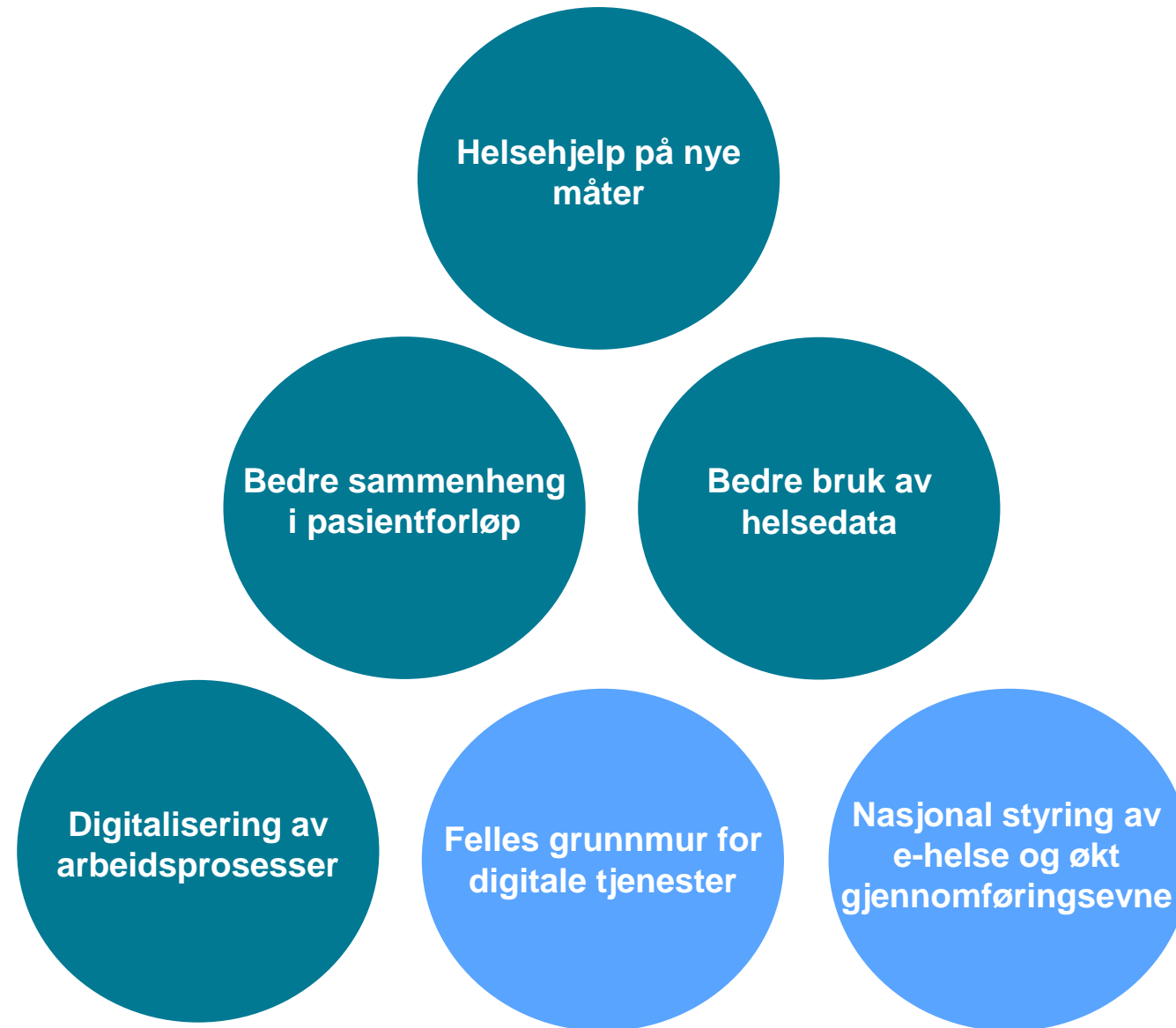
- bidra til utprøving av samhandling og forbedring av tjenesteforløp ved aktivt å delta i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet, herunder i ny utprøving av avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer.
- samarbeide med Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Statens Legemiddelverk og KS i oppfølgingen av felles plan for nasjonal tilrettelegging for bruk av teknologi for å levere helsetjenester på nye måter slik det er beskrevet i leveranse fra etatene til departementet av 1. desember 2018

Sentrale rammer og virkemidler – informasjonsflyt og informasjonssikkerhet

- Teknisk infrastruktur
- IoT – medisinsk utstyr
- Informasjonssikkerhet
- IKT infrastruktur og felleskomponenter
- Sentrale plattformer, portaler og registre
- Meldingsutveksling
- Semantikk og tekniske standarder
- Lagring og deling av data
- Drift og forvaltning
- Tjenester og funksjonalitet
- Betalings- og finansieringsmekanismer
- Retningslinjer og veiledning
- Regulering og insentiver



Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022



Arbeid ut 2019 med
4 leveranser til HOD



1/12-18
Samlet plan for
utredningsarbeidet

31/3-19
Kunnskaps-
grunnlaget og
spesifisert
innholdet i
utredningsarbeidet

15/6-19
Statusrapport

15/12-19
Sluttrapport

NUFA tar saken til orientering og ber Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Statens Legemiddelverk om å ta med innspill i det videre arbeidet med detaljering av plan for medisinsk avstandsoppfølging.



Direktoratet for
e-helse

Lunsj kl. 11:30-12:15



Direktoratet for
e-helse

Sak 6/19: HL7 FHIR og nasjonal styring – hvordan og hvem

Jon Stolpnessæter
NUFA 30.- 31.januar 2019



FHIR

For health delivery organization CIO's seeking to improve interoperability between applications and in engaging with external partners, FHIR should be a key component of their capabilities.



Evolusjon mer enn revolusjon – adopsjon av FHIR vil ta tid og har mange avhengigheter og forutsetninger



Det er en risiko for at aktører utvikler sine egne proprietære FHIR-løsninger



Vi trenger datadeling
for å få til bedre
samhandlingstjenester

FHIR er en viktig
standard for å få til
datadeling

Hvordan kan vi
samarbeide for å få
en koordinert bruk av
FHIR?

Styring og forvaltning av samhandling



Juridisk samhandlingsevne



Organisatorisk samhandlingsevne



Semantisk samhandlingsevne



Teknisk samhandlingsevne

Styring og forvaltning av
integreerte offentlige tjenester

Nasjonal strategi for e-helse 2017-2022

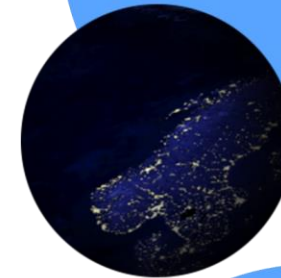
Digitalisering av arbeidsprosesser



Bedre sammenheng i pasientforløp



Felles grunnmur for digitale tjenester



Bedre bruk av helsedata



Helsehjelp på nye måter



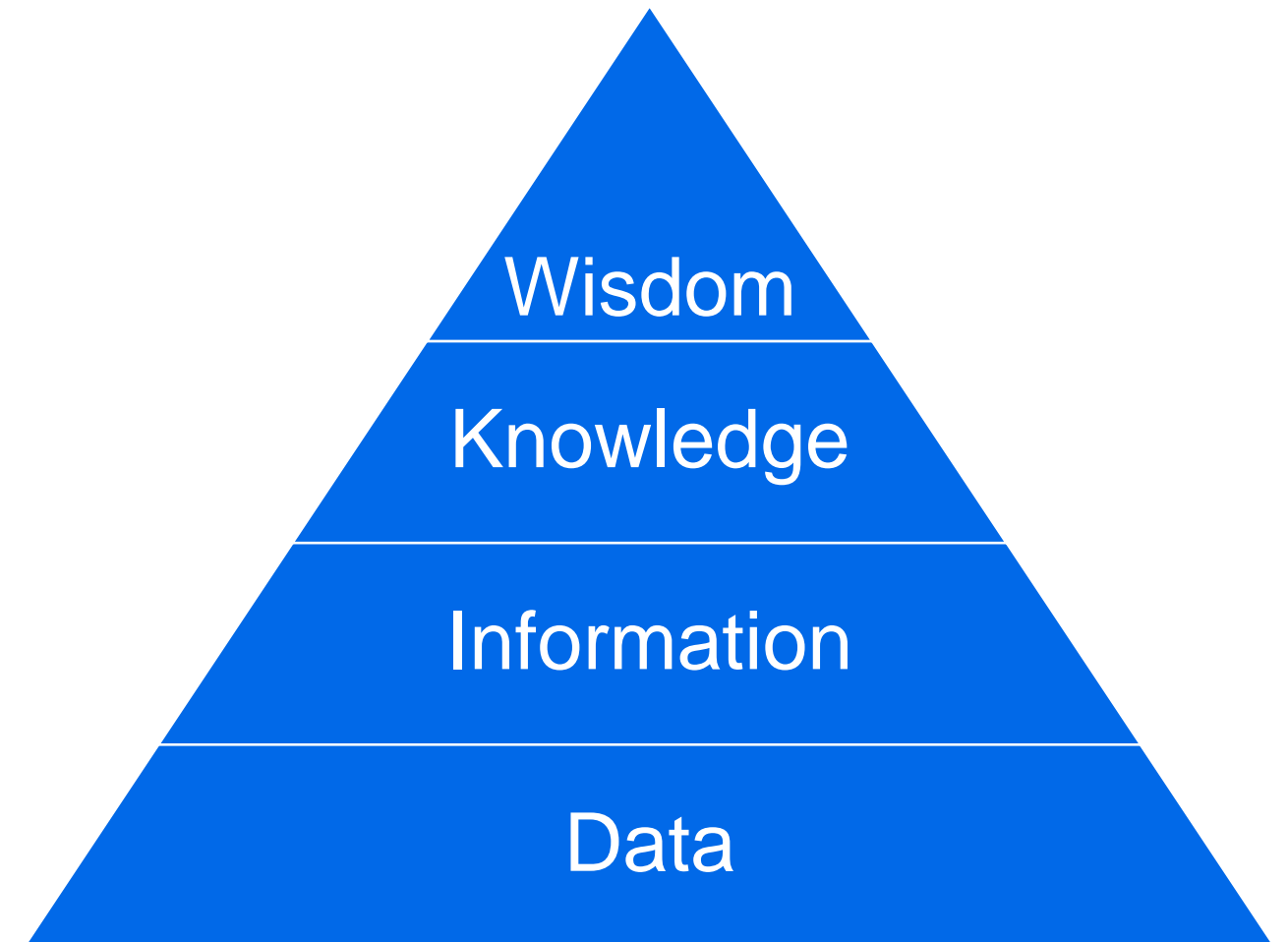
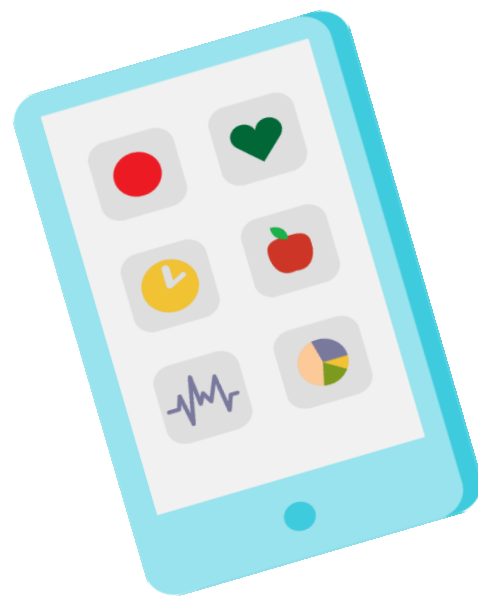
Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføring





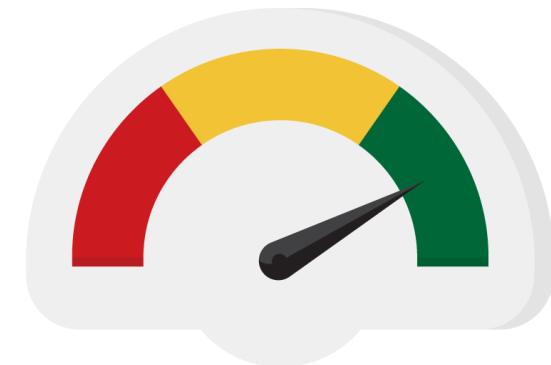
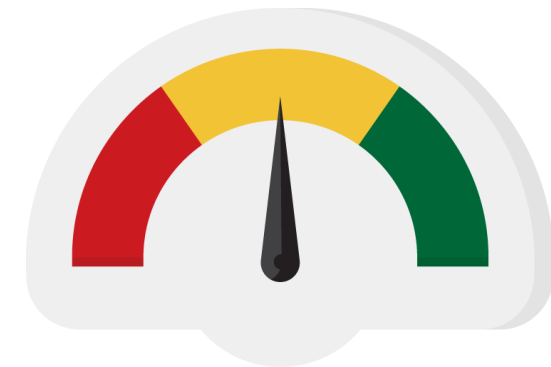
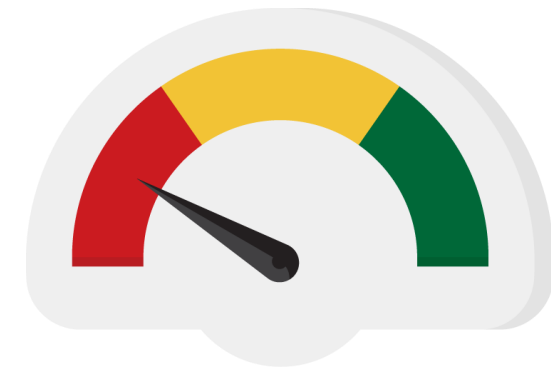
Datadeling

Deling av strukturerte data mellom helseaktører gjennom felles ressurser eller tjenester i sanntid.



Noen muligheter med datadeling

- Klinisk beslutningsstøtte
- Analyse, store data, kunstig intelligens, maskinlæring, skytjenester
- Sanntidstjenester, oppdatert informasjon
- Automatisering, varsling
- Velferdsteknologi, sensorer, MTU, apper, smarttelefoner





Vi trenger datadeling
for å få til bedre
samhandlingstjenester

FHIR er en viktig
standard for å få til
datadeling

Hvordan kan vi
samarbeide for å få
en koordinert bruk av
FHIR?



Vent litt...

Jeg har bare en liten sak som du må fikse...

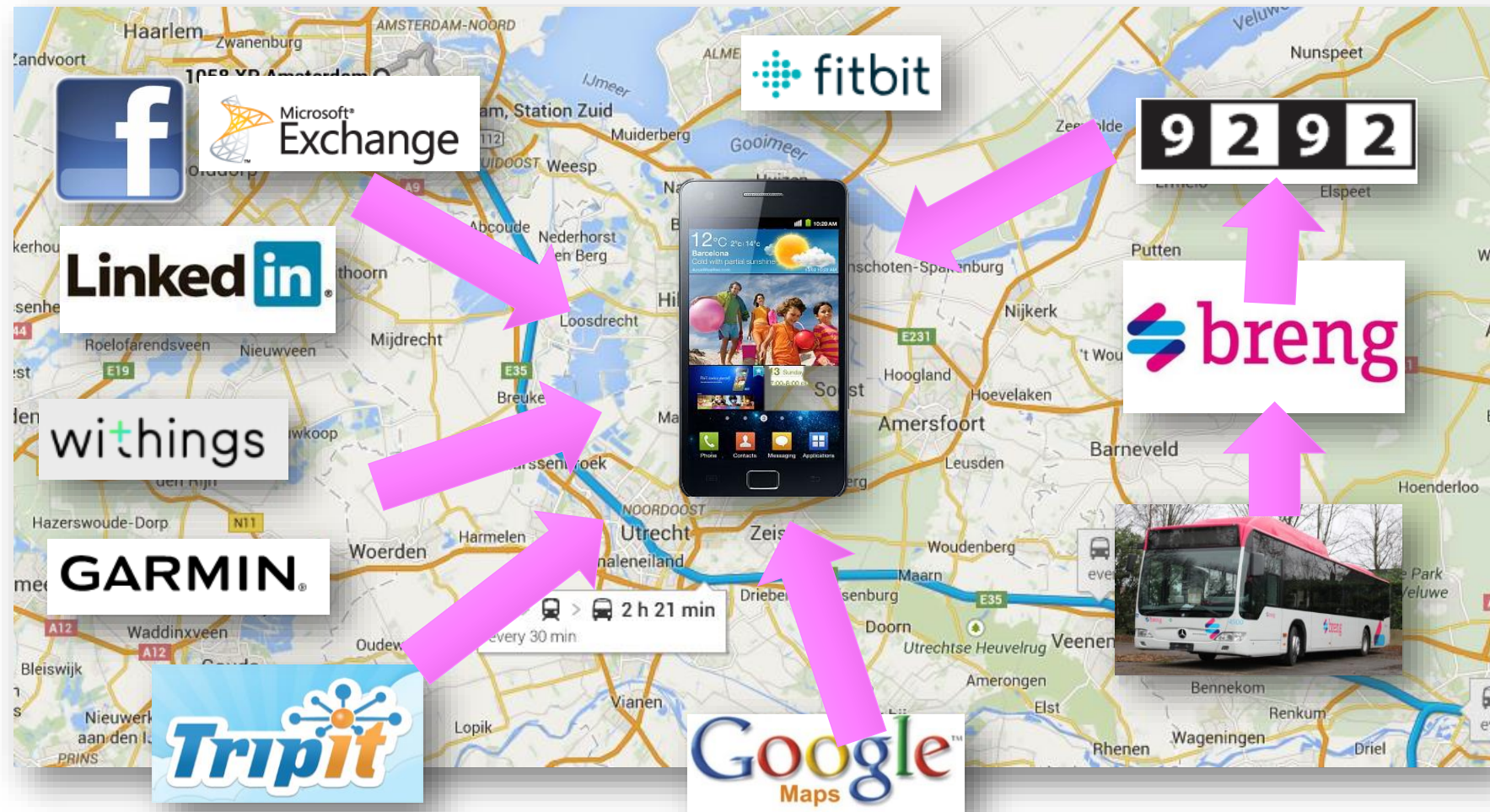


?

Fra behov til innovasjon ... et eksempel



Internasjonal trend – gjenbruk av data og tjenester i apps...

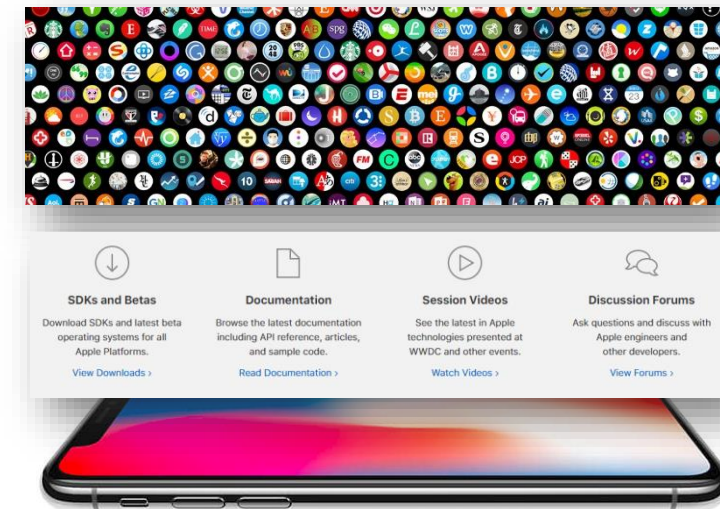


Applikasjoner plukker små deler av informasjon fra forskjellige kilder og setter sammen til en ny tjeneste

Hva er en plattform?

En kjerne, grensesnitt og applikasjoner

iPhone ...



E-helse...

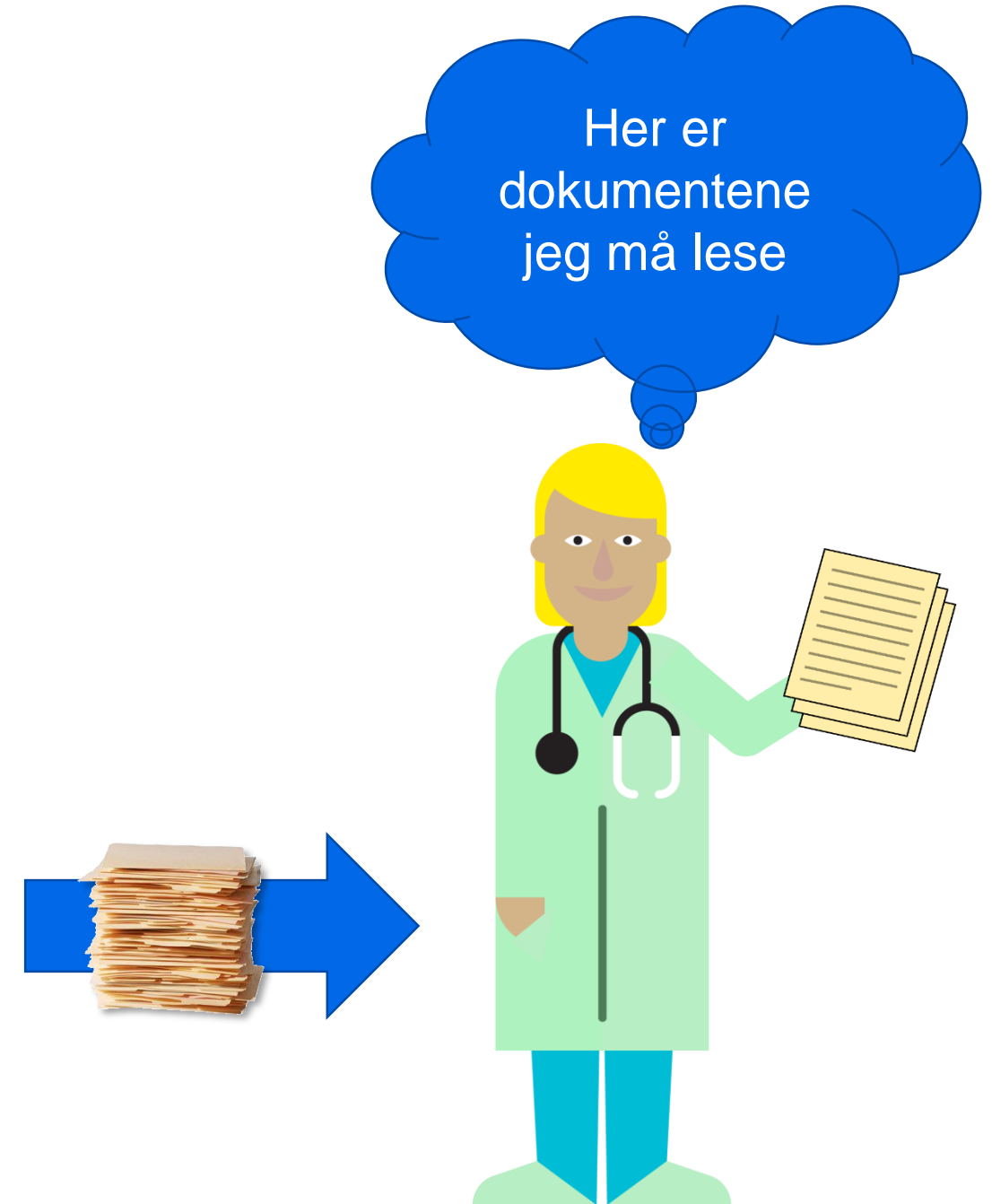


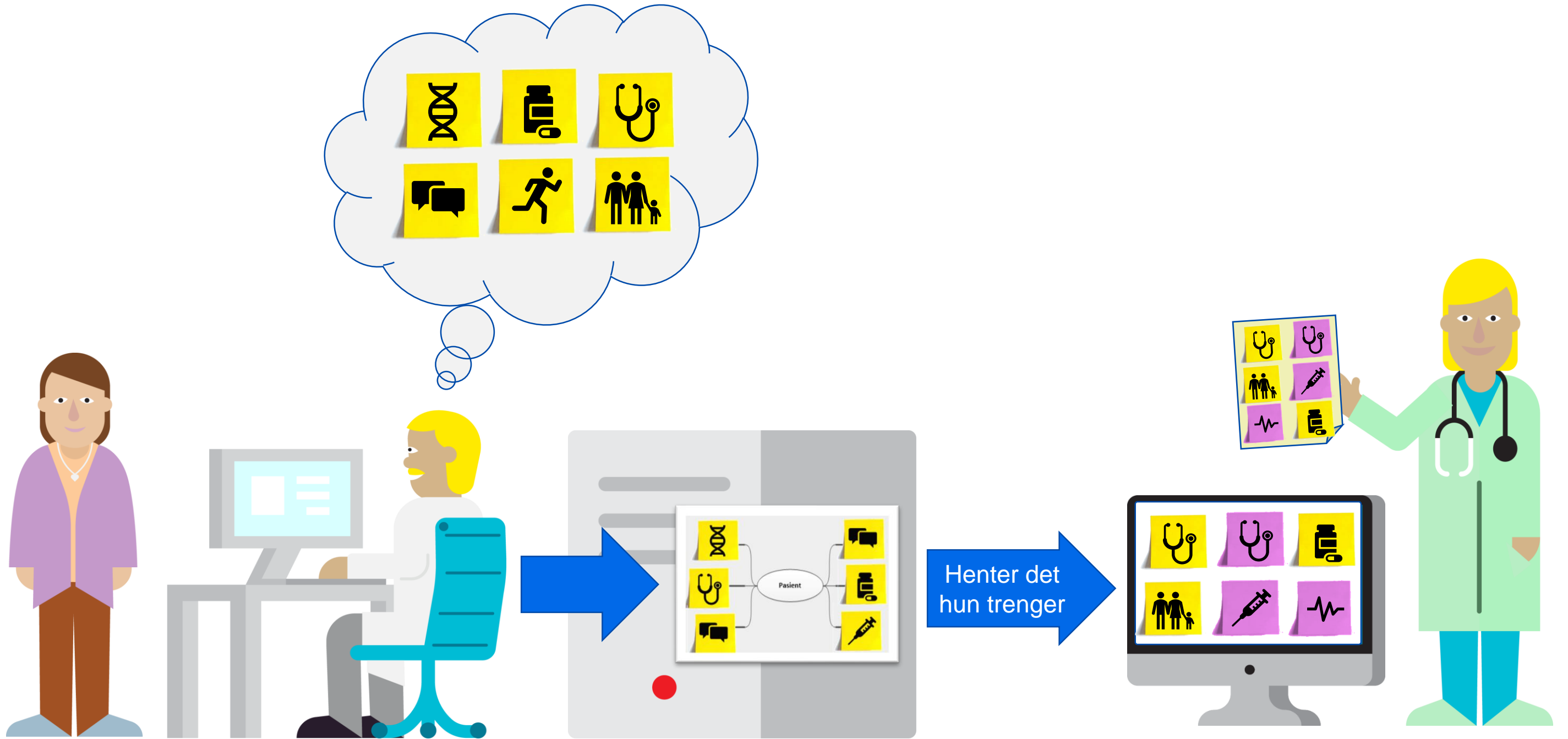
EPJ og andre fagsystemer

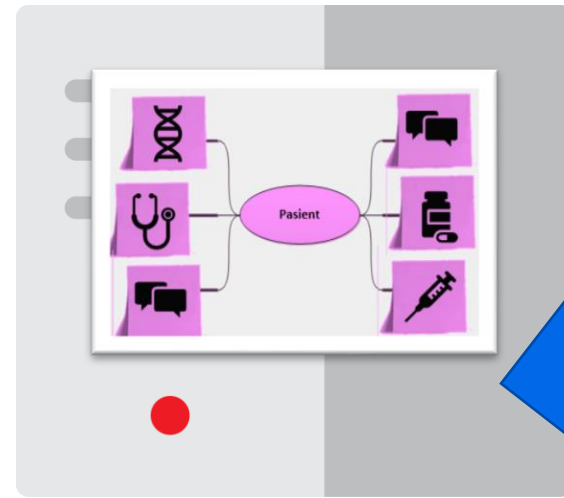
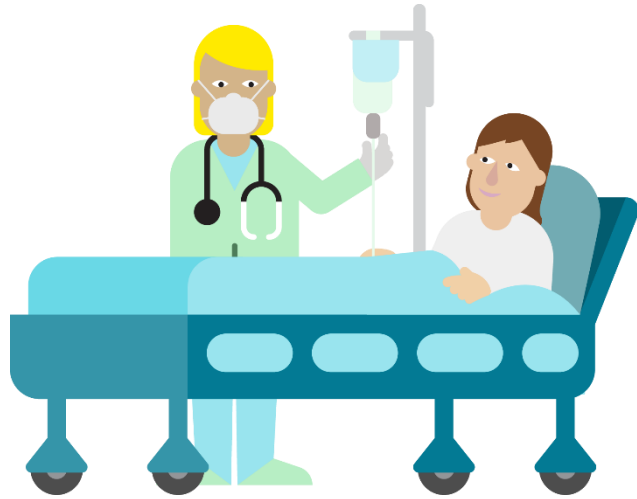
Grensesnitt

Kjerne (API) Applikasjon





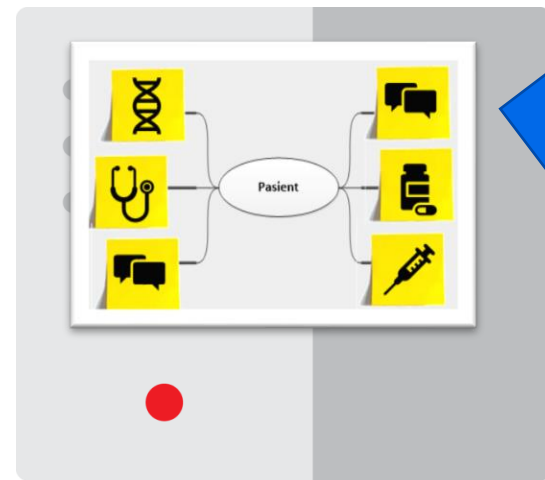




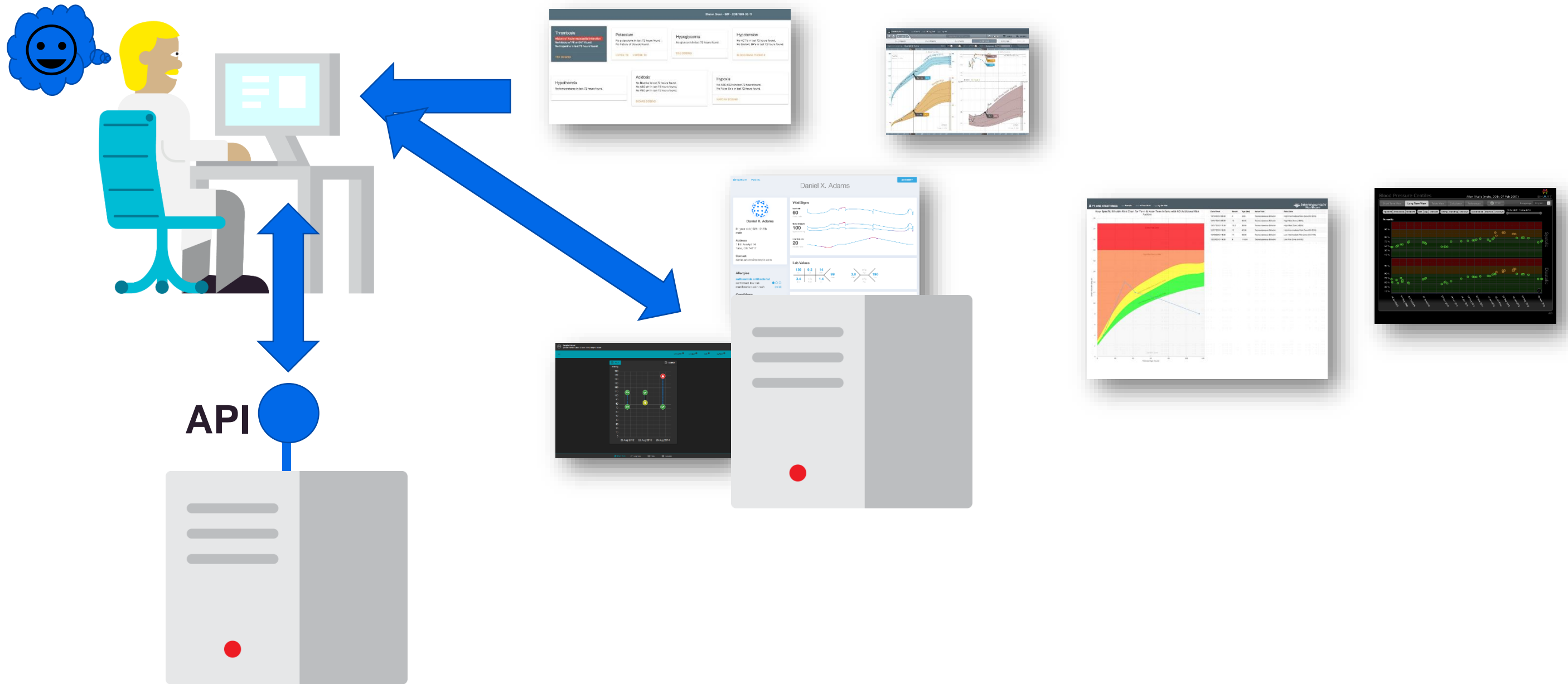
Røntgen-
bilder

Sykehistorie

**Systemene kan hente de
informasjonselementene de
trenger...**



Datadeling og standardiserte REST-API kan åpne opp...



Styring og forvaltning av samhandling



Juridisk samhandlingsevne



Organisatorisk samhandlingsevne



Semantisk samhandlingsevne



Teknisk samhandlingsevne

Styring og forvaltning av
integreerte offentlige tjenester



Vi trenger datadeling
for å få til bedre
samhandlingstjenester

FHIR er en viktig
standard for å få til
datadeling

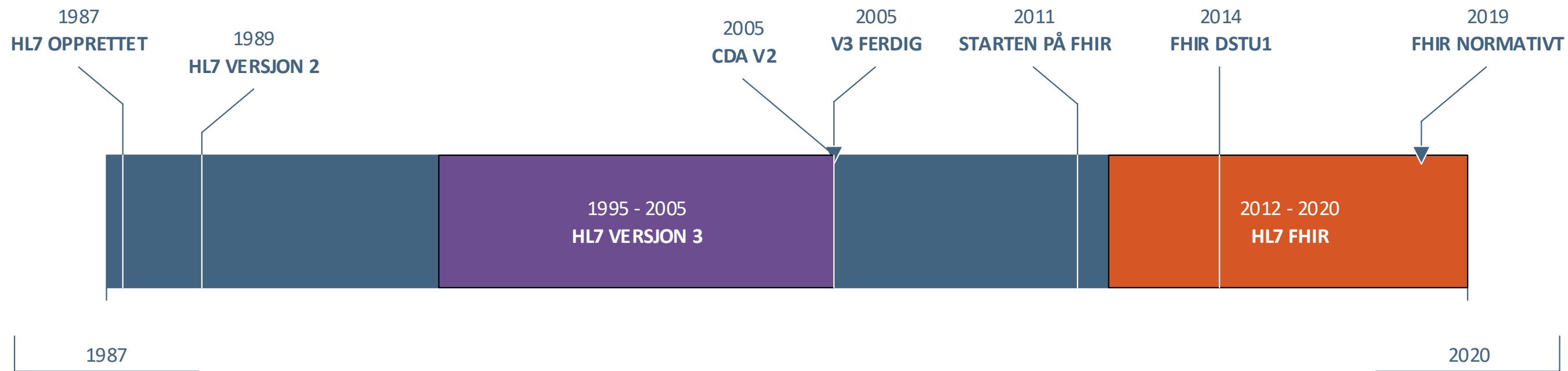
Hvordan kan vi
samarbeide for å få
en koordinert bruk av
FHIR?

Fast Healthcare Interoperability Resources

- FHIR er en fritt tilgjengelig standard fra HL7 International
- FHIR beskriver informasjonsinnhold som utveksles mellom kliniske fagsystemer.
- FHIR ble utviklet for datadeling, men informasjonsstrukturene kan også benyttes for dokumentdeling og meldingsutveksling.
- FHIR representerer en mer agil tilnærming til standardisering
- FHIR kan tilpasses de fleste anvendelser
- FHIR har et stort og meget aktivt internasjonalt community



HL7 standarder



Hva er spesielt med FHIR?

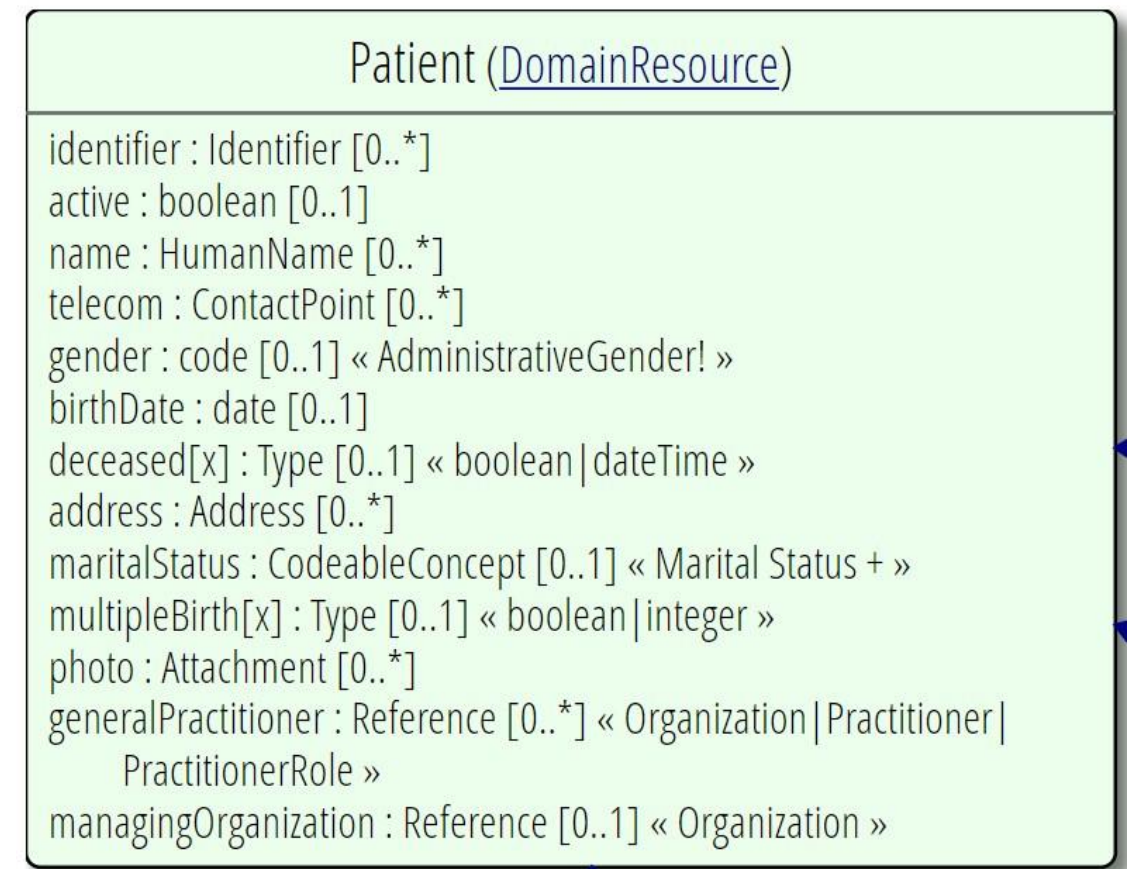
- Fokus på enkelhet for utviklere
- Basert på standard web-teknologier (http, REST, JSON, XML, OAuth)
- Interaktiv dokumentasjon med mange eksempler
- Open Source-verktøy
- Åpne testservere
- Regelmessige «connectathons»
- Støtte for vanlige scenarier (80%)
- Fritt tilgjengelig



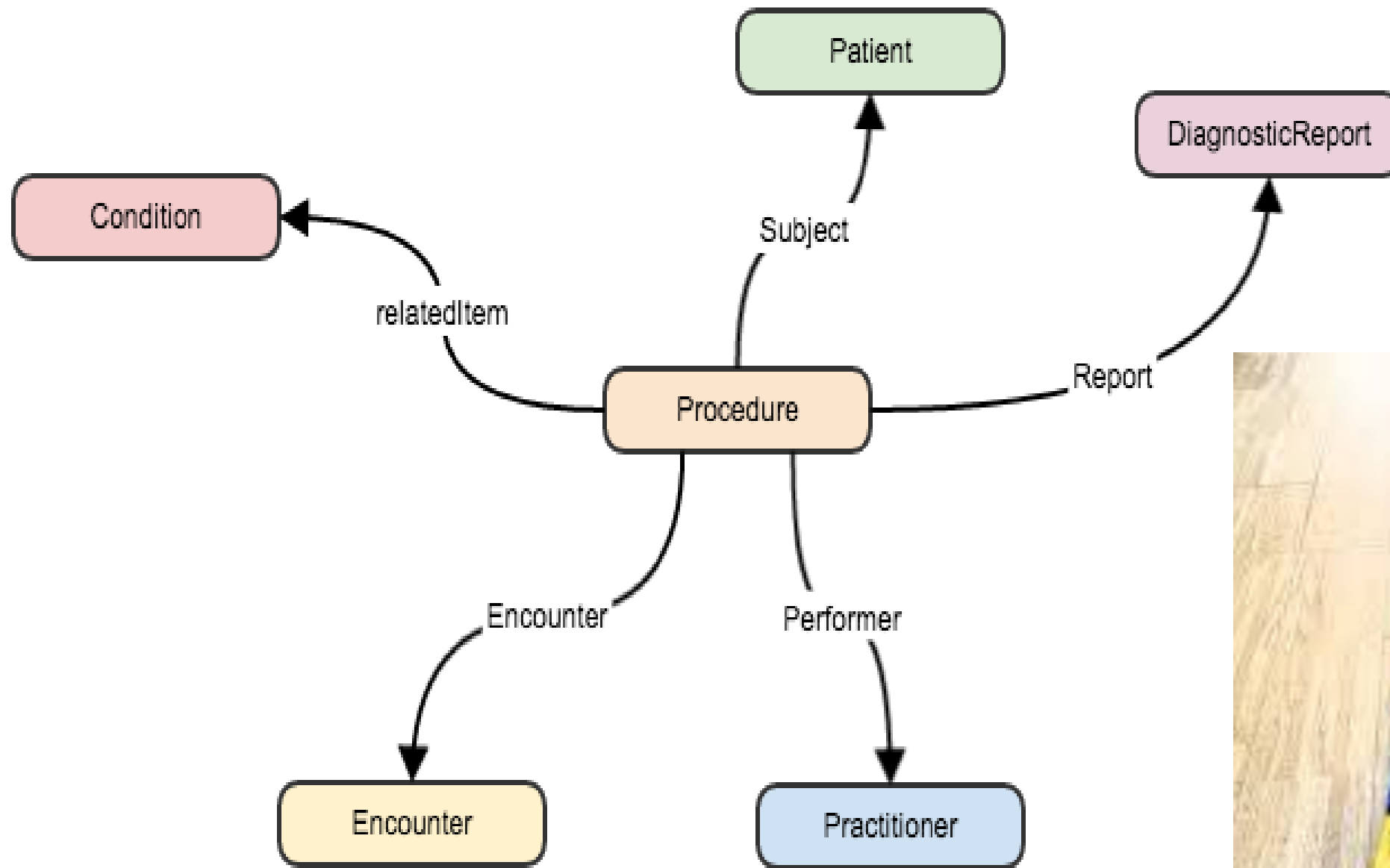
Ressurs = innhold

- Granulering for samhandling
- Eksempler:
 - Administrative: Patient, Practitioner, Encounter, Organization
 - Kliniske: Allergy, Procedure, Condition, Care Plan
 - Infrastruktur: Document, Message, Conformance, Code System, Value Set
- Modenhetsvurdering per ressurs: 0-6

- Estimert behov for totalt 150-200 ressurser

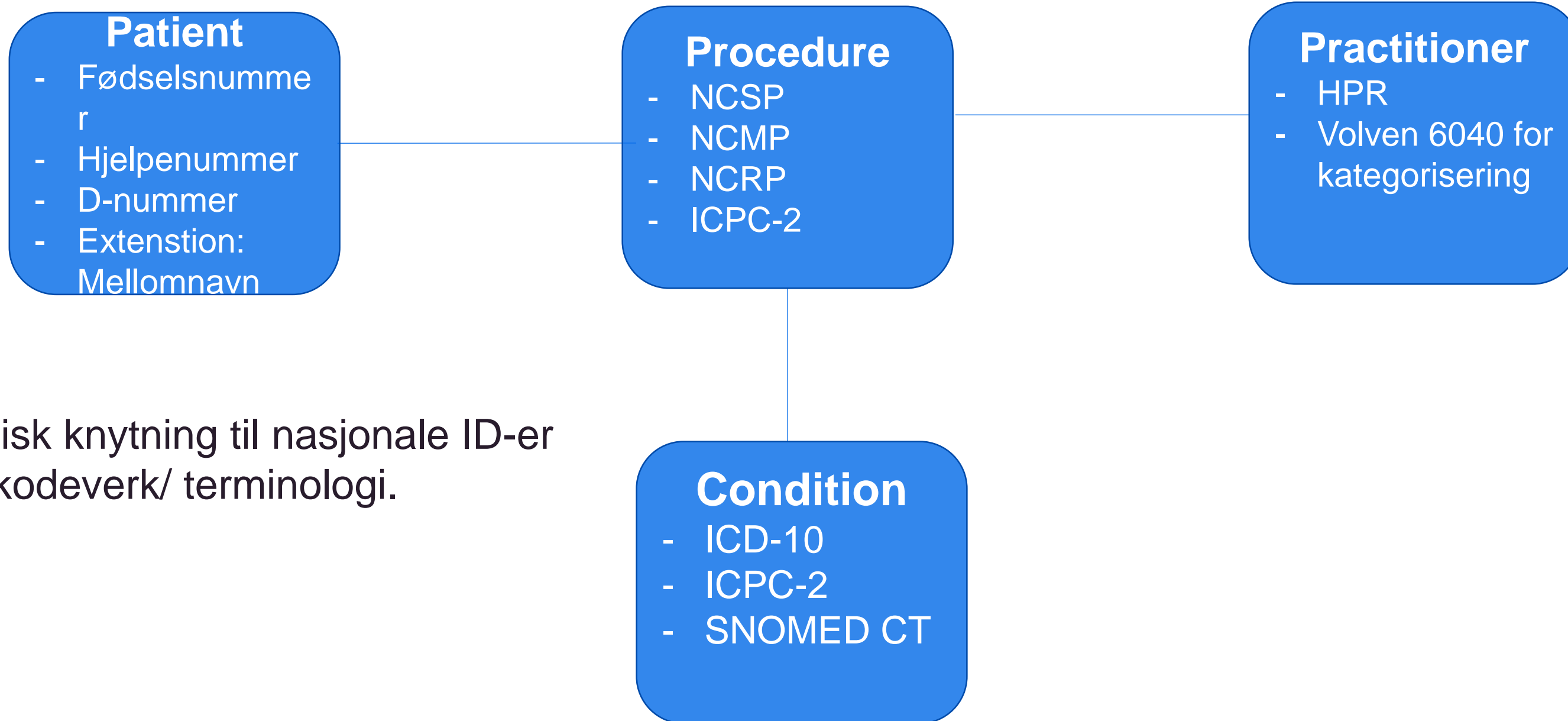


Ressurser = semantiske byggeklosser



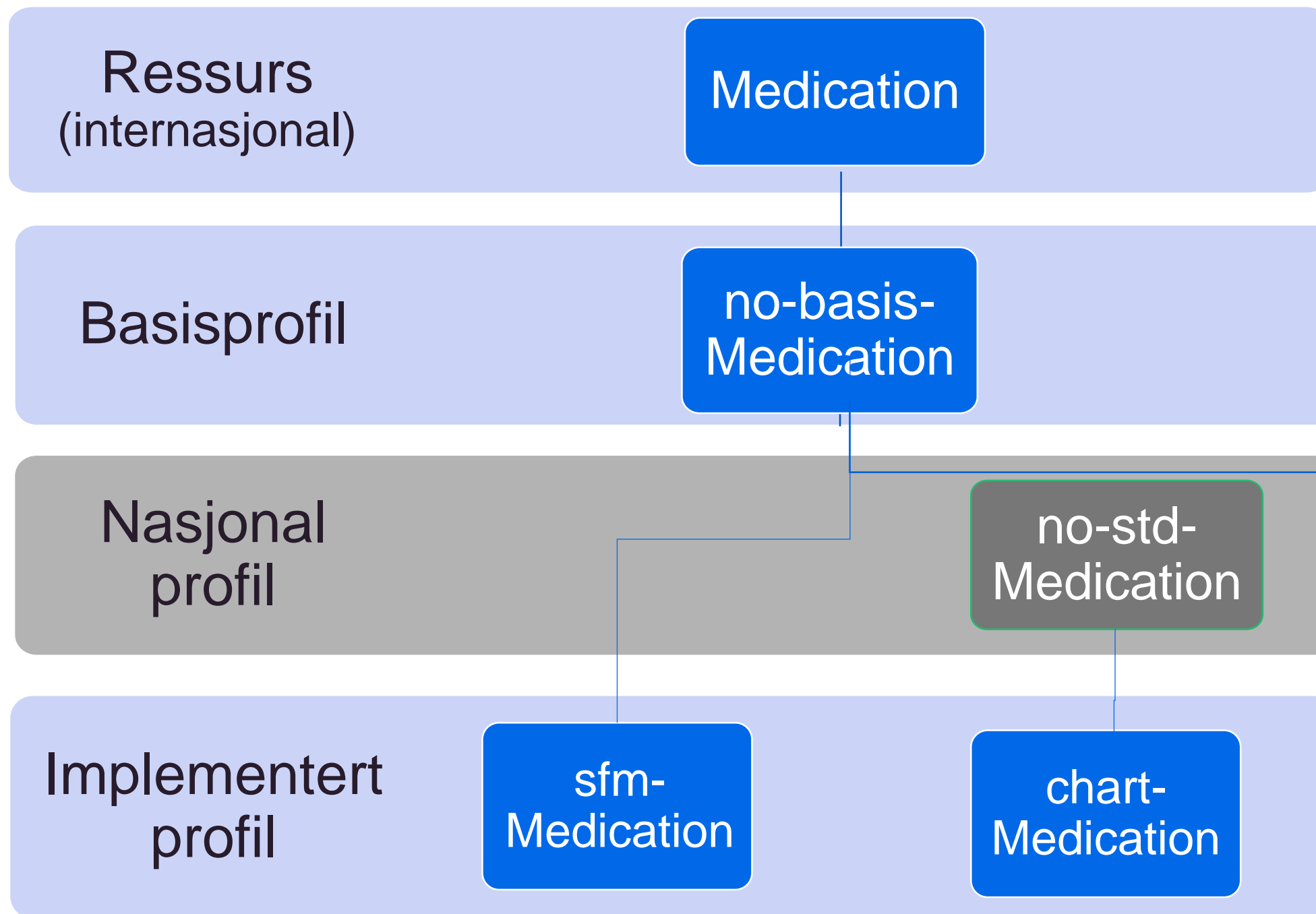
Profilering

– tilpasninger til nasjonal / lokal kontekst

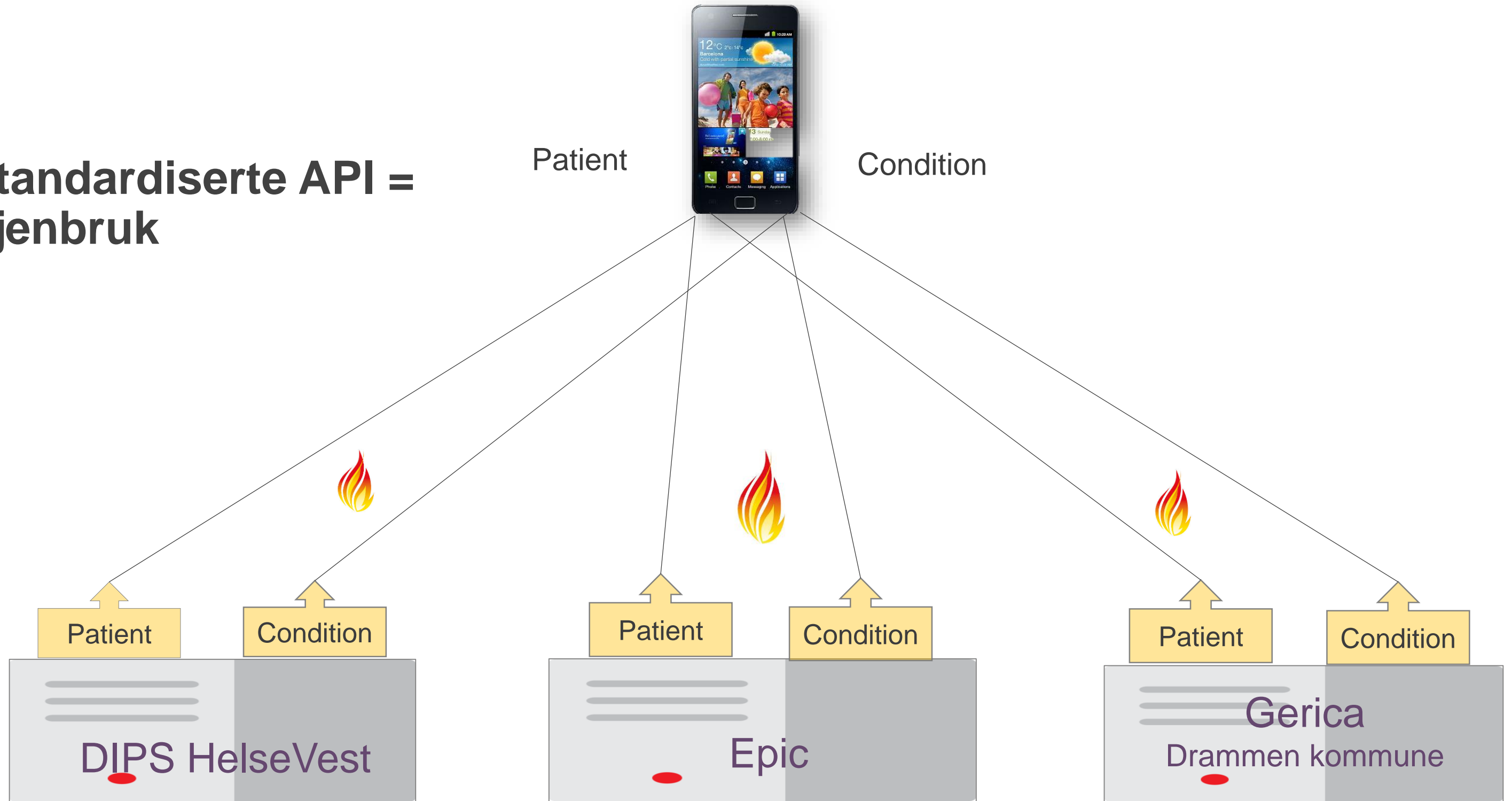


Typisk knytning til nasjonale ID-er og kodeverk/ terminologi.

Hierarki av profiler



Standardiserte API = gjenbruk



FHIR i Norge

- Ca 30 profiler er implementert i produksjon, ca 110 definert men ikke implementert
- Nasjonale prosjekter @ FHIR:
 - Velferdsteknologi
 - HelseNorge.no
 - Kjernejournal
 - Sentral forskrivningsmodul
 - Grunndata
 - Helseanalyseplattformen
 - Helseplattformen
 - FEST
- NIKT – Felles plan neste generasjons EPJ
- I tillegg flere regionale og lokale prosjekter



Internasjonal støtte

De tradisjonelle

De nye



Binary

A resource that represents the data of a single raw artifact as digital content accessible in its native format. A Binary resource can contain any content.

contentType, securityContext, data

Document Reference

A reference to a document of any kind for any purpose. Provides metadata about the document so that the document can be discovered and managed.

masterIdentifier, identifier, status, docStatus, type, url, identifierType, securityLabel, content, context

Diagnostic Report

The findings and interpretation of diagnostic tests performed on patients and others.

identifier, basedOn, status, code, codeSystem, codeSystemVersion, performer, status, result, imagingStudy, media, conclusion, conclusionCode...

Medication

This resource is primarily used for the identification and definition of a medication for the purposes of prescribing, dispensing, and administering.

identifier, code, status, manufacturer, form, amount, strength, unitOfMeasure, unitCode, unitText, unitCodeSystem, unitCodeVersion

HealthCare Service

The details of a healthcare service available at a location.

Identifier, active, providedBy, category, specialty, location, extraDetails, protection, coverage, serviceProvisionCode, eligibility, program, characteristics, communication, referralMethod, consentRequirement, labTime, end...

Task

A task to be performed.

Identifier, status, intent, priority, code, description, focus, for, encounter, requester, av...

Appointment

A booking of a healthcare event among patient(s), practitioner(s), and others. May result in one or more Encounter(s).

Identifier, status, cancellationReason, priority, description, start, end...

Hvilke ressurser er viktigst for Epikrise, Henvisning, Behandlingsplan, Innbyggerapp, Avstandsoppfølging

Observation

Measurements and simple assertions made about a patient, device or other subject.

identifier, basedOn, partOf, status, category, code, subject, focus, encounter, effective, issued, performer, value, note, bodySite, method, device, interpretation, component...

Procedure

An action that is or was performed on or for a patient. Can be a variety of interventions.

identifier, basedOn, partOf, status, statusReason, category, code, subject, encounter, note, performed(x), recorder, asserter, communication, location, reasonCode...

Patient

Demographics and other administrative information about an individual or animal receiving care or other health-related services.

name, identifier, telecom, gender, birthDate, address, maritalStatus, contact, communication, generalPractitioner...

Practitioner

A person who is directly or indirectly involved in the provisioning of healthcare.

identifier, active, name, telecom, address, gender, birthDate, photo, qualification, communication

Condition

A clinical condition, problem, diagnosis, or other event, situation, issue, or clinical concept that has risen to a level of concern.

identifier, clinicalStatus, code, verificationStatus, category, severity, bodySite, subject, encounter, onset(x), recorder, abatement(x), evidence, note...

ServiceRequest

A record of a request for service such as diagnostic investigations, treatments, or operations to be performed.

Identifier, instantiatesCanonical, instantiatesUri, basedOn, replaces, requisition, status, intent, category, priority, doNotPerform, code, subject, orderDetail, quantity, encounter, occurrence, note, asNeeded, authoredOn, requester, performer, patientInstruction ...

Questionnaire Response

A structured set of questions and their answers.

identifier, basedOn, partOf, questionnaire, status, subject, encounter, authored, author, source, item

Encounter

An interaction between a patient and healthcare provider(s) for the purpose of providing healthcare service(s) or assessing the health status of a patient.

identifier, status, statusHistory, class, classHistory, type, serviceType, priority, subject, episodeOfCare, participant, appointment, period, length, diagnosis, location, partOf...

Organization

A formally or informally recognized grouping of people or organizations.

identifier, active, type, name, alias, telecom, address, partOf, contact, endpoint

CarePlan

Describes the intention of how one or more practitioners intend to deliver care for a particular patient over time.

identifier, instantiatesCanonical, instantiatesUri, basedOn, replaces, partOf, status, intent, category, title, description, subject, encounter, period, created, author, contributor, careTeam, addresses, supportingInfo, goal, activity, note

Goal

Describes the intended objective(s) for a patient, group or organization care.

identifier, lifeCycleStatus, achievementStatus, category, priority, description, subject, start, target, statusDate, statusReason, expressedBy, addresses, note, outcomeCode, outcomeReference

CareTeam

The Care Team includes all the people and organizations who plan to participate in the coordination and delivery of care for a patient.

identifier, status, category, name, subject, encounter, period, participant, reasonCode, reasonReference, managingOrganization, telecom, note

Allergy Intolerance

Risk of harmful or undesirable, physiological response which is unique to an individual and associated with exposure to a substance.

identifier, clinicalStatus, verificationStatus, type, category, criticality, code, patient, encounter, onset(x), note, recordedDate, reaction...

- 15 minutter diskusjon
- Bruk fasilitatoren ved spørsmål

Gruppe 1 – Henvisning

Mohammad Nouri Sharikabad
Per Meinich
Kirsti Pedersen
Thor Johannes Bragstad
Rune Karlsen

Gruppe 2 – Epikrise

Peter Holmes
Geir Granerud
Ann-Kristin Smilden
Egil Rasmussen
Arnfinn Aarnes

Gruppe 3 – Avstandsoppfølging

Kristian Onarheim
Randi Brendberg
Heidi Slagsvold
Torgeir Fjermestad
Sverre Ur

Gruppe 4 – Innbyggerapp

Inga Nordberg
Tim Papas
Mona Pedersen
Anders Grimsmo
Kirsten Petersen

Oppgave:

Hvilke ressurser er viktigst for Epikrise, Henvisning, Behandlingsplan, Innbyggerapp, Avstandsoppfølging

Gruppe 5 – Behandlingsplan

Jon Gupta
Bente Saltnes Nedrebø
Bjørn-Eivind Berge
Sindre Solem
Thore Thomassen



Direktoratet for
e-helse

Sentral forskrivningsmodul og FHIR

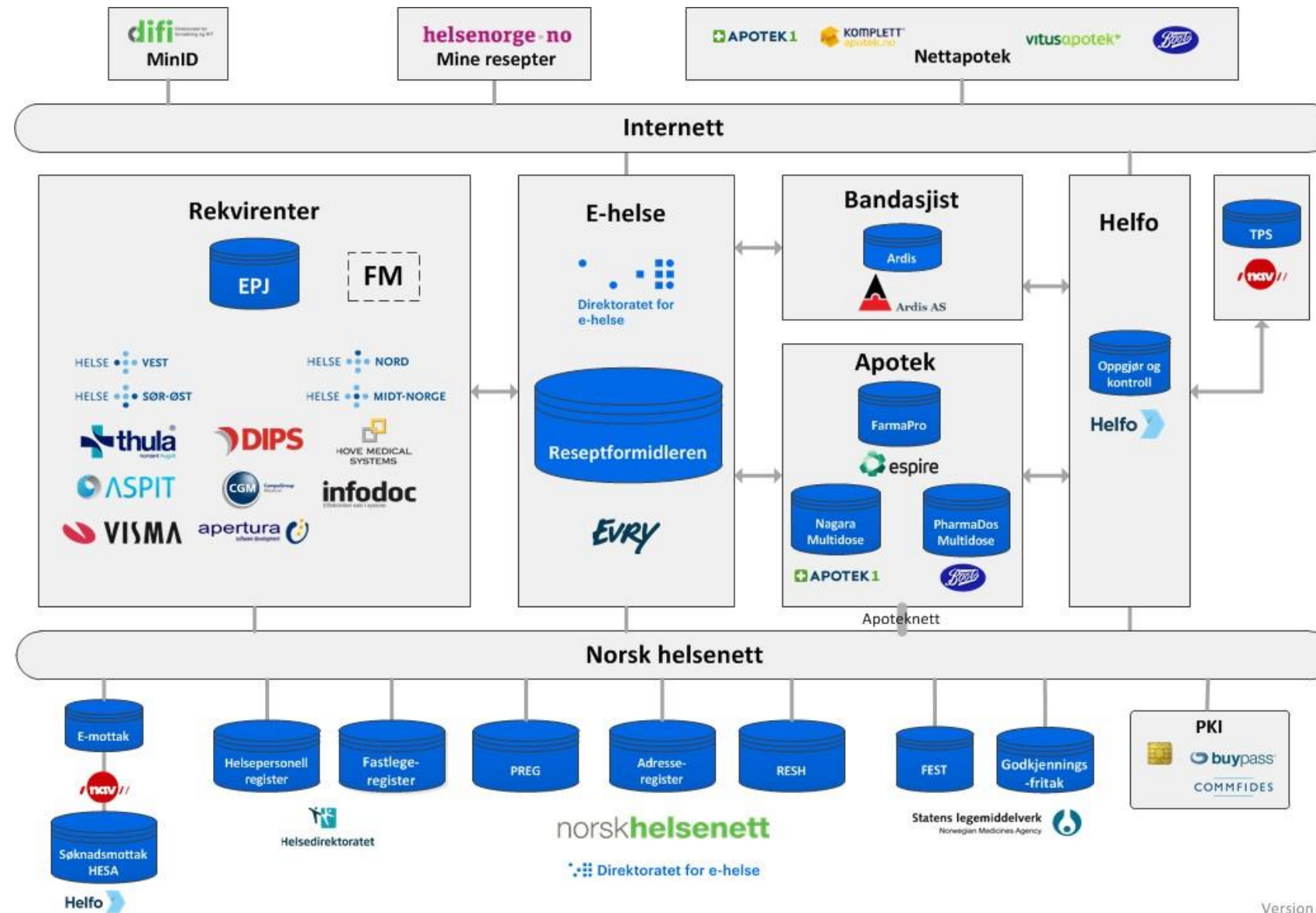
Presentasjon for NUFA 30. januar 2019



Direktoratet for
e-helse

Hva er Sentral forskrivningsmodul (SFM)
og hvorfor trenger vi den?

E-reseptkjedens komponenter og løsninger



Versjon 1.1

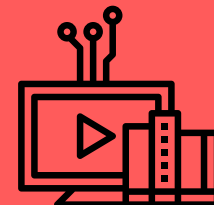
Utfordringer med dagens situasjon

Kvaliteten i e-reseptkjeden er for lav



Det brukes for mye ressurser på forvaltning av nasjonale løsninger

Leverandørene har for lite kapasitet, kompetanse og ressurser, og innfrir ikke krav til kvalitet og endringstakt



Tilgjengeliggjøring av endringer i FM skjer ikke samtidig, og det er behov for økt nasjonal samkjøring

Eksisterende rekvirentsystemer preges av feil og mangler. Formelle krav og forskriftsendringer er ikke implementert



Leverandørene opplever ikke FM som egnet, og har ikke forutsetninger for selv å utvikle e-resept

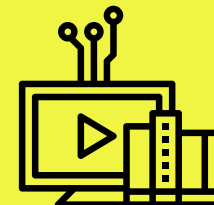
Sentral forskrivningsmodul erstatter Forskrivningsmodulen og løser dagens utfordringer

SFM sikrer god forskrivnings-
funksjonalitet for rekvirenter



SFM bidrar til effektiv forvaltning og
utbredelse av e-resept til nye
aktørgrupper

SFM er sentralt driftet av nasjonal
tjenesteleverandør



SFM bidrar til økt samtidighet og
understøtter effektiv endringshåndtering i
e-resept

SFM oppfyller lover, forskrifter og krav
som settes til legemiddelmoduler



SFM bidrar til sikker og effektiv
håndtering av legemiddelopplysninger



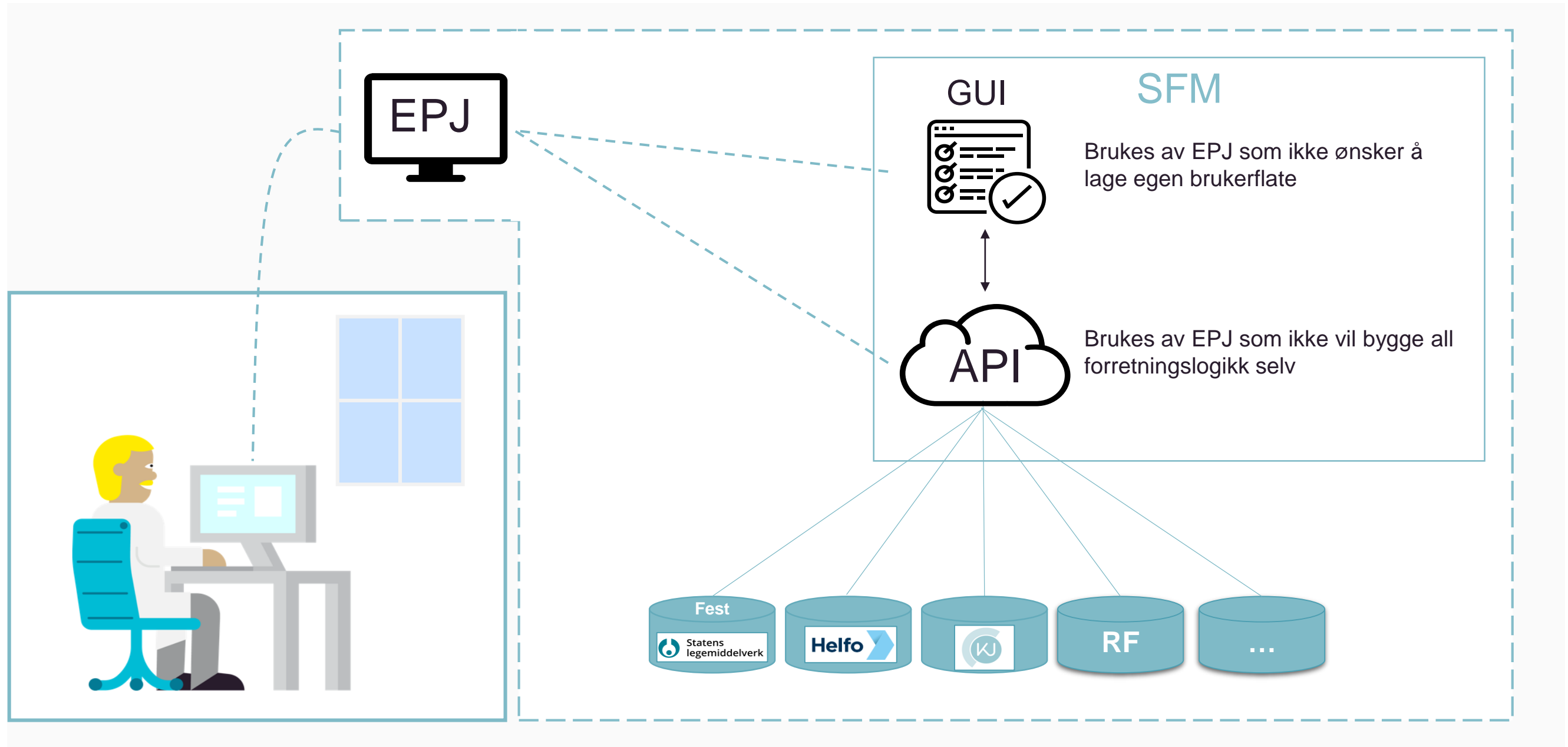
Direktoratet for
e-helse

SFM API – hvorfor FHIR?

Føringer for valg av API teknologi

- ❖ Referansearkitektur for helsepersoneltjenester på kort og mellomlang sikt.
- ❖ Vurdering av internasjonale standarder, 2016
- ❖ Den første rapporten går langt i å peke på FHIR i løsning med sentralisert tjenester i tråd med langsiktig målbilde.
- ❖ Den andre rapporten viser til FHIR som anbefalt for datadeling, MEN: FHIR er dessverre ikke moden.
- ❖ SFM prosjektet tok avgjørelse i samråd med Arkitekturmiljø og standardisering i direktoratet i å være pioner på nasjonal bruk av FHIR ressurser for nasjonal samhandling.
- ❖ Tiden har jobbet for oss, og avgjørelsen virker ikke kontroversiell nå i 2019 når FHIR har nådd R4

Illustrasjon: bruk av Sentral forskrivningsmodul GUI



Definere API og arkitektur

- API for datadeling av strukturerte data mellom to systemer i samme juridiske EPJ.
 - Er «datadeling» dekkende for «intern» datadeling?
- Mer generell API for alternativ integrasjon mot e-resept (mm), spesielt aktuelt for Helseplattformen.
- Føringer både internt og eksternt for å vurdere internasjonal tilnærming og nyere teknologi.

Vurdering av internasjonale standarder

Prosjektet har tatt utgangspunkt i en liste med foreslåtte standarder og spesifikasjoner som ble behandlet i NUFA (Nasjonalt utvalg for fag og arkitektur) januar 2015. Følgende standarder er vurdert:

- HL7 FHIR
- HL7 v3 Messaging
- HL7 CDA
- IHE XDS
- openEHR spesifikasjoner
- Lenkede data

FHIR anbefales vurdert for:

- Nye tjenester som **ikke berører mange leverandører/systemer**, eller som ikke krever omfattende integrasjoner (og der en tidligere f.eks. ville vurdert HL7 v2 eller v3)
- Tjenester/integrasjoner hvor REST-baserte operasjoner (eller en REST-basert arkitektur) er aktuelt
- Tjenester som ikke har sterk avhengighet/kobling til andre standarder, slik at å ta i bruk FHIR ikke medfører uheldige konsekvenser utenfor selve integrasjonen som lages

Arbeid med forankring

- ❖ Prosjektets løsningsdesign drøftet underveis med direktoratets Arkitekturåd
- ❖ Deltakelse på HL7 FHIR Dev Days i Amsterdam
- ❖ Koordinering med avdeling standardisering av ansvar for nasjonale enkeltressurser
 - ❖ SFM prosjektet har ansvar for «medication» ressursene
- ❖ Deltakelse i HL7 Norge sitt arbeid gjennom FHIR TNT i direktoratet.

Utfordringene underveis

- ❖ Mange aktører som «leker» med FHIR i Norge, lite koordinering
 - ❖ Grunndata, Velferdsteknologisk knutepunkt, Kritisk Info i Kjernejournal, diverse Smart On FHIR initiativ. Helse Vest har lenge jobbet med eget profileringsarbeid.
 - ❖ Direktoratet ikke rigget for nasjonal koordinering, men det endret seg i løpet av 2018
 - ❖ FHIR ressurser må mappes med nasjonale datamodeller, det gjør de kun delvis.
- ❖ Workshops:
 - ❖ EPJ- leverandører og RHF-ene invitert til serie av workshops for å kartlegge behov for «ressurser» som må være tilgjengelig i API. Fritt format, uten detaljer på FHIR nivå
- ❖ Mange «moving targets»
 - ❖ R3 blir til R4 mens vi jobber.
 - ❖ Nasjonale profiler tas fram mens vi jobber.
 - ❖ Helseplattformen trenger spesifikasjoner tidlig på grunn av kontraktsinngåelse.

Nasjonale profiler på legemidler – tas fram av SFM

- ❖ Medication
- ❖ Substance
- ❖ MedicationStatement
- ❖ MedicationDispense

- ❖ Legemiddelliste

Alt1:

SFM-Medication
SFM-Substance
SFM-MedicationStatement
SFM-MedicationDispense
SFM-PLL

Alt2:

No-Medication
No-Substance
No-MedicationStatement
No-MedicationDispense
No-PLL

Alt3:

SFM-Medication → No-Medication
SFM-Substance → No-Substance
SFM-MedicationStatement → No-MedicationStatement
SFM-MedicationDispense → No-MedicationDispense
SFM-PLL → No-PLL

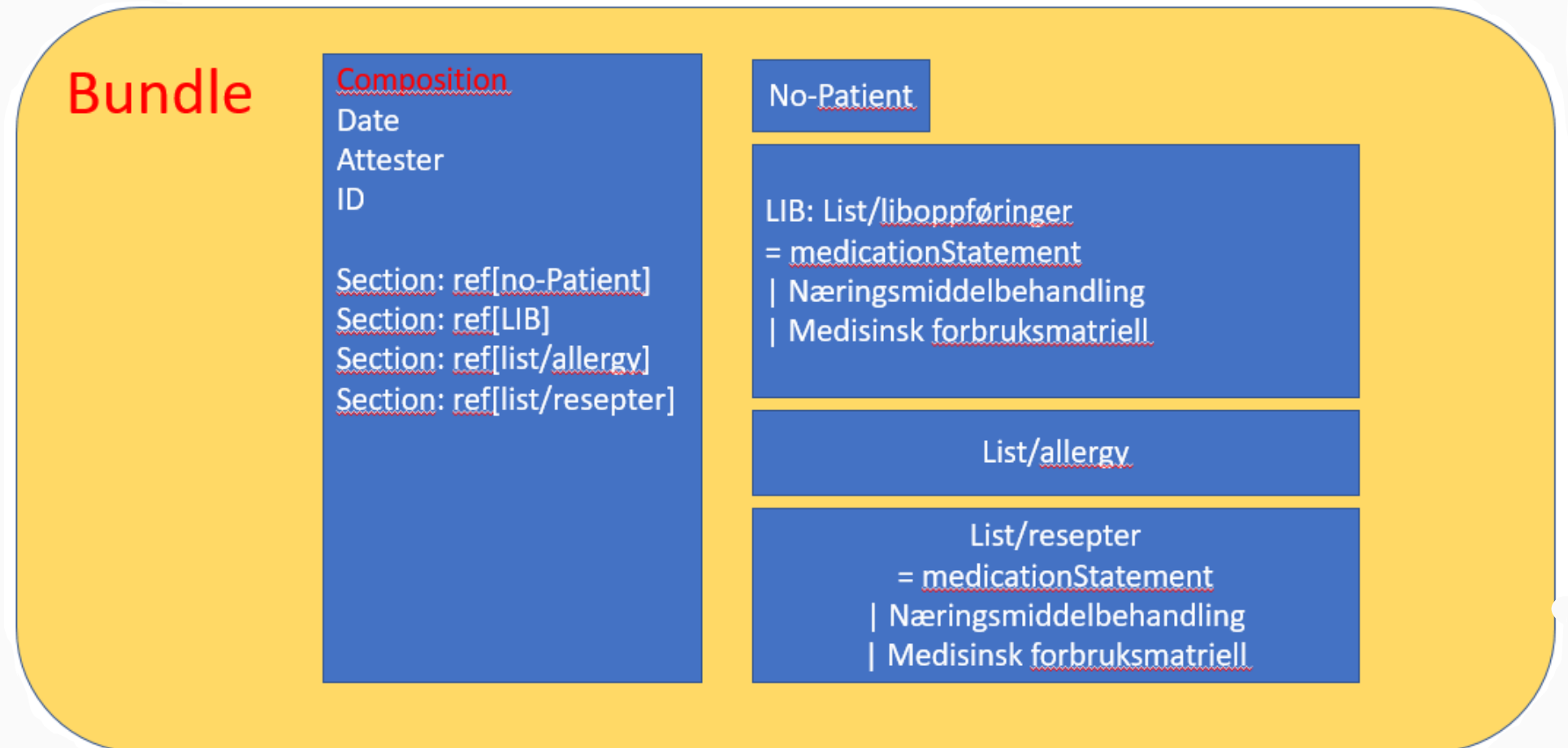
Prosesstøtte i API

- ❖ To workshops avholdt med RHF/Helseplattformen
- ❖ Mye interessant diskusjon om prosesser, men mer om bruk av PLL i innleggelse/utskrivning/permisjon/skifte av omsorgsnivå enn hva som skal støttes i API
- ❖ SFM ønsker å tilrettelegge i stor grad for enkel oppdatering av resepter og PLL ved utskrivning:
 - ❖ Sykehus sender oppdatert «PLL» med nødvendige referanser: SFM produserer PLL og resepter, samt tilbakekaller uaktuelle resepter.
 - ❖ Prosesser for dette må gås opp:
 - ❖ visning av resepter for rekvirent
 - ❖ Nødvendig med flere steg?
- ❖ Ved innleggelse er det enklere: bruk av standard ressurser
- ❖ Logging i SFM av aktivitet fra sykehus, tilgjengeliggjøring av logg og meldinger (resept)

Pasientens FHIR legemiddelliste

Arbeidshypotese:

- ❖ PLL i forskjellige versjoner støttes gjennom bruk av profil på «Composition» og relevante andre ressurser pakkes i en «bundle».
- ❖ Modenhetsnivå antas å øke må avklares gjennom arbeidet med FHIR standardiseringen





Direktoratet for
e-helse

Internasjonal bruk av FHIR

Internasjonal bruk av FHIR

Utteksling av EPJ informasjon mellom EU land



Patient Summary

ePrescriptions

Forventet at 22 medlemsland vil dele pasientdata i 2020

EHRxF

Valg av de neste helseopplysningene som skal kunne deles

Lab-resultater

Bilde og bilde-rapporter

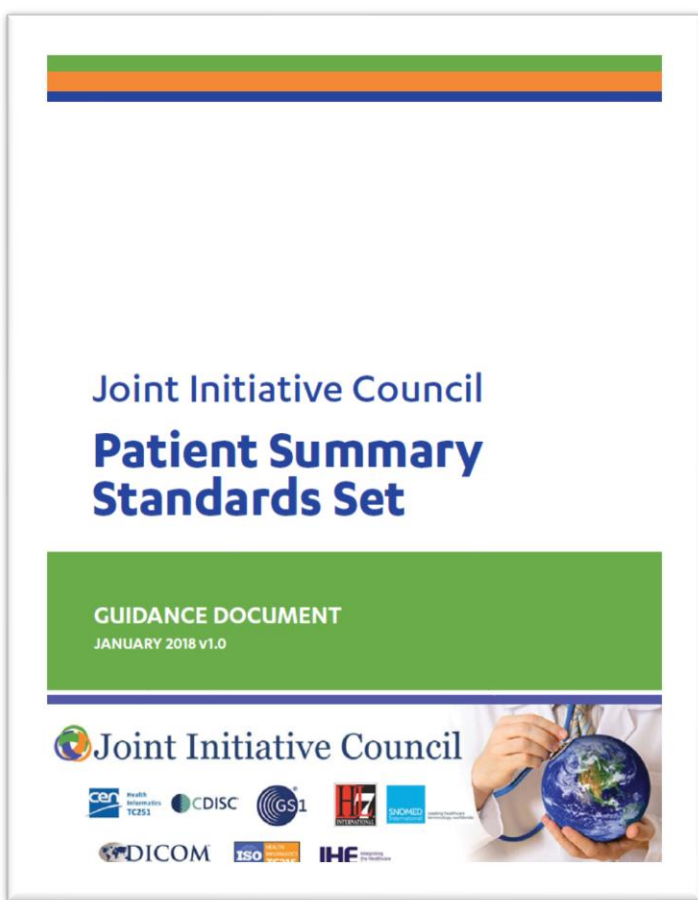
Epikriser

Patient Summary



Innhold:

- Informasjon om pasienten (navn, fødselsdato, kjønn ol.)
- Sammendrag av kliniske pasientdata (f.eks. allergier, medisinske utfordringer, implantater, kirurgiske inngrep de siste seks månedene).
- Pasientens medisinbruk.
- Informasjon om sammendraget i seg selv (når og hvordan den ble opprettet, sist oppdatert og av hvem).



**CEN
EN 17269**

FprCEN/TS 17288

**International
Patient Summary**

HL7 FHIR



HL7 CDA



SNOMED CT
The global language of healthcare

IHE

Pågående aktivitet

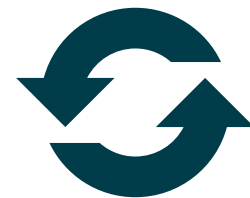

Digital Patologi



Kjernejournal



E-resept




Internasjonal
standardisering

CEN 17269

International Patient Summary



FprCEN/TS 17288



SNOMED CT
The global language of healthcare

IHE

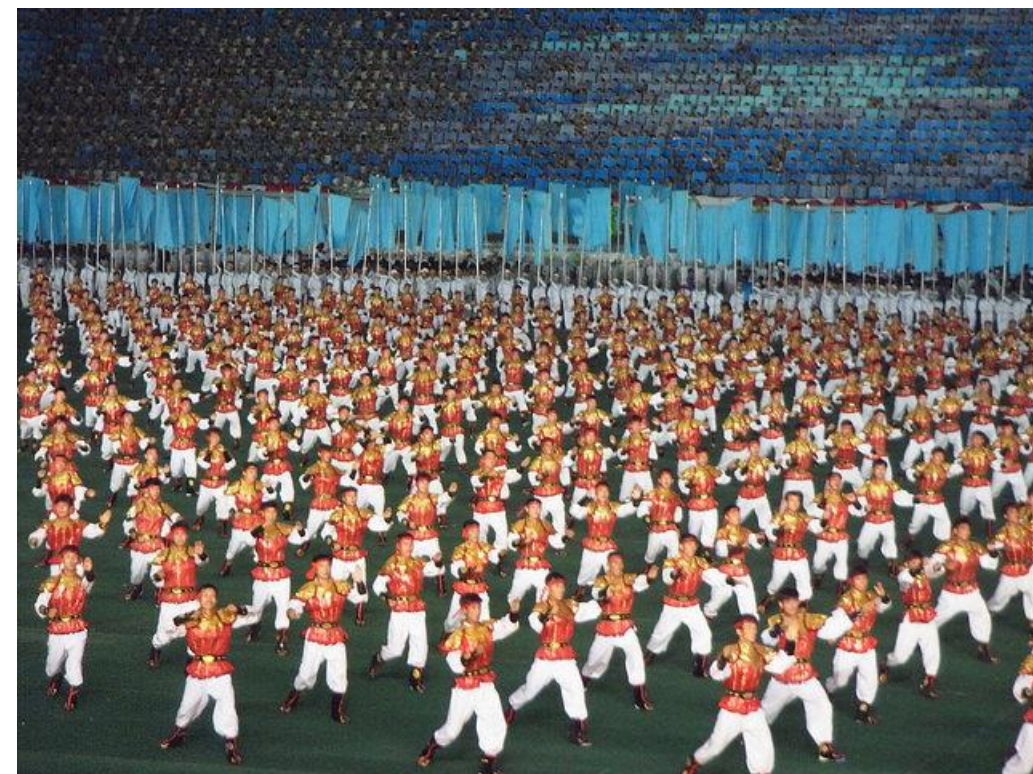


Vi trenger datadeling
for å få til bedre
samhandlingstjenester

FHIR er en viktig
standard for å få til
datadeling

Hvordan kan vi
samarbeide for å få
en koordinert bruk av
FHIR?

Innføring av FHIR





HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

STORTINGET

KS

HELSE

HL7[®] FHIR[®] SNOMED CT
The global language of healthcare

norsk **helsenett**

USA

- HITECH Act (2009),
21st Century Cures Act (2016)
- Common Clinical Data Set (ONC)
- Argonaut (FHIR)



UK

- Open API Architecture Policy (NHS 2014)
- InterOpen
- CareConnect API (FHIR)

"A health and care community through which digital information seamlessly flows"



Status

- HL7 Norge i samarbeid med Direktoratet for e-helse
 - Opprette et norsk fagmiljø
 - Basisprofiler av FHIR-ressurser
 - Dugnad med moderne utviklingsmetoder og verktøy
- Direktoratet for e-helse
 - Anbefalinger og grunnleggende krav til standarder for datadeling (FHIR)
 - Målarkitektur for datadeling



Muligheter

- Forskrift som påbyr åpne APIer
- «HelseAPI» – Standardisert åpent FHIR API
- Av sektoren, for sektoren
- Bygge opp en kultur for datadeling og et sterkt norsk FHIR-fagmiljø
- Kombinere «bottom up» og «top down»
- Opplæring, verktøy- og utviklingsstøtte



- Mer effektiv og helhetlig samhandling
- Økt gjennomføringsevne og raskere digitalisering
- Styrket informasjons-sikkerhet og personvern
- Økt innovasjon og næringsutvikling



- 30 minutter diskusjon
- Bruk fasilitatoren ved spørsmål
- 2 minutter oppsummering i plenum per gruppe

Gruppe 1

Mohammad Nouri Sharikabad
Per Meinich
Kirsti Pedersen
Thor Johannes Bragstad
Rune Karlsen

Gruppe 2

Peter Holmes
Geir Granerud
Ann-Kristin Smilden
Egil Rasmussen
Arnfinn Aarnes

Gruppe 3

Kristian Onarheim
Randi Brendberg
Heidi Slagsvold
Torgeir Fjermestad
Sverre Ur

Gruppe 4

Inga Nordberg
Tim Papas
Mona Pedersen
Anders Grimsmo
Kirsten Petersen

Gruppe 5

Jon Gupta
Bente Saltnes Nedrebø
Bjørn-Eivind Berge
Sindre Solem
Thore Thomassen

Oppgave:

Les innledningen til gruppens oppgave, og besvar spørsmålene på vedlagt A3-ark

Gruppe 1 – hvilke områder bør standardiseres?

FHIR tas i bruk primært for datadeling, og flere prosjekter er i gang med implementering. Det er behov for å tydeliggjøre hvilke områder sektoren oppfatter som mest relevant å standardisere med FHIR. Det er også behov for å avklare hvilket nivå som er hensiktsmessig å arbeide på når det gjelder utviklingen og bruk av FHIR – fra mest mulig bruk av internasjonale profiler til egenutvikling og tilpasninger lokalt.

På hvilke kliniske områder er det mest hensiktsmessig å arbeide med standardisering knyttet til FHIR?

Angi en prioritering/rekkefølge for standardisering på disse områdene.

På hvilket nivå er det mest hensiktsmessig å arbeide med standardisering knyttet til FHIR? Begrunn svarene.

- **Internasjonalt** – påvirke og gjenbruke internasjonale løsninger
- **Nasjonalt** – myndighetene tilrettelegger sammen med sektor
- **Lokalt** – stor grad av lokal utvikling og begrenset koordinering på tvers

Gruppe 2 – Etablere fagmiljø/community

Det diskuteres etablering av et fagmiljø nasjonalt som kan arbeide mer dedikert med utvikling og tilrettelegging for bruk av FHIR i Norge. På nåværende tidspunkt er det ikke tydelig hvordan et slikt fagmiljø skal se ut, eller hvilke oppgaver som typisk vil være aktuelt. Det er behov for innspill til viktigheten av et slikt fagmiljø, og eventuelt hvordan det skal fungere.

Hvilke områder eller aktiviteter bør et fagmiljø for FHIR drive med?

Hva slags kompetanse er nødvendig for å delta i et slikt fagmiljø?

Hvordan bør et slikt fagmiljø drives og organiseres? Skal noen lede dette, skal det være en fast eller løs struktur? Er det noen forpliktelser til medlemskap?

Diskuter fordeler og ulemper med å etablere et fagmiljø Hva er kritiske suksessfaktorer?

Gruppe 3 – Finansiering av FHIR-tiltak

Finansiering er en utfordring i mange sammenhenger. Når man tar i bruk FHIR på nye områder, er det relevant å få avklart hvem som skal finansiere tiltakene som er knyttet til utvikling, innføring og bruk av FHIR. Det er ønskelig at gruppen diskuterer relevante aspekter ved finansiering knyttet til FHIR.

Hvordan bør tiltak som utvikling av basisprofiler og deltakelse i fagmiljø finansieres?

Hvilke aktører bør være med og finansiere?

Hva er suksessfaktorene for å kunne etablere en forpliktende og forutsigbar finansiering?

Gruppe 4 – Standardisering og innføring av FHIR

Erfaringer viser at innføring alltid er krevende. Når det gjelder innføring av FHIR-standarder eller –profiler kan dette stille nye krav til måten dette gjøres på. I dag har vi en standardiseringsprosess for meldingsstandarder som sannsynligvis kan utvikles til å dekke også internasjonale standarder som FHIR. I oppgaven ønsker vi drøfting av noen aspekter knyttet til standardisering og innføring av FHIR-standarder.

Er det grunnleggende aspekter som må hensyntas ved standardisering basert på FHIR?

Hvilke behov ser dere når det gjelder testing og pilotering av standarder, og eventuell verktøy knyttet til dette?

Er det behov for en sertifiseringsprosess?

Vil det være aktuelt å forskriftsfeste standarder basert på FHIR?

Gruppe 5 – Styring

Innføring og bruk av FHIR vil sannsynligvis utfordre måten standardisering styres på. I denne oppgaven skal gruppen diskutere ulike aspekter ved styring, for eksempel hvilke forventninger sektoren har til myndighetenes rolle, hvilken rolle skal virksomhetene ta og hvor mye overlates til leverandører og deres valg?

Hvor viktig er det å styre utvikling og bruk av FHIR?

Hvilke aktører bør være delaktig i styring når det gjelder utvikling, innføring og bruk av FHIR? Hvilket ansvar bør de enkelte aktørene ha? Hvilke forventninger stilles til myndighetene?

Hvilke mekanismer i styringsmodell er relevant å se på? Eksempelvis bruk av NUFA, Produktstyre for e-helsestandarder.

Hvilke forutsetninger bør være på plass for å oppnå effektiv bruk av FHIR?

NUFA ber om at innspillene fremkommet i møtet blir hensyntatt i det videre arbeidet med HL7 FHIR.



Direktoratet for
e-helse

Sak 7/19: Oppdatert produktstrategi grunndata Produktstrategi 2017- 2021 Revisjon 0.95

Produktansvarlig
Ronny Holten Olsen

NUFA 30.- 31.januar 2019

Agenda – Revidert produktstrategi Grunndata

- Nåsituasjon
- Ønsket situasjon med skisse til migrering

Hvilke konsekvenser får dette for sektoren?

Grunndata



Direktoratet for
e-helse

Grunndata er en viktig del av grunnmur for å sikre informasjonsflyt innen helsesektoren i dag. Det er ekstremt høye krav til tilgjengelighet og kvalitet i dataene.

Grunndatas formål er å være sannhetskilden med enhetlig og oppdatert informasjonsgrunnlag for informasjonstjenester knyttet til person, personell, virksomheter, og referansedata(kodeverk) for helsesektoren og andre interessenter.

Person
(PREG, OFR, FLR)

363

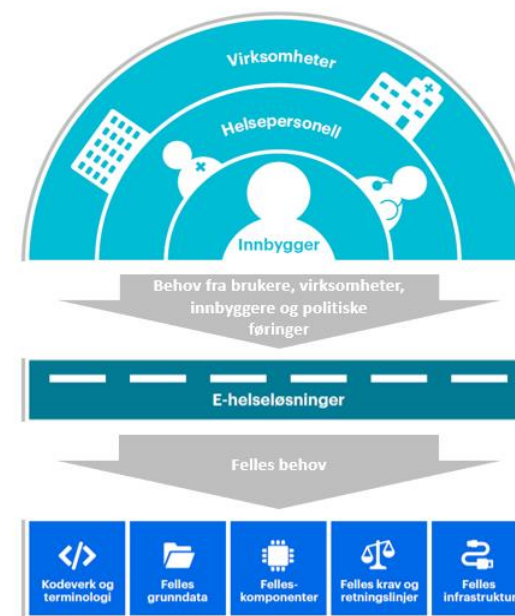
Mill. oppslag Juni 2018

Personell
(HPR, LSR, FLR)

38

Virksomhet
(Breg, RESH,HTK,AR)

2000



0,02 NOK

Kostnad per oppslag

89 %

av bruk fra sektor
(11% fra nasjonale løsninger)



3,2 milliarder
oppslag

Estimat 2019



- Nasjonale løsninger hos Direktoratet for e-helse (Kjernejournal, Helsenorge.no, e-resept)
- Helsesektoren (primær-, spesialisthelse og kommunale tjenester)
- Andre offentlige etater (NAV, SSB, Hdir, Helfo)

- Private virksomheter m.fl.
 - Laboratorier
 - Rekrutteringsbyråer
 - Gründervirksomheter

+ 38 %
Trafikkøkning i 2018



As is



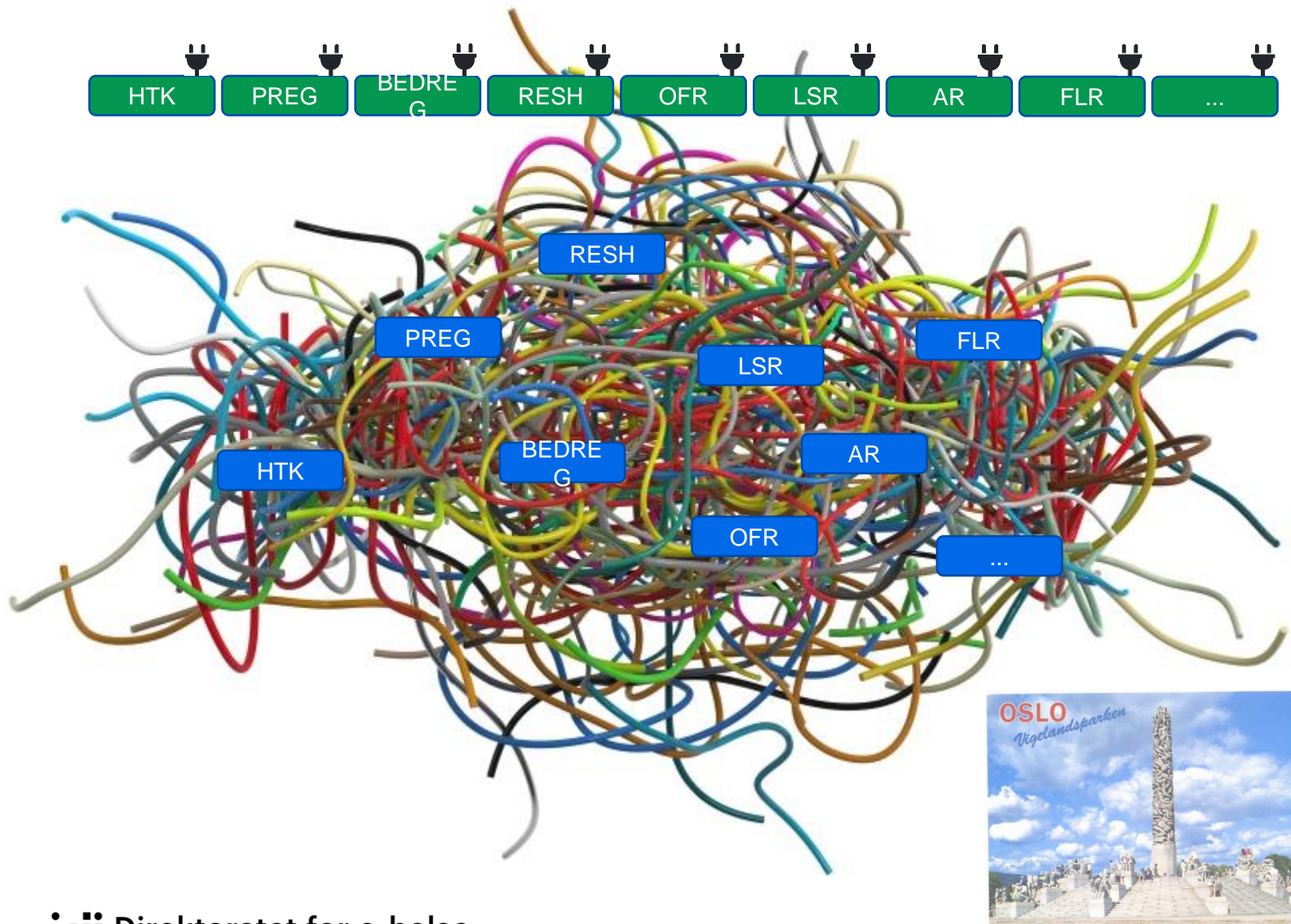
Brukernavn & passord



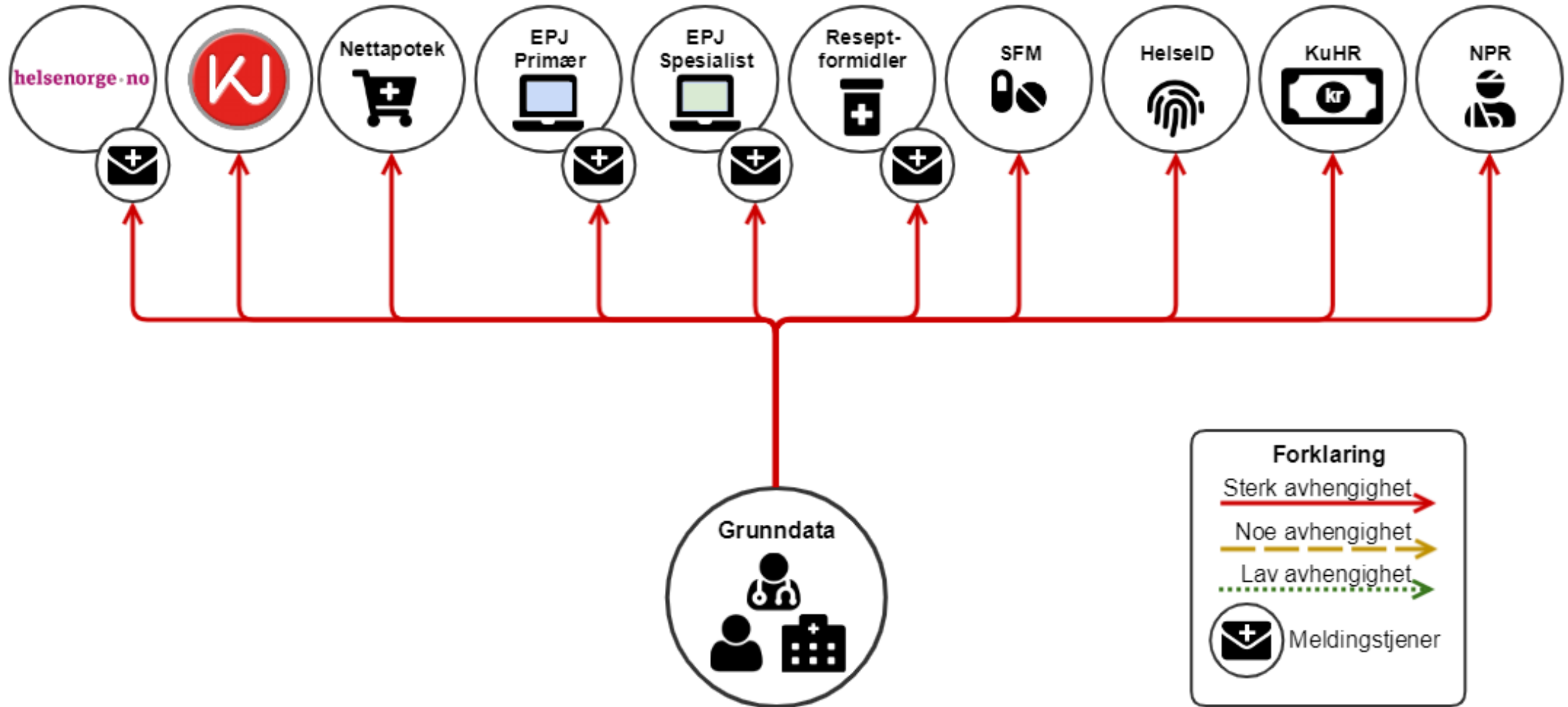
Standard? Hdir-standard, ehelse-standard, NHN-standard, ..



Alle må holde hender og hoppe i takt ved endringer



Grunndata sine viktigste konsumenter og avhengige forbrukere



Hva er revidert?

Risikoarbeidet og GDPR har avdekket en rekke områder hvor det er et betydelig behov for å heve nivået på Grunndata for å øke kvalitet på forvaltning, styring og utvikling.

Økt sikkerhet

- Høyere sikkerhetsnivå er en forutsetning for å **heve tillitten** til våre data og hvem som har endret hva
- Krever lansering av **nye og bedre sikrede tjenester**, og all bruk hos sektoren må fases over til de nye tjenestene
- **Sektoren må aktivt gjøre endringer** på sin side for å identifisere seg og ta i bruk bedre sikrede tjenester

forbedret tilgangsstyring

- Behov for en **ny og gjennomtenkt modell for tilgangsstyring** som tar inn over seg dagens og fremtidens behov
- I tillegg behøves en mekanisme for å **begrense tilgang til data** pr konsument på svært detaljert nivå
- Dagens tekniske plattform har ikke forutsetninger for å implementere finkornet tilgangskontroll på en tilfredsstillende måte

Økt tilgjengelighet

- Sektoren må i større grad basere seg på på **ferske sanntidsdata** og "online oppslag" mot Grunndata for å unngå duplisering og synkronisering av (utdatert) informasjon
- Grunndataplattformen må tilby **høytilgjengelighet**, redundans og tilstrekkelig kapasitet til å dekke fremtidens behov og trafikkmønstre

bedre kontroll og styring

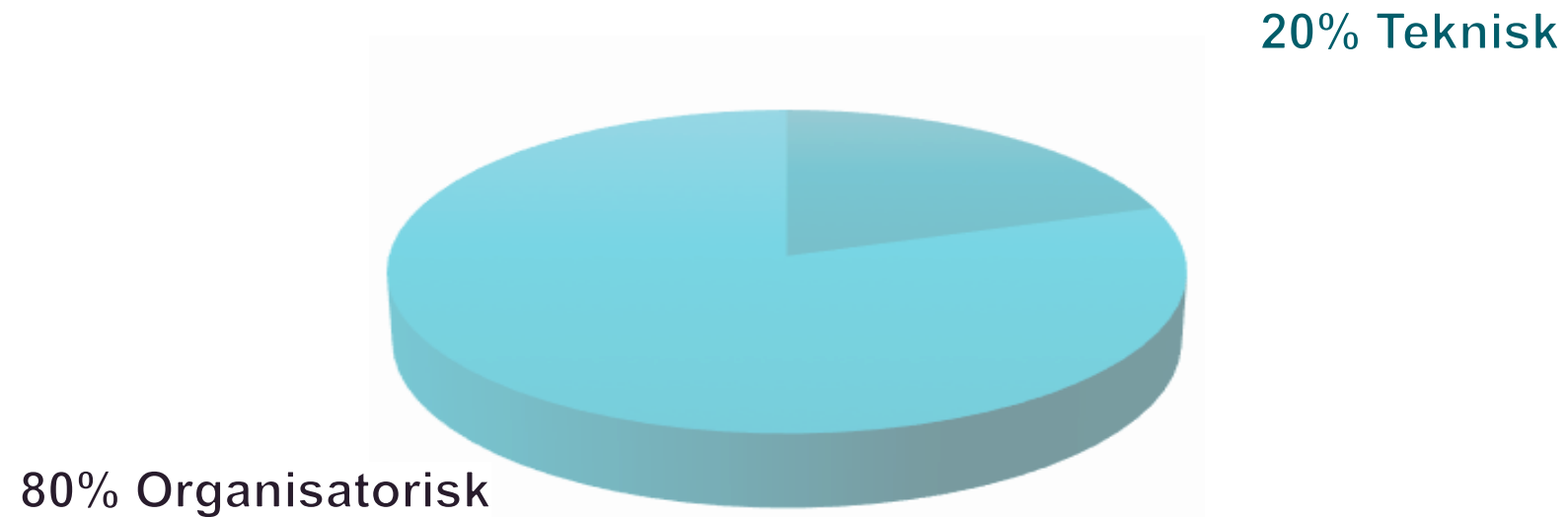
- Tydeligere **sporbarhet** ift hvem som kan lese hvilke data ihht hjemmel og tjenestemessig behov
- Etablere en «API Management plattform» som tilbyr sektoren **selvbetjening** slik at de kan realisere nye funksjoner uten endringer i Grunndata
- Alle aktører må signere på **brukervilkår** som regulerer forholdet mot Grunndata

større grad av standardisering

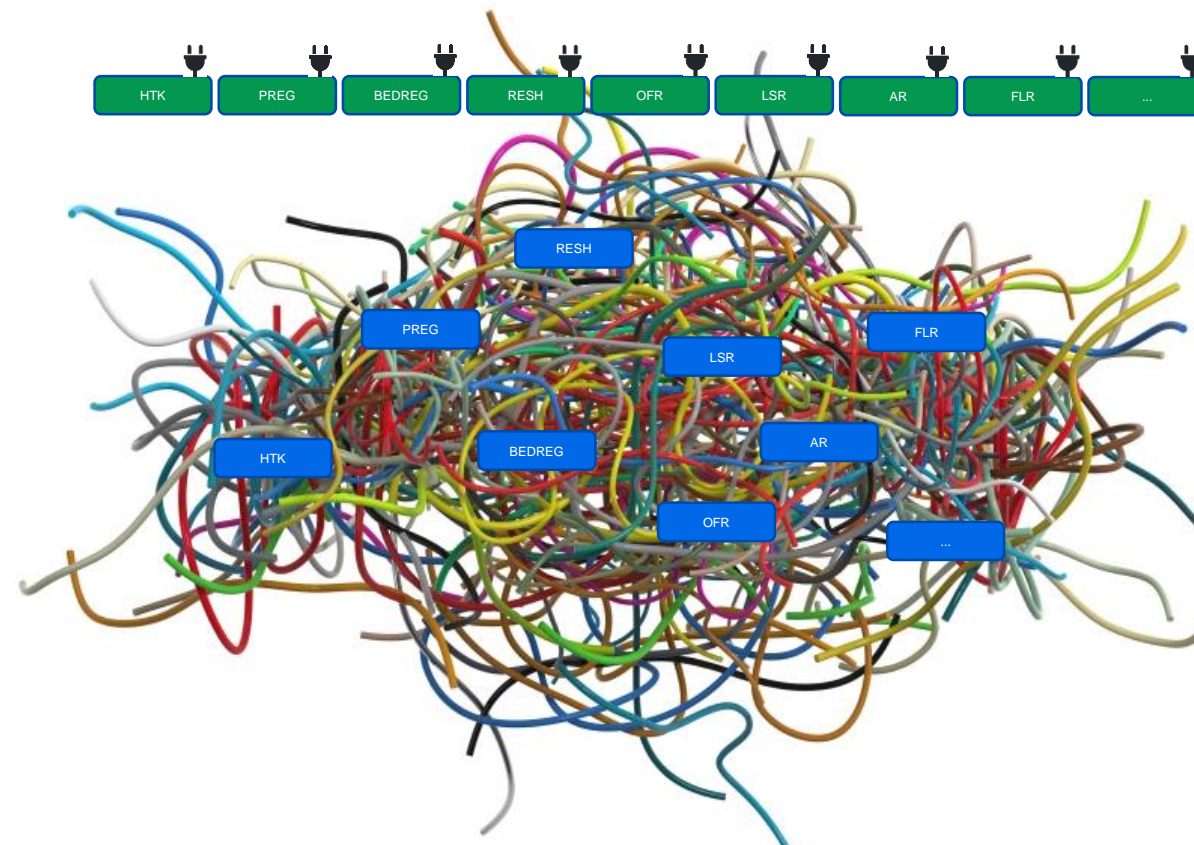
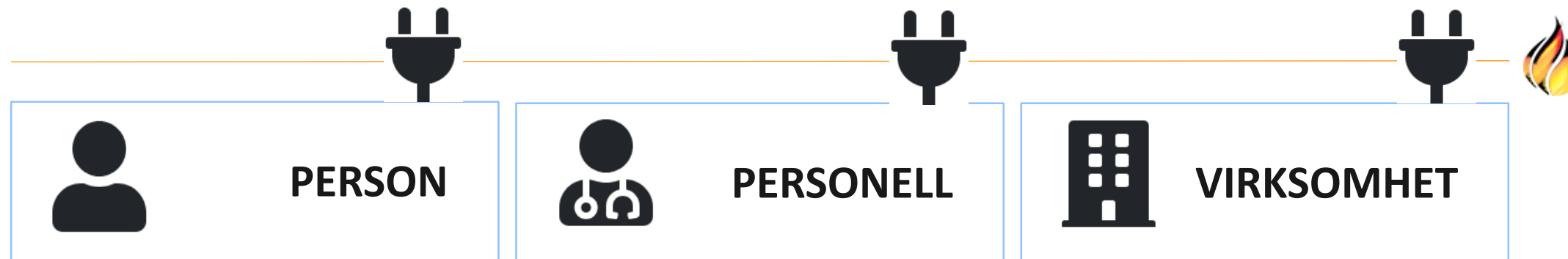
- Følge **internasjonale standarder** (HL7 FHIR) for å forenkle kommunikasjon, support, versjonering og dokumentasjon
- **Spissede tjenester og økt fokus på data**: Dagens uoversiktlige landskap av tjenester og registre må forenkles slik at sektoren får en enklere og tydeligere tilgang til alle våre relevante data
- I større grad tilgjengeliggjøre **åpne data**

Stort organisatorisk arbeide

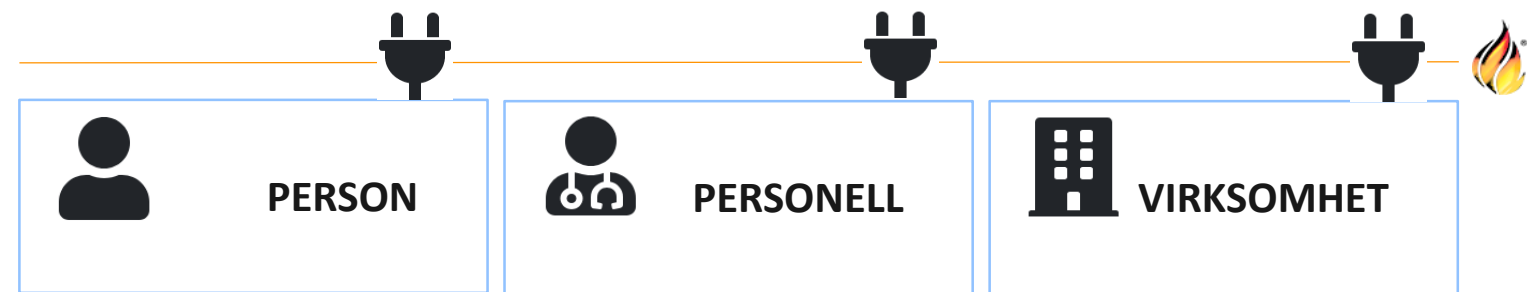
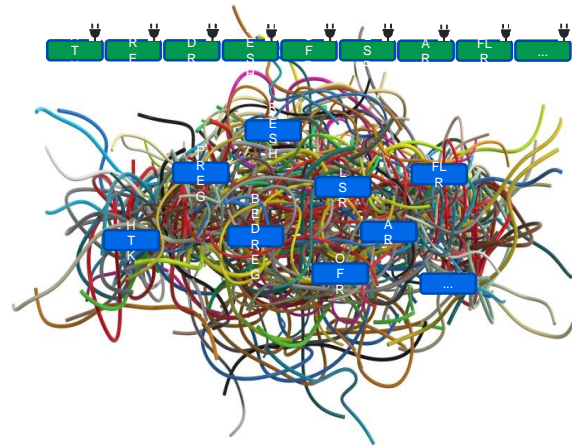
Disse endringene er såpass omfattende at de får **store organisatoriske konsekvenser** blant annet ift ansvar, eierskap og forvaltningsmodell i både direktoratet og i sektoren. Innføringen må derfor være helhetlig og koordinert. For å hindre gjentatte endringsbehov for sektoren, anbefales det å etablere en **ny grunddataplattform** hvor de nye tiltakene kan samles og implementeres på en god og gjennomført måte, slik at **sektoren gradvis tar i bruk** de nye tjenestene fra den nye plattformen.



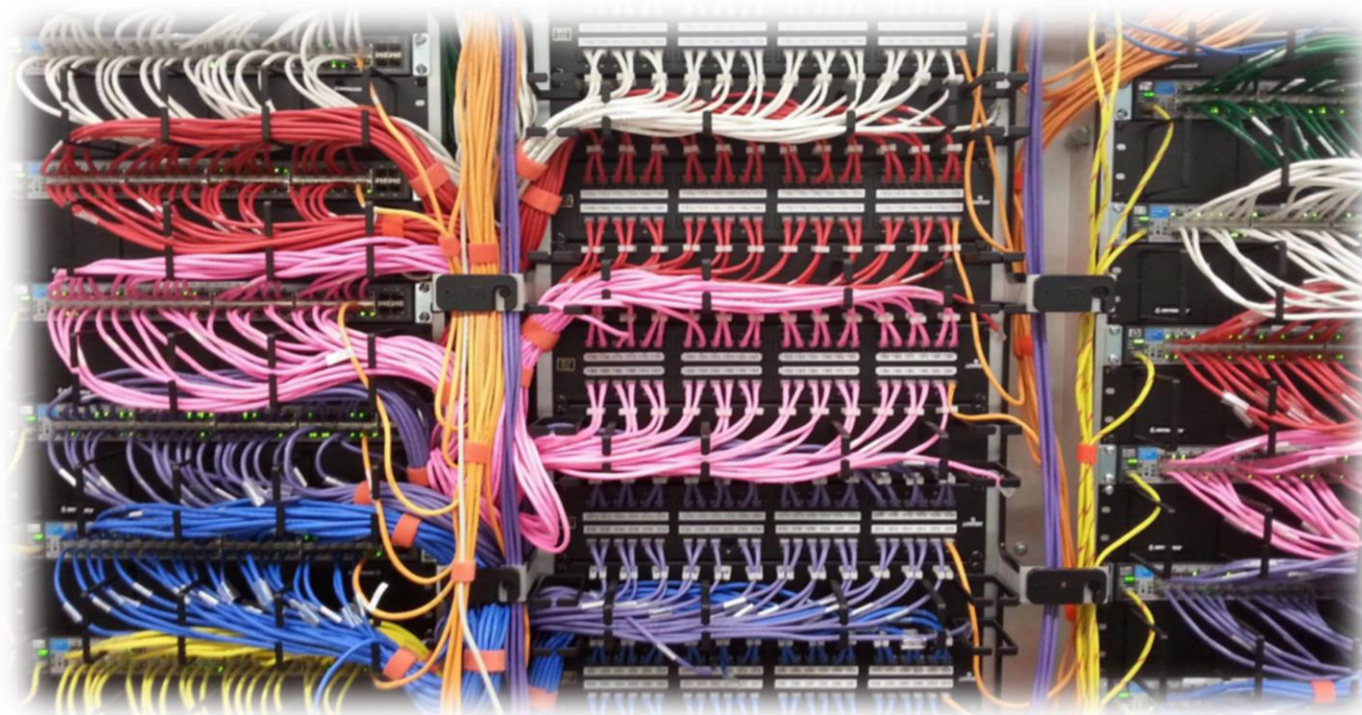
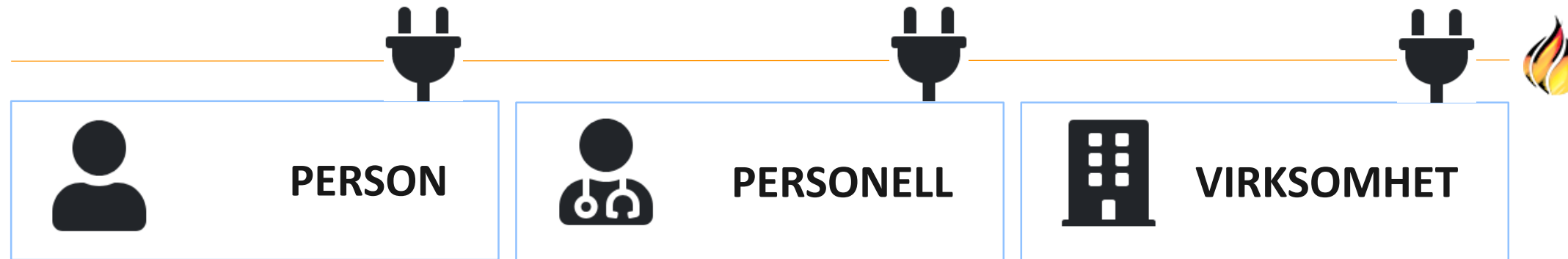
(1) Bygge nye tjenester



(2) Gradvis fase nye brukere over til ny tjeneste



(3) Rydding og omstrukturering bak ny tjeneste



Spørsmål til NUFA - Grunndata

Hvilke konsekvenser har dette for sektoren?

- Tjenestene skal bygges på HL7 FHIR REST standard og beskyttet med høyere sikkerhet -HelseID
- Person, Personell og Virksomhet etableres som sannhetskilden for sektoren
- Nye tjenester: Person, Personell og Virksomhet – Er disse dekkende for behovet til sektoren?

NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse innarbeide innspill fremkommet i møtet.



Direktoratet for
e-helse

Sak 8/19: Nasjonal e-helseportefølje; fokus legemiddelområdet

Espen Hetty Carlsen

NUFA 30.- 31.januar 2019



Direktoratet for
e-helse

Digitalisering av legemiddelområdet NUFA 30.1.2019

- Etablering av program
- Konseptvalgutredning vedr. enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon

Espen Hetty Carlsen
Seniorrådgiver
espen.hetty.carlsen@ehelse.no
Tlf.: 901 11 327

Noen årsaker til etablering av program

1. Legemiddelområdet er prioritert høyt i nasjonal e-helsestrategi.
2. Behovet for en helhetlig oversikt og koordinering av legemiddelområdet
3. Pasientens legemiddelliste var et prosjekt i FIA med sterke avhengigheter til
 - Utvikling av sentral forskrivningsmodul (SFM)
 - Utprøving og innføring av multidose i e-resept(Multidose)
 - Legemidler og kjernejournal til sykehjem og hjemmetjenester
 - Videreutvikling av Felles grunnmur

Tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse for 2019^(Utdrag)

Overordnet prioritering:

Følgende områder er overordnede prioriteringer for direktoratets arbeid i 2019:

1. Drift og forvaltning av etablerte nasjonale e-helseløsninger
2. Felles helsefaglig kodeverk og terminologi (herunder Snomed CT)
3. Digitalisering på legemiddelområdet, herunder etablering av pasientens legemiddelliste og sentral forskrivningsmodul
4. Arbeidet med nasjonal kommunal løsning
5. Forberede overføring av oppgaver til nasjonal tjenesteleverandør med utgangspunkt i Norsk helsenett SF

Pågående arbeid på legemiddelområdet:

Direktoratet for e-helse leder arbeidet med å etablere pasientens legemiddelliste som en felles oppdatert oversikt over pasientens legemiddelbruk.

Direktoratet for e-helse har ansvar for å koordinere e-helsetiltak på legemiddelområdet. Det er flere nasjonale e-helsetiltak som skal sikre bedre primærbruk av legemiddeldata, blant annet kjernejournal, e-resept, elektronisk multidose, pasientens legemiddelliste og sentral forskrivningsmodul.

Samtidig pågår det arbeid i de regionale helseforetakene med å innføre elektronisk løsning for kurve og medikasjon.

Videre pågår det arbeid med å legge til rette for bruk av legemiddeldata til sekundærformål som forskning og innovasjon, styring, og kvalitetsforbedring. Det er behov for bedre samordning for å ivareta avhengigheter mellom prosjektene og redusere risiko.

Oppdrag:

Direktoratet for e-helse skal:

- Sørge for en overordnet koordinering av e-helsetiltak på legemiddelområdet. HelseDirektoratet, Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene og KS skal involveres i arbeidet.
- Fortsette arbeidet med å etablere pasientens legemiddelliste, herunder prioritere tiltak for å understøtte Helseplattformen i Midt-Norge, starte utprøving av sentral forskrivningsmodul hos første leverandør og forberede utprøving av pasientens legemiddelliste i Bergen kommune og Helse Vest RHF
- Gjennomføre nødvendige tiltak for å påse at besluttede tiltak omkring gyldighetstid for antibiotikaresept blir ivaretatt i e-resepts verdikjede, jf. forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek

«Feil bruk av legemidler fører til en rekke alvorlige bivirkninger og dødsfall i Norge hvert år»



Meld. St. 10

(2012–2013)

Melding til Stortinget

God kvalitet – trygge tjenester

Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten



Helsepersonell mangler oversikt over pasientens faktiske legemiddelbruk

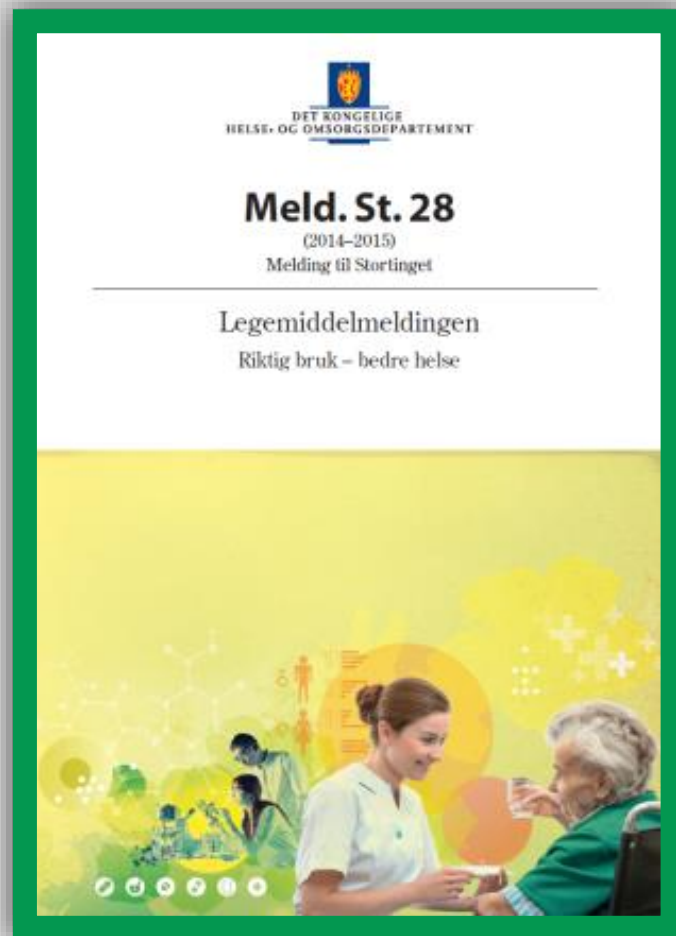
Legen forskriver feil legemiddel, for mange legemidler, uheldige kombinasjoner av legemidler, feil dosering eller gir for dårlig oppfølging.

Pleiepersonell utleverer feil legemidler, feil dose eller følger ikke opp at pasienten faktisk tar legemidlet.

Pasienten får ikke god nok veiledning, bruker legemidlene på feil måte eller følger ikke opp behandlingen fordi de ikke har tiltro til den

Overordnede målsettinger legemiddelmeldingen

Målsettinger



Sikre god kvalitet ved
behandling med legemidler

Legge til rette for forskning
og innovasjon

Likeverdig og rask tilgang til
effektive legemidler

Likeverdig og rask tilgang til
effektive legemidler



Innspill til



Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 - Legemiddelområdet



En rekke funksjonelle ambisjoner ble identifisert for perioden 2017-2022

Innsatsområder	Mål	Tiltak
#1.2: Digitalisere legemiddelkjeden innenfor helseforetakene og i kommunene	<p>Implementere sammenhengende elektronisk støtte for legemiddelbehandling i helseforetak</p> <p>Prøve ut lukket legemiddelsløyfe i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste</p> <p>Innføre beslutningsstøtte som bidrar til å redusere feil ved forordning og oppfølging av legemidler</p>	<p>Utvikle og ta i bruk beslutningsstøtte som bidrar til å redusere feil ved forordning og oppfølging av legemidler i elektronisk kurve og EPJ</p> <p>Videreføre regionale strategier for innføring og integrasjon av valgt elektronisk kurve på resterende helseforetak i spesialisthelsetjenesten.</p> <p>F. Utvikle felles konsepter for lukket legemiddelsløyfe i helseforetak, i kommunale institusjonsbaserte tjenester og i hjemmebaserte tjenester.</p>
#2.3: Dele oppdatert legemiddelinformasjon gjennom hele pasientforløpet	Tilrettelegge for at helsepersonell på tvers av helsetjenesten har oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker	<p>Innføre pasientens legemiddelliste i helse- og omsorgstjenestene</p> <p>Kvalitetshevende tiltak på dagens legemiddelområde</p> <p>Inkludere kommunale institusjoner og hjemmetjeneste i den digitale legemiddelkjeden</p> <p>Bedre funksjonalitet i EPJ (legepraksis)</p>
#3.2: Tilby sammenstilte helsedata og avansert analysefunksjonalitet på tvers av kilder til helsedata		Etablereog personidentifiserbare legemiddeldata....

Oppdatert strategisk plan e-helse 2019-2022 (utkast)

Innsatsområder	Mål	Planlagte aktiviteter 2019-22
#1.2: Digitalisere legemiddelkjeden innenfor hver virksomhet	Helsepersonell jobber digitalt med legemiddelopplysninger i egen virksomhet og har tilgang til digital beslutningsstøtte. Det bidrar til å redusere feil ved forordning og oppfølging av legemidler, og styrker pasientsikkerheten.	<p>Fullføre innføring av elektronisk kurve i sykehusene og samtidig implementerer legemiddelforordning og -administrasjon. Kliniske IKT-systemer som inneholder informasjon om pasientens legemiddel-behandling integreres på en slik måte at pasientens plan for legemiddelbehandling er komplett.</p> <p>Utarbeide plan for gjennomføring, etablering og finansiering av SAFEST og realisere prioriterte kravområder.</p>
#2.2: Dele oppdaterte legemiddelopplysninger	<p>Helsepersonell med tjenstlig behov har til enhver tid oversikt over pasientens legemiddelopplysninger. Dette bidrar til økt pasientsikkerhet og effektivitet i helsetjenesten</p> <p>Helsepersonell med tjenstlig behov har mulighet til å strukturere og sammenstille siste sentral legemiddel-liste med legemiddellisten i egen virksomhet, noe som gir økt kvalitet ved forskrivning av nye legemidler</p> <p>Innbygger har digital tilgang til legemiddelopplysninger, noe som fører til høyere grad av etterlevelse</p>	<p>Utprøving av "Pasientens legemiddelliste"</p> <p>Innføre innbyggerrettet ordning for reservasjonsrett og innsyn i legemiddelliste</p>
#3.1: Bedre behandling med bedre utnyttelse av helsedata		Følge opp arbeidet med persontilpasset medisin slik beskrevet i Nasjonal strategi for personlig helsetjenesten 2017 – 2021.
#3.2: Bedre bruk av helsedata til sekundærformål		Etableringen av en nasjonal analyseplattform, og en forvaltningsorganisasjon for tilgjengeliggjøring og analyse av helsedata, forenkler tilgangen til helsedata og legger til rette for forskning og avanserte analyser på tvers av helseregistre, grunndata, og andre kilder til helseopplysninger.

Kommunesektoren vil jobbe for å utvikle sine journalsystemer i tråd med kommunenes behov og som støtter opp under målene på e-helseområdet.

Utrede behov og mulige tiltak for realisering av enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon i den samlede helse- og omsorgstjenesten.

Innføre Kjernejournal i kommunal pleie og omsorgstjeneste

Innføre e-resept i kommunal pleie og omsorgssektor

Programmets avgrensning pr. 29.1.19

Programmets prosjekter pr. 21.9.2019 og bidrag til strategi- og handlingsplan

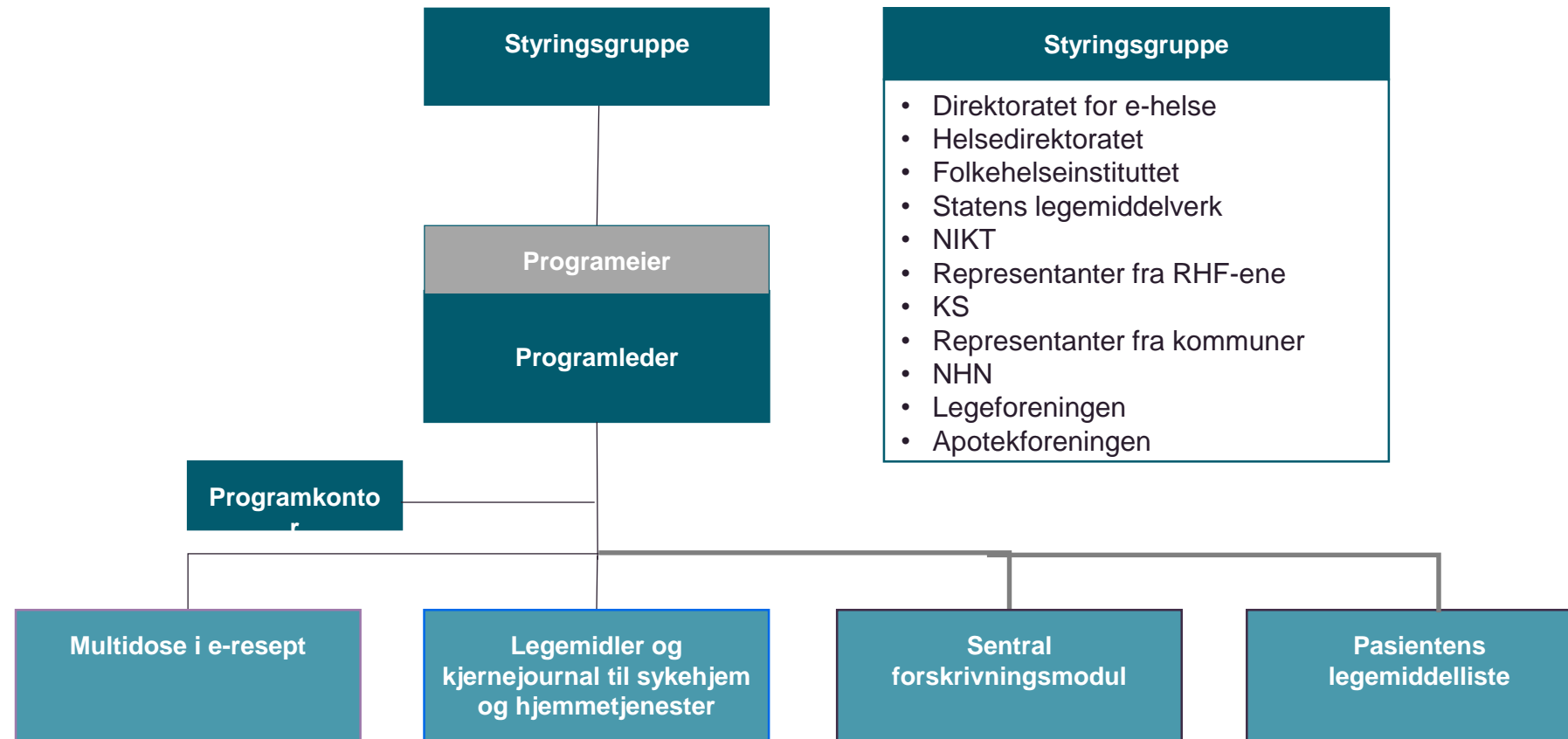
Prosjekt	Utprøving av "Pasientens legemiddelliste"	Innføre innbyggerrettet ordning for reservasjonsrett og innsyn i legemiddelliste	Innføre e-resept i kommunal pleie og omsorgssektor	Innføre Kjernejournal i kommunal pleie og omsorgstjeneste
Pasientens legemiddelliste	✓	✓		
Utvikling av sentral forskrivningsmodul (SFM)	✓		✓	✓
Legemidler og kjernejournal til sykehjem og hjemmetjenester	✓		✓	✓
Utprøving og innføring av multidose i e-resept(Multidose)	✓			



Planlagt effekt

1. Oversikt over pasientens faktiske legemiddelbruk

Program organisering: Digitalisering av legemiddelområdet



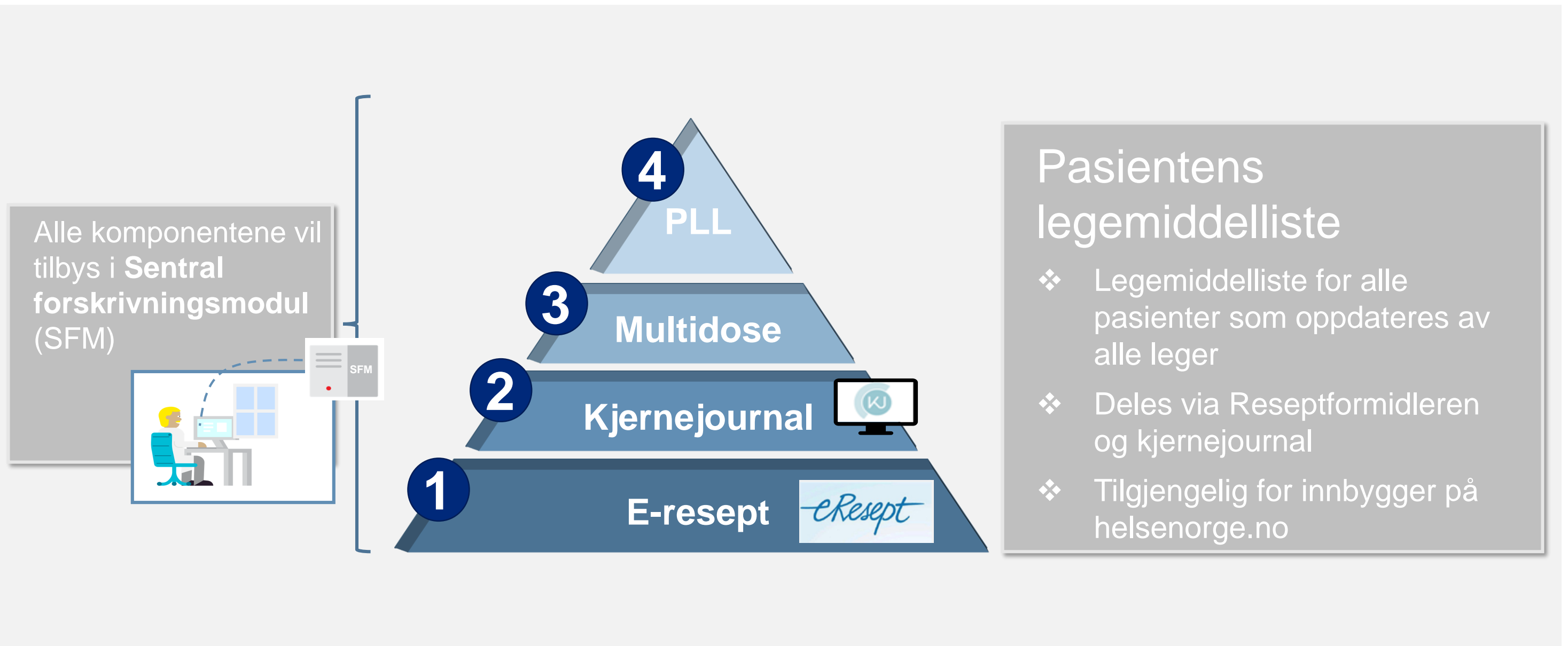
Planlagt effekt

Styrket evne til å realisere gevinster innenfor legemiddelfeltet. Den største og viktigste virkningen er antatt at vil være helseeffekter som vil komme i form av riktigere behandling og færre pasientskader. Økonomiske effekter vil komme i form av bedre utnyttelse av kapasitet og ressurser, og lavere forbruk av legemidler

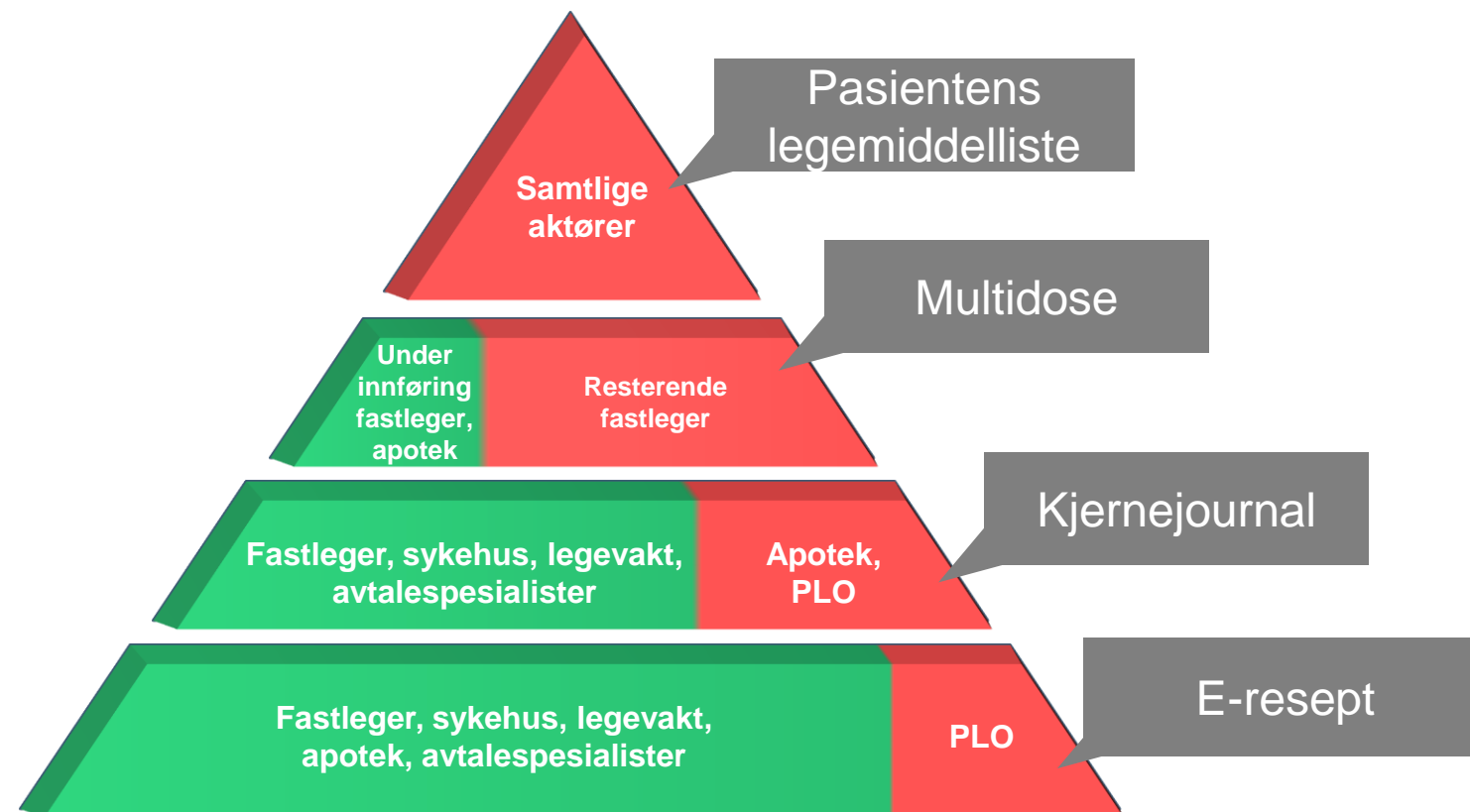
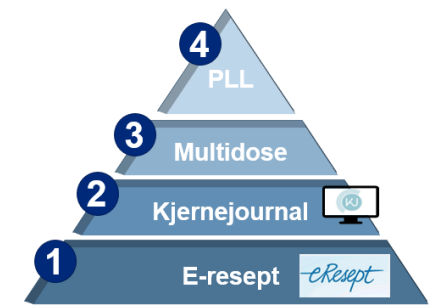
Roller og ansvar

Rolle	Ansvar	Ansvarlig
Styringsgruppen	er ansvarlig for å beslutte styringsdokumentasjon og påse at programmet gjennomføres i henhold til denne. Styringsgruppen skal prioritere tiltakene i programmet, gjøre avgrensninger og følge opp programmet med hensyn til økonomi, kvalitet, risiko og fremdrift i prosjektene. Styringsgruppen møtes tre til fem ganger i året eller etter behov	Helsedirektoratet(1), Folkehelseinstituttet(1), Direktorat for E-helse(1), Statens legemiddelverk(1), Representanter for de regionale helseforetakene(4), NIKT(1), KS(1), representanter fra kommuner (4), Norsk Helsennett(1), Legeforeningen(1) og Apotekforeningen(1)
Programeier	har et overordnet ansvar for at programmet når sine mål, og er ansvarlig for de beslutningene som fattes. Programeier utnevner programleder	Hilde Lyngstad
Programleder	har myndighet til å lede programmet og levere de nødvendige leveransene innenfor de rammer og begrensninger som er definert av styringsgruppen	Espen Hetty Carlsen
Sentralt prosjektkontor	utarbeider fortløpende oversikter og vurderinger rundt aktørbildet, risiko, avhengigheter, planer og økonomi. Den sørger også for dokumentasjon, kommunikasjon, koordinering og bidrar i gevinst-, og juridisk arbeid. Prosjektkontoret har behov for ressurser som har kompetanse innenfor arkitektur, generell prosjektstøtte, gevinst og innføringsarbeid.	Ingen ved oppstart av programmet. Programleder trekker foreløpig veksler på ressurser i Direktorat for e-helse
Prosjekt/Leveranser	representerer programmets hovedleveranser innenfor utviklingsoppgaver, planlegging og gjennomføring av utprøving og innførings aktiviteter. Leveransene kan leveres gjennom egen prosjektorganisering eller gjennom flere prosjekter i en matrise. Prosjektenes organiseres gjennom egne styringsdokumenter og kan bla. ta ibruk referansegrupper og interne styringsgrupper etter behov.	PLL: Karin S. Mortensen LK-SHT: Lars U. Lunde Multidose: Mette Ingebretsen SFM: Jorunn K. Mosbergvik

Deling av legemiddelopplysninger: Pasientens legemiddelliste



Status på realisering av løsninger for aktørgrupper



Status | Legemiddelområdet

Status



Tendens
frem i tid



Prosjekter

Pasientens legemiddelliste – Gj.fase
Sentral forskrivnings modul – Gj.fase
Multidose i e-resept – Gj.fase
Legemidler og kjernejournal til PLO – Gj.fas

Høydepunkter/utfordringer

- Legemiddelområdet har vært rapportert rødt, på bakgrunn av reduserte budsjettammer for 2019 og forsinkelser. Replanlegging er gjennomført og program for området er etablert og det rapporteres nå gult.
- **PLL** rapporterer grønn. Beslutning om ikrafttredelse av forskriftsendringer trådte i kraft 01. januar 2019. Den tilhørende informasjonskampanjen gjennomføres i henhold til plan fra januar 2019, og vil pågå ut februar 2019
- **SFM** melder gult siden spesifikasjon og utvikling er to måneder bak plan. Etter replanlegging vil utprøvingen gjennomføres første del av 2020.
- **Multidose** i e-resept melder rød status og har fortsatt store utfordringer med utprøving, ettersom feil i apoteksystemene fortsatt ikke er rettet.
- **LK-SHT** melder grønt og 6 kommuner har signert utprøvingssavtale for kjernejournal

Tid



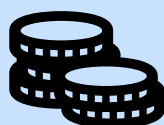
- SFM, Legemidler og kjernejournal til PLO og Multidose i e-resept er betydelig forsinket i forhold til besluttede planer for 2018
- Ny planer er etablert for 2019 ved etablering av program

Kvalitet og omfang



- Nye styringsdokumenter er utarbeidet og er til godkjenning i styringsgruppen 29.1.19

Økonomi



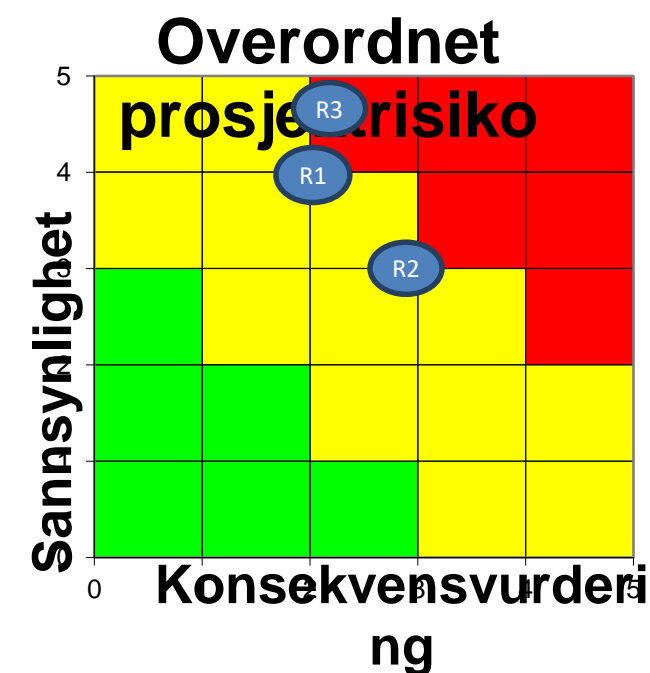
- For 2019 er prosjektene planlagt ut fra et totalbudsjett på 48 MNOK
- Finansiering er fortsatt usikker, da e-helse sitt budsjett ikke er vedtatt.

Risiko

- R1** Avhengighet til leverandører forsinket utprøving
- R2**: Finansiering for 2019 reduseres og planer må endres
- R3**: HelselD er mer komplekst og forsinket/fordyrer utvikling og utprøving

Tiltak

- T1**: Det jobbes aktivt med å involvere aktører og gi informasjon tidlig om hva som forventes og levers når.
- T2**: Forslag til finansiering ser ut til å sikre videre aktiviteter. Ny organisering skal bidra til mer effektiv bruk av ressurser. Det jobbes med planer.
- T3**: Divisjon utvikling og forvaltning jobber aktivt med NHN i forhold til behov, planer og løsninger for HelselD



Status| Enkelt prosjekt - Legemiddelområdet

Pasientens legemiddelliste (PLL)



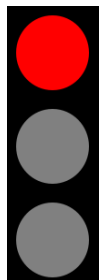
- Beslutning om ikrafttredelse av forskriftsendringer er endelig og trådte i kraft 01. januar 2019. Den tilhørende informasjonskampanjen gjennomføres i henhold til plan fra januar 2019, og vil pågå ut februar 2019
 - De fleste HF vil være klare med oppgradert EPJ til 01. januar 2019, siste ca mars 2019
 - To fastlege-EPJ har ikke utviklet støtte for regelverksendringer. Dette må følges opp i 2019
- Styringsdokument er oppdatert i henhold til forventet budsjett og aktivitetsnivå for 2019.

Sentral forskrivningsmodul (SFM)



- Spesifikasjon og utvikling er to måneder bak plan, grunnet tidligere forsinkelser med designleveranser og utvikling har tatt lenger tid enn estimert. Prosjektet ser ikke ut til å møte krav i tildelingsbrevet om oppstart utprøving i 2019. Foreløpig plan er at utprøvingen vil gjennomføres første del av 2020.
- Prosjektet jobber med revidering av planer i forbindelse med ny organisering og forsinkelse.
- Planer/faser, omfang og risiko vil ha stort fokus i forbindelse med replanlegging.

Multidose i e-resept (MD)



- Fortsatt er utprøving bak plan
 - For Boots og NMD (Norsk Medisinal Depot) vil videre utprøving starte i etterkant av feilrettingen av Pharmados.
 - Det pågår utprøving i Asker med to fastleger og Apotek1
 - Videre aktiviteter med Apotek1 skal planlegges i løpet av januar.
 - Risør(NMD) fortsetter med utprøving hos fastleger, men utvider ikke antallet fastleger som tidligere planlagt.
- Ny leverandør kan få godkjent akseptansetest i løpet av første halvår 2019
- Tiltakene for å redusere dobbeltuttak av A/B preparater er ferdige, men ikke testet ut pga forsinkelser i utprøvingen.

Legemidler og kjernejournal til PLO



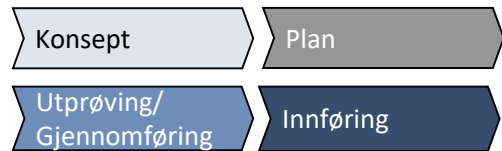
- Halvt år forsinket med planlagte utprøvinger i 2018, ny plan legges frem for styringsgruppe 29.jan
- Høstens mobilisering av kommunene har hatt positiv effekt på leverandørprioritering, og alle leverandører har KJ i veikart for 2019.
- 6 kommuner har signert utprøvingsavtale for kjernejournal i sykehjem og hjemmetjenester og har startet lokal planlegging av utprøving.
- Prosjektsamarbeidsavtale med Nasjonal senter for e-helseforskning (NSE) er signert. NSE skal bidra med følgeforskning på de nasjonale løsningene kjernejournal og PLL i pleie- og omsorgsektoren.

Avhengigheter

En liten introduksjon

Prosjekttittel	AF	ehelse	EPJ	Hdir	helfo	HP	Kom- muner	Lev til apotek	NHN	SLV	Thula	Totalsum
Multidose	1	1	1	1				1				5
Pasientens legemiddelliste PLL	1	5	2	1		1			1			11
LK-SHT		6	1				1					8
SFM		12	1		1				2	1	1	18
	2	24	5	2	1	1	1	1	3	1	1	42

Veikart for prosjekter på legemiddelområdet pr. 29.1.2019



		2018		2019				2020				2021				2022				2023			
		Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
E-helse	Multidose i e-resept	Utprøving				Innføring																	
	Kjernejournal til SHT	Planlegging og utvikling				Utprøving				Utprøving/Innføring													
	SFM til fastleger	Utvikling				Utprøving				Utprøving/Innføring													
	E-resept og SFM til SHT	Planlegging og utvikling				Utprøving				Utprøving/Innføring													
	Pasientens legemiddelliste	Utvikling nasjonale løsninger og løsninger til utprøving				Begrenset utprøving/utvikling				Utvidet utprøving – skalerbarhet				Innføring (til 2025)									
FHI	Modernisering av Reseptregisteret	Konsept	Plan																				
HDIR	En vei inn	Fase 1 - Bivirkninger		Fase 2 - Vaksiner, kosttilskudd og kosmetikk		Fase 3																	
NIKT	SAFEST Realisering			Gjennomføring av de 4 prioriterte kravene fra SAFEST; Datakvalitet, Katalog virkestoffordinering, Strekkode og Ernæring																			
VEST	HELIKS (Program) KULE – Kurve og legemiddellogistikk (Meona)	[Gjennomføring]																					
NORD	FRESK (Program) Medikasjon og kurve (prosjekt)	Plan		[Gjennomføring]																			
Sør-øst	Regional kurve og medikasjon	Sykehuset Telemark, Sykehuset i Vestfold og Sørlandet sykehus						Vestre Viken og Sunnaas sykehus				Sykehuset innlandet											
	Medikamentell kreftbehandling	Vestre Viken	Sør-landet	Inn-landet	Tele-mark	AHUS																	
MIDT	Helseplattformen	[Gjennomføring]										Innføring											
«HOD»	Enhetlig og strukturert Legemiddelinformasjon Forventet oppdrag til e-helse 2020			BP1		Konsept				Plan		Utprøving/Gjennomføring				Innføring							

Nye oppdrag juni 2018

1. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å realisere de fire prioriterte kravområdene knyttet til SAFEST, i tråd med tidligere utredning i regi av de regionale helseforetakene og Nasjonal IKT.

- Strekkode
- Ernæring
- Katalog virkestoffordinering
- Datakvalitet

2. E-helse: Enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon (Tillegg til tildelingsbrev nr. 9)
Direktoratet for e-helse, i samråd med de regionale helseforetakene, FHI, Helsedirektoratet, KS og Statens legemiddelverk, er bedt om å gjøre en overordnet vurdering av mulige tiltak for realisering av enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon i den samlede helse- og omsorgstjenesten.

BEHOV KONSEPTUTREDNING

1. Utarbeide en anbefalt løsning for

Enhetlige og strukturerte grunnlagsdata for legemidler som dekker behovene til primær- og sekundærbruk av legemiddelinformasjon.

2. Del leveranser

- 1) Utarbeide en oppdatert og forankret analyse av aktørenes samlede behov som inkluderer en utredning av kunnskaps- og beslutningsstøtte knyttet til legemiddelområdet.
- 2) Definere omfanget av legemiddelinformasjonen som må være konsistent, oppdatert, kvalitetssikret og tilgjengelig for sektoren.
- 3) Definere standarder, terminologi og kodeverk knyttet til legemiddelinformasjonen og løsningskonseptet.
- 4) Anbefale en forvaltningsstyring, inkludert finansiering og innføringsstrategi, av enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon

Felles grunnmur | Byggekløsser som bidrar til samhandling på tvers

FORMÅL

Grunnmuren legger til rette for effektiv og sikker elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren

KOORDINERT UTVIKLING OG FORVALTNING

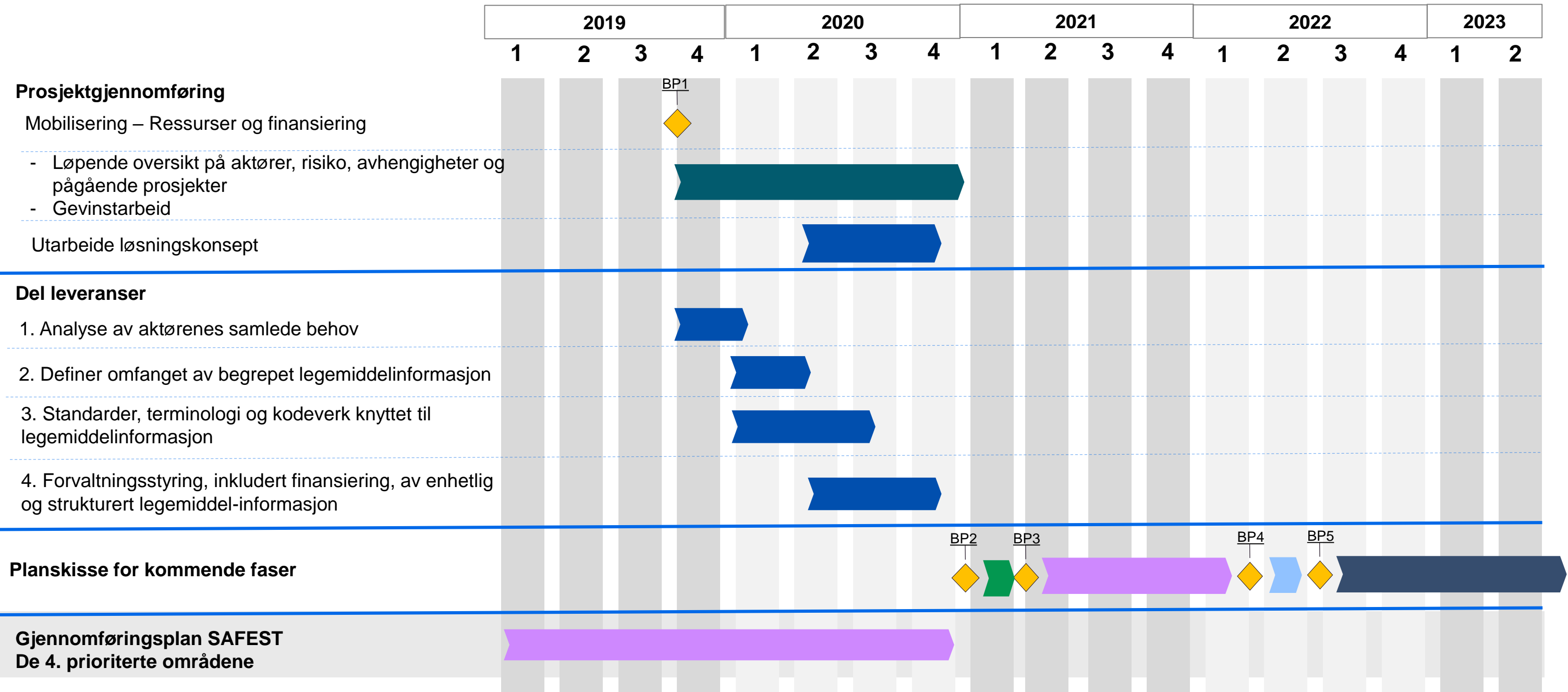
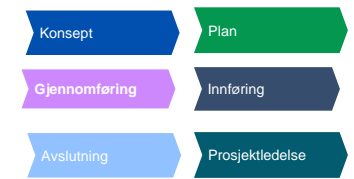
Det er behov for koordinert utvikling og forvaltning av grunnmuren



ANVENDELSE

Grunnmuren løser felles behov

Overordnet plan



Hvilke effekter forventes ved å utarbeide en løsning for enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon

Effekter

- Grunnlag for
 - Sømløse legemiddeloverganger mellom omsorgsnivåer
 - Nasjonal beslutningsstøtte
 - Redusert kostnader ved feilbehandling
 - Reduserte kostnader ved forvaltning av legemiddelinformasjon
 - Effektiv sekundærbruk av legemiddeldata
 - Styrket innovasjon og næringsutvikling

NUFA tar saken til orientering og ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet.



Direktoratet for
e-helse

Middag kl. 18:30

Start i morgen kl.08:30