

Rapport om forbedret informasjonsutveksling mellom helsepersonell og myndigheter

Anbefalinger for å redusere rapporteringsbyrden



November 2023

Sammendrag

Det har gjennom mange år blitt etablert et økende antall løsninger for innrapportering og informasjonsutveksling av helsedata med myndighetene. I tillegg krever flere offentlige og private virksomheter helseattester, fraværattester og andre attester som samlet gir fastlegen et mangfold av oppgaver å forholde seg til, og som bidrar til å øke rapporteringsbyrden. For helsepersonell er registrering av helseopplysninger utenfor eget primære fagsystem (elektronisk pasientjournal) et tillegg til arbeidsbyrden. Egne portaler for innrapportering og utveksling av data mellom helsepersonell, registre, kommunene, statlige aktører og andre, finnes i rikt monn.

Helsepersonell forteller at de ulike digitale løsningene, med variabel grad av integrasjon med EPJ, gir en fragmentert brukeropplevelse. Det benyttes ulike påloggingsmetoder, det er forskjellige brukergrensesnitt, og det er ulik grad av integrasjon med nasjonale fellesløsninger og sentrale registre. Resultatet er at de samme opplysninger må registreres flere ganger, noe som er tidkrevende og kan øke risiko for feilregistreringer og redusert datakvalitet. Når helsepersonellet endelig har gjennomført registreringen, må de ofte i tillegg manuelt føre opplysningene tilbake i journalen, i tråd med plikten om å gjøre dette. Samtidig som fastlegene opplever merarbeid knyttet til rapportering av data og informasjon, stilles det stadig høyere krav til rapportering av mer data, at de skal kunne avgis raskere – helst i sanntid -, og med bedre datakvalitet. Nasjonal e-helsestrategi (2023-2030) er tydelig på at norske helsedata er en betydelig samfunnsressurs, og i økende grad skal brukes til kvalitetsforbedring, helseanalyse, ledelse, beredskap og forskning.

I oppdraget «portaler for rapportering for helsepersonell» har vi kartlagt mange av de portalene helsepersonell bruker i rapporteringen til, og informasjonsutvekslingen med, myndigheter innenfor helsesektoren, og attester og skjemaer kravstilt fra etater utenfor helse. Hovedmålene er å forenkle rapporteringsbyrden, gi økt fleksibilitet og endringsevne for myndigheter, legge bedre til rette for leverandørmarkedet og bidra til økt sikkerhet. Direktoratet har i tett samarbeid med fastleger, kommuneoverleger, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, leverandører av journalsystemer til fastlegemarkedet, og legeföreningen jobbet frem tiltak og anbefalinger for hvordan denne type informasjonsutveksling bør håndteres fremover. Arbeidsmøter der alle parter har sittet samlet - myndigheter, kommuner, helsepersonell og leverandører - og jobbet med problemstillingene har gitt god innsikt i utfordringsbildet, behovene og hvordan ulike tiltak kan bidra til å redusere rapporteringsbyrden og forenkle informasjonsutvekslingen med myndighetene. I arbeidet har direktoratet hatt et særlig fokus inn mot fastlegene. Innsikt og tiltak er forankret gjennom nasjonal rådsmodell og mye av arbeidet med anbefalingene er etter vår vurdering også relevant for andre grupper av helsepersonell som rapporterer til – eller utveksler informasjon med – myndighetene.

De største utfordringene med dagens rapportering er at løsninger som benyttes for å rapportere inn data, ikke har støtte i arbeidsflyten, og kun i begrenset grad er integrert i helsepersonells arbeidsflate. Nye behov for data løses ofte ved etablering av en portal fordi virksomheten hverken har tid, kapasitet eller finansiering til å etablere løsninger som er integrert med EPJ. Portaler er relativt enkle å etablere i forhold til løsninger som er helintegrerte med EPJ, da det ofte ikke er behov for databehandleravtaler, eller avtaler med – og utvikling i EPJ, samtidig som de gir fleksibilitet ved at portalene enkelt kan endres og videreutvikles av virksomheten selv. Leverandørene beskriver utfordringer med at de har for lite kapasitet sett opp mot summen av alle behov som treffer dem fra ulike offentlige virksomheter, kommuner og brukere, og at myndighetene ikke fremstår koordinerte i sine

behov og prioriteringer. De beskriver også utfordringer med at myndighetene ikke er tydelige på utviklingsretning og bruk av internasjonale standarder, at det er kostbart å utvikle og vedlikeholde integrasjoner mot mange ulike API-er som ikke kan gjenbrukes på tvers, og at det er manglende betalingsvillighet hos kundene for utvikling og utbedring av løsninger for rapportering som er pålagt helsepersonell fra myndighetene.

Rapporten tar for seg 5 tiltaksområder som kan bidra til å redusere rapporteringsbyrden for helsepersonell:

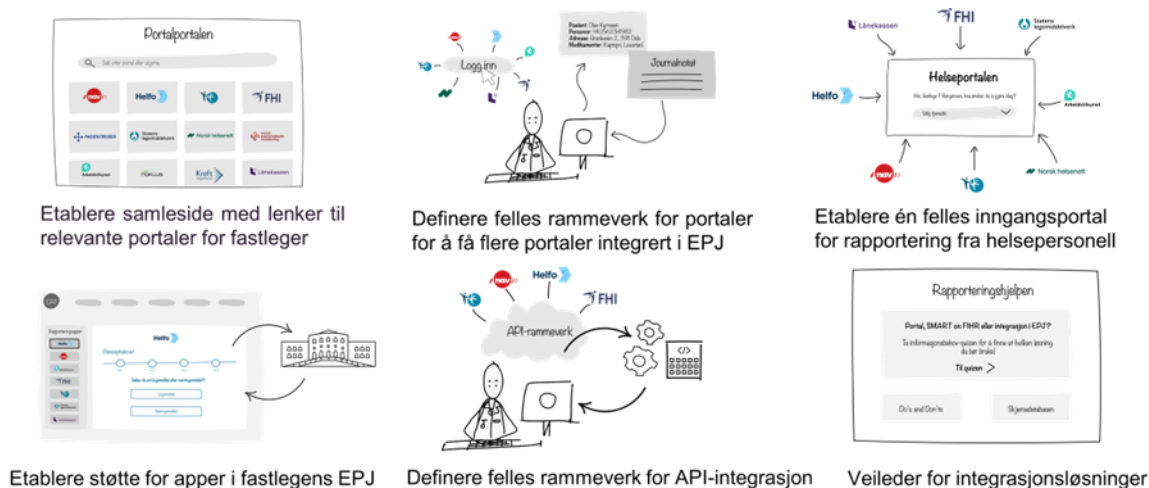
- Tiltaksområde 1: Rapportering tettere integrert i fastlegens journalsystem
- Tiltaksområde 2: Samskappingsarena for bedre samarbeid om behov og løsninger
- Tiltaksområde 3: Nasjonal samordning av fastlegens rapporteringsoppgaver
- Tiltaksområde 4: Nasjonal prioritering av myndigheters behov inn mot EPJ
- Tiltaksområde 5: Regelverk som understøtter effektiv rapportering

Innen hvert av tiltaksområdene er det gjennom metodikk for tjenestedesign og workshops med fagressurser fra myndigheter, brukere og leverandører, utarbeidet et sett med tiltak som har til hensikt å gi verdi på tvers av aktørene.

Prosjektets anbefalinger innen hvert av tiltaksområdene er basert på hvilke tiltak arbeidsgruppen har mest tro på, og de foreløpige vurderingene av kost/nytte. Anbefalingene følger i avsnittene under.

Tiltaksområde 1: Rapportering tettere integrert i fastlegens journalsystem

Figuren under viser en sammenstilling av tiltakene som handler om å få rapportering tettere integrert i fastlegens EPJ:



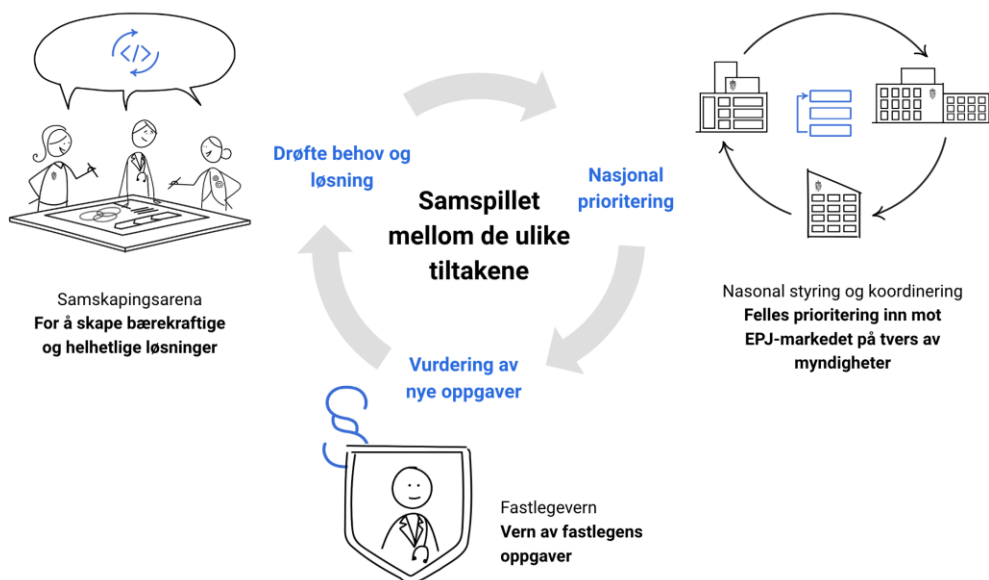
Figur 19 Oversikt over tiltakene 1A-1F (fra øverst høyre mot venstre)

De ulike tiltakene passer i ulike brukstifeller. Det vil derfor være hensiktsmessig å gjennomføre flere av tiltakene, slik at sektoren har flere samhandlingsløsninger som kan brukes.

Prosjektet anbefaler å starte opp med tiltakene: 1A samleside med lenker til relevante portaler, 1B definere felles rammeverk for portaler (inkludert å teste ut rammeverket på minst én eksisterende portal), tiltak 1D tilrettelegge for bruk av apper i EPJ for raskere utbredelse og økt gjennomføringskraft (inkludert utprøving av én pilotapp for rapportering som er utviklet

ved bruk av «SMART on FHIR» teknologi), og tiltak 1F veileder for anbefalt anvendelse av ulike samhandlingsmodeller og integrasjonsformer basert på brukstilfellet.

Figuren under illustrerer samspillet mellom tiltaksområdene 2, 3 og 4, som omhandler nasjonal styring, prioritering og brukerstyrt utvikling gjennom gode arenaer for samskaping der interessentene løser behovene i fellesskap.



Figur 1 Illustrasjon av samspillet mellom tiltaksområdene 2, 3 og 4

Tiltaksområde 2: Samskappingsarena for bedre samarbeid om behov og løsninger

Det er behov for en arena der interessentene samles for sammen å belyse behovene, forstå utfordringene, og i fellesskap finne frem til gode og bærekraftige løsninger som gir nytte på tvers av helsepersonell, leverandører og myndigheter. Anbefalingen er at samskappingsarenaen temporært etablert gjennom dette oppdraget fortsetter, med mandat og rammer. Avhengig av utfallet av EPJ-løftets fremtid må det vurderes om denne arenaen skal etableres permanent, utvides til å dekke flere områder enn rapportering/attester, om den skal legges inn under EPJ-løftet, eller om den skal avvikles. Arenaen må sees i sammenheng med EPJ-løftet og knyttes opp mot nasjonal rådsmodell.

Prosjektet anbefaler at samskappingsarenaen fra Portaloppdraget videreføres for å bidra til realisering av tiltak. Startpunkt for arenaen er fokus på rapportering og attester, men kan senere vurderes utvidet til å dekke behov fra myndigheter i stort med fokus på nasjonale strategier og prioriteringer.

Tiltaksområde 3: Nasjonal samordning av fastlegens rapporteringsoppgaver

Tiltaket omhandler en ordning for å verne fastlegen mot nye rapporteringsoppgaver. Tiltaket skal bidra til at fastlegen ikke pålegges nye rapporteringsoppgaver uten at behov er grundig vurdert og besluttet, og disse er understøttet av en samfunnsøkonomisk nyttevurdering og vurdering av hvordan data kan innhentes.

Overordnet ansvar bør ligge til Helse- og omsorgsdepartementet, mens utøvende myndighet bør ligge til det nye Helsedirektoratet og vurderes i sammenheng med tiltaksplan for allmennlegeordningen. Det må være et tett samarbeid med representanter for legene og kommunene, og andre relevante aktører.

Prosjektet anbefaler at det nye Helsedirektoratet får i oppdrag å gjøre en nærmere utredning av hvordan en ordning for å verne om fastlegens arbeidsoppgaver kan organiseres, og hvilken nytte og konsekvens dette vil kunne ha for involverte aktører. Utredningen bør komme med en anbefaling om tiltaket bør iverksettes.

Tiltaksområde 4: Nasjonal prioritering av myndigheters behov inn mot EPJ

Etablere prosesser for koordinering og prioritering av myndigheters behov og bestillinger, også tverrsektorielt (eks. NAV). Prioriteringen må baseres på nasjonale strategier og mål, tiltak som gir stor samfunnsøkonomisk nytte, og som bidrar til en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Styring av krav og retningslinjer ut mot EPJ-markedet bør samordnes på tvers av sektorer. Dette sammen med andre potensielle virkemidler, som finansiering, har til hensikt å skape større forutsigbarhet for leverandørene, og gi økt gjennomføringskraft for digitalisering av helsesektoren. Det bør være god dialog med samskapingsarenaen for å få innspill på prioriteringer, og det må etableres god forståelse for EPJ-markedets kapasitet og mekanismer.

Prosjektet anbefaler at det nye Helsedirektoratet får i oppdrag å vurdere hvordan tiltaket kan operasjonaliseres, hvordan dette skal kan i samspill med nasjonal rådsmodell, og virkemiddelbruk for å sette kraft bak prioriteringene

Tiltaksområde 5: Regelverk som understøtter effektiv rapportering

Innenfor området regelverk pågår det mye arbeid på ulike arenaer, og prosjektet anbefaler per nå ikke igangsetting av nye tiltak. På bakgrunn av erfaringene fra Portaloppdraget, støtter vi innspillene til Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet i høringen om endringer i helselovgivningen (organisatoriske endringer i den sentrale helseforvaltning mv.)¹, der de anbefaler å foreta en gjennomgang av registerforskriftene i forbindelse med at de sentrale helseregistrene samles hos Folkehelseinstituttet.^{2 3}

Forutsetninger for å lykkes med tiltakene som skal bidra til å redusere rapporteringsbyrden for helsepersonell, er blant annet:

- at det finnes midler til realisering av anbefalte tiltak
- at prosjektet får høy nok prioritering i nasjonal sammenheng
- at vi lykkes med å få til nødvendige endringer i EPJ-systemene
- at vi i samarbeid med fastleger, kommuner og helseregistre identifiserer egnede områder for utvikling og pilotering av løsninger som gir nytte for involverte parter.

¹ [Høyring - forslag til endringer i helselovgivninga - regjeringen.no](#)

² Høringssvar Folkehelseinstituttet [Høyring - forslag til endringer i helselovgivninga - regjeringen.no](#) s. 34

³ Høringssvar Helsedirektoratet [Høyring - forslag til endringer i helselovgivninga - regjeringen.no](#) s. 1



Publikasjonens tittel:

Rapport om forbedret
informasjonsutveksling mellom
helsepersonell og myndigheter

Rapportnummer

IE-1129

Utgitt:

Sendt Helse- og
omsorgsdepartementet 1. november
2023

Utarbeidet av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo
Tlf.: 21 49 50 70

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Innhold

Sammendrag	2
1 Innledning	9
1.1 Bakgrunn	9
1.2 Legers arbeidsbyrde.....	9
1.3 Utviklingstrekk og trender	10
1.4 Rettslige rammer og føringer.....	11
1.5 Interessenter.....	12
1.6 Sentrale begrep brukt i rapporten.....	13
2 Dagens situasjon	14
2.1 Hva vi ønsker å oppnå.....	19
3 Metode	20
4 Aktuelle tiltak	23
4.1 Tiltaksområde 1: Rapportering tettere integrert med fastlegens EPJ	24
4.1.1 Etablere samleside med lenker til relevante portaler for fastleger (1A)	25
4.1.2 Definere felles rammeverk for portaler (1B).....	25
4.1.3 Etablere én felles inngangsportale for rapportering fra helsepersonell (1C).....	26
4.1.4 Tilrettelegge for bruk av apper i EPJ for raskere utbredelse og økt gjennomføringskraft (1D) .	27
4.1.5 Definere felles rammeverk for API-integrasjon (1E)	29
4.1.6 Utarbeide en veileder for hvilke integrasjonsløsninger som bør brukes, basert på rapporteringsbehovet (1F).....	29
4.1.7 Prinsipielle spørsmål i dette tiltaksområdet	30
4.1.8 Anbefalinger tiltaksområde 1	30
4.2 Tiltaksområde 2: Samskapingsarena for bedre samarbeid om behov og løsninger.....	34
4.2.1 Videreføre samskapingsarenaen etablert i Portaloppdraget (2A)	35
4.2.2 Videreutvikling av EPJ-løftet (2B)	35
4.2.3 Etablere en helhetlig samskapingsarena (2C).....	35
4.2.4 Prinsipielle spørsmål i dette tiltaksområdet	36
4.2.5 Anbefalinger tiltaksområde 2	36
4.3 Tiltaksområde 3: Nasjonal samordning av fastlegens rapporteringsoppgaver	37
4.3.1 Verne fastlegen mot nye rapporteringsoppgaver (3A)	37
4.3.2 Prinsipielle spørsmål i dette tiltaksområdet	38
4.3.3 Anbefaling tiltaksområde 3	39
4.4 Tiltaksområde 4: Nasjonal prioritering av myndighetenes behov.....	39
4.4.1 Koordinere og prioritere myndighetenes behov for rapportering inn mot EPJ-leverandører (4A)39	
4.4.2 Prinsipielle spørsmål i dette tiltaksområdet	41

4.4.3	Anbefalinger tiltaksområde 4	41
4.5	Tiltaksområde 5: Regelverk som understøtter effektiv rapportering	42
4.5.1	Gjennomgang av forskrifter til sentrale helseregistre (5A)	42
4.5.2	Fortolkning av regelverk (5B).....	44
4.5.3	Normens veileder for små helsevirksomheter (5C).....	44
4.5.4	Anbefalinger	44
4.6	Andre foreslåtte tiltak	44
4.6.1	Standardisere sentrale variabler	45
4.6.2	Utvikle løsninger for sammenstilling av data tilbake til fastlege	45
4.6.3	Nasjonal skjemadatabase	45
4.6.4	Samordning av kommunale skjemaer	46
4.6.5	Selvbetjeningsløsning for attester på Helsenorge	46
4.6.6	En statlig nettside, som gir helseråd til befolkningen for å styrke helsekompetansen hos innbyggere	46
5	Sammenheng med andre tiltak.....	47
5.1	Relaterte initiativ i Direktoratet for e-helse	47
5.1.1	Informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten	47
5.1.2	Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre.....	49
5.1.3	Helseteknologiordningen	50
5.2	Andre relaterte initiativ	51
5.2.1	Folkehelseinstituttets integrerte data- og analysetjenester (FIDA)	51
6	Overordnede vurderinger av kostnader og nytte	52
6.1	Overordnede kostnader	52
6.2	Overordnet nytte	53
6.2.1	Direkte nytte	54
6.2.2	Indirekte nytte	55
6.3	Usikkerhet.....	56
6.3.1	Usikkerhet ved kostnadene	56
6.3.2	Usikkerhet ved nytten	56
7	Anbefalinger	57
7.1	Sentrale funn	57
7.2	Anbefalinger.....	57
7.3	Forutsetninger for å lykkes med tiltaket.....	61
	Referanser	62
	Vedlegg A: Interessentoversikt.....	65

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Direktoratet har fått følgende oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet:

«Departementet viser til oppdrag TB2022-09 der det legges til grunn at et økende antall løsninger for innrapportering og informasjonsutveksling av helsedata med myndighetene er en utfordring for helsepersonell. Det er etablert mange ulike innrapporteringsløsninger (portaler) som ikke er integrert i helsepersonells arbeidsflate, og som ofte krever separat innlogging. Dette gjelder informasjonsutveksling til myndigheter i og utenfor helse- og omsorgssektoren, ikke informasjonsutvekslingen mellom helseaktører om ytelse av helsehjelp. Det er et mål å forenkle rapporteringsbyrden, legge bedre til rette for leverandørmarkedet og bidra til økt sikkerhet. Direktoratet skal anbefale tiltak for hvordan denne type informasjonsutveksling bør håndteres fremover.»

I arbeidet har direktoratet hatt et særlig fokus inn mot fastlegene. Innsikt og tiltak er forankret gjennom nasjonal rådsmodell og mye av arbeidet med anbefalingene er etter vår vurdering også relevant for andre grupper av helsepersonell som rapporterer til – eller utveksler informasjon med – myndighetene.

Rapporten oppsummerer problem, behov og tiltak identifisert gjennom arbeidet med faggruppene, samt anbefalinger for hvordan nye behov knyttet til informasjonsutveksling mellom helsepersonell og myndigheter bør håndteres fremover.

Arbeidet bygger på tre tidligere delleveranser til Helse- og omsorgsdepartementet. Første leveranse omhandlet en beskrivelse av problemet med plan for videre arbeid. Leveranse to var en kunnskapsoppsummering der omfanget av portaler og løsninger som brukes utenfor helsepersonells EPJ ble kartlagt, utfordringene dette gir for helsepersonell ble utdypet og aktørbildet med viktigste interessenter ble beskrevet. Det ble også pekt på mulige tiltaksområder for videre utredning i det påfølgende «Stimulab-prosjektet».

Direktoratet valgte å søke midler fra Stimulab-ordningen for å kunne utrede problemstillingen på nye måter ved bruk av metodikk for tjenstedesign. I Stimulab-prosjektet, etablert i begynnelsen av 2023, har det vært bred representasjon fra de viktigste aktørene. Det er gjennomført dialog og workshops med helsemyndigheter, KS/kommuner, legeföreningen og EPJ-leverandører. Innsiktsrapporten levert våren 2023 validerer i stor grad utfordringsbildet beskrevet i tidligere leveranser. Ulikheter i behov hos aktørene og kompleksiteten dette medfører, er en forklaring for hvorfor det er vanskelig å få til enkel, sikker og integrert rapportering fra EPJ til helseregistrene.

1.2 Legers arbeidsbyrde

Det foreligger mye dokumentasjon på at fastlegers arbeidsmengde har økt gjennom flere år. Dette til tross for at antall fastleger relativt sett har økt noe mer enn befolkningsveksten siden 2014.

En evaluering av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024, gjennomført av Oslo Economics i 2022, beskriver allmennlegens arbeidstid og opplevd arbeidsbelastning nærmere. Gjennomsnittlig listelengde viser en nedadgående tendens, men situasjonen er likevel at median arbeidstid for fastlegene er 55 timer per uke. 58 % av fastlegene opplever

en markant økt arbeidsbelastning, som særlig oppgis for arbeid med attester, erklæringer og sykmelding (noe ekstra sykmeldingsarbeid må tilskrives pandemien). Data fra evalueringen tilsier at om lag syv timer per uke går med til administrativt arbeid, der kontakten med NAV utgjør den største andelen. Det foreligger ikke sikre data på andelen som medgår til rapportering gjennom portaler som dette oppdraget omhandler. Arbeidsbyrden i allmennlegetjenesten, herunder administrativ byrde, er videre utførlig omtalt i Ekspertutvalgets rapport fra april 2023 (1).

Legeforeningens forskningsinstitutt har i sin levekårsundersøkelse gjennom om lag 30 år fulgt et legepanel med spørsmål om blant annet jobbtilfredshet, videre- og etterutdanning og arbeidstid. I en artikkel i tidsskriftet «Michael» hevdes det at «*hovedårsakene til bortvalg av allmennmedisin er administrativ byrde og lite faglig miljø*» (2). Forfatterne har også observert en nedadgående tendens for jobbtilfredshet med legeyrket generelt siden 2010, noe som kan ha sammenheng med arbeidsbyrden.

Legeforeningen hevder at helseforvaltningen introduserer løsninger som ikke er bærekraftige for legene, og som de opplever mest gir gevinster for forvaltningen. Samtidig anerkjenner legene etterspørselen av opplysninger, men ønsker en mer effektiv og hensiktsmessig tilnærming som kommer alle parter til gode.

1.3 Utviklingstrekk og trender

Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid har medført flere krav til rapportering for helsepersonell, herunder krav til mer og bedre kvalitet på styringsdata og forskningsdata. I tillegg er det forventninger om helseopplysninger fra ulike offentlige og private aktører.

Arbeidsbyrde og tiltak for å redusere klinisk arbeidsbyrde, kjent under begrepet «Reducing Clinician Burden» (RCB), har de senere år fått økt oppmerksomhet internasjonalt, og også i Norge. Initiativet startet i USA, men har senere spredt seg til Europa og nordiske land (3).

I det internasjonale arbeidet pekes det på bruk av standarder ved utvikling av løsninger, som viktig virkemiddel for å redusere byrdene for helsepersonell. Det jobbes med RCB i pågående standardiseringsarbeid hos HL7 International (4) og utvikling av e-helsestandarder i ISO (5). Norge har tilsluttet seg nordiske nettverk via Nordisk Ministerråds (NMR) Standardization group, som er underlagt NMR eHealth group, for å se på om standardisering kan bidra til å redusere klinisk arbeidsbyrde.

I mange land er helse- og omsorgspersonell presset på en rekke områder på grunn av kapasitetsutfordringer for å løse grunnleggende helse- og omsorgsoppgaver, mangel på kvalifisert personell, økende forventninger fra befolkningen i tråd med medisinsk-teknisk utvikling og økt sykdomsbyrde grunnet demografiske endringer (6). Forskningsresultater viser at utfordringer som helsepersonell opplever med dagens IKT-løsninger er ganske like mange steder i verden. Det utvikles flere IKT-løsninger, som samlet gir en fragmentert digital hverdag for helsepersonell (7) (8). Dette adresseres også i NOU 2023:4 *Tid for handling (Helsepersonellkommisjonen)* (9).

Kildene vi viser til over, kan samlet vurdert gi indikasjon om tre hovedmål for å redusere helsepersonells belastning:

- 1) Redusere tiden helsepersonell må bruke for å registrere informasjon til EPJ
- 2) Redusere tiden helsepersonell må bruke for å oppfylle innrapporteringskrav
- 3) Forbedre EPJ sin funksjonalitet og brukervennlighet

1.4 Rettslige rammer og føringer

I arbeidet med kunnskapsoppsummeringen (10) ble det laget en oversikt over de ulike portalene helsepersonell bruker til å registrere helseopplysninger, samt hvordan attester og erklæringer utstedes, med henvisninger til aktuelle lovhjemler.

For flere detaljer knyttet til attester og legeerklæringer henvises det til Helsedirektoratets kartlegging av «Fastlegers arbeid med attester og erklæringer utenfor NAV området» (11) fra 2022.

I arbeidet med kunnskapsoppsummeringen ble det også sett på føringer som er inntatt i stortingsmeldinger, handlingsplaner og ulike rapporter mv., blant annet:

- I handlingsplan for allmennlegetjenesten (2020-2024) er erkjennelsen om økt arbeidsbyrde for fastleger inntatt under målområde 1 - *En trygg og attraktiv karrierevei*, som tiltak 6 - *Regjeringen vil avlaste fastlegene for oppgaver*.
- Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) (12) vektlegger at bruk av våre felles helsedata ved hjelp av teknologi, kan resultere i bedre og mer presis helsehjelp.
- Helsedirektoratet har utarbeidet strategi for de sentrale helseregistrene (2021) (13), som gir føringer for fremtidig arbeid med både helseregistre og portaler.
- I Hurdalsplattformen (2021-2025) (14) er det inntatt at tilgang til data og innrapportering fra fastleger er viktige bidrag for å legge til rette for bedre bruk av helsedata i helseforskning, styrke grunnlaget for kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester og stimulere til innovasjon og næringsutvikling.
- *Én digital offentlig sektor – digitaliseringsstrategi for offentlig sektor* (2019 – 2025) (15) peker på at offentlig sektor skal digitaliseres på en åpen, inkluderende og tillitsvekkende måte. Flere oppgaver skal løses som sammenhengende tjenester, og det skal brukes fellesløsninger, fremfor å etablere egne. Fellesløsninger skal virke på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer.
- Regjeringen har forpliktet Norge til å bidra til at verden når FNs bærekraftsmål (16) innen 2030. I Meld. St. 40 (2020-2021) *Mål med mening* (17) pekes det på at alle etater og sektorer må vurdere om de aktivitetene, prosjektene eller tiltakene som iverksettes, bidrar til å nå bærekraftsmålene. Videre trekkes det frem viktigheten av samarbeid og nye partnerskap mellom organisasjoner, akademia og offentlig og privat virksomhet. Det må tenkes nytt, mobiliseres ressurser og leveres løsninger på felles utfordringer. Lykkes man med å redusere helsepersonells rapporteringsbyrde, samtidig med at det iverksettes tiltak for å bedre informasjonsflyten mellom aktørene vil det kunne bidra til at man når flere av FNs bærekraftsmål, men særlig mål 3 - *God helse og livskvalitet*, og mål 17 - *Samarbeid for å nå målene*.

Det kan kort nevnes at føringer fra Meld. St. 9 (2012 – 2013) *Én innbygger – én journal* (18) fortsatt er aktuelle i dag. Stortingsmeldingen inneholder klare mål for utvikling av IKT i helse- og omsorgssektoren, blant annet at data skal være tilgjengelige for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning. Det ble blant annet vektlagt at relevant og oppdatert statistikk fra helseregistre og virksomheters IKT-systemer kan bidra med nyttig informasjon i arbeide med avvik og bedre kvalitets- og virksomhetsstyring. Innrapportering til registre skal skje mest mulig automatisk, uten dobbeltregistrering, og være en integrert del av de faste arbeidsprosessene.

Føringene er lagt til grunn i arbeidet med Portaloppdraget.

1.5 Interessenter

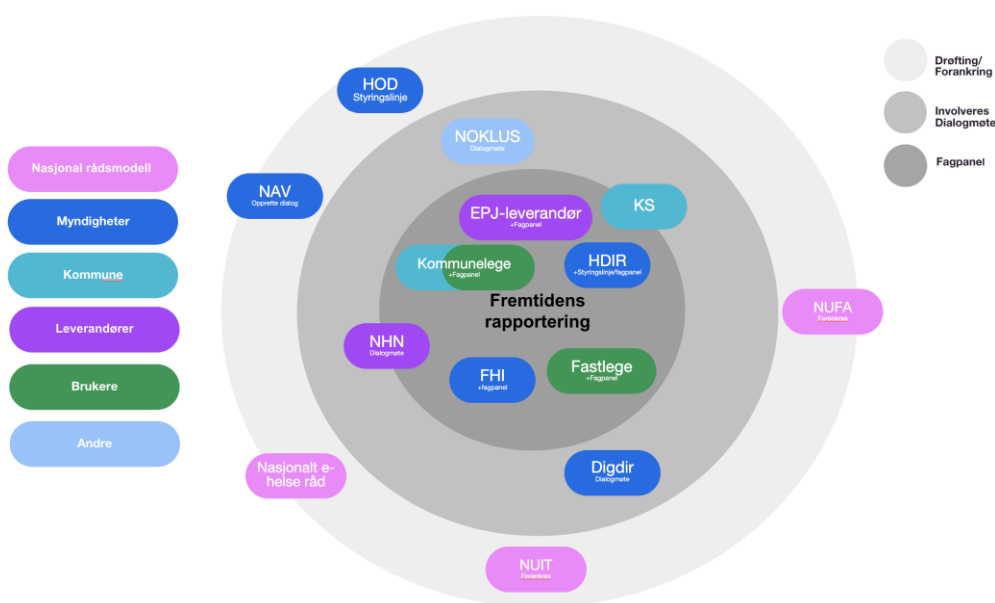
Hensikten med å kartlegge interessentene er å få oversikt over hvilke aktører som vil kunne påvirke, eller bli påvirket av gjennomføring og resultat av anbefalte tiltak fra denne rapporten. Interessentene er inndelt i følgende kategorier: Behovseiere (registreiere, myndigheter, kommuner og andre som ønsker data fra fastlegene), brukere (fastleger, kommuneleger, helsepersonell som rapporterer/registrerer opplysninger til behovseiere) og andre interessenter (interesseorganisasjoner, næringsliv og rådgivende organer). Interessentene kan i stor eller liten grad bli påvirket av de anbefalingene som prosjektet kommer med.

Det er utarbeidet en interessentoversikt (vedlegg A) som gir oversikt over de ulike gruppers relasjon til prosjektet, og hvilken innflytelse eller interesse de har i prosjektet.

Interessentenes ulike perspektiv har vært viktig å formidle i arbeidet med tiltak og anbefalinger. Behov for informasjonsinnhenting- og medvirkning fra interessenter, har variert ut ifra hvilken fase prosjektet har vært i, og registeret gir oversikt over hvem, hvordan, og i hvilken fase interessentene har bidratt. For å sikre at vi får frem ulike perspektiv, har vi valgt flere fremgangsmåter for å ivareta interessentene og oppfølging av disse. Det har vært behov for ulik involvering underveis, - noen har blitt mer direkte involvert, mens andre har bidratt til å verifisere funn, og gitt råd gjennom intervjuer og dialogmøter.

Noen av interessentene har sterkere interesser knyttet til prosjektets mål, og har derfor blitt mer direkte involvert, da de bør ha innflytelse på retning og veivalg i prosjektet. Det har vært viktig å engasjere og involvere interessentene for å sikre felles innsikt om utfordringsbildet, slik at prosjektets anbefalinger svarer ut behovene. Det er etablert tre fagpanel som ble involvert gjennom hele prosjektperioden. Disse representerer behovseierne (myndigheter), brukerne (fastleger, kommuneoverleger) og næringslivet (EPJ-leverandører av fastlegesystem).

Brukere og behovseiere er også intervjuet, samt at det er avholdt dialogmøter med ulike aktører og behovseiere for å få bedre kunnskapsgrunnlag om utfordringsområdene. Interessentene har vært viktige bidragsytere for å avdekke behov, se på alternative løsninger, verifisere funn og gi faglige råd. For mer informasjon om fremgangsmåter for å ivareta interessenter og oppfølging av disse, se metodekapittel 3.



Figur 2 Interessentkart for Portaloppdraget

I interessentkartleggingen er det avdekket et omfattende interessentbilde, og at flere aktører, enn de som til nå har vært involvert, er aktuelle bidragsyttere for å få et bredere perspektiv. Disse bør involveres i det videre arbeidet med gjennomføringen av prioriterte tiltak. Dette gjelder for eksempel interesseorganisasjoner og fagforeninger. Andre behovseiere og næringsliv (leverandører av andre journalsystemer enn fastlegesystem), samt nasjonal tjenesteleverandør kan være aktuelle interessenter som bør bidra inn i et videre arbeid.

1.6 Sentrale begrep brukt i rapporten

Rapportering – I denne rapporten har vi definert rapportering til å omfatte både innrapportering til myndigheter og arbeid med utfylling av skjema, erklæringer og helseattester o.l.

- I mange sammenhenger opptrer legen som sakkyndig person overfor aktører som etterspør helseinformasjon. Dette er ofte hjemlet i lov eller forskrift.
- I andre sammenhenger dokumenterer og registrerer legen helseinformasjonen til helseregistre, eller til pasienten selv i dennes kontakt ovenfor tredjeperson.

Rapporteringsbyrde - Tid brukt på utfylling av skjema, erklæringer, helseattester og rapportering av helseopplysninger til myndighetene.

Skjema, erklæringer, helseattester o.l. - Enhver skriftlig bevitnelse, bekreftelse, vurdering e.l. avgitt av helsepersonell som ledd i yrkesutøvelsen, for å dokumentere helseopplysninger, helsetilstand eller behandlingsforhold knyttet til enkeltpasienter med formål å skulle benyttes overfor andre enn pasienten selv.

Portaler - Registreringsløsning som ligger utenfor brukers (primære) fagsystem, og som ofte krever separat innlogging:

Brukere – Helsepersonell som bruker løsninger for rapportering.

Myndigheter – Samlebetegnelse for myndigheter i og utenfor helsesektoren, inkludert lokale myndigheter (f.eks. HDIR, FHI, kommune, NAV).

SMART on FHIR: SMART on FHIR utvider funksjonaliteten til EPJ, på samme måte som smartapper utvider funksjonaliteten på en mobilenhet, og er et sett med åpne spesifikasjoner som brukes for å lage apper, som integreres med elektroniske pasientjournaler. Dette vil være plugin-apper som kan kjøres innebygd i alle kompatible EPJ'er.

2 Dagens situasjon

Det har gjennom mange år blitt etablert et økende antall løsninger for innrapportering og informasjonsutveksling av helsedata med myndighetene. I tillegg krever flere offentlige og private virksomheter helseattester, fraværattester og andre attester som samlet gir fastlegen et mangfold av oppgaver å forholde seg til, og som bidrar til å øke rapporteringsbyrden.

Det er i dag ingen omforent løsning for digital informasjonsutveksling mellom helsepersonell og den sentrale helseforvaltningen, eller andre myndighetsorganer. Dette har medført ulike portaler og løsninger, for registrering og rapportering av data, som fastlegene og annet helsepersonell må forholde seg til, ved siden av journalløsningen. Informasjonsflyten fremstår som uoversiktlig, kompleks og representerer en uhensiktsmessig arbeidsbyrde.

Tilbakemeldinger fra helsepersonell er at ulike løsninger for informasjonsutveksling, ofte digitale løsninger i kombinasjon med manuelle skjema, samlet gir en fragmentert brukeropplevelse. Legene må logge inn og ut av eksterne portaler, det benyttes ulike påloggingsmetoder, det er forskjellige brukergrensesnitt, og løsningene har ulik grad av integrasjon med EPJ-systemene, nasjonale fellesløsninger og sentrale registre. Resultatet er at samme opplysninger må registreres flere ganger, noe som er tidkrevende, og gir risiko for feilregistreringer og redusert datakvalitet. Når helsepersonell endelig har gjennomført registreringen, må de ofte i tillegg manuelt føre opplysningene tilbake i journalen, i tråd med dokumentasjonsplikten. Fastlegene oppgir at de opplever å bruke bruker unødige mye tid på disse oppgavene, - tid som kunne vært brukt mer hensiktsmessig på behandlingen av pasienter.

Ulike behov er bakgrunn for problemkomplekset

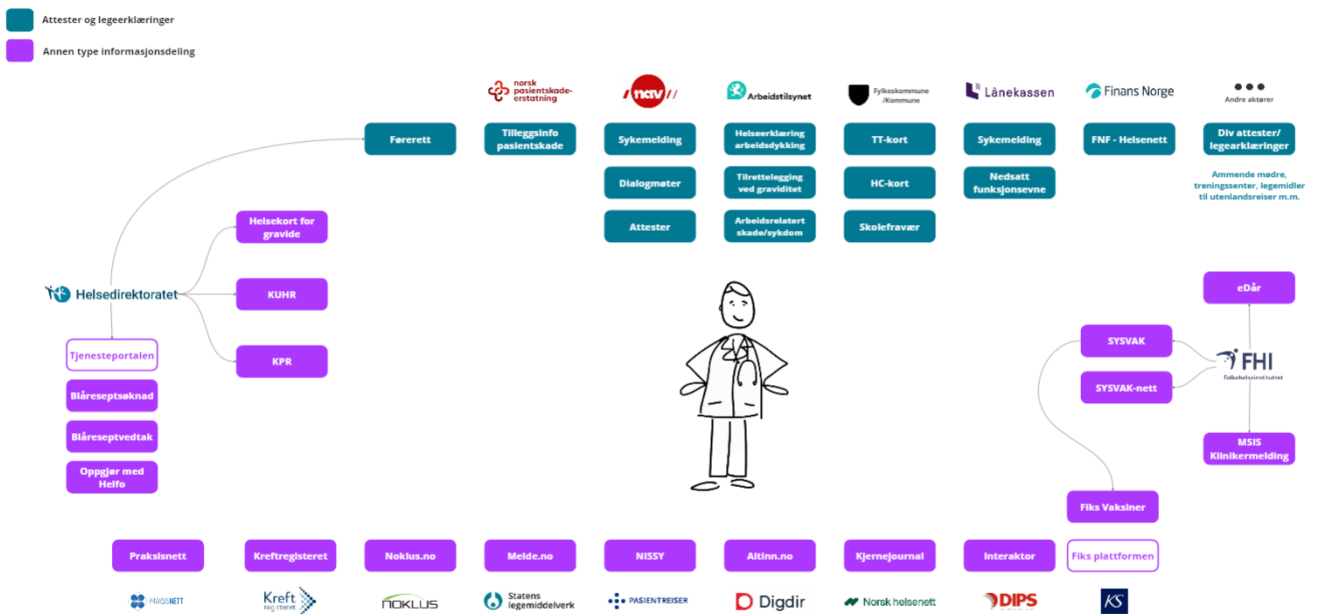


Figur 3 presenterer bakgrunn for problemkomplekset for fastleger, myndigheter og leverandører

Fastleger har en nøkkelfunksjon for å sikre at befolkningen får nødvendige allmennlegetjenester. Fastleger jobber som selvstendig næringsdrivende, eller er fast ansatt i kommunene. Fastlegene dekker i tillegg andre allmennlegeoppgaver i mange kommuner, bl.a. på sykehjem, kommunale akutte døgnplasser, helsestasjon og fengsler. En rekke fastleger, ikke minst i små kommuner, er også ansatt som medisinskfaglige rådgivere / kommune(over)leger.

Helsepersonellkomisjonens rapport peker på at «etter mange år med vekst i antall fastleger, har utviklingen flatet ut de seneste årene» (19). Gjennomsnittlig listelengde for fastlegene viser en nedadgående tendens, og deres median arbeidstid er fortsatt 55 timer per uke. Antall innbyggere uten fastlege, har økt mye de siste årene; mer enn 215 000 personer står i dag uten fastlege. «Mange kommuner har store utfordringer med å ivareta sitt sørge-for-ansvar. Det er behov for å rekruttere flere fastleger. Tiltak må iverksettes for å redusere arbeidsbelastningen for de fastlegene som opplever at belastningen er for stor» (19).

I forbindelse med kartlegging av portaler og registre ble det utarbeidet en oversikt som viser fastlegens informasjonsdelingslandskap, dette er illustrert i Figur 4.



Figur 4 Informasjonsdelingslandskapet for fastleger

Illustrasjonen synliggjør mangfoldet av portaler og registre som fastleger og annet helsepersonell må forholde seg til i større og mindre grad i sin arbeidshverdag.

Fastleger finner det utfordrende å forholde seg til ulike portaler og registre, og opplever å «drukne» i den totale mengden av oppgaver knyttet til rapportering. Ulike løsninger med ulike påloggingsmetoder, forskjellige brukergrensesnitt, fragmentert brukeropplevelse og hyppige oppgavebytter øker den kognitive belastningen for fastlegen. Ulik grad av integrasjon med nasjonale fellesløsninger og sentrale registre resulterer i dobbelføring da det er mangel på informasjonsutveksling på tvers.



Figur 5 Illustrasjon over fastlegens utfordringer knyttet til portaler

Kommuneoverleger/kommuneleger er medisinskfaglig rådgiver til kommunenes befolkning og internt i kommunenes helse- og omsorgstilbud (20) (21). Kommuneoverleger har en sentral rolle i det lokale smittevernsarbeidet, miljørettet helsevern og psykisk helsevern. Rollen til kommuneoverleger vil variere mellom kommuner, da kommunene står fritt til selv å bestemme organisering av kommuneoverlegerollen, men de skal utføre de oppgavene de er tillagt i lov eller forskrift. Kommuneoverleger har også en administrativ rolle som ofte består av blant annet administrering av fastlegeordningen (20). Kommuneoverleger har en dobbeltrolle, de rapporterer til myndigheter, og bruker innrapporterte helsedata eksempelvis fra fastleger til MSIS (register som overvåker smittsomme sykdommer).

Kommunene, som lokal myndighet, har behov for styringsdata til blant annet planlegging og kvalitetsforbedring av kommunehelsetjenesten. Kommunene har et overordnet ansvar for fastlegetjenesten og har behov for tilgang på data for å kunne ivareta sitt ansvar knyttet til blant annet forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten.

Kommuner inkludert kommuneoverlegen har et stort behov for tilgang på data fra statlige datakilder, data fra helseforetakene samt å kunne dele opplysninger på tvers av kommuner. Slik situasjonen er i dag mangler kommunene og kommuneoverlegene enkel tilgang til innrapporterte data til helseregistre.

Myndighetene har et økende behov for data fra helse- og omsorgssektoren til kvalitetsforbedring, helseovervåking, beredskap og krisehåndtering, styring og forskning. Dataene bidrar til å sørge for at nødvendige helse- og omsorgstjenester er tilgjengelig for innbyggere når behovet oppstår, men per i dag mangler det en omforent løsning for hvordan data skal flyte mellom helsepersonell og registre (myndigheter).

Folkehelseinstituttet (FHI) benytter helsedata til å produsere, oppsummere og kommunisere kunnskap for å bidra til godt folkehelsearbeid og gode helse- og omsorgstjenester (22). FHI eier flere portaler og registre som benyttes av mange aktører, eksempler på dette er registeret som overvåker smittsomme sykdommer (MSIS) (23).

Helsedirektoratet skal styrke hele befolkningens helse gjennom helhetlig og målrettet arbeid på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivå (24). Helsedirektoratet har utviklet en egen strategi for registre, der hovedmålene er at registrene skal gi bredere kunnskapsgrunnlag, hyppigere oppdaterte data og dokumentere datakvalitet (13). Helsedirektoratet er eier av de

sentrale helseregistrene Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

Sentrale og lokale myndigheters informasjonsbehov øker, og en svak overordnet styring og manglende samordning fra myndighetssiden har medført at utviklingen av felles teknologiske løsninger for innrapportering og infrastruktur ikke er tilstrekkelig koordinert. Korte frister og fokus på eget område hos registereiere reduserer muligheten for samarbeid og helhetlige løsninger. De mange ulike løsningene gir dårlig datakvalitet og medfører merarbeid for legene da de ofte ikke er integrert med EPJ. I tillegg kan høy grad av manuell innrapportering medføre lavere dekningsgrad og kvalitet i helseregistrene, som fører til at potensialet i registrene ikke utnyttes godt nok til kvalitetsforbedring, styring og forskning.

Løsninger som leveres med API-integrasjon, gjør at EPJ-leverandører kan integrere funksjonaliteten i fagsystemet, og dette legger til rette for integrert informasjonsutveksling mellom helsepersonell og myndigheter. Generelt tar det lang tid å integrere løsninger i de ulike EPJ systemene. Løpende oppdateringer og justeringer blir sjeldent prioritert av leverandørene, da det ofte ikke er hensiktsmessig ut ifra deres kost/nytte vurderinger.

Det er derfor behov for å prøve ut nye samhandlingsmekanismer som kan gi gode løsninger for myndigheter og fastleger, og lavere ressursbruk hos EPJ-leverandører.



Figur 6 Innsikt fra myndigheter (Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet)

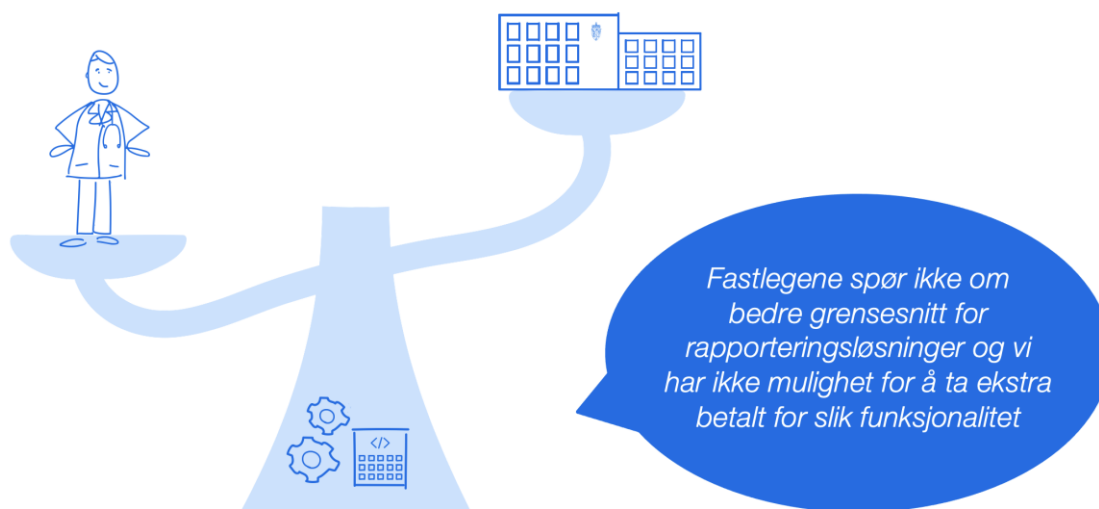
For innrapportering til noen helseregistre har EPJ-leverandørene implementert integrerte, meldingsbaserte løsninger som benytter den nasjonale infrastrukturen for elektroniske meldinger. Eksempler inkluderer blant annet Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK) og Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) hos Folkehelseinstituttet. I hovedsak fungerer de meldingsbaserte innrapporteringsløsningene godt, men det har vært utfordringer når det er behov for toveiskommunikasjon (for eksempel lang responstid når fastlegen ønsker en liste over pasientens vaksiner fra SYSVAK). Det er lite aktuelt å utvikle nye innrapporteringsløsninger basert på meldinger. Det må i så fall overveies nøye og være begrunnet i en reell verdiøkning og gevinst for helsepersonell.

Faggruppen peker på et stort behov for bedre tilrettelegging for deling og gjenbruk av data, men opplever barrierer knyttet til lovverk dataansvar og databehandler, samt manglende

felles standarder og harmonisering av registerdataene. Dette skaper utfordringer både for myndigheter som initierer nye løsninger, leverandører av EPJ-systemer og helsepersonell som skal bruke innrapporteringsløsningene. Disse utfordringene er knyttet til blant annet egenutviklede og ikke standardiserte API-er, ikke tilrettelagt for single sign-on (pålogging kun én gang), ulike påloggingsløsninger, forskjellige brukergrensesnitt, samt liten eller ingen bruk av forhåndsutfylt informasjon. Noen av innspillene fra myndighetene er illustrert i **Feil! Fant ikke referanseilden.**

Fagpanelet for **EPJ-leverandører** fra Portaloppdraget trekker frem at de som leverandør, har mange hensyn å ivareta og balanserer hele tiden ønsker og behov fra sine brukere opp mot regelverk, marked og lønnsomhet.

I kartleggingen av elektroniske pasientjournalssystemer (EPJ), gjennomført av Direktoratet for e-helse i 2023, er det identifisert 41 EPJ fra 29 ulike leverandører, hvorav fastlegene benytter EPJ fra 9 ulike leverandører (25). EPJ-leverandører har i Situasjonsbeskrivelsen av EPJ-løftet (26), synliggjort behov for forutsigbarhet og innsikt i hva som kommer fra myndighetene fremover, myndighetene må koordinere sine prioriteringer, sørge for samtidighet i prosjektgjennomføringer, og opptre mer samstemte overfor leverandørene. Flere av dagens myndighetsprosjekter blir i dag initiert og delvis finansiert, gjennom EPJ-løftet. Finansiering oppleves som et incitament for leverandørene til å gjennomføre prosjektene, men finansieringen dekker ikke de faktiske utgiftene og det oppleves uforutsigbart, da antall prosjekter og finansiering varierer fra år til år.



Figur 7 Illustrasjonen synliggjør innsikt om leverandørenes utfordringer

Det er også avgjørende at myndigheter følger egne retningslinjer og standarder, slik at leverandørene kan utvikle gjenbrukbare løsninger på tvers av ulike aktører. Dette vil senke utviklings- og forvaltningskostnadene som øker proporsjonalt med antall virksomhetsspesifikke innrapporteringsløsninger som etableres.

Dagens situasjon er utfordrende for alle involverte aktører. For å redusere rapporteringsbyrde for helsepersonell, er det nødvendig å synliggjøre myndigheters og leverandørers behov, og fastlegenes utfordringer, og få en felles forståelse og oppfatning av dette bildet.

2.1 Hva vi ønsker å oppnå

I tildelingsbrevet er det spesifisert at oppdraget skal «bidra til å forenkle rapporteringsbyrden, legge bedre til rette for leverandørmarkedet, og bidra til økt sikkerhet».

Med utgangspunkt i de overordnede målene beskrevet i oppdraget, og innsikten i utfordringer og behov fra hver av interessentgruppene, har vi formulert følgende foreløpige mål:

Mål for helsepersonell:

- Redusert tid brukt på rapportering og attester
- Forbedret støtte og arbeidsflyt for rapportering fra arbeidsflaten i journalsystemet
- Økt kvalitet og sikkerhet ved utveksling av helseopplysninger

Mål for leverandører:

- Økt forutsigbarhet knyttet til tydeligere rammer og prioriteringer fra myndighetene
- Lavere ressursbruk ved utvikling og forvaltning av standardiserte løsninger
- Bedre løsninger til helsepersonell

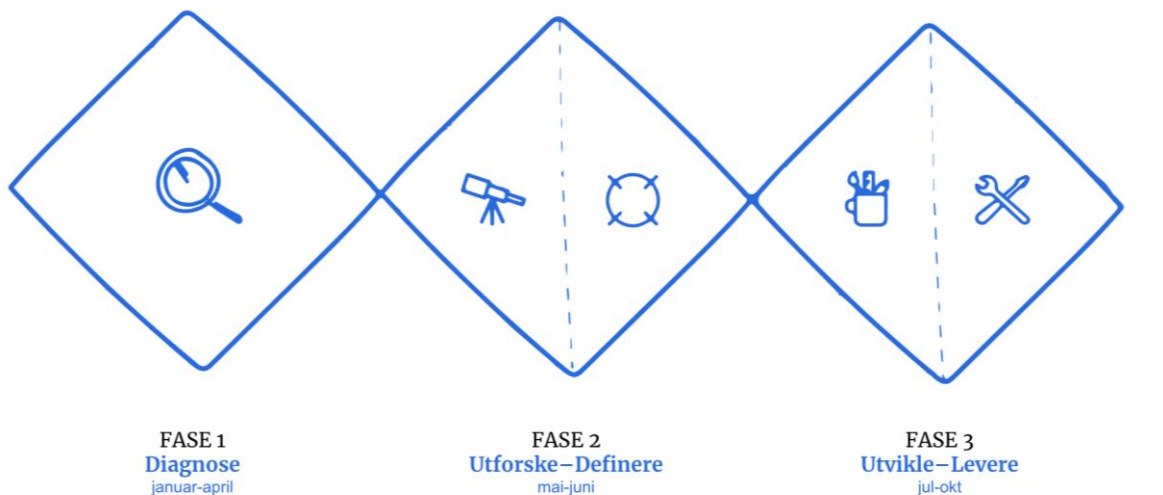
Mål for myndigheter:

- Økt fleksibilitet og endringsevne knyttet til nye, eller endrede behov for helsedata
- Raskere tilgang på data
- Økt dekningsgrad og datakvalitet på innrapporterte data
- Redusert tid brukt på å etterspørre manglende data
- Bedret informasjonssikkerhet

I en videre oppfølging av arbeidet og tiltakene må effektmål og resultatmål konkretiseres.

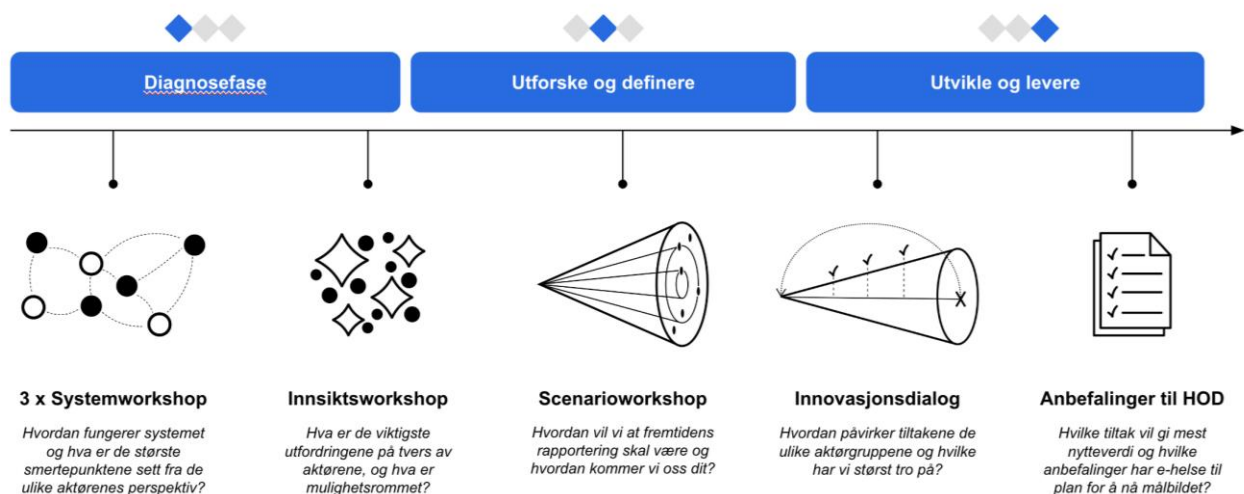
3 Metode

I prosjektet har vi benyttet tjenestedesignmetodikk hvor vi gjennom tre faser har jobbet involverende og samskapende med relevante nøkkelaktører (se kapittel 1.5) etter vekselvis utforskende (eksplorativ) og utledende (deduktiv) metode, herunder kalt den triple diamanten. Metoden består av tre generelle faser hvor hver diamant inneholder to trinn som viser hvordan prosessen åpner opp og utforsker, for deretter å definere og lukke. På denne måten sikres innovasjon basert på brukerbehov.



Figur 8 "Den triple diamanten", en metode utviklet av Digitaliseringsdirektoratet og DOGA for innovasjonsprosjekter i offentlig sektor.

Prosjektet har jobbet samskapende på tvers av aktørbildet i workshops for å sikre innsikt i de ulike aktørenes behov, helhetlig problemforståelse og brukerorienterte løsningsforslag.



Figur 9 viser involveringsaktiviteter og viktige spørsmål fagpanelet og prosjektet har jobbet sammen om i de ulike fasene.

Fase 1. Diagnosefasen

I innledende fase gjennomgikk prosjektet eksisterende kunnskap og identifiserte nøkkelaktører til prosjektets fagpanel. Disse ble tidlig involvert i fagspesifikke

systemworkshops hvor vi jobbet utforskende med å forstå "rapporterings-systemet" sett fra de ulike aktørgruppene, samt hvilke smertepunkter de opplevde som en del av systemet. Dette ga verdifull innsikt og satte prosjektgruppen i stand til å definere hypoteser som vi videre validerte gjennom kvalitative intervjuer. Innsikten prosjektet tilegnet seg i innledende fase ble bearbeidet gjennom syntese og presentert for fagpanelet i en felles innsiktsworkshop. Fagpanelet hadde en viktig rolle i å validere og justere innsikten de ble presentert og jobbet sammen for å definere felles hovedutfordringer og mulighetsområder.

Diagnosefasen sikret en felles problemforståelse og helhetlig innramming av utfordringsbildet.

Hovedaktiviteter fra denne fasen:

- Kvalitative intervjuer med fastleger og myndigheter
- Etablering av fagpanel
- Systemisk workshop med fagpanelet
- Innsiktsworkshop med fagpanelet
- Forankring i NUFA

Fasen har bidratt til en grundig diagnostisering av dagens utfordringer og behov på tvers av aktørbildet. Disse er dokumentert i en tidligere leveranse, kunnskapsoppsummeringen. Dette underlaget sammen med innsikten fra workshopene i diagnosefasen, var underlag for neste fase med å utforske mulighetsrommet.

Fase 2. Utforske og definere

Prosjektet gikk inn i den andre fasen med et tydelig definert utfordringsbilde og fagpanelets innledende tanker til mulighetsrommet. I denne fasen jobbet prosjektet videre med å utforske og validere ideer knyttet til mulighetsrommet. Sammen med fagpanelet utforsket prosjektet løsningskonsepter og identifiserte tilhørende tiltak gjennom en scenarioworkshop. Basert på mulighetsområdene hadde prosjektgruppen utarbeidet framtidsscenarioer ment til å provosere frem tanker og ideer. Et viktig prinsipp for øvelsen var å frigjøre oss fra dagens situasjon og forutsetninger og tillate oss å tenke nytt rundt mulighetsområdene med fokus på aktørenes behov. I scenarioworkshopen ble framtidsscenariene videreutviklet til løsningskonsepter med tilhørende konkrete tiltak. Disse ble videre bearbeidet og det ble gjennomført overordnede kost- /nyttevurderinger av tiltakene i prosjektgruppen.

Hovedaktiviteter fra denne fasen:

- Scenarioworkshop med fagpanelet
- Videreutvikling av tiltak for evaluering og prioritering i styringsgruppen
- Utarbeidet overordnede nyttevurderinger
- Forankring i NUIT



Fase 3. Utvikle og levere

I den tredje og avsluttende fasen av prosjektet ble de identifiserte tiltakene videreutviklet og kvalitetssikret med faggruppen gjennom en innovasjonsdialog. Her ble de viktigste løsningsområdene for aktørgruppene løftet frem, tiltak ble bearbeidet og det ble definert gevinster og konsekvenser for de ulike aktørgruppene ved de viktigste løsningsområdene og tiltakene. Innovasjonsdialogen ga prosjektet verdifull kunnskap om de ulike aktørenes tanker og forutsetninger for veien videre og fungerte som en prototype for hvordan vi kan drive en arena for samskaping i offentlig sektor.

Hovedaktiviteter fra denne fasen:

- Innovasjonsdialog
- Videreutvikling av tiltak og anbefalinger
- Forankring i NUIT, styringsgruppe og Nasjonalt e-helseråd
- Ferdigstilt rapport

4 Aktuelle tiltak

I dette kapittelet beskrives de tiltakene som fagpanelene og prosjektet har vurdert at gir mest nytte. Nederst i kapittelet er det en kort beskrivelse av noen ytterligere tiltaksforslag fra arbeidsmøtene med aktørene.

Identifiserte mulighetsområder

Gjennom arbeidet i workshopene i prosjektet ble det identifisert noen mulighetsområder. I figuren under er mulighetsområdene kort beskrevet og også koblet til aktuelle deler av EIF-rammeverket for samhandling (27).



Figur 10 viser mulighetsområder plassert i EIF-rammeverket

Oversikt over mest relevante tiltak

Basert på dagens situasjon og utfordringer, mål og identifiserte mulighetsområder, har prosjektet utarbeidet tiltaksforslag som skal bidra til forbedret utvikling, forvaltning og bruk av innrapporteringsløsninger for fastlegene, for myndighetene og for EPJ-leverandørene.

Tabellen under lister de tiltakene som fagpanelene og prosjektet har vurdert til å gi størst nytte. Tiltakene er beskrevet i de etterfølgende delkapitlene, med anbefalinger om hvilke av tiltakene det bør prioriteres å arbeide videre med innenfor hvert tiltaksområde. Overordnede vurderinger av kostnader, nytte og risiko ved tiltakene er sammenstilt i kapittel 6.

ID	Tiltak
Tiltaksområde 1: Rapportering tettere integrert med fastlegens EPJ	
1A	Etablere samleside med lenker til relevante portaler for fastleger
1B	Definere felles rammeverk for portaler
1C	Etablere én felles inngangsportale for rapportering fra helsepersonell
1D	Tilrettelegge for bruk av apper i EPJ for raskere utbredelse og økt gjennomføringskraft
1E	Definere felles rammeverk for API-integrasjon
1F	Utarbeide en veileder for hvilke integrasjonsløsninger som bør brukes, basert på rapporteringsbehovet
Tiltaksområde 2: Samskappingsarena for bedre samarbeid om behov og løsninger	
2A	Videreføre samskappingsarenaen etablert i Portaloppdraget
2B	Videreutvikling av EPJ-løftet
2C	Etablere en helhetlig samskappingsarena

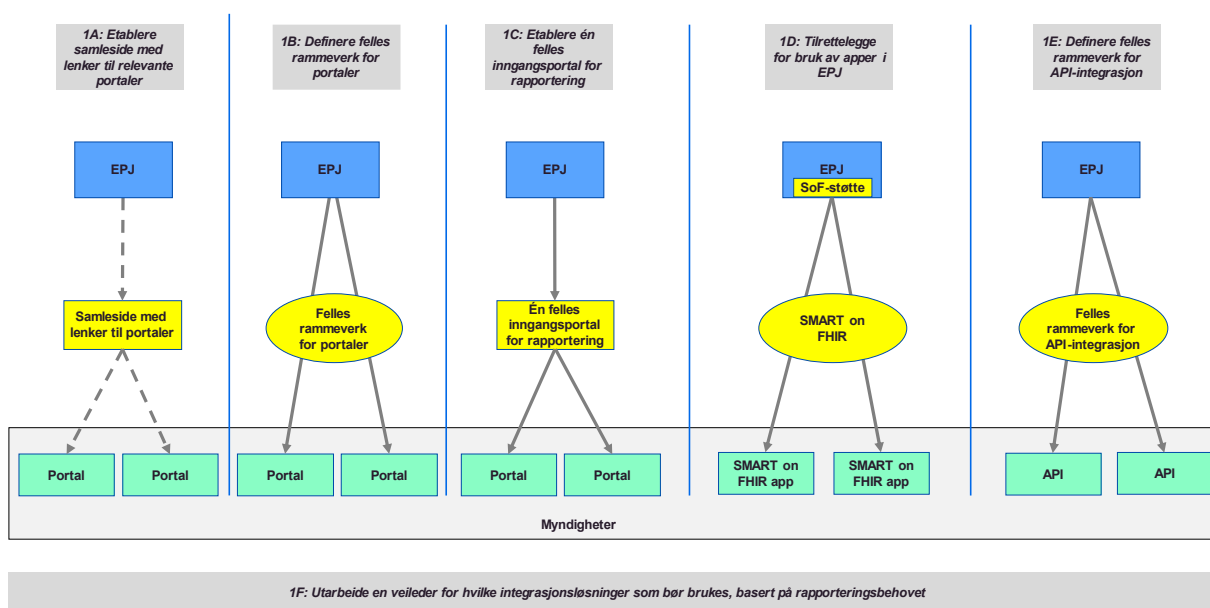
Tiltaksområde 3: Nasjonal samordning av fastlegens rapporteringsoppgaver	
3A	Verne om fastlegens rapporteringsoppgaver
Tiltaksområde 4: Nasjonal prioritering av myndighetenes behov	
4A	Koordinere og prioritere myndighetenes behov for rapportering inn mot EPJ-leverandører
Tiltaksområde 5: Regelverk som understøtter effektiv rapportering	
5A	Gjennomgang av forskrifter til sentrale helseregistre
5B	Fortolkning av regelverk
5C	Normens veileder for små helsevirksomheter

4.1 Tiltaksområde 1: Rapportering tettere integrert med fastlegens EPJ

I dette tiltaksområdet er det identifisert seks tiltak som kan bidra til å bedre dagens situasjon, og nå målene beskrevet i kapittel 2.1.

Figuren under illustrerer de seks tiltakene. Tiltak 1A, 1B og 1C er knyttet til portaler, tiltak 1D er å tilrettelegge for bruk av apper i EPJ og tiltak 1E inneholder forbedret API-integrasjon. Tiltak 1F er en veileder som skal bidra til riktig valg av integrasjonsløsning basert på brukstilfelle.

Tiltak i tiltaksområde 1: Rapportering tettere integrert med fastlegens EPJ



Figur 11 Tiltak i tiltaksområde 1

De ulike tiltakene passer i ulike brukstilfeller. Det vil derfor være hensiktsmessig å gjennomføre flere av tiltakene, slik at sektoren har flere samhandlingsløsninger tilgjengelige. Dette vil gi mer brukervennlig og effektiv innrapportering for helsepersonell, mer fleksibilitet og mulighet for raskere endringer for register- og tjenesteeiere, enklere og mer standardisert integrasjon med EPJ for EPJ-leverandørene og økt sikkerhet i løsningene. Næringslivet er opptatt av standardisering, ref. innspill til arbeidet med digitalisering i Nasjonal helse- og samhandlingsplan (28), gjennom regjeringens rundebordskonferanser i mars 2023 og i

skriftlige innspill der DNV Imatis blant annet uttaler: «Først vil vi påpeke at nasjonale standarder bør unngås der det finnes internasjonale standarder» (29). Standardisering omfatter blant annet informasjonsmodeller, FHIR-ressurser, kodeverk og terminologi.

Det er få avhengigheter mellom tiltakene, men portalrammeverket som defineres i 1B, vil kunne benyttes i 1C (Én felles inngangsportal). Dersom felles designelementer og grafisk profil også inkluderes i rammeverket i 1B, så vil dette kunne være relevant for 1D (App i EPJ).

4.1.1 Etablere samleside med lenker til relevante portaler for fastleger (1A)

Dette tiltaket innebærer å etablere en nettside med lenker til relevante portaler og digitale skjemaer, slik at man som fastlege kan få en samlet oversikt ett sted og dermed spare tid i hverdagen. Nettsiden har ikke single sign-on, kontekstoverføring eller tilbakeskriving, og helsepersonell vil derfor fortsatt måtte skifte arbeidsflate, logge inn på nytt og manuelt skrive inn informasjonen som skal rapporteres. Tiltaket gjør at fastleger slipper å vedlikeholde en egen oversikt over relevante portaler.

Nettsiden kan for eksempel vurderes etablert i tilknytning til Helsedirektoratets eksisterende tjenesteportal. Lenkene bør være tilgjengelige både fra Helsenettet og fra åpent internett.

Ansvar for vedlikehold av lenker bør tildeles én aktør, for eksempel det nye Helsedirektoratet eller Norsk helsenett SF.

Dette er et tiltak med begrenset omfang og nytte. Det kan være mulig å påbegynne tiltaket allerede i 2024.

4.1.2 Definere felles rammeverk for portaler (1B)

Dette tiltaket innebærer å definere et felles rammeverk for portaler slik at flere portaler enklere kan bli integrert i EPJ, og dermed effektivisere fastlegens arbeid med rapportering. Rammeverket vil blant annet inneholde felles krav til hvordan single sign-on, kontekstoverføring, sikkerhetsmekanismer og tilbakeskriving skal implementeres, inkludert bruk av HelsED og mulighet for tilgang både fra Helsenettet og fra åpent internett.

Testing av rammeverket ved pilotering med én portal inngår i tiltaket. Bruk av rammeverket på flere portaler må utvikles i separate tiltak av aktuelle aktører.

Tilbakeskriving til EPJ (for journalføring) kan baseres på bruk av den eksisterende meldingsstandarden Dialogmelding (eventuelt en profil av denne) og eksisterende meldingsinfrastruktur. Dette må blant annet ses i sammenheng med vurderinger som gjøres i det videre arbeidet med forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten (30). Det må vurderes om tilbakeskriving bare skal inneholde ustrukturert informasjon (PDF) eller om det også skal være mulighet for å sende strukturert informasjon.

Det kan vurderes om rammeverket også bør omfatte felles designelementer og grafisk profil. Det vil da også kunne ha relevans for utvikling av «SMART on FHIR»-apper (se foreslått tiltak 1D lenger ned).

Arbeidet med å definere og vedlikeholde dette rammeverket bør eies av det nye Helsedirektoratet i samarbeid med de ulike aktørene, både register-/tjenesteeiere, EPJ-leverandører, Norsk helsenett SF, kommuner og fastleger. Normering av rammeverket bør vurderes.

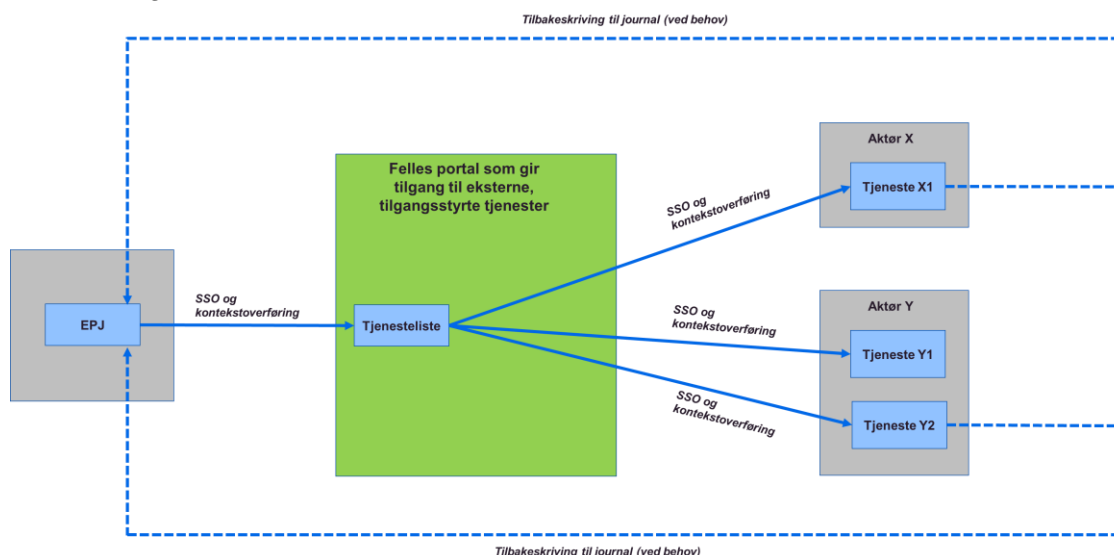
Et felles rammeverk for portaler vil gjøre det enklere og mer forutsigbart for EPJ-leverandørene å integrere EPJ-systemene med portalene. Dette vil igjen føre til at fastlegene vil kunne få flere portaler integrert i sin EPJ. Et felles rammeverk for portal skal også medføre økt sikkerhet i løsningene.

Tilbakemeldingene fra sektoren i arbeidet med Portaloppdraget er at det vil finnes noen portaler også fremover, men det bør være så få som mulig og at andre samhandlingsformer bør prioriteres for nye rapporteringsbehov. Fastlegene opplever ikke portalløsninger som godt integrert i EPJ og det er begrensede muligheter for preutfylling av skjema ved å hente data fra EPJ.

4.1.3 Etablere én felles inngangsportaler for rapportering fra helsepersonell (1C)

Én felles inngangsportaler for rapportering fra helsepersonell vil gi enklere integrasjon med EPJ og dermed kunne føre til at flere EPJ-er blir integrert. Én felles inngangsportaler for rapportering fra helsepersonell innebærer at tilgangsstyrte rapporteringsportaler hos ulike aktører blir tilgjengelige gjennom en hovedportal med lenker til de andre portalene (eventuelt som lenker til enkelttjenester i de andre portalene). Den felles inngangsportaler vil ha single sign-on (med HelseID) og mulighet for kontekstoverføring fra EPJ og også single sign-on og mulighet for kontekstoverføring videre til de andre portalene. Den felles inngangsportaler bør bygge på det felles portalrammeverket i tiltak 1B. Den felles inngangsportaler bør være så tynn som mulig. Den bør kun liste de tjenestene en bruker har tilgang til. Mer detaljert tilgangsstyring bør gjøres i den enkelte tjeneste, med utgangspunkt i bruk av HelseID og tillitsrammeverk. Den felles inngangsportaler må være tilgjengelig både fra Helsenettet og fra åpent internett, og det må være mulig å tilgjengeliggjøre tjenester i Helsenettet og på åpent internett. Aktørene bør enes om et generisk sett av kontekstvariabler som mange har nytte av, f.eks. identifikatorer på helsepersonell og på pasient.

Tjenester som har behov for tilbakeskriving til EPJ (for journalføring), må selv implementere dette. Bruk av Dialogmelding er en mulig mekanisme for dette. Informasjonen som sendes tilbake til journal bør være konsis og relevant, slik at ikke journalen fylles opp med unødvendig tekst.



Figur 12 Én felles inngangsportaler

Én felles inngangsportaler vil gjøre det enklere for helsepersonell å finne frem til riktig portal/tjeneste, og single sign-on og kontekstoverføring vil spare dem for tid. Sammen med

tiltak 1B om å utarbeide et felles rammeverk for portaler, skal det også medføre økt sikkerhet i løsningene.

For EPJ-leverandørene vil én felles inngangsportal forenkle integrasjonsarbeidet.

For register- og tjenesteeiere vil det være mulig raskt å endre f.eks. forretningslogikk, da de for de fleste endringer ikke vil være avhengige av endringer i EPJ.

Helsedirektoratets tjenesteportal kan være et mulig utgangspunkt for én felles inngangsportal for rapportering fra helsepersonell, men det må gjøres en sammenstilling av felles behov og vurdering av dagens løsning opp mot disse. Det må vurderes hvem (f.eks. det nye Helsedirektoratet eller Norsk Helsenett SF) som skal ha ansvaret for en felles inngangsportal. Det bør også vurderes om det er hensiktsmessig at faglig innhold fra f.eks. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet til helsepersonell, i større grad knyttes sammen med tjenester og rapportering.

4.1.4 Tilrettelegge for bruk av apper i EPJ for raskere utbredelse og økt gjennomføringskraft (1D)

«SMART on FHIR» er et internasjonalt rammeverk som gjør det mulig å kjøre apper på tvers av EPJ-er på en standardisert og sikker måte. Rammeverket gjør også at appene kan hente ut og gjenbruke data fra EPJ på en standardisert og sikker måte.

Dette tiltaket innebærer å etablere støtte for «SMART on FHIR»-rammeverket i alle EPJ-systemene for fastlegene, inkludert støtte for API-er for å hente ut standardiserte informasjonselementer fra EPJ. Når denne støtten er på plass, kan det utvikles apper for innrapportering.

Utvikling og pilotering av én pilotapp inngår i tiltaket. Ytterligere apper må utvikles i separate tiltak av aktuelle aktører.

«SMART on FHIR»-apper blir tilgjengelige for fastlegene i EPJ-en og de slipper da å forlate EPJ-systemet sitt for å rapportere i en portal eller fylle ut skjema. Registrereiere får mulighet til raskt å endre informasjoninnhentingen sin. EPJ-leverandørene vil få redusert sine utviklingsoppgaver knyttet til integrasjon av nye tjenester i EPJ.

«SMART on FHIR» bygger på de to internasjonale tekniske standardene:

- SMART: Grensesnitt for kjøring av apper i ulike systemer på en sikker måte.
- FHIR: Standardisering av informasjonsressursene for datautveksling mellom systemer.

For mer informasjon om «SMART on FHIR», se «SMART on FHIR: Bruk og potensial» (31) og «Anbefaling om bruk av SMART on FHIR» (32).

Fordeler med bruk av «SMART on FHIR» for innrapporteringsløsninger

«SMART on FHIR» gjør det mulig å utvikle og vedlikeholde én versjon av en app og så kjøre den i EPJ-systemer som støtter «SMART on FHIR»-rammeverket. Dette kan gi raskere og mer enhetlig utrulling av funksjonalitet og løsninger fra sentralt hold, noe som kan være svært nyttig for innrapporteringsløsninger. En innrapporteringsløsning som har behov for komplisert forretningslogikk med hyppige endringer, kan være en god kandidat for en «SMART on FHIR»-app.

Ved bruk av FHIR-API-er mot EPJ, så kan en app hente en del standardisert informasjon (som pasient, behandler og konsultasjon) fra EPJ og preutfylle det i rapporteringsskjemaet,

slik at legen slipper å fylle ut den informasjonen manuelt. Over tid kan ytterligere informasjonselementer hentes ut ved å utarbeide og standardisere på nye FHIR-API-er. Det er sannsynlig at EPJ-ene i årene fremover vil få økt grad av struktur, noe som vil gjøre det mulig å gi apper tilgang til flere data via standardiserte EPJ-API-er. I portalløsninger vil det være vanskeligere å få nytte av økt struktur i journal.

Det kan også lages FHIR-API-er for å skrive ustrukturerte (PDF) eller strukturerte data tilbake til EPJ for journalføring. For innrapporteringsløsninger kan dette gi mulighet for å hente opp forrige innrapportering som et startpunkt for en ny innrapportering.

En «SMART on FHIR»-app kan kjøre i en innebygget nettleser i EPJ-en og brukeren vil da oppleve den som bedre integrert enn en ekstern portalløsning. EPJ-leverandøren kan også velge å kjøre «SMART on FHIR»-appene i en ekstern nettleser.

Gjenbruk av data fra EPJ og felles valideringsfunksjonalitet i appen, kan bidra til økt datakvalitet i registrene. Bruk av de standardiserte mekanismene for appintegrasjon i «SMART on FHIR» skal også medføre økt sikkerhet i løsningene.

I workshopene i Portaloppdraget var det én leverandør som ønsket at API alltid burde være en mulighet i tillegg til «SMART on FHIR», men denne leverandøren var heller ikke negativ til «SMART on FHIR» som sådan. Den viktigste ulempen med å åpne for både API (der EPJ-leverandørene selv utvikler brukergrensesnittet) og «SMART on FHIR» for en gitt tjeneste, er at register-/tjenesteeier da mister muligheten til selv raskt å gjøre endringer på tjenesten og dermed blir avhengig av ressursprioritering hos EPJ-leverandøren. NAV har erfaring med at det kan ta flere år å få gjennomført slike endringer hos alle EPJ-leverandørene (30). Hvorvidt API skal tilbys i tillegg til «SMART on FHIR» må vurderes og besluttes fra case til case.

Ved bruk av «SMART on FHIR» for innrapporteringsløsninger, vil EPJ-leverandører slippe å utvikle og vedlikeholde brukergrensesnitt for disse innrapporteringsbehovene i sin EPJ, slik de må med API-baserte innrapporteringsløsninger. En EPJ-leverandør ville kunne bruke et egenutviklet brukergrensesnitt for å gjøre seg attraktiv og unik i markedet, men EPJ-leverandørene har i arbeidet med Portaloppdraget gitt uttrykk for at de ikke ser innrapportering til myndigheter som et område de ønsker å konkurrere på.

Potensialet i «SMART on FHIR» utover innrapporteringsløsninger

«SMART on FHIR» er et rammeverk som kan gi mange muligheter utover innrapporteringsløsninger. Tredjeparter kan utvikle apper som kan integreres i EPJ på en standardisert måte, uten omfattende integrasjonsarbeid for EPJ-leverandørene (når de har utviklet den generelle støtten for «SMART on FHIR» i sin EPJ).

For nærmere beskrivelse av potensialet i «SMART on FHIR», se «SMART on FHIR: Bruk og potensial» (31), «Anbefaling om bruk av SMART on FHIR» (32) og «Situasjonsbeskrivelse og erfaringer med SMART on FHIR – EPJ-løftet» (33).

Noen utfordringer med «SMART on FHIR»

Så langt er det bare én fastlege-EPJ som har implementert støtte for «SMART on FHIR»-rammeverket. Det har så langt vist seg vanskelig å få flere fastlege-EPJ-er til å gjøre det. Se notatet fra EPJ-løftet for mer informasjon om dette.

Brukergrensesnittet i en app vil se annerledes ut enn brukergrensesnittet i EPJ-en. Dersom man i tiltaket «Definere felles rammeverk for portaler» også tar med felles designelementer og grafisk profil, vil det være mulig å få apper som utvikles i Norge, til å ha likere

brukergrensesnitt. Tredjepartsapper, f.eks. kalkulatorer utviklet utenfor Norge, vil alltid ha et annerledes brukergrensesnitt.

Det vil være enklere å ta i bruk apper utviklet av myndigheter/registreiere, enn tredjepartsapper fra private leverandører i eller utenfor Norge. For å kunne ta i bruk tredjepartsapper fra private leverandører, må det gjøres en del avklaringer og tiltak knyttet til blant annet avtaler, ansvarsforhold, merkantile forhold, app-distribusjon, testing/godkjenning og felleskomponenter. Utenlandske EPJ-er og apper vil i utgangspunktet ikke støtte norske justeringer av internasjonale FHIR-profiler og det vil derfor være behov for tilpasninger.

4.1.5 Definere felles rammeverk for API-integrasjon (1E)

Et felles rammeverk for EPJ-integrasjon gjør at EPJ-leverandørene kan utvikle og forvalte API-integrasjoner raskere og dermed gi fastlegene bedre innrapporteringsløsninger. Tiltaket innebærer at det utarbeides et felles rammeverk for hvordan API-baserte rapporteringsløsninger skal integreres i EPJ. Hensikten er å utbedre dagens situasjon, der EPJ-leverandørene har flere ulike API-integrasjoner de må utvikle og vedlikeholde og der integrasjonene i varierende grad er bygd på internasjonale standarder. EPJ-leverandørene har i arbeidet med Portaloppdraget løftet dette som et område de i dag bruker unødvendig mye ressurser på. Et felles rammeverk for API-integrasjon skal også medføre økt sikkerhet i løsningene.

Testing av rammeverket ved pilotering med én ny API-integrasjon med én EPJ-leverandør inngår i tiltaket. Bruk av rammeverket på flere integrasjoner må utvikles i separate tiltak av aktuelle aktører.

Eksempler på områder som kan vurderes inn i rammeverket er: API-management, logging, feilhåndtering, sikkerhetsmodell (inkludert bruk av HelseID) og bruk av FHIR-ressurser. Utvidelser av tillitsmodell til bedre å dekke registerbehov bør også ses på, sammen med bruksvilkår og avtalemaler. Rammeverket må bygge på tekniske valg som forenkler API-integrasjon fra EPJ, og som står seg over lang tid. Rammeverket bør baseres på internasjonale standarder, med nødvendige norske tilpasninger der det er nødvendig.

Det felles rammeverket må ta utgangspunkt i eksisterende relevante veiledere (f.eks. «Veileder for utvikling av datadelingsgrensesnitt» (34), «Veileder for åpne API i helse- og omsorgssektoren» (35) og «Retningslinjer for logging ved data- og dokumentdeling» (36)). Det må unngås at nytt rammeverk blir inkonsistent med eksisterende veiledere. Det kan bli aktuelt å gjøre justeringer på eksisterende veiledere.

Prosessen med å definere og vedlikeholde det felles rammeverket bør eies av det nye Helsedirektoratet i samarbeid med de ulike aktørene, både registreiere/tjenesteeiere, EPJ-leverandører, Norsk helsenett SF og fastleger.

4.1.6 Utarbeide en veileder for hvilke integrasjonsløsninger som bør brukes, basert på rapporteringsbehovet (1F)

Hensikten med å utarbeide en veileder for valg av integrasjonsløsninger, er å bidra til at rapporteringsløsningene blir kostnadseffektive å utvikle og forvalte for EPJ-leverandørene og effektive å bruke for fastlegene. Tiltaket innebærer at det skal utarbeides en brukervennlig veileder som anbefaler helseforvaltningen, andre offentlige virksomheter og EPJ-leverandører hvilke integrasjonsmekanismer (portal, API, «SMART on FHIR») det er mest hensiktsmessig å bruke for innrapportering av informasjon til myndigheter. Veilederen skal gi informasjon om hvilke verktøy som bør benyttes i ulike brukstilfeller, gitt eksempelvis behov

for informasjon, volum, frekvens, valideringsregler og endringstakt. Veilederen bør også inneholde relevante eksempler, og erfaringer med de ulike løsningene.

Den generelle tilbakemeldingen fra fastlegene om at det ikke er ønskelig med flere nye portalløsninger, må tas med i veilederen. Fordi det vil ta tid å få etablert støtte for «SMART on FHIR» i alle fastlege-EPJ-er, kan det være aktuelt at et innrapporteringsbehov i en periode både er tilgjengelig via portal (for EPJ-er uten støtte for «SMART on FHIR») og via «SMART on FHIR»-app.

4.1.7 Prinsipielle spørsmål i dette tiltaksområdet

1. Bør «SMART on FHIR» etableres som en tredje samhandlingsmekanisme i tillegg til portaler og API, for alle fastlege-EPJ-er?:

«SMART on FHIR» er et internasjonalt rammeverk som gjør det mulig å kjøre apper på tvers av EPJ-er på en standardisert og sikker måte. Rammeverket gjør også at appene kan hente ut og gjenbruke data fra EPJ på en standardisert og sikker måte.

Ved å innføre støtte for «SMART on FHIR» i alle fastlege-EPJ-ene, vil man ha et nytt «verktøy i verktøykassen» som kan gi nytte, både for fastleger, register-/tjenesteeiere og EPJ-leverandører.

«SMART on FHIR» er en hensiktsmessig og nyttig integrasjonsmekanisme i en del brukstilfeller, men det er ikke den beste løsningen i alle tilfeller. «SMART on FHIR» vil derfor sameksistere med portalløsninger og API-integrasjoner.

«SMART on FHIR» har en rekke andre potensielle bruksområder enn bare innrapportering, men man kommer ikke videre før «SMART on FHIR»-rammeverket er implementert i fastlege-EPJ-ene.

Konklusjon: «SMART on FHIR»-rammeverket bør innføres i alle fastlege-EPJ-ene.

2. Migreringsstrategi: Bør eksisterende løsninger endres til å ta i bruk nye integrasjonsmekanismer?:

De nye integrasjonsmekanismene bør tas i bruk av nye løsninger og vurderes tatt i bruk ved større endringer i eksisterende løsninger. Utover dette bør migrering av eksisterende løsninger til de nye integrasjonsmekanismene vurderes i hvert enkelt tilfelle.

4.1.8 Anbefalinger tiltaksområde 1

Tabellene under viser anbefalte aktiviteter/tiltak i tiltaksområde 1. Prosjektet anbefaler å starte med tiltakene 1A (Samleside med lenker til portaler), 1B (Felles portalrammeverk), 1D (Tilrettelegge for app i EPJ) og 1F (Veileder for valg av integrasjonsløsninger), og dermed vente med tiltak 1C (Én felles inngangsportaler) og 1E (Felles rammeverk for API-integrasjon).

Tiltak 1 A (Etablere samleside med lenker til portaler) er en «lavhengende frukt» med lav kostnad, men også relativt lav nytte. Dette har vært ønsket fra fastlegene og vi anbefaler at tiltaket gjennomføres på kort sikt.

Tiltak 1 B (Definere felles rammeverk for portaler) vil blant annet inneholde felles krav til hvordan single sign-on, kontekstoverføring, sikkerhetsmekanismer og tilbakeskriving skal implementeres, inkludert bruk av HelseID og mulighet for tilgang både fra Helsenettet og fra åpent internett. Dette er relevante rammer også for tiltak 1C (Én felles inngangsportaler). Rammeverket kan også utvides til å inkludere felles designelementer og grafisk profil, og vil da ha relevans også for utvikling av «SMART on FHIR»-apper (tiltak 1D). Testing av

rammeverket ved pilotering med én eksisterende portal inngår i tiltaket. Bruk av rammeverket på flere portaler må utvikles i separate tiltak av aktuelle aktører. Portaler med single sign-on og kontekstoverføring vil i stor grad forenkle rapporteringen, da legen slipper klipp og lim fra EPJ til portal-løsning, og unngår å bruke tid på å finne riktig portal, logge inn og ut av denne, og dobbeltregistre informasjon (i EPJ og i portal). På bakgrunn av dette anbefales det å prioritere oppstart av tiltak 1B.

Tiltak 1B bør gjennomføres før **tiltak 1C** (Én felles inngangsportal) og det anbefales derfor at man venter med eventuelt å starte tiltak 1C. Ved å bruke rammeverket som utvikles i 1B til å integrere noen av de eksisterende portalene som mangler single sign-on og kontekstoverføring, er det sannsynlig at det vil gå raskere å få nytte for fastlegene (ved å integrere flere portaler) enn ved å vente på tiltak 1C (som krever en utredning før det eventuelt kan besluttes).

Tiltak 1D (Tilrettelegge for bruk av apper i EPJ) er et alternativ for raskere utbredelse og økt gjennomføringskraft. Dette tiltaket innebærer å etablere støtte for «SMART on FHIR»-rammeverket i alle EPJ-systemene for fastlegene, inkludert støtte for API-er for å hente ut standardiserte informasjonselementer fra EPJ (HelseAPI). Når denne støtten er på plass, kan det utvikles apper for innrapportering som raskt kan distribueres ut til alle EPJ-er som støtter SMART on FHIR. Utvikling og pilotering av én pilotapp inngår i tiltaket. Ytterligere apper må utvikles i separate tiltak av aktuelle aktører. «SMART on FHIR»-apper blir tilgjengelige for fastlegene i EPJ-en og de slipper da å forlate EPJ-systemet sitt for å rapportere i en portal eller fylle ut skjema. Registrereiere kan gjøre endringer i appen uten at det krever utvikling av EPJ leverandør, og kan da raskt gjøre endringer i informasjonshentingene. EPJ-leverandørene vil få redusert sine utviklingsoppgaver knyttet til integrasjon av nye tjenester i EPJ. Fastlegene er tydelige på at de ikke ønsker flere portaler, og støtte for apper i fastlege-EPJ-ene vil gi bedre integrasjon og mer gjenbruk av data enn portaler. Fordi det vil ta tid å få innført støtte for «SMART on FHIR» i alle fastlege-EPJ-ene, kan det være behov for å benytte noen portaler som en overgangsløsning, i tillegg til at ikke alle portaler er relevante for «SMART on FHIR». Derfor anbefales både 1B og 1D som prioriterte tiltak. Tiltak 1D har også et stort potensial utover rapporteringsløsninger og vi mener det er viktig å få på plass denne funksjonaliteten i «verktøykassen».

Vi anbefaler at **tiltak 1E** (Definere et felles rammeverk for API-integrasjon) ikke prioriteres i første omgang. Vurderingen er at det er viktigere og gi mer nytte for fastlegene å prioritere tiltak 1A, 1B og 1D først.

For å understøtte øvrige tiltak anbefaler prosjektet også å prioritere **tiltak 1F** (Veileder). Tiltaket innebærer at det skal utarbeides en brukervennlig veileder som anbefaler helseforvaltningen, andre offentlige virksomheter og EPJ-leverandører hvilke integrasjonsmekanismer (portal, «SMART on FHIR», API) det er mest hensiktsmessig å bruke for innrapportering av informasjon til myndigheter. Veilederen vil gi informasjon om hvilke verktøy som bør benyttes i ulike brukstilfeller, gitt eksempelvis behov for informasjon, volum, frekvens, valideringsregler og endringstakt. Veilederen skal inneholde relevante eksempler og erfaringer med de ulike løsningene.

Om tabellen under:

De ikke prioriterte tiltaksforslagene (1C og 1E) er markert med skravering i tabellen under.

Ytterligere innføring/bruk utover pilotbruk av felles portalrammeverk, «SMART on FHIR»-rammeverk og eventuelt også felles API-rammeverk må vurderes basert på erfaringer fra

pilotene. Slik ytterligere innføring/bruk inngår ikke i omfanget av tiltakene som anbefales prioritert nå. Dette er markert med skravering i tabellen under.

Aktivitetene er grovt delt inn i «Kort sikt (1 år)», «Mellomlang sikt (2-4 år)» og «Lang sikt (4+ år)». Det kan være hensiktsmessig at det nye Helsedirektoratet får ansvaret for aktivitetene i kolonnen «Kort sikt (1 år)». Alle aktiviteter vil kreve bred involvering av relevante aktører.

Portaler: Tiltak 1A – Etablere samleside med lenker til relevante portaler for fastleger

Kort sikt (1 år)	Mellomlang sikt (2-4 år)	Lang sikt (4+ år)
Etablere samleside med lenker til relevante portaler for fastleger.		

Portaler: Tiltak 1B – Definere felles rammeverk for portaler

Kort sikt (1 år)	Mellomlang sikt (2-4 år)	Lang sikt (4+ år)
Definere felles rammeverk for portaler.	Teste ut rammeverket ved å pilotere det på én portal.	
	Ta felles rammeverk i bruk på nye portaler og vurder å ta det i bruk ved større endringer på eksisterende portaler.	

Portaler: Tiltak 1C - Etablere én felles inngangsportaler for rapportering

Kort sikt (1 år)	Mellomlang sikt (2-4 år)	Lang sikt (4+ år)
	Utrede etablering av én felles inngangsportaler for rapportering fra helsepersonell Dersom utredningen viser at dette er hensiktsmessig: Etablere én felles inngangsportaler for rapportering fra helsepersonell.	

App i EPJ («SMART on FHIR»): Tiltak 1D – Tilrettelegge for bruk av apper i EPJ

Kort sikt (1 år)	Mellomlang sikt (2-4 år)	Lang sikt (4+ år)

<p>Identifisere og avklare utestående problemstillinger knyttet til økosystem for statlige apper, f.eks. ansvarsforhold, endringshåndtering, app-butikk og prosesser for test og godkjenning.</p> <p>Gi en tydeligere anbefaling om bruk av «SMART on FHIR» og vurderer å øke normeringsgraden på Direktoratet for e-helse sin «Anbefaling om bruk av SMART on FHIR».</p> <p>Avklare finansiering, praktisk gjennomføring og virkemidler mot EPJ-leverandørene for å etablere støtte for «SMART on FHIR» i resterende fastlege-EPJ-er.</p> <p>Disse tiltakene må ses i sammenheng med arbeidet rundt «SMART on FHIR» i EPJ-løftet og arbeidet med å forbedre informasjonsutvekslingen mellom NAV og helsetjenesten (der «SMART on FHIR» vurderes som en mulig teknisk løsning og en pilot er gjennomført).</p>	<p>Etablere støtte for «SMART on FHIR»-rammeverk i resterende fastlege-EPJ-er.</p>	
<p>Identifisere en pilotapp for innrapportering</p>	<p>Teste ut «SMART on FHIR»-pilotapp for innrapportering på det EPJ-systemet som allerede har innført støtte for «SMART on FHIR»</p>	
	<p>Utvikle og ta i bruk statlige «SMART on FHIR»-apper. Selve utviklingsarbeidet kan settes ut til næringslivet.</p>	
<p>Standardisere og vurdere normering av HelseAPI gjennom å bruke samarbeidsmodellen for internasjonale standarder.</p>	<p>Utvide HelseAPI til å dekke flere informasjonselementer gjennom å bruke samarbeidsmodellen for internasjonale standarder.</p>	

	Avklare økosystem for norske og utenlandske tredjepartsapper: Kommersielle eller fra ideelle organisasjoner som WHO.	Ta i bruk tredjepartsapper på en styrt måte (for å redusere risiko).
--	--	--

API: Tiltak 1E – Definere felles rammeverk for API-integrasjon

Kort sikt (1 år)	Mellomlang sikt (2-4 år)	Lang sikt (4+ år)
	Definere felles rammeverk for API-integrasjon.	
	Teste ut rammeverket ved å pilotere det på én ny API-integrasjon med én EPJ-leverandør.	
	Ta det nye API-rammeverket i bruk på nye API-integrasjoner og vurder å ta det i bruk ved større endringer på eksisterende API-integrasjoner.	

Tiltak 1F - Utarbeide en veileder for hvilke integrasjonsløsninger som bør brukes

Kort sikt (1 år)	Mellomlang sikt (2-4 år)	Lang sikt (4+ år)
Utarbeide veileder for valg av integrasjonsløsninger.		

4.2 Tiltaksområde 2: Samskapingsarena for bedre samarbeid om behov og løsninger

I dette tiltaksområdet beskrives tre forslag til tiltak som fagpanelet kom med for å bedre samarbeidet om løsninger som brukes for innhenting av data fra helsepersonell. I arbeidet ble det etablert en temporær samskapingsarena der viktige interessenter (FHI, HDIR, EPJ-leverandører til fastleger, NHN og E-helse) bidro i arbeidet med å skape felles innsikt og jobbe frem anbefalinger som vil kunne gi verdi på tvers av helsepersonell, EPJ-leverandører og myndigheter. En slik arena for samskaping der interessentene samles for sammen å belyse behovene, forstå utfordringene, og i fellesskap finne frem til gode og bærekraftige løsninger som gir nytte for ulike brukergrupper, er vurdert som et viktig tiltak i arbeidet med å redusere rapporteringsbyrden for fastlegene. Samskapingsarenaen skal være et diskusjons- og løsningsforum hvor det skapes enighet om hvilke løsninger som er best egnet i hver enkelt case. Samskapingsarenaen må være fleksibel nok til å tilpasse seg endringer i behovene til helse- og omsorgssektoren og teknologiske fremskritt. For å få frem ulike perspektiv bør det være bred involvering fra aktørene, men også fokus på kompetanse som for eksempel teknisk innsikt, forståelse av arbeidsprosesser, informasjonsforvaltning,

medisinsk kunnskap etc. Deltakerne i fagpanelet til prosjektet har pekt på at det å etablere en slik arena gir verdi ved at man kan sitte rundt felles bord og diskutere konkrete problemstillinger.

4.2.1 Videreføre samskapingsarenaen etablert i Portaloppdraget (2A)

Dette tiltaket innebærer at aktørene som i dag sitter i fagpanelet til prosjektet blir etablert som en samskapingsarena, men med finansiering og tydelig mandat. Samhandlingsarenaen vil være mer operativ enn dagens EPJ-løft, og skal bidra til at partene blir enige om løsningsvalg.

4.2.2 Videreutvikling av EPJ-løftet (2B)

Helsedirektoratet, EPJ-leverandører og fastleger har samarbeidet om å skape en felles forståelse for utfordringene, og finne gode løsninger for videreutvikling av fastlegenes EPJ-er. En av suksessfaktorene for samarbeidet har vært at alle aktørene har vært samlet fysisk, og at alle har vært involvert i det tekniske og funksjonelle løsningsarbeidet fra oppstart. EPJ-løftet er finansiert gjennom de årlige normaltarifforhandlingene. Forhandlingene foregår mellom Legeforeningen på den ene siden og Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og Kommunesektorens organisasjon på den andre (KS). EPJ-løftet finansieres av midler fra takstforhandlingene for fastleger og avtalespesialister, samt fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Hvilke prosjekter som skal finansieres og gjennomføres forhandles det om.

EPJ-løftet har akkumulert en stor portefølje av pågående prosjekter og forvaltningsoppgaver over tid, noe som har redusert sekretariatets kapasitet til å være prosessdrivere og lede gjennomføringsløp fra start til mål. I tillegg har EPJ-løftet mistet fagressurser som kunne delta/bistå i behovs- og spesifiseringsarbeidet. Nasjonale satsinger og prosjekter har som del av utviklingen av e-helseforvaltningen de senere årene i stor grad overtatt som utviklings- og kompetansearenaer for tjenesteutviklingen. I Situasjonsbeskrivelsen «EPJ-løftet- Utviklingstrekk og erfaringer 2014-2022» (37) pekes det på at EPJ-løftet som løsningsarena har bidratt til økt forståelse av brukerbehov i e-helseforvaltningen og i leverandørmarkedet. Fastlegepanelet i prosjektet har pekt på at de ønsker at EPJ-løftet skal tilbakeføres til sin opprinnelige samarbeidsform, men at man kan utvide den med flere aktører for å imøtekomme flere behov som for eksempel FHI, Nav mfl. HOD har nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe som skal drøfte mål for den videre organiseringen av EPJ-løftet.

4.2.3 Etablere en helhetlig samskapingsarena (2C)

Dette tiltaket innebærer at man kan se mer helhetlig på myndighetenes behov knyttet til rapportering og informasjonsutveksling av data med helsepersonell. Arenaen bør også inkludere tilsvarende behov fra andre sektorer (f.eks. NAV). Tiltaket innebærer at man etablerer en samskapingsarena hvor man koordinerer behov og kommer frem til løsningsforslag. Summen av behov må ses i sammenheng og koordineres, slik at løsningsutvikling blir mer koordinert og enhetlig. For at arenaen skal få til dette må det kobles på riktige aktører når behov skal drøftes. Det pekes på at bestillinger på EPJ-utvikling er til dels sprikende og ukoordinerte, og det blir derfor uklart hvilke behov fra myndighetene som må løses og hvordan. Det må utvikles et system som ivaretar de ulike aktørenes stemme. Eksempelvis skal det løses et behov for rapportering til et nytt register må myndighetene som er behovseiere, representant for helsepersonellet som skal avgi data og leverandørene av EPJ sitte ved samme bord. De ulike perspektivene fra helsepersonell (f.eks. fastlege,

spesialisthelsetjeneste, kommunelege, helsesykepleier etc), leverandører (f.eks. EPJ, NHN, Helseplattformen) og myndighetene (f.eks. FHI, HDIR, NAV) også KS må komme tydelig frem. Det må være behovsstyrt tverrsektoriell involvering, og det må etableres et godt system for involvering av riktige aktører i hver enkelt sak.

Det er behov for helhetlig styring, koordinering og samordning av oppdrag i sektor og på tvers av sektorer for å sikre helhetlige og gjenbrukbare løsninger som reduserer unødvendig belastning på helsepersonell. Samhandlingsarenaen kan bidra til at det løftes frem ulike alternative måter å løse behovet på, og at man i fellesskap blir enige om hvordan det best kan løses. Denne arenaen har et bredere perspektiv enn EPJ-løftet har hatt, og tiltaket skal også ta stilling til informasjonsdeling på tvers av sektorer. Det vil være nyttig å se på hvilke positive effekter, og hva man kan ta med seg av erfaring fra EPJ-løftet når man skal vurdere tiltaket. Samskapingsarenaen har behov for at det etableres hensiktsmessige rammer og et godt fundament for et langsiktig samarbeid mellom de berørte aktørene. Det bør også etableres strukturer som legger til rette for forutsigbar involvering av aktuelle aktører. En helhetlig samskapingsarena kan bidra til økt innovasjonskraft og innovasjonstakt i helse- og omsorgssektoren.

4.2.4 Prinsipielle spørsmål i dette tiltaksområdet

For at samskapingsarenaen skal fungere etter intensjonen er det noen forutsetninger som må på plass, for eksempel må det utvikles en styringsmodell med krav til implementering og tett samarbeide med leverandørene slik at man sikrer enighet og mekanismer som sørger for etterlevelse av de beslutningene som er tatt. Erfaringer fra EPJ -løftet viser at det kan være forskjellige eller uklare prioriteringer fra myndighetene som konkurrerer om leverandørens oppmerksomhet. Samskapingsarenaen må sikre tydelige ansvars- og rolleavklaringer, med en finansierings- og gjennomføringsmodell som bidrar til helhetlig og koordinert utvikling. Det bør utarbeides en modell som sikrer at det kobles på riktige ressurser/deltagere fra relevante aktører. Et eksempel kan være at man frikjøper noen fastleger slik at de faktisk har mulighet til å bidra i dette arbeidet. Det bør være en langsiktig plan da samskaping er en lang prosess og det må sikres en forpliktelse over tid fra aktørene. Det må jobbes systematisk med å evaluere løsningene for å sikre at de bidrar til effektiv dataflyt og ikke pålegger helsepersonell økt arbeidsbelastning.

Det må vurderes hvor bredt mandat en slik samskapingsarena skal få, og utredes nærmere hvilke prinsipielle spørsmål som må besvares. Arenaen må vurderes opp mot den Nasjonale rådsmodellen og det må ses i sammenheng med de nasjonale prosjektene. Dette tiltaket vil også ha en avhengighet til de prioriteringene som gjøres om tiltak 4A innføres.

4.2.5 Anbefalinger tiltaksområde 2

Det er i dag mange ulike samhandlingsarenaer og noe sprikende enighet om det er behov for en ny arena, men det pekes likevel på behovet for en arena der aktørene sammen ser på hvilke løsningsalternativ som finnes. Det etterspørres en arena som tar beslutninger på hvordan informasjonsflyten/datadelingen skal løses, og som bidrar til fremdrift og utvikling av gode løsninger for helse- og omsorgssektoren. EPJ-leverandørene i fagpanelet peker på at dialog er bra, og at mer samarbeid på tvers er bra på ikke-konkurrerende produktområder. Det vil i fremtiden være kapasitetsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten, og vi må redusere arbeidsbelastning og effektivisere måten vi jobber på. Enklere rapportering, og bedre støtte i det kliniske arbeidet er et skritt i riktig retning. En videreføring av samskapingsarenaen som er etablert i Portaloppdraget kan være starten på noe som senere kan utvides til å bli en mer helhetlig modell for samarbeid på tvers av aktører, og med andre

sektorer som har behov inn mot helse. Samskapingsarenaen bør knyttes opp mot den Nasjonale rådsmodellen, og kan fungere som et forum som forbehandler saker, før løsningsforslag meldes inn som sak i NUIT for forankring og innspill.

Arenaen bør være definert med et tydelig mandat og organiseres på en måte som ivaretar langsiktig finansiering, mulighet for å jobbe strategisk og helhetlig, samt sikre eierskap for alle involverte parter. Konkret hvordan denne samarbeidsarenaen kan se ut må avklares i samarbeid med aktuelle aktører.

4.3 Tiltaksområde 3: Nasjonal samordning av fastlegens rapporteringsoppgaver

4.3.1 Verne fastlegen mot nye rapporteringsoppgaver (3A)

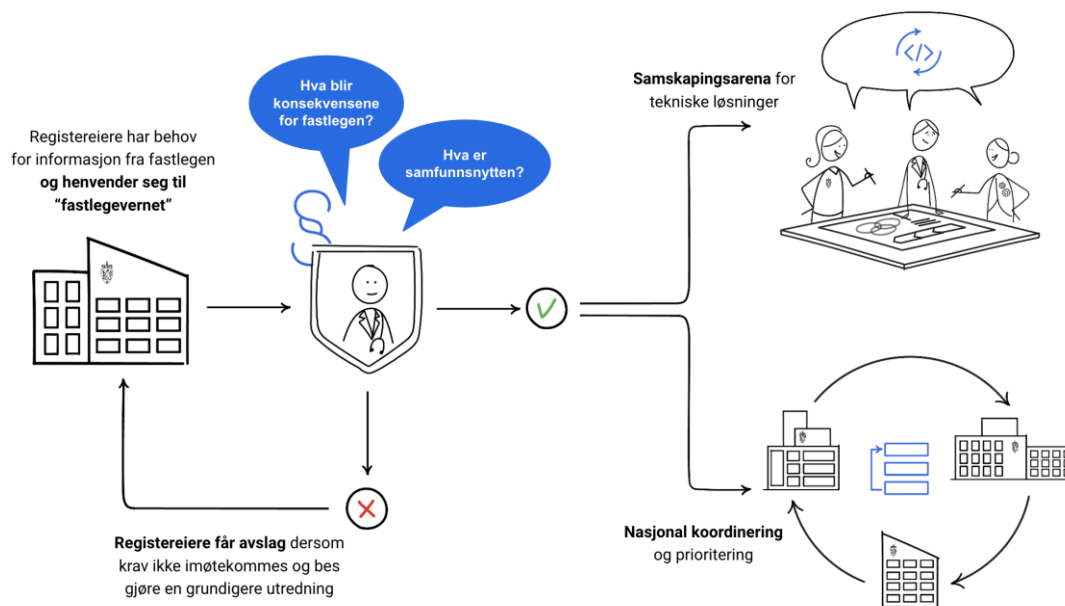
Tiltaket går ut på å etablere ordning for overordnet styring og validering av fastlegens oppgaver knyttet til rapportering og attester – (rapporteringsoppgaver til myndigheter, og attester til andre aktører).

Fastlegene opplever at de ikke har noe felles vern mot hvilke oppgaver de kan og ikke kan pålegges, både fra helsesektoren, fra andre sektorer og fra det private. Som det også framkommer i Ekspertutvalgets rapport Gjennomgang av allmennlegetjenesten (1) opplever fastlegene arbeidsoppgaver som ikke krever medisinsk vurderinger som særlig belastende, for eksempel enkelte typer attester og erklæringer. Det pekes derfor på behovet for et vern mot nye rapporteringsoppgaver for fastlegen i samhandlingen mot myndighetene, og sikre at det ikke pålegges nye arbeidsoppgaver før behov er grundig vurdert og besluttet, og disse er understøttet av en samfunnsøkonomisk nyttevurdering og vurdering av hvordan data kan innhentes med minst mulig belastning for de involverte parter (løsning).

Det overordnede ansvaret bør ligge til den etaten som i «forskrift kan gi nærmere bestemmelser om fastlegeordningen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav og om adgang til suspensjon av fastlegeordningen» (21). I dag er dette Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), mens utøvende myndighet bør ligge til det nye Helsedirektoratet og vurderes i sammenheng med tiltaksplan for allmennlegeordningen. Vernet av nye rapporteringsoppgaver til fastlegen bør legges til Helsedirektoratet og vurderes i sammenheng med tiltaksplan for allmennlegeordningen. Det er per i dag noe begrenset hva Helse- og omsorgsdepartementet kan styre, da en del av rapporterings- og attesteringsplikt for fastlegene er hjemlet i forskrifter under andre departementer. For eksempel legeerklæring for fravær på videregående skole, som er forskriftsfestet i opplæringsloven (fraværsgrensa i § 3-45 sjette ledd) som Kunnskapsdepartementet har fortolkningsansvaret for. Dette er en av de oppgavene fastlegene er pålagt som Ekspertutvalgets rapport peker på at det ikke er medisinske grunner til at de skal gjøre.

Ordningen bør ha en overordnet oversikt over aktørers overlappende informasjonsbehov og eksisterende innrapporteringsløsninger, for å sikre mest mulig gjenbruk av data, forenkle registrering/skjemautfylling og redusere «skreddersøm» for hvert rapporteringsbehov. Ordningen som skal verne om fastlegens rapporteringsoppgaver bør på bakgrunn av et sett definerte kriterier, ha myndighet til å godkjenne, eller avvise forespørsel om nye data som er tiltenkt hentet inn via fastlegene. Det må være et tett samarbeid med representanter for legene, kommuner og andre relevante aktører. Det er en risiko for at et slikt vern av fastlegenes nye rapporteringsoppgaver kan oppleves tungvint og byråkratisk. Det vil være

behov for å gi informasjon til aktuelle aktører om opprettelsen og mandatet til en slik ordning, og en enkel veileder for hvor og hvordan nye behov meldes inn.



Figur 13 Brukerreise behov for registerdata fra fastlege

4.3.2 Prinsipielle spørsmål i dette tiltaksområdet

Det å etablere en overordnet ordning for styring og validering av fastlegens oppgaver knyttet til rapportering og helseattester kan bidra til at fastlegens rettigheter og plikter blir enklere å forholde seg til, og på den måten bidra til en bedre beskyttelse av fastlegerollen. Denne funksjonen om å verne fastlegene fra nye rapporteringsoppgaver må få et tydelig mandat og beslutningsmyndighet til å kunne godkjenne og avvise nye helseattest- og rapporteringsoppgaver. Medlemmene som deltar må ha god faglig kompetanse, samt at det er behov for riktig sammensetning av fagkompetanse og tilstrekkelig med ressurser til at saker som meldes inn håndteres fortløpende. Det må utvikles effektiv rutine for hvordan saker skal håndteres og unngå at saksbehandlingen blir for byråkratisk.

At oppgaver avvises, kan få konsekvenser også utover helse- og omsorgstjenesten og det bør utredes hvordan det skal håndteres. Et eksempel kan være at det blir bestemt at nye helseattest- eller rapporteringsoppgaver skal forskriftsfestes. Forskriftsfesting vil kunne føre til at fastlegene opplever press fra innbyggere som ønsker å få attester som ikke er forskriftsfestet, og at fastlegene opplever å bli kategorisert i «snille» og «slemme» leger. Kan det å forskriftsfeste nye oppgaver gi økonomiske konsekvenser for fastlegene? Vil tiltaket kunne føre til ressurslekkasje fra offentlig til privat helsetjeneste for å imøtekomme behovet for attester fra ulike aktører som f.eks. treningssentre? Man kan også se for seg en ordning hvor innbygger må betale mer for attester som ikke er forskriftsfestet, noe som kan gi utilsiktede skjevheter i tilbudet

Det bør også vurderes hvordan man kan sikre at det ikke kommer forskrifter som pålegger fastlegen oppgaver som ikke er relatert til deres kjernevirksomhet. Utredningsinstruksen sier at berørte departement skal involveres så tidlig som mulig i prosessen, og at ansvarlig

departement skal legge frem forslag for berørte departement før saken sendes ut på høring (38).

Skal man lykkes med å verne om fastlegens oppgaver knyttet til rapportering, må det være enighet om mandat og funksjon til dette organet, samt en vilje til å gjennomføre tiltaket både politisk og faglig. Det må sikres en forankring ut til aktørene for å sikre at beslutninger som fattes etterleves.

4.3.3 Anbefaling tiltaksområde 3

Å redusere helsepersonells rapporteringsoppgaver har i flere rapporter blitt fremhevet som viktig tiltak for en mer bærekraftig helsetjeneste. Fagpanelet i prosjektet, har også understreket at det er behov for et vern av fastlegens oppgaver. Prosjektets scope er attest- og rapporteringsoppgaver. I denne sammenheng omhandler tiltaket kun nye oppgaver. Prosjektet anbefaler at det igangsettes en utredning for å få bedre kunnskap om behovet for et slikt organ, og som ivaretar ulike perspektiv

Prosjektet anbefaler at det nye Helsedirektoratet får i oppdrag å gjøre en nærmere utredning av hvordan en ordning for å verne om fastlegens arbeidsoppgaver kan organiseres, og hvilken nytte og konsekvens dette vil kunne ha for involverte aktører. Utredningen bør komme med en anbefaling om tiltaket bør iverksettes.

4.4 Tiltaksområde 4: Nasjonal prioritering av myndighetenes behov

4.4.1 Koordinere og prioritere myndighetenes behov for rapportering inn mot EPJ-leverandører (4A)

Dette tiltaket innebærer å samle og prioritere myndighetenes utviklingsbehov på tvers av relevante sektorer inn mot EPJ-markedet. Myndigheter og leverandørene har vært tydelige på behov for et tiltak som samler, koordinerer og prioriterer utviklingsbehov. Bedre koordinering vil på sikt kunne redusere dagens tidsbruk på rapportering, gitt at det lages løsninger som i større grad er integrert eller oppleves som en del av fastlegens arbeidsflate. Helsepersonellkommisjonen peker også på behov for å automatisere og redusere rapporteringsbehov, som et tiltak for å redusere dagens ressursbruk (19).

Leverandørene på sin side opplever det utfordrende å få gjennomført nødvendig utvikling innenfor gitte tidsrammer, da samlede behov langt overstiger leverandørenes kapasitet, og de opplever at ulike deler av forvaltning, myndigheter og brukere kjemper om prioritet og oppmerksomhet fra EPJ-leverandørene. Situasjonsbeskrivelsen av EPJ-løftet underbygger behovet for koordinering, eksempelvis "Leverandørene opplever uklare prioriteringer hos myndighetene og EPJ-løftet, og at dette er vanskelig å forholde seg til." (...) "Både Norsk helsenett SF og Helsedirektoratet uttrykker at det er behov for at myndighetene koordinerer seg bedre og prioriterer behov tydeligere overfor leverandørene." Veikart for helsenæringen synliggjør også leverandørenes behov for samordnede krav og forventinger fra myndigheter, og at det kan bidra til forutsigbarhet for leverandørene (39).

Videre etterspørres langsiktige planer, helhetlig koordinering for å sikre enhetlig styring mot helsepolitiske mål, og nasjonale strategier mot EPJ-markedet. Dette inkluderer krav til standardisering av integrasjoner og grensesnitt, noe som vil kunne gi leverandørene forutsigbarhet til å kunne gjøre nødvendig investering i løsninger som har et langsiktig perspektiv, samt ansette nødvendig kompetanse. Ett eksempel på dette er anbefaling om utprøving av SMART on FHIR, som kun en leverandør per i dag har utviklet infrastruktur for i

EPJ, noe som gir begrenset mulighet til å ta i bruk nye løsninger som er basert på denne teknologien. Leverandører avventer utvikling av infrastruktur grunnet få applikasjoner som er utviklet med SMART on FHIR, og uklare langsiktige planer for teknologien. SMART on FHIR er beskrevet under tiltaksområde 1.

I workshop er det også synliggjort behov for virkemidler som kan bidra til fortløpende utvikling hos EPJ-leverandørene. Et virkemiddel kan være en finansiell "gulrot" for EPJ-leverandører som går foran på et nytt område ved å være pilot. Leverandører har påpekt at flere «myndighetsprosjekter» i dag blir delvis finansiert gjennom EPJ-løftet, men at dette ikke dekker de faktiske utgiftene. I tillegg oppleves det uforutsigbart, da antall prosjekter og finansiering varierer fra år til år, noe som også medfører usikkerhet knyttet til oppstartstidspunkter av prosjekter. En mer stabil finansiering vil skape bedre forutsigbarhet for leverandører slik at de kan gjøre nødvendige langsiktige investeringer. Det bør også legges til rette for bedre erfaringsdeling, der helseforvaltningen får en sentral rolle i å samle og formidle erfaringer knyttet til utvikling, tilrettelegging og innføring av nye løsninger for rapportering til myndighetene.

Bruk av godkjennings- eller sertifiseringsordninger er også diskutert som virkemiddel for å øke leveransetakten, og for å sikre at EPJ-leverandører bruker nasjonale standarder. Dette benyttes av flere aktører i dag, deriblant Norsk helsenett SF som har ulike godkjenningsordninger, eksempelvis av løsninger som skal benytte Helsenettet, og for bruk av elektronisk samhandling. Sertifisering av EPJ-leverandører kan bidra til at leverandører oppfyller nasjonale krav.

Utover godkjenningsordninger benyttes også ulik grad av normering som virkemidler

- laveste grad av normering foregår i form av **veiledere**
- videre brukes **retningslinjer** med konkrete anbefalinger og krav
- deretter følger tydeligere **anbefalte standarder**
- øverste nivå er bruk av **obligatoriske standarder** som er hjemlet i forskrift

Leverandører innenfor EPJ-markedet forholder seg til normering på alle nivåer i dag. Det vurderes fortsatt å være et behov for å videreføre normering som virkemiddel, men riktig nivå på normering må vurderes.

Bruk av godkjenningsordninger og normering er vurdert i rapporten «Modell for kravstilling, veiledning, tilrettelegging og godkjenning innen Helseteknologi», som er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet. Vurderinger som er gjort her antas å kunne gjenbrukes til rapporteringsformål.

For å sikre at nye tekniske løsninger oppfyller aktørenes behov og ikke påfører fastleger ytterligere rapporteringsoppgaver, bør utvikling være smidig og foregå i tett samarbeid med involverte parter. Fastleger har i workshop vært tydelig på at rapportering må foregå sømløst i deres arbeidshverdag og i deres arbeidsflate. Fastlegene har også vært tydelig på behov for å kunne påvirke utforming av løsninger de må forholde seg til i sin arbeidshverdag. For å øke innføringstakten er det viktig at erfaringer fra pilotprosjekter deles med resterende leverandører slik at de også raskt får implementert løsningen når den ansees som tilfredsstillende for innrapportering. Erfaringer fra flere av EPJ-løftets prosjekter har vært at behov utvikles underveis, og at funksjonalitet videreutvikles etter første lansering, for å sikre god nytte. Erfaringer på tvers av leverandører etter bredding av en løsning, vil være viktig for å oppnå god nytte.

4.4.2 Prinsipielle spørsmål i dette tiltaksområdet

Hvordan kan myndigheter bruke normering som virkemiddel for å stimulere til økt utvikling? Den statlige helseforvaltningen kan gi føringer gjennom ulik grad av normering, men er tilbakeholden med å pålegge leverandører krav. Rapporten «Nå snakker vi! (Utredning om forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten)» har beskrevet begrensninger knyttet til regulatoriske virkemidler, og synliggjort at regulering er lite egnet til å stimulere systemutvikling og utbredelse av ny funksjonalitet (30).

Hvordan kan finansiering benyttes som et virkemiddel for å øke utviklingstakten hos EPJ-leverandørene? I rapporten «Nå snakker vi!» beskrives begrensninger knyttet til bruk av finansielle virkemidler, og det er tydeliggjort at staten i henhold til statsstøtteregelverket ikke kan gi støtte til aktører som konkurrerer i et marked, herunder EPJ-leverandører. Men det er også synliggjort at staten kan anskaffe utvikling fra EPJ-leverandører, men relevante krav i anskaffelses- og statsstøtteregelverket må oppfylles.

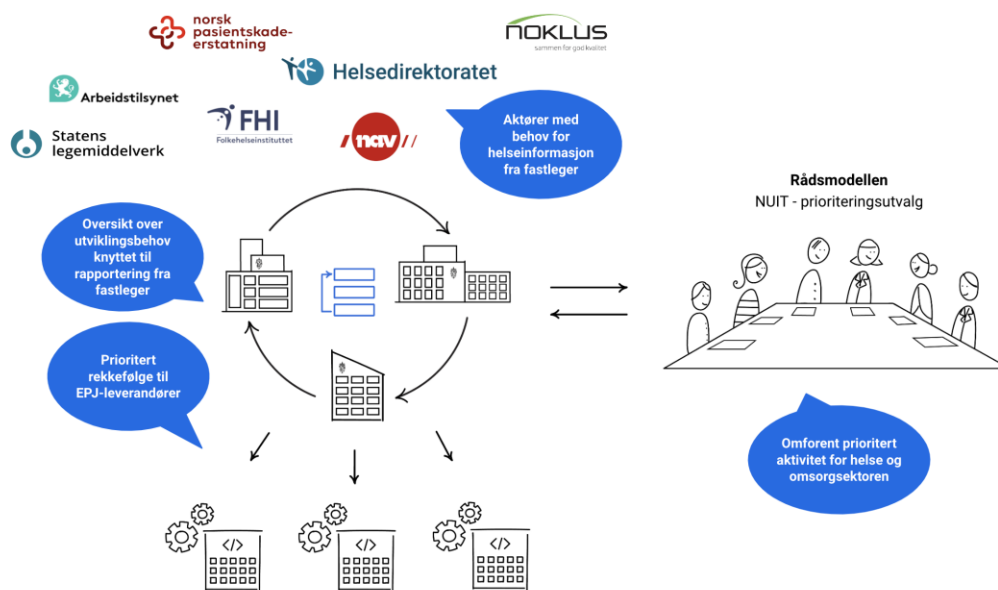
4.4.3 Anbefalinger tiltaksområde 4

Det er synliggjort behov for en ordning som nasjonalt samler og koordinerer utviklingsbehov til leverandører i fastlegenes EPJ-marked. I arbeidet med dette oppdraget er det påpekt et behov for koordinering og prioritering, også utover rapporteringsbehovet til myndigheter, fordi leverandører får forespørsler om utviklingsbehov til ulike formål fra mange aktører i helse- og omsorgssektoren.

I første omgang anbefales det å etablere prosesser for koordinering og prioritering av utviklingsbehov knyttet til rapportering fra helsepersonell til myndigheter, også tverrsektorielt (eks. NAV). Det er flere grupper av helsepersonell som rapporterer til myndighetene utover fastleger, derfor bør dette tiltaket også dekke disse, eksempelvis helsesykepleiere som rapporterer fra helsestasjoner. Samkjøring av utviklingsbehov er aktuelt siden noen behov kan ha fellesnevner og kan kjøres som ett prosjekt med felles målbildet.

Det anbefales at dette organet eksisterer ved siden av dagens Rådsmodell, som illustrert i Figur 14. Det antas å være behov for å se rapporteringsutvikling i sammenheng med saker i Rådsmodellen, og det derfor naturlig at dette organet melder inn saker til Rådsmodellen for orientering og drøfting eksempelvis to ganger i året. Dette vil være viktig for å se utviklingsbehov knyttet til rapportering i sammenheng med annen utvikling inn mot EPJ-

markedet og få en felles forankring av prioritet.



Figur 14 Koordinering og prioritering av rapporteringsbehov fra myndigheter sett i sammenheng med Rådsmodellen

Det anbefales at denne ordningen har mandat til å prioritere rekkefølgen på utviklingsbehov som dreier seg om rapportering fra helsepersonell inn mot leverandørmarkedet basert på nasjonale strategier og mål, tiltak som gir stor samfunnsøkonomisk nytte, og som bidrar til en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Styring av krav og retningslinjer mot EPJ-markedet bør samordnes på tvers av sektorer.

Det må utredes hvordan virkemidler som finansiering kan brukes for å gi leverandørene større forutsigbarhet og økt gjennomføringskraft, uten at dette påvirker konkurransen mellom ulike EPJ-leverandører.

Det anbefales også å vurdere bruk av godkjenningsordning og sertifisering av løsninger leverandører leverer, og bruk av normering. Dette bør gjøres i samarbeid med leverandører og basert på EPJ-løftets erfaringer, og sees i sammenheng med anbefalinger som kommer med helseteknologiordningen og pågående aktivitet i EU (EHDS). Dette utdypes i kapittel 5.1.3.

Prosjektet anbefaler at det nye HelseDirektoratet får i oppdrag å vurdere hvordan tiltaket kan operasjonaliseres, hvordan dette kan fungere i samspill med nasjonal rådsmodell, og virkemiddelbruk for å sette kraft bak prioriteringen.

4.5 Tiltaksområde 5: Regelverk som understøtter effektiv rapportering

4.5.1 Gjennomgang av forskrifter til sentrale helseregistre (5A)

En gjentagende tilbakemelding er at regelverket oppleves som et hinder for utveksling og gjenbruk av helseopplysninger. Det meldes behov for et mer smidig regelverk som følger den tekniske utviklingen, og som er i samsvar med helsepersonells faglige og funksjonelle behov. Det er særlig forskrifter til sentrale helseregistre (registerforskriftene) som trekkes frem i workshops.

Folkehelseinstituttet (FHI) viser til sitt ansvar for kvalitetssikring av opplysninger som registreres og behandles i Dødsårsaksregisteret⁴. Ved behov skal FHI be om tilleggsopplysninger fra lege om den som er erklært død. Det er da ofte en utfordring for FHI å komme i kontakt med legen som har registrert meldingen, spesielt hvis det er en lege som har hatt sporadiske vakter uten å være fast tilknyttet arbeidsstedet, for eksempel på en legevakt. Et annet eksempel er at det under koronapandemien ble gitt fritak fra meldeplikten til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)⁵. Verdifulle opplysninger ble da ikke registrert.

Videre peker myndighetene på at de må be helsepersonell om å registrere de samme opplysningene flere ganger, fordi opplysningene som allerede er samlet inn ikke kan brukes til andre formål enn det de opprinnelig ble samlet inn for. Dette medfører økt rapporteringsbyrde for helsepersonell og merarbeid for myndighetene. Tilsvarende problemstilling er omtalt i rapporten «Juridiske og etiske problemstillinger knyttet til innsamling, tilgjengeliggjøring, deling og bruk av data, samt bruk av randomiserte forsøk i kriser» (2022), skrevet av ekspertgruppe nedsatt av kjernegruppen for et bedre kunnskapssystem for håndtering av kriser (40). Ekspertgruppen mener i likhet med myndighetene at det bør legges bedre til rette for gjenbruk av opplysninger fra helseregistre til forskning og statistikk, som faller utenfor de formålene opplysningene opprinnelig ble samlet inn for. Rapporten er rettet mot håndtering av kriser, men ekspertgruppen påpeker at «en forutsetning for fungerende løsninger i krisetid er gode løsninger og praksis i normaltid» (40).

Helsepersonell og myndigheter mener at registerforskriftene er fragmenterte, og at det bør foretas oppdateringer av regelverket for å få til et enhetlig regelverk som legger til rette for utveksling og gjenbruk av data. I rapporten fra ekspertgruppen er det anbefalt å vurdere behovet for endringer i helseregisterloven og registerforskriftene. Dette skal bidra til å avklare forholdet til annet regelverk, som EUs personvernforordning og åpne for at opplysninger alltid skal kunne gjenbrukes til formål som forskning og statistikk (40).

I revidert nasjonalbudsjett Prop. 118 S (2022-2023) om endringer i organisering, roller og ansvar i den sentrale helseforvaltningen, ble det besluttet at forvaltningsansvaret for de sentrale helseregistrene skal samles i FHI⁶. I forbindelse med høringen om forslag til endringer i helselovgivningen (organisatoriske endringer i den sentrale helseforvaltning mv.)⁷ gav FHI og Helsedirektoratet innspill om at det bør foretas en gjennomgang av registerforskriftene, blant annet for å harmonisere regelverket på tvers av forskriftene⁸, legge til rette for enklere datafangst og økt bruk av datamaterialet⁹.

⁴ Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Dødsårsaksregisteret (Dødsårsaksregisterforskriften) § 2-6

⁵ Forskrift om Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften) § 2-1

⁶ Prop S 118 (2022 – 2023) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2023, s. 101

⁷ [Høyring - forslag til endringer i helselovgivninga - regjeringen.no](#)

⁸ Høyringsvar Folkehelseinstituttet [Høyring – forslag til endringer i helselovgivninga – regjeringen.no](#) s. 34

⁹ Høyringsvar Helsedirektoratet [Høyring - forslag til endringer i helselovgivninga - regjeringen.no](#) s. 1

4.5.2 Fortolkning av regelverk (5B)

Før det meldes behov for endringer, må handlingsrommet i gjeldende regelverk aktivt undersøkes. Ved behov for juridiske avklaringer, skal dette formidles til myndighetsorganet som har fortolkningsansvar for det aktuelle regelverket.

Problemstillinger som berører både helse- og personvernregelverket, kan kreve avklaringer fra både Helsedirektoratet og Datatilsynet. Det oppleves som utfordrende å forholde seg til flere myndighetsorganer i samme sak, når fortolkningene ikke blir koordinert. Helsepersonell og myndigheter må da selv vurdere hvordan innholdet i fortolkningene skal ses i sammenheng. Når juridiske avklaringer går på tvers av regelverk, er det behov for en felles prosess der myndighetsorganene koordinerer sine fortolkninger.

Et lignende tiltak er fremmet i rapporten «Juridiske og etiske problemstillinger knyttet til innsamling, tilgjengeliggjøring, deling og bruk av data, samt bruk av randomiserte forsøk i kriser». I rapporten anbefales det å satse på kompetansemiljøer som gir veiledning og bidrar til rettslige vurderinger ved deling og bruk av data. Ekspertgruppen påpeker viktigheten av at kompetansemiljøenes veiledningstilbud oppleves som oversiktlig, koordinert og uten for mange aktører å forholde seg til (40).

4.5.3 Normens veileder for små helsevirksomheter (5C)

Innspillene vi har fått fra helsepersonell viser at kravene som stilles i regelverket i utgangspunktet kan være klare, men at det er vanskelig å være sikker på hvordan reglene skal følges i praksis. Et konkret eksempel er kravet til databehandleravtaler etter EUs personvernforordning (GDPR) som må inngås som et ledd i rapportering av opplysninger til myndigheter. Databehandleravtalene er preget av et teknisk og juridisk språk, og helsepersonell har som oftest ikke kunnskap eller ressurser til å sette seg inn i hva kravene i databehandleravtalene faktisk innebærer. Dette kan medføre at helsepersonell inngår avtaler de ikke forstår innholdet av og ikke har forutsetninger til å følge opp. Det finnes flere maler med tilhørende veiledningsmateriale, men dette oppleves ofte som omfattende og vanskelig å sette seg inn i.

Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren (Normen) har i sin strategi for 2023-2025 inntatt små helsevirksomheter som et prioritert satsingsområde (41). Eksisterende veiledningsmateriale skal oppdateres og det skal undersøkes om det også kan være nye behov for veiledning. Det er videre en målsetting å nå ut til flere små helsevirksomheter med Normens veiledningsmateriale. Dette arbeidet kan være en egnet arena til å belyse problemstillinger helsepersonell, og særlig fastleger, opplever knyttet til databehandleravtaler.

4.5.4 Anbefalinger

På bakgrunn av erfaringene fra Portaloppdraget, anbefaler vi i likhet med FHI og Helsedirektoratet at det foretas en gjennomgang av registerforskriftene i forbindelse med at de sentrale helseregistrene samles hos Folkehelseinstituttet.

4.6 Andre foreslåtte tiltak

I arbeidsmøtene med fagpanelet i prosjektet kom det opp noen flere tiltak enn de som er drøftet tidligere i dette kapittelet. Vi omtaler her kort de viktigste av disse tiltakene og peker også på relaterte initiativer. Det er behov for videre utredning av tiltakene. Vi foreslår ikke å starte opp noen av disse tiltakene på kort sikt, men det kan være relevant å ta opp igjen og revurdere noen av dem senere.

4.6.1 Standardisere sentrale variabler

Standardisering av sentrale variabler må ses på tvers av hele helsetjenesten, ikke bare for fastlege-EPJ-er og relevante registre. Det er et pågående arbeid i Direktoratet for e-helse sammen med sektoren knyttet til informasjonsforvaltning. Samlingen av helseregistre hos Folkehelseinstituttet kan gjøre det enklere å se behov for variabelstandardisering på tvers av EPJ-er og registre.

I EPJ-løftet er det over tid utarbeidet en variabelliste med de informasjonselementene som EPJ-løftet mener bør prioriteres for standardisering, for eksempel røykestatus. Dette er variabler som man har sett har blitt benyttet på tvers av ulike prosjekter.

I Direktoratet for e-helse gjøres det nå et arbeid med å se på prosesser for standardisering av små informasjonsmodeller. Variabellisten er spilt inn til dette arbeidet for å kunne være et godt underlag for hvilke informasjonselementer som skal prioriteres.

Vi anbefaler ikke at det i forbindelse med portalprosjektet startes et arbeid med standardisering av sentrale variabler, men at dette tas inn i det pågående arbeidet med informasjonsforvaltning i sektoren. Spesielt relevant er aktivitetene knyttet til automatisert innrapportering til helseregistre, inkludert harmonisering og normering av registervariabler.

4.6.2 Utvikle løsninger for sammenstilling av data tilbake til fastlege

Dette tiltaket innebærer at fastleger kan få enkel tilgang til egne innrapporterte data og også se sine data sammenlignet med andre, for eksempel data for bruk av antibiotika. Dette kan bidra til raskere og mer enhetlig kvalitetsforbedring og utvikling av tjenesten. Det kan også bidra til bedre oversikt over egen fastlegeliste. Bedre tilgang til data som gir nytte for fastlegene selv, vil bidra til å gi fastlegene økt motivasjon for korrekt og komplett innrapportering til registrene.

I arbeidsmøtene er avdekket at også kommuneoverlegene har behov for innrapporterte data og at det per i dag er lite tilgjengelig for dem. For eksempel trenger kommuneoverleger data som er sendt til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS). I dag får kommuneoverlegen en kopi i papirformat, mens de har behov for mer informasjon fra MSIS til blant annet smittesporingsarbeid.

Utvikling av slike løsninger må sees i sammenheng med arbeid som allerede er gjort av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og allmennlegestatistikk.

Vi anbefaler ikke at det i forbindelse med portalprosjektet startes et arbeid med å utvikle løsninger for å sammenstille data tilbake til fastleger. Det vurderes som mer hensiktsmessig at dette arbeidet drives fra Folkehelseinstituttet etter samlingen av helseregistrene der fra 01.01.2024.

4.6.3 Nasjonal skjemadatabase

Dette tiltaksforslaget innebærer å etablere en nasjonal skjemadatabase med API-grensesnitt mot EPJ for automatisk inn- og uthenting av data. I den nasjonale skjemadatabase vil da alle skjemaeiere være ansvarlige for å beskrive sitt databehov ned på feltnivå, inkludert valideringsregler. Databehovet og skjemautforming valideres og godkjennes av en sentral aktør.

Dette tiltaket krever videre utredning før det kan vurderes. Tiltaket må blant annet vurderes sammen med skjema-løsningene i Helsenorge og i Altinn.

4.6.4 Samordning av kommunale skjemaer

Det er i dag liten samordning mellom kommuner av skjemaer som fastlegene skal bruke. Dette gjelder for eksempel legeerklæring ved søknad om HC-kort for parkering, der ulike kommuner har forskjellig utforming og krav til innhold i legeerklæringen. Dette gjør det vanskeligere å forenkle utfyllingen ved økt automatisering og gjenbruk av data fra EPJ.

Dette tiltaket innebærer å samordne innhold og utforming av kommunale skjemaer som er relevante for fastlegene. Kommuner, KS og Legeforeningen vil være sentrale deltagere i et slikt arbeid, sammen med fastleger og EPJ-leverandører. Mulighetene for standardisering fra sentralt hold bør også vurderes.

4.6.5 Selvbetjeningsløsning for attester på Helsenorge

Et mulig tiltak for å redusere arbeidsmengden for fastleger knyttet til utstedelse av attester, er å endre til en mer tillitsbasert tilnærming til behov for attester og legeerklæringer. Dette er blant annet trukket frem i «Handlingsplan for allmennlegetjenesten – årsrapport 2022, inklusive status per mai 2023» (42):

Enkelte attester og erklæringer forutsetter at fastleger vurderer forhold som ikke er av medisinsk karakter og ligger utenfor hva som er naturlig ligger innenfor en leges profesjonsutøvelse. Det er derfor nødvendig med en opprydding og tydeliggjøring av formål og kriterier for den medisinske vurderingen. Det er et mål å forenkle arbeidsprosesser og bedre legge til rette arbeidet med attester og erklæringer. Etter Helsedirektoratets vurdering vil en mer tillitsbasert tilnærming til samfunnets behov for helseattester og legeerklæringer være en del av dette

En mer tillitsbasert tilnærming kan bygge på økt bruk av egenmeldinger, tilsvarende det som gjelder for korttids sykefravær. Det kan da være en mulighet å gjøre slike attester og egenmeldinger tilgjengelige på Helsenorge, slik at innbyggere kan fylle dem ut der.

4.6.6 En statlig nettside, som gir helseråd til befolkningen for å styrke helsekompetansen hos innbyggere

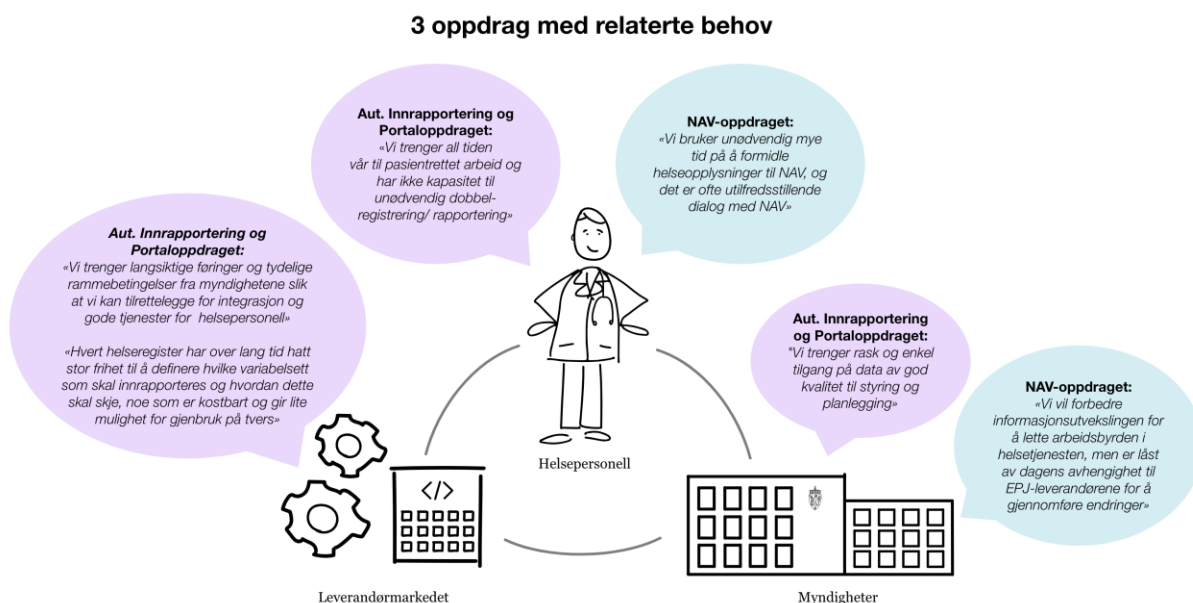
Fagpanelet løftet også at det kunne være behov for en statlig nettside som bidrar til økt helsekompetanse. Pr i dag er det mye informasjon på mange ulike nettsider og det kan være vanskelig å orientere seg, informasjonen som er tilgjengelig kan også være motstridende og det kan bidra til usikkerhet på hva som er gyldig og oppdatert informasjon. Fagpanelet mente at om innbyggere er godt informert, og har god helsekompetanse, kan dette bidra til redusert etterspørsel av helse- og omsorgstjenester. De pekte også på at om innbygger blir bedre informert om hva som er fastlegens oppgaver kan det bidra til at de ikke belaster fastlegen med for eksempel unødvendige attester. Ekspertutvalgets rapport om allmennlegetjenesten peker også på at det bør utvikles en statlig nettside som kan gi helseråd til befolkningen, og at et slikt tilbud kan bygges ut med en døgnåpen medisinsk tjeneste med chat, telefon og videokonsultasjonstjeneste. Det kan være hensiktsmessig at det blir utredet hvordan Helsenorge eventuelt kunne imøtekommet dette behovet, men prosjektet anser at dette ligger utenfor scope, og at andre initiativ bedre kan ivareta et slikt behov.

5 Sammenheng med andre tiltak

Det pågår flere initiativ og tiltak i både helsesektoren og øvrige sektorer som grenser mot temaene for denne utredningen. Noen av disse er kort beskrevet under.

5.1 Relaterte initiativ i Direktoratet for e-helse

Direktoratet for e-helse har flere oppdrag som handler om hvordan helsesektorens digitale samhandling med myndigheter og innrapportering til helseregistre kan forenkles og moderniseres. Dette gjelder særlig «NAV-oppgdraget» og «Automatisert innrapportering» beskrevet i 5.1.1 og 5.1.2 under. Målene og tiltaksområdene for disse oppdragene er på flere områder overlappende med de for Portaloppdraget, og det kan være hensiktsmessig å se dette i sammenheng i en videreføring av oppdragene.



Figur 15 Illustrasjonen viser tre oppdrag med relaterte behov

5.1.1 Informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten

Arbeids- og velferdsdirektoratet, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet fikk i januar 2023 i oppdrag (43) å samarbeide om en utredning for å komme opp med anbefalinger til videre arbeid med forbedring av informasjonsutvekslingen. De ble også bedt om å gjennomføre en teknologivalidering av en teknisk løsning for utveksling av helseopplysninger som kan ligge til grunn for fremtidig digital samhandling.

NAV oppgir at mangelfull informasjonsutveksling med helsetjenesten er ineffektiv, gir risiko for lav kvalitet i vedtak/oppfølging, lang saksbehandlingstid, at innbygger ikke får ytelsen de har krav på, og risiko for brudd på personvern fordi NAV får mer informasjon enn hjemler tilsier. NAV opplever redusert evne til prosessforbedring fordi endring i skjemaer ofte er avhengig av EPJ-leverandørene. Dagens informasjonsutveksling av helseopplysninger mellom helsetjenesten og NAV er fragmentert, skaper usammenhengende tjenester og representerer en høy arbeidsbyrde for helsepersonell. Bruken av ulike kommunikasjonsformer gjør informasjonsutvekslingen tidkrevende og uoversiktlig både for helsepersonell og NAV. Fastlegene er en av aktørene NAV utveksler flest helseopplysninger med.

En stor utfordring for NAV er at det tar lang tid å få innført endringer i skjemaer som er integrert i fastlegenes EPJ-systemer. Dette skyldes at NAV er avhengig av at EPJ-leverandørene utfører etterspurte endringer individuelt i sine systemer, hvor NAVs erfaringer er at det kan ta flere år før alle leverandørene har innført en endring. Det kan være flere årsaker til at dette tar tid. For eksempel kan EPJ-leverandører mangle kapasitet til å prioritere endringene på grunn av andre oppgaver som etterspørres av kunden (helseaktører) og som haster mer. Et annet eksempel kan være mangel på insentiver til å utføre endringer grunnet mangel på finansiering. Dagens tekniske løsninger, i kombinasjon med et stort og sammensatt leverandørmarked for EPJ-systemer, gir derfor ikke NAV tilstrekkelig endringsevne. NAV har behov for å kunne få innført endringer på kort tid, det vil si i noen tilfeller i løpet av noen få dager. Konsekvensen er at det i liten grad skjer forbedringer og tjenesteutvikling knyttet til skjemaene Sykmelding og Legeerklæring ved arbeidsuførhet. Dette bidrar til at dagens ulemper ved bruk av disse skjemaene vedvarer.

Dagens tekniske løsninger er den største hindringen for å forbedre informasjonsutvekslingen mellom helsetjenesten og NAV. Per nå har man gjennom utredningen vurdert de to konseptene SMART applikasjoner integrert i EPJ (SMART on FHIR) og webapplikasjoner/portaler som de mest aktuelle tekniske løsningsalternativene. Dette er basert på innsikt og foreløpige funn fra teknologivalideringen som ble igangsatt som en del av prosjektet. Det er imidlertid fortsatt behov for mer kunnskap for å kunne konkludere om hvilke tekniske løsninger som er best egnet for de ulike formål.

En kartlegging viser at de sentrale utfordringene innen utveksling av helseopplysninger mot NAV er sykmeldingsløpet og arbeidsavklaringspenger (legeerklæring ved arbeidsuførhet), både sett fra NAV og helsesektoren.

NAV-prosjektet har formulert følgende mål for forbedring av informasjonsutvekslingen:

- Økt endringsevne for NAV
- Redusert tidsbruk knyttet til utveksling av helseopplysninger
- Bedre kvalitet på helseopplysninger
- Bedre ivaretagelse av innbyggers personvern ved utveksling av helseopplysninger
- Bedre oversikt og tilbakeføring av relevant informasjon fra NAV til helsepersonell

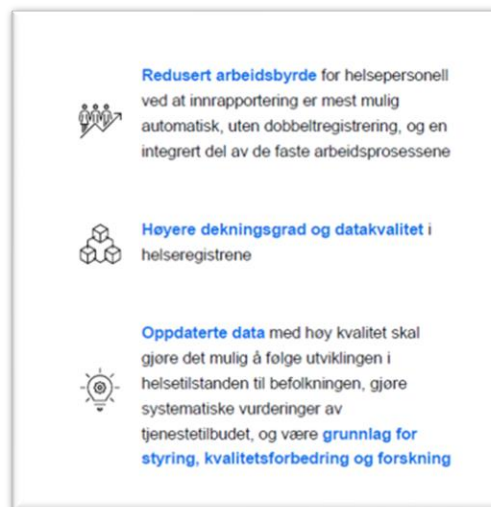
Rapporten gir følgende anbefalinger om veien videre:

1. Det strategiske samarbeidet mellom NAV og det nye Helsedirektoratet bør videreføres
2. Identifiserte digitale samhandlingsløsninger bør vurderes nærmere gjennom pilotering og utprøving
3. Videre arbeid med konkrete ytelsesområder bør innrettes som en tjenstedesignprosess og starte med sykmeldingsløpet
4. Det bør etableres en plan for virkemiddelbruk som kan sikre den nødvendige oppslutningen fra EPJ-leverandørene.

5.1.2 Automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre

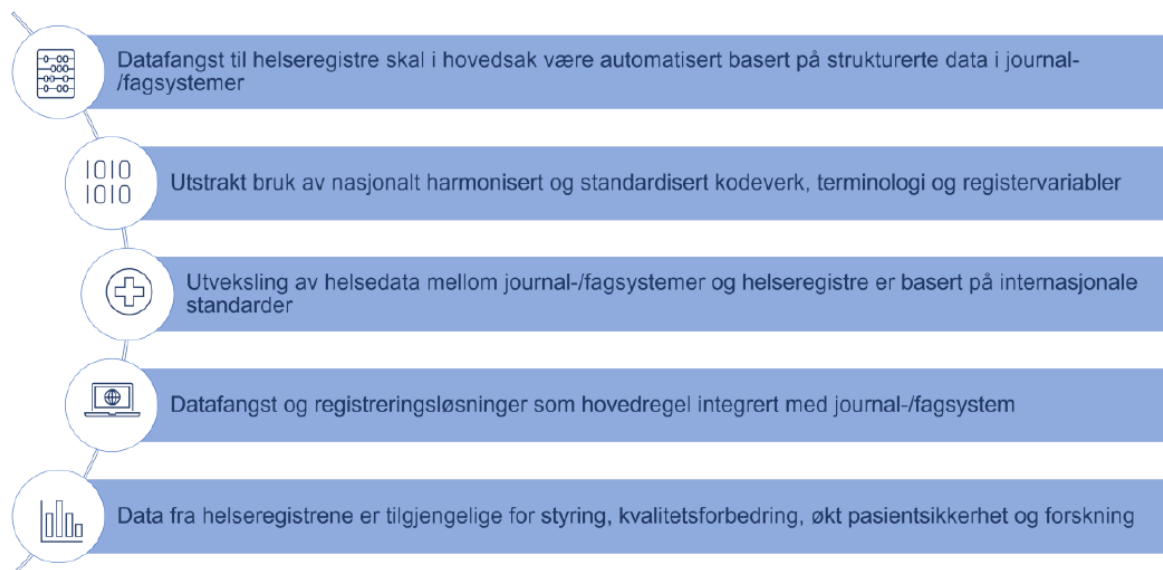
Direktoratet har gjennom flere oppdrag beskrevet utfordringsbildet, behov og mål samt tiltaksområder i en utviklingsretning. Arbeidet er fordelt på flere aktører som eier ulike tiltak, og det pågår en rekke initiativ på ulike nivå i sektoren. Det er identifisert flere behov for videre arbeid innenfor alle tiltaksområdene. Direktoratet har et nasjonalt ansvar for å samordne og koordinere sektorens arbeid (44) på dette feltet, hvilket inkluderer sammenstilling av status for prioriterte tiltak 2023, foreslå videre arbeid fra 2024 inkl. ansvarsdeling og samarbeidsarenaer, og prøve ut prosess for harmonisering og normering av registervariabler. Som en del av arbeidet skal virkemidler for å øke datatilfanget for kommunale helse- og omsorgstjenester vurderes.

Målet om at **data er tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning** ligger fast, og videre at **innrapportering til registre skal automatiseres, bidra til å redusere dobbeltregistrering og legge til rette for at innrapportering er en del av helsepersonells arbeidsprosesser**. Dette skal igjen gi redusert arbeidsbyrde for helsepersonell, høyere dekningsgrad og datakvalitet i helseregistrene og understøtter flere av målene i e-helsestrategien.



Figur 16 Kilde: Aut. innrapportering i NUIT 25.05.2023

Figuren under viser målene for automatisert innrapportering og datafangst.



Figur 17 Mål for automatisert innrapportering og datafangst til helseregistre

Journalleverandørene savner nasjonal samordning på tvers av etater og myndigheter, og tydeligere styring/retning for bruken av nasjonale standarder for datautveksling. Helseregistrene har blitt utformet over lang tid uten at det har vært satt krav til standardisering av variabeldefinisjoner eller bruk av felles kodeverk og terminologi, og leverandørene opplever at helseregistrene har stor frihet til å definere hvilke variabelsett som skal innrapporteres.

På myndighetssiden forteller registerforvalterne om mange manuelle arbeidsoperasjoner for innhenting, koding, registrering, kvalitetssikring og ferdigstilling av data. Dette ekstraarbeidet gir en utfordring med hensyn til dataenes kompletthet, kvalitet og aktualitet og gjør at potensialet i kvalitetsregistrene ikke utnyttes godt nok til kvalitetsforbedring, styring og forskning.

5.1.3 Helseteknologiordningen

Direktoratet for e-helse har i 2022 og 2023 hatt i oppdrag å utrede etablering av en helseteknologiordning (45) (44) som skal tilrettelegge for innføring av teknologi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ordningen skal gi insentiver for kommunene til å igangsette anskaffelser og innføre bedre teknologiske løsninger. I svaret på oppdraget om utforming av en helseteknologiordning var et av forslagene å etablere en godkjenningsordning, som blant annet vil kunne bekrefte overensstemmelse med standarder, beste praksis i digitale løsninger og andre relevante krav.

Departementet ga Direktoratet for e-helse i samarbeid med Helsedirektoratet videre oppdrag om å utrede og anbefale hvilke validerings-, godkjennings-, selvdeklarerings- eller sertifiseringsordninger som bør etableres for de aktuelle teknologiområdene i helseteknologiordningen (46). I utredningen av helseteknologiordningen avgrenses begrepet helseteknologi til journal-funksjonalitet og velferdsteknologi (teknologi for trygghet, mestring, digital hjemmeoppfølging mv.)

Følgende overordnede mål er satt for å vurdere tiltakene for godkjenningsordning:

- Økt felles forståelse av myndighetenes krav og rammebetingelser
- Økt etterlevelse av myndighetenes krav og rammebetingelser
- Mer effektive og bedre anskaffelsesprosesser for kommunene, øvrige bestillere og leverandørene
- Bedre og tydeligere rammebetingelser som leder til mer forutsigbarhet for kommunene, øvrige bestillere og leverandørene
- Økt, bedre og sikker samhandling på tvers av virksomheter og omsorgs- og tjenestenivå
- Mer bærekraftig leverandørmarked
- Forbedret dialog mellom helsevirksomhetene, leverandørene og myndighetene om forståelsen av fastsatte krav og behov for videreutvikling av krav

Vurderingene av godkjenningsordninger vil være relevante også for øvrig teknologi som benyttes i helsesektoren, men det anbefales fra utredningen å først prioritere teknologiområdene i helseteknologiordningen.

Behovet for forutsigbarhet på hvilke standarder som skal brukes og tydelige krav og rammer er innspill vi i Portalprosjektet også har mottatt fra leverandørsiden. Det kan derfor være potensiale i en senere vurdering av å utvide anbefalte ordninger i Helseteknologiordningen til også å omfatte insentiver til innføring av standarder i fastlegens EPJ-er, og godkjenning av disse.

5.2 Andre relaterte initiativ

5.2.1 Folkehelseinstituttets integrerte data- og analysetjenester (FIDA)

Prosjektet skal utvikle og ta i bruk en infrastruktur som skal benyttes til helseovervåking, analyse, statistikkproduksjon samt deling av statistikkprodukter. Dette skal styrke den digitale helseberedskapen i Norge gjennom systemer, tjenester, ressurser, rutiner og prosesser som skal benyttes i normaltid og kunne skaleres opp raskt i krisetider. Ønskede gevinster er at man skal kunne lagre, behandle og analysere data fra de aktuelle kildene for å kunne produsere, publisere og dele kunnskap i form av statistikk til relevante konsumenter (som f.eks. kommuneleger) enklere, raskere, hyppigere og sikrere enn i dag. Dette skal bidra til at både FHI, myndigheter, helsesektoren og kommunene vil være bedre forberedt og i stand til å håndtere smitteutbrudd i normal- og krisetid.

6 Overordnede vurderinger av kostnader og nytte

I dette kapitlet presenterer vi overordnede kostnader og nytte identifisert for tiltakene beskrevet i rapporten. Det beskrives økonomiske og administrative konsekvenser av tiltakene, og usikkerhet og kompleksitet ved gjennomføring av dem, samt potensiell nytte. Alle beskrivelser er foreløpige og usikre da alternativene ikke er godt nok utredet til å kunne utarbeide kostnadsestimater og beskrive nytte mer nøyaktig.

6.1 Overordnede kostnader

Kostnadene for tiltakene er beskrevet under og er vurdert overordnet om de er høye, middels eller lave, og en kort beskrivelse av grunnlaget for kostnadene. Hvilke kostnader som treffer hvilke aktører og hvordan de skal finansieres er ikke utredet. De ulike tiltakene må kostnads estimeres etter hvert som de blir mer konkrete.

Tabell 1: Beskrivelse av kostnader og eksempler på kostnadselementer

Tiltaksområde:	Nr:	Tiltak:	Kostnader ¹⁰ :	Eksempler på kostnadselementer:
Rapportering tettere integrert med fastlegens EPJ	1A	Etablere samleside med lenker til relevante portaler for fastleger	Lav	Etablering av nettside Drift, forvaltning og videreutvikle
	1B	Definere felles rammeverk for portaler	Middels	Definere, standardisere og normere Forvaltning Pilot inkludert utredning, utvikling, organisering, evaluering m.m.
	1C	Etablere én felles inngangsportaler for rapportering fra helsepersonell	Middels	Etablere, standardisere, normere, innføring og utvikle
	1D	Tilrettelegge for bruk av apper i EPJ ("SMART on FHIR")	Høy	Utvikle, migrere, standardisere, normere og integrere Forvalte og videreutvikle Pilot inkludert utredning, apputviklinger, organisering, evaluering m.m.
	1E	Definere felles rammeverk for API-integrasjon	Middels	Definere, standardisere og normere Forvalte og videreutvikle Pilot inkludert utredning, utviklinger, organisering, evaluering, m.m.
	1F	Utarbeide en veileder for hvilke integrasjonsløsninger som bør brukes, basert på rapporteringsbehovet	Lav	Utarbeide Forvalte og videreutvikle

¹⁰ Lav<2 mill. kr – Middels: 2-10 mill. kr – Høy>10 mill. kr

Samskapingsarena for bedre samarbeid om behov og løsninger	2A	Videreføre samskapingsarenaen etablert i Portaloppgdraget	Lav	Videreføre og frikjøp av ressurser Forvalte
	2B	Videreutvikle EPJ-løftet	Middels	Mandatsarbeid, frikjøp av ressurser, organisering og styring Forvalte
	2C	Etablere en helhetlig samskapingsarena	Middels	Mandatsarbeid, frikjøp av ressurser, organisering og styring Forvalte
Nasjonal samordning av fastlegens rapporteringsoppgaver	3A	Verne om fastlegens rapporteringsoppgaver	Middels	Mandatsarbeid, organisering og styring, Forvalte
Nasjonal prioritering av myndighetenes behov	4A	Koordinere og prioritere myndighetenes behov for rapportering inn mot EPJ-leverandører	Middels	Mandatsarbeid, organisering og styring, Forvalte

6.2 Overordnet nytte

Det er vanskelig å vurdere størrelsen på nytten da tiltakene en beskrevet på et overordnet nivå. Vi har derfor på nåværende tidspunkt kun identifisert hvilke nyttevirkinger som de ulike tiltaksområdene vil gi. Når tiltakene blir konkretisert bør det gjøres en nærmere vurdering av størrelsen på de ulike nyttevirkingene, herunder når de blir realisert og hvilken aktør den vil tilfalle. Realisering av nytte vil påvirkes av hvilke tiltak som blir gjennomført og innføringstakt for de tiltakene som blir realisert.

Flere av tiltakene vil kunne legge til rette for at fremtidige tiltak kan hente ut nytte, men som enten er avhengig av andre tiltak beskrevet i oppdraget eller krever ytterligere investeringer enn beskrevet her for å realisere ut nytte, såkalt indirekte nytte.

Kapitlene under angir den direkte nytten tiltaksområdene vil kunne gi, samt den indirekte som tiltaksområdene kan legge til rette for

Vi skiller som sagt mellom direkte nyttevirkinger, nyttevirkinger tiltaket realiserer, og indirekte nyttevirkinger, - nyttevirkinger som tiltaket legger til rette for, men der det trengs videre tiltak for realisering.

Tabell 2: Oversikt over hvilke tiltak som realiserer direkte nyttevirkinger

Tiltaksområde:	Nr:	Tiltak:	Direkte eller indirekte nytte
Rapportering tettere integrert med fastlegens EPJ	1A	Etablere samleside med lenker til relevante portaler for fastleger	Direkte
	1B	Definere felles rammeverk for portaler	Direkte (pilot)
	1C	Etablere én felles inngangsportal for rapportering fra helsepersonell	Direkte
	1D	Tilrettelegge for bruk av apper i EPJ ("SMART on FHIR")	Direkte (pilot)
	1E	Definere felles rammeverk for API-integrasjon	Direkte (pilot)

	1F	Utarbeide en veileder for hvilke integrasjonsløsninger som bør brukes, basert på rapporteringsbehovet	Indirekte
Samskappingsarena for bedre samarbeid om behov og løsninger	2A	Videreføre samskappingsarenaen etablert i Portaloppgdraget	Indirekte
	2B	Videreutvikle EPJ-løftet	Indirekte
	2C	Etablere en helhetlig samskappingsarena	Indirekte
Nasjonal samordning av fastlegens rapporteringsoppgaver	3A	Verne om fastlegens rapporterings oppgaver	Indirekte
Nasjonal prioritering av myndighetenes behov	4A	Koordinere og prioritere myndighetenes behov for rapportering inn mot EPJ-leverandører	Direkte

6.2.1 Direkte nytte



Figur 18: Nyttekart for direkte nytte

Rapportering tettere integrert med fastlegens EPJ er tiltaksområdet med mest direkte nytte. *Etablere samleside med lenker til relevante portaler for fastleger* kan redusere tidsbruken fastlegene bruker på rapportering, ved at det gjør det enklere å finne skjemaene man har behov for, men denne nytten vil være liten da fastlegen fortsatt må logge på ulike portaler. Hvis samlesiden bidrar til å økt innrapportering, vil dette kunne øke datakomplettethet (mer og riktigere data) og bidra til mindre tid brukt på administrativ oppfølging for myndighetene. Nyten kan økes ved *Etablere én felles inngangsportaler for rapportering fra helsepersonell*, da færre brudd i arbeidsflyt ved innlogging i diverse portaler kan bidra til redusert kognitiv belastning, mental slitenhet av å måtte forholde seg til for mange rapporteringsoppgaver. Fastlegene kunne oppleve spart tid, som kan brukes til avlastning eller mer pasientrettet tid. Det er usikkert hvor mange portaler dette tiltaket er relevant for, og derfor hvor stor nytten kan bli.

Definere felles rammeverk for portaler, Tilrettelegge for bruk av apper i EPJ og Definere felles rammeverk for API-integrasjon gir i utgangspunktet ikke direkte nytte, men legger til rette for nytte hos andre initiativ. En del av tiltaksbeskrivelsen er å gjennomføre piloter og dette kan gi direkte nytte, i tillegg til læring for videre innføring. Ved bedre integrering i EPJ for utvalgte rapporteringsoppgaver gjennom apper eller API-integrasjon legges det til rette for redusert tidsbruk for fastlege på rapportering på grunn av forhåndsutfylling, tilbakeskriving, enklere innlogging og funksjonalitet i større grad integrert i arbeidsflaten. Det kan bli enklere

å legge til rette for metoder og verktøy for innhenting av data tilpasset situasjonen. Myndighetene vil kunne oppleve redusert tidsbruk på administrativ oppfølging på grunn av økt innrapportering, da de vil slippe å følge opp informasjonsbehov manuelt. Økt innrapportering kan også føre til økt datakomplettethet. Samtidig som bedre verktøy for utveksling av informasjon vil kunne øke informasjonssikkerheten. Etablering av støtte for «Smart on FHIR» rammeverket hos leverandørene vil kunne gjøre det mindre ressurskrevende å utvide med ny funksjonalitet i EPJ, da EPJ relativt enkelt kan utvides med ny funksjonalitet gjennom ibruktagelse av SMART apper.

Nasjonal prioritering av myndighetenes behov vil kunne øke gjennomføringsevnen i EPJ-markedet ved å gi tydeligere styring og prioriteringer fra myndighetene inn mot leverandøren og øke tverrsektoriell samhandling. Dette kan videre forhåpentligvis skape bedre løsninger for rapportering for fastlegene og tydeligere rammer for leverandørene.

6.2.2 Indirekte nytte

Flere av de foreslåtte tiltakene realiserer lav direkte nytte, men legger til rette for nytte for videre tiltak og initiativer.

Utarbeide en veileder for hvilke integrasjonsløsninger som bør brukes, basert på rapporteringsbehovet

Utarbeide en veileder for hvilke integrasjonsløsninger som bør brukes, basert på rapporteringsbehovet vil bidra til å velge metoder og verktøy tilpasset behov og situasjon, og derfor bygge opp under nytten til de andre tiltakene i tiltaksområdet Rapportering tettere integrert med fastlegens EPJ.

Samskappingsarena for bedre samarbeid om behov og løsninger

Å etablere en Samskappingsarena for bedre samarbeid om behov og løsninger vil underbygge varierende grad av nytte basert på hvor store forbedringer i innrapporteringsløsninger samskappingsarenaen klarer å bidra til. Tiltakene vil kunne gi økt grad av samhandling i sektoren, gjennom forståelse for hverandres problemstillinger og enighet om løsninger på deres utfordringer. Økt samhandling er ikke en nytte i seg selv, men kan bidra til å skape løsninger som dekker de ulike aktørenes behov og som med større sannsynlighet vil kunne gi nytte.

Nasjonal samordning av fastlegens rapporteringsoppgaver

Ved realisering av tiltaksområdet vil forhåpentligvis fastlegene unngå å bli belastet med nye rapporteringsoppgaver som ikke er hensiktsmessige, eller som kunne være utført av andre.

Fremtidig nytte for andre initiativer Portaloppdraget legger til rette for

Ved ibruktagelse av rammeverk og tilretteleggelser forslått i tiltaksområde Rapportering tettere integrert med fastlegens EPJ legges det også til rette for nytte i fremtidige initiativer, ved at det kan bli enklere å utvide med ny funksjonalitet integrert i EPJ. Dette er spesielt ved tanke på etablering av støtte for «SMART on FHIR» i EPJ. Dette kan føre til endringer hos aktørene som igjen kan føre til nyttevirkninger i fremtiden hos andre prosjekter.

Endringene som kan oppstå:

- Fastlegene vil oppleve integrerte løsninger (apper, API) i EPJ med økt funksjonalitet som fører til ytterligere redusert brudd i arbeidsflyt
- Myndighetene vil enda enklere kunne dekke nye informasjonsbehov med tilpassede metoder mer uavhengig av EPJ-leverandørens kapasitet

- EPJ-leverandørene vil enklere kunne tilrettelegge for nye informasjonsbehov

Videre kan disse føre til nyttevirkninger:

- Ytterligere redusert tidsbruk for informasjonsutveksling for fastleger og myndigheter
- Ytterligere redusert kognitiv belastning for fastleger
- Bedre styringsdata og beredskap for myndigheter og samfunn
- Ytterligere økt informasjonssikkerhet
- Redusert ressursbruk for myndigheter og EPJ-leverandører ved ny funksjonalitet
- Økt fleksibilitet og endringsevne for myndigheter

Disse virkningene blir ikke realisert med tiltakene beskrevet i rapporten, men tiltakene legger til rette for at denne nytten kan realiseres på et senere tidspunkt.

6.3 Usikkerhet

Det er på dette tidspunkt knyttet betydelig usikkerhet til vurderingen av kostnader og nytte, da tiltakene kun er beskrevet på et overordnet nivå. Dette kapittelet gir en beskrivelse av usikkerheten til vurderingen av kostnader og nytte.

6.3.1 Usikkerhet ved kostnadene

Det er identifisert noen usikkerhetsfaktorer knyttet til kostnader.

Kostnadene knyttet til eventuelle piloter for tiltakene *Definere felles rammeverk for portaler, Tilrettelegge for bruk av apper i EPJ for rapportering* og *Definere felles rammeverk for API-integrasjon* er svært usikre, da det ikke er beskrevet hvilke rapporteringsoppgaver som eventuelt skal dekkes i pilotene.

For resterende tiltak vil usikkerhetslementer rundt kostnadene være antall ressurser det er behov for, for å drive arbeidet.

6.3.2 Usikkerhet ved nytten

For nytten av tiltakene det også knyttet betydelig usikkerhet. De viktigste identifiserte usikkerhetene er beskrevet under.

Ved **Rapportering tettere integrert i fastlegens EPJ** er det usikkerhet med hensyn til hvor store tidsbesparelser tiltaket vil kunne føre til, da det ikke identifisert hvor mange skjema, portaler og rapporteringsoppgaver som skal over på nye løsninger. Det er også usikkerhet knyttet til om pilotene beskrevet i tiltak *Definere felles rammeverk for portaler, Tilrettelegge for bruk av apper i EPJ for rapportering* og *Definere felles rammeverk for API-integrasjon* vil bidra med noen vesentlig nytte, da det per nå ikke er definert hva som skal piloteres.

Koordinere og prioritere myndighetenes behov for rapportering inn mot EPJ-leverandører er komplekst når det kommer til styring og organisering. Det er risiko for at man ikke har korrekte virkemidler inn mot EPJ-markedet, og for helhetlig prioritering av behov er det viktig at alle aktørene som har behov blir involvert for å oppnå optimal nytte. Det er også en risiko at dette tiltaket ikke finner sin plass i landskapet av allerede eksisterende prioriteringsråd, eller ikke får riktig mandat.

7 Anbefalinger

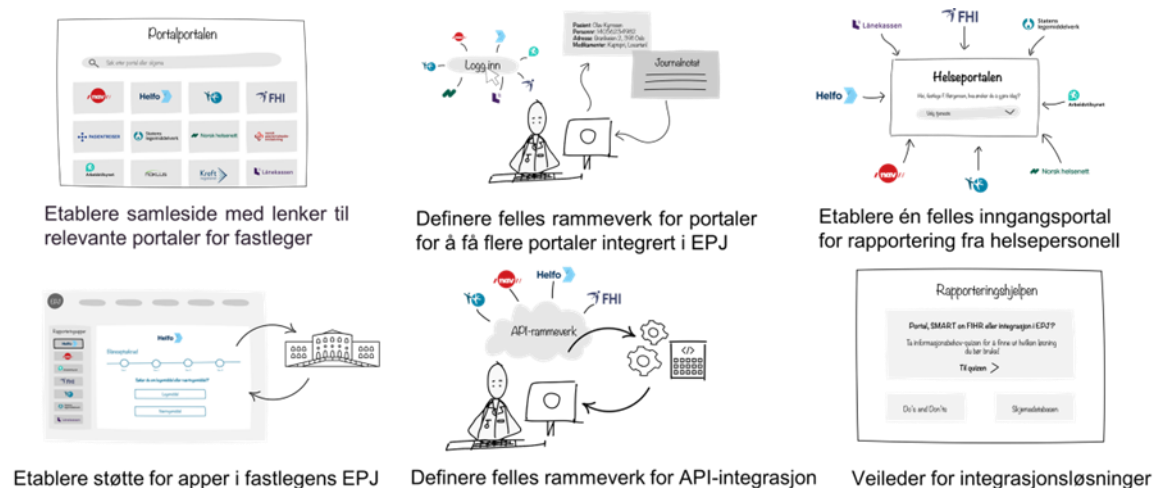
7.1 Sentrale funn

- Tiltagende behov for data – mer data og hyppigere (sanntid)
- Stadig nye krav fra myndigheter (inkl. fra EU), kommuner og brukere gir et endringsbehov som langt overstiger kapasiteten hos EPJ-leverandørene
- Behov for å tenke nytt rundt datafangst - det må være en tydelig strategi på hvilke samhandlingsformer og integrasjonsmekanismer som skal anvendes for å løse ulike behov for «data inn» (portal, API-integrasjon, SMART apper, automatisert rapportering direkte fra EPJ m.fl.)
- Manglende betalingsvillighet fra kundene til forbedret funksjonalitet for rapportering til myndigheter

7.2 Anbefalinger

Tiltaksområde 1: Rapportering tettere integrert i fastlegens EPJ

Figuren under viser en sammenstilling over tiltakene som handler om å få rapportering tettere integrert i fastlegens EPJ:



Figur 19 Oversikt over tiltakene 1A-1F (fra øverst høyre mot venstre)

De ulike tiltakene passer i ulike brukstilfeller. Det vil derfor være hensiktsmessig å gjennomføre flere av tiltakene, slik at sektoren har flere samhandlingsløsninger som kan brukes. Det ville være en stor jobb å migrere alle eksisterende portaler over på standardiserte API-er, - både for myndighet og EPJ - så det vil være behov for stegvis utvikling av løsninger som kan fungere i parallell. Tiltakene vil gi mer brukervennlig og effektiv innrapportering for helsepersonell, mer fleksibilitet og mulighet for raskere endringer for register- og tjenesteeiere, enklere og mer standardisert integrasjon med EPJ for EPJ-leverandørene, og økt sikkerhet i løsningene. Næringslivet er opptatt av standardisering, ref. innspill til arbeidet med digitalisering i Nasjonal helse- og samhandlingsplan, gjennom regjeringens rundebordskonferanser i mars 2023 og i skriftlige innspill der de blant annet uttaler at «Internasjonale standarder må brukes og særnorske standarder må unngås, slik at det blir mulig for norske bedrifter å skalere til et internasjonalt marked.»

Med tiltagende behov for mer data (og hyppigere, - helst data i sanntid) til styring og planlegging av helsetjenesten, lav betalingsvillighet fra brukerne av EPJ til å dekke

utviklingskostnader knyttet til forbedret funksjonalitet for rapportering pålagt de av myndighetene, og stadig nye krav fra myndigheter (inkl. fra EU), kommuner og brukere gir dette samlet et endringsbehov som langt overstiger kapasiteten hos EPJ-leverandørene. Det er behov for å tenke nytt rundt datafangst, og bruke ulike alternativer der endringstakt i mindre grad har direkte avhengighet til EPJ. Det må også være tydelige anbefalinger fra myndighetene knyttet til hvilke samhandlingsformer og integrasjonsmekanismer som skal anvendes for å løse ulike behov for «data inn» (portal, API-integrasjon, SMART apper, automatisert rapportering direkte fra EPJ m.fl.).

Prosjektet anbefaler å starte med tiltakene 1A, 1B, 1D og 1F. Etablere samleside med lenker til portaler (1A) er en «lavhengende frukt» - lav kost, men også relativt lav nytte. Definere felles rammeverk for portaler (1B) vil blant annet inneholde felles krav til hvordan single sign-on, kontekstoverføring, sikkerhetsmekanismer og tilbakeskriving skal implementeres, inkludert bruk av HelseID og mulighet for tilgang både fra Helsenetten og fra åpent internett. Rammeverket kan også inkludere felles designelementer og grafisk profil, og vil da ha relevans også for utvikling av «SMART on FHIR»-apper. Portaler med single sign-on og kontekstoverføring vil i stor grad forenkle rapporteringen da legen slipper klipp og lim fra EPJ til portal-løsning, og unngår å bruke tid på å finne riktig portal, logge inn og ut av denne, og dobbeltregistre informasjon (i EPJ og i portal).

Tiltak 1D, tilrettelegge for bruk av apper i EPJ er et alternativ for raskere utbredelse og økt gjennomføringskraft. Dette tiltaket innebærer å etablere støtte for «SMART on FHIR»-rammeverket i alle EPJ-systemene for fastlegene, inkludert støtte for API-er for å hente ut standardiserte informasjonselementer fra EPJ (Helse-API). Når denne støtten er på plass, kan det utvikles apper for innrapportering som raskt kan distribueres ut til alle EPJ-er som støtter SMART on FHIR. Utviklingen av apper inngår ikke i dette tiltaket, men må utvikles i separate tiltak av aktuelle aktører. «SMART on FHIR»-apper blir tilgjengelige for fastlegene i EPJ-en og de slipper da å forlate EPJ-systemet sitt for å rapportere i en portal eller fylle ut skjema. Registrereiere kan gjøre endringer i appen uten at det krever utvikling av EPJ leverandør, og kan da raskt gjøre endringer i informasjonssinnhentingen. EPJ-leverandørene vil få redusert sine utviklingsoppgaver knyttet til integrasjon av nye tjenester i EPJ.

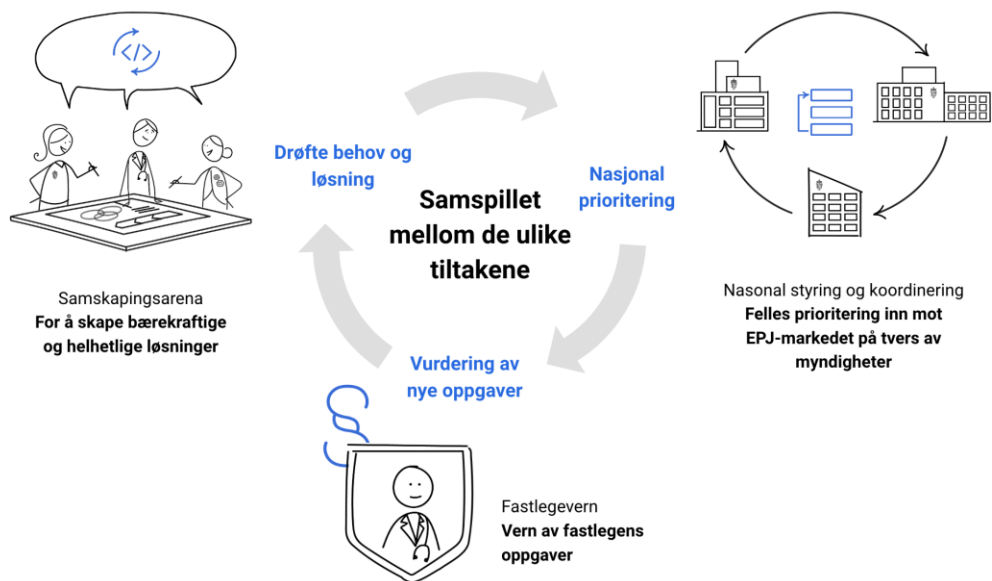
«SMART on FHIR» gjør det mulig å utvikle og vedlikeholde én versjon av en app og så kjøre den på tvers av alle EPJ-systemer som støtter «SMART on FHIR»-rammeverket. Dette vil gi raskere og mer enhetlig utrulling av funksjonalitet og løsninger fra sentralt hold, noe som kan være svært nyttig for innrapporteringsløsninger. En innrapporteringsløsning som har behov for komplisert forretningslogikk med hyppige endringer, kan være en god kandidat for en SMART app.

For å understøtte øvrige tiltak anbefaler prosjektet også tiltak 1F, veileder. Tiltaket innebærer at det skal utarbeides en brukervennlig veileder som anbefaler helseforvaltningen, andre offentlige virksomheter og EPJ-leverandører hvilke integrasjonsmekanismer (portal, API, «SMART on FHIR») det er mest hensiktsmessig å bruke for innrapportering av informasjon til myndigheter. Veilederen gir informasjon om hvilke verktøy som bør benyttes i ulike brukstilfeller, gitt eksempelvis behov for informasjon, volum, frekvens, valideringsregler og endringstakt. Veilederen inneholder relevante eksempler, og erfaringer med de ulike løsningene.

Oppsummering av anbefalinger tiltaksområde 1: Prosjektet anbefaler å starte opp med tiltakene: 1A samleside med lenker til relevante portaler, 1B definere felles rammeverk for portaler. Tiltaket vil også innebære å teste ut rammeverket på minst en eksisterende portal. Tiltak 1D tilrettelegge for bruk av apper i EPJ for raskere utbredelse og økt

gjennomføringskraft. Dette tiltaket vil inkludere utprøving av en pilotapp for rapportering som er utviklet ved bruk av «SMART on FHIR» teknologi. I tillegg anbefales tiltak 1F – veileder for anbefalt anvendelse av ulike samhandlingsmodeller og integrasjonsformer basert på brukscaset.

Figuren under illustrerer samspillet mellom tiltaksområdene 2, 3 og 4, som omhandler nasjonal styring, prioritering og brukerstyrt utvikling gjennom gode arenaer for samskaping der interessentene løser behovene i fellesskap.



Figur 20 Illustrasjon av samspillet mellom tiltaksområdene 2, 3 og 4

Tiltaksområde 2: Samskappingsarena for bedre samarbeid om behov og løsninger

Det er behov for en arena der interessentene samles for sammen å belyse behovene, forstå utfordringene, og i fellesskap finne frem til gode og bærekraftige løsninger som gir nytte på tvers av helsepersonell, leverandører og myndigheter. Dersom Portaloppdraget videreføres som et prosjekt i 2024 er anbefalingen at samskappingsarenaen temporært etablert gjennom dette oppdraget fortsetter, med mandat og rammer. Avhengig av utfallet av EPJ-løftets fremtid må det vurderes om denne arenaen skal etableres permanent, utvides til å dekke flere områder enn rapportering/attester, om den skal legges inn under EPJ-løftet, eller om den skal avvikles. Arenaen må sees i sammenheng med EPJ-løftet og knyttes opp mot nasjonal rådsmodell.

Prosjektet anbefaler at samskappingsarenaen fra Portaloppdraget videreføres for å bidra til realisering av tiltak. Startpunkt for arenaen er fokus på rapportering og attester, men bør senere vurderes utvidet til å dekke behov fra myndigheter i stort med fokus på nasjonale strategier og prioriteringer.

Tiltaksområde 3: Nasjonal styring av fastlegens rapporteringsoppgaver

Tiltaket omhandler en ordning for å verne fastlegen mot nye rapporteringsoppgaver. Tiltaket skal bidra til at det ikke pålegges fastlegen nye rapporteringsoppgaver uten at behov er grundig vurdert og besluttet, og disse er understøttet av en samfunnsøkonomisk nyttevurdering og vurdering av hvordan data kan innhentes.

Overordnet ansvar bør ligge til Helse- og omsorgsdepartementet, mens utøvende myndighet

bør ligge til det nye Helsedirektoratet og vurderes i sammenheng med tiltaksplan for allmennlegeordningen. Det må være et tett samarbeid med representanter for legene og kommunene, og andre relevante aktører.

Prosjektet anbefaler at det nye Helsedirektoratet får i oppdrag å gjøre en nærmere utredning av hvordan en ordning for å verne om fastlegens arbeidsoppgaver kan organiseres, og hvilken nytte og konsekvens dette vil kunne ha for involverte aktører. Utredningen bør komme med en anbefaling om tiltaket bør iverksettes.

Tiltaksområde 4: Nasjonal prioritering av myndighetenes behov

Etablere prosesser for koordinering og prioritering av myndigheters behov og bestillinger, også tverrsektorielt (eks. NAV). Prioriteringen må baseres på nasjonale strategier og mål, tiltak som gir stor samfunnsøkonomisk nytte, og som bidrar til en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Styring av krav og retningslinjer ut mot EPJ-markedet bør samordnes på tvers av sektorer. Dette sammen med andre potensielle virkemidler, som finansiering, har til hensikt å skape større forutsigbarhet for leverandørene, og gi økt gjennomføringskraft for digitalisering av helsesektoren. Det bør være god dialog med samskapingsarenaen for å få innspill på prioriteringer, og det må etableres god forståelse for EPJ-markedets kapasitet og mekanismer.

Prosjektet anbefaler at det nye Helsedirektoratet får i oppdrag å vurdere hvordan tiltaket kan operasjonaliseres, hvordan dette skal kan i samspill med nasjonal rådsmodell, og virkemiddelbruk for å sette kraft bak prioriteringene.

Tiltaksområde 5: Regelverk som understøtter effektiv rapportering

En gjentagende tilbakemelding er at regelverket oppleves som et hinder for utveksling og gjenbruk av helseopplysninger. Det meldes behov for et mer smidig regelverk som følger den tekniske utviklingen, og som er i samsvar med helsepersonells faglige og funksjonelle behov. Det er særlig forskrifter til sentrale helseregistre (registerforskriftene) som trekkes frem som utfordrende. Myndighetene må be helsepersonell om å registrere de samme opplysningene flere ganger, fordi opplysningene som allerede er samlet inn ikke kan brukes til andre formål enn det de opprinnelig ble samlet inn for. Problemstillinger som berører både helse- og personvernregelverket, kan kreve avklaringer fra både Helsedirektoratet og Datatilsynet. Når juridiske avklaringer går på tvers av regelverk, er det behov for en felles som prosess der myndighetsorganene koordinerer sine fortolkninger.

Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren (Normen) har i sin strategi for 2023-2025 inntatt små helsevirksomheter som et prioritert satsingsområde. Eksisterende veiledningsmateriale skal oppdateres og det skal undersøkes om det også kan være nye behov for veiledning. Det er videre en målsetting å nå ut til flere små helsevirksomheter med Normens veiledningsmateriale. Dette arbeidet kan være en egnet arena til å belyse problemstillingene helsepersonell, og særlig fastleger, opplever knyttet til databehandleravtaler.

Innenfor området regelverk pågår det mye arbeid på ulike arenaer, og prosjektet anbefaler per nå ikke igangsetting av nye tiltak. På bakgrunn av erfaringene fra Portaloppdraget, støtter vi innspillene til Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet til forslag til endringer i helselovgivningen (organisatoriske endringer i den sentrale helseforvaltning mv.)¹¹, der de

¹¹ [Høyring - forslag til endringer i helselovgivning - regjeringen.no](#)

anbefaler å foreta en gjennomgang av registerforskriftene i forbindelse med at de sentrale helseregistrene samles hos Folkehelseinstituttet.^{12 13}

7.3 Forutsetninger for å lykkes med tiltaket

Forutsetninger for å lykkes med tiltakene som skal bidra til å redusere rapporteringsbyrden for helsepersonell, er blant annet:

- at det finnes midler til realisering av anbefalte tiltak
- at prosjektet får høy nok prioritering i nasjonal sammenheng
- at vi lykkes med å få til nødvendige endringer i EPJ-systemene
- at vi i samarbeid med fastleger, kommuner og helseregistre identifiserer egnede områder for utvikling og pilotering av løsninger som gir nytte for involverte parter.

¹² Høringssvar Folkehelseinstituttet [Høyring - forslag til endringer i helselovgivning - regjeringen.no](#) s. 34

¹³ Høringssvar Helsedirektoratet [Høyring - forslag til endringer i helselovgivning - regjeringen.no](#) s. 1

Referanser

1. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Gjennomgang av allmennlegetjenesten.* Oslo : Regjeringen, 2023.
2. **Aasland, Olaf G.** Tretti års legeforskning. *Michael.* 2022, 3.
3. **Office of the National Coordinator for Health Information Technology.** Strategy on Reducing Burden Relating to the Use of Health IT and EHRs. [Internett] [Sisert: 23. oktober 2023.] <https://www.healthit.gov/topic/usability-and-provider-burden/strategy-reducing-burden-relating-use-health-it-and-ehrs>.
4. **Health Level Seven International .** HL7 International. [Internett] [Sisert: 23. oktober 2023.] <https://www.hl7.org/>.
5. **International Organization for Standardization (ISO).** International Organization for Standardizatio. [Internett] [Sisert: 23. oktober 2023.] <https://www.iso.org/home.html>.
6. **World Health Organization.** Global strategy on digital health 2020-2025. [Internett] [Sisert: 23. oktober 2023.] <https://www.who.int/docs/default-source/documents/gS4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>.
7. **Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).** Empowering the health workforce to make the most of the digital revolution. [Internett] [Sisert: 23. oktober 2023.] <https://www.oecd.org/publications/empowering-the-health-workforce-to-make-the-most-of-the-digital-revolution-37ff0eaa-en.htm>.
8. **National Health Service (NHS).** The Topol Review: Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future. [Internett] [Sisert: 23. oktober 2023.] <https://topol.hee.nhs.uk/wp-content/uploads/HEE-Topol-Review-2019.pdf>.
9. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.* Oslo : Regjeringen, 2023. NOU 2023:4.
10. **Direktoratet for e-helse.** *Kunnskapsoppsummering og kartlegging av portaler for rapportering.* 2022.
11. **Helsedirektoratet.** *Fastlegers arbeid med attester og erklæringer utenfor NAV området.* Oslo : Helsedirektoratet, 2022.
12. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Nasjonale helse- og sykehusplan 2020-2023.* Oslo : Regjeringen, 2019. Meld. St. 7 (2019-2020).
13. **Helsedirektoratet.** Strategi for Helsedirektoratets sentrale helseregistre. [Internett] [Sisert: 23. oktober 2023.] <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/strategi-for-helsedirektoratets-sentrale-helseregistre>.
14. **Arbeiderpartiet, Senterpartiet.** *Hurdalsplattformen.* Oslo : s.n., 2021.
15. **Kommunal- og distriktsdepartementet.** *Én digital offentlig sektor: Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019–2025.* Oslo : Regjeringen, 2019.
16. **Utenriksdepartementet.** FNs bærekraftsmål. [Internett] [Sisert: 23. oktober 2023.] https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/utviklingssamarbeid/sdg_oversikt/id2505654/.

17. **Kommunal- og distriktsdepartementet.** *Mål med mening — Norges handlingsplan for å nå bærekraftsmålene innen 2030.* Oslo : Regjeringen, 2021. Meld. St. 40 (2020–2021).
18. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Én innbygger – én journal.* Oslo : Regjeringen, 2012. Meld. St. 9 (2012–2013).
19. **Bovim, et al.** *Tid for handling, NOU 2023:4.* Oslo : s.n., 2023.
20. **Bettina Fossberg, , Jan C. Frich.** *Kommneoverlegers opplevelse av egen rolle.* *Tidsskriftet.* 2022.
21. **Regjeringen.** *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* 2011.
22. **Folkehelseinstituttet.** *Årsrapport FHI 2021.* Oslo : Folkehelseinstituttet, 2022.
23. —. FHI.no. *Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS).* [Internett] 2023. <https://www.fhi.no/ut/msis/>.
24. **Helsedirektoratet.** *Helsedirektoratet.no. Dette gjør Helsedirektoratet.* [Internett] 2023. <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet>.
25. **Direktoratet for e-helse.** *Kartlegging av elektroniske pasientjournalssystemer og deres støtte for nasjonale e-helseløsninger.* Oslo : Direktoratet for e-helse, 2023. IE-116.
26. —. *EPJ-løftet Situasjonsbeskrivelse.* Oslo : Direktoratet for e-helse, 2023.
27. **Digitaliseringsdirektoratet.** *Rammeverk for digital samhandling.* [Internett] [Sisert: 24. oktober 2023.] <https://www.digdir.no/digital-samhandling/rammeverk-digital-samhandling/2148>.
28. **Regjeringen.** *Innspill om digitalisering - Nasjonal helse- og samhandlingsplan.* [Internett] [Sisert: 24. oktober 2023.] <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/nasjonale-helse-og-samhandlingsplan/innspill-om-digitalisering/id2971273/>.
29. **DNV Imatis.** *Innspillsdokument til Nasjonal helse- og samhandlingsplan.* [Internett] [Sisert: 24. oktober 2023.] <https://www.regjeringen.no/contentassets/98f80b9a54c34da58affd10613b30d47/dnv.pdf>.
30. **Arbeids- og velferdsdirektoratet, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse.** *Nå snakker vi! Utredning om forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten.* 2023.
31. **Rambøll.** *SMART on FHIR: Bruk og potensial.* 2020.
32. **Direktoratet for e-helse.** *Anbefaling om bruk av SMART on FHIR.* 2019. HITR 1225:2019.
33. —. *Situasjonsbeskrivelse og erfaringer med SMART on FHIR – EPJ-løftet .* 2023.
34. —. *Veileder for utvikling av datadelingsgrensesnitt.* 2019. HITR 1221:2019.
35. —. *Veileder for åpne API i helse- og omsorgsektoren.* 2020. HITR 1229:2020.
36. —. *Retningslinjer for logging ved data- og dokumentdeling.* 2019. HITS 1219:2019.
37. —. *Situasjonsbeskrivelsen EPJ-løftet-Utviklingstrekk og erfaringer 2014-2022.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2023.

38. **Direktoratet for forvaltning og økonomistyring.** Krav til involvering og høring. *dfo.no*. [Internett] [Sisert: 23. oktober 2023.] <https://dfo.no/fagomrader/utredning-og-analyse-av-statlige-tiltak/krav-til-involvering-og-horing>.
39. **Nærings- og fiskeridepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet.** *Veikart for Helsenæringen. 2023.*
40. **Ekspertgruppe nedsatt av Kjernegruppen for et bedre kunnskapssystem for håndtering av kriser.** *Rapport, Juridiske og etiske problemstillinger knyttet til innsamling, tilgjengeliggjøring, deling og bruk av data, samt bruk av randomiserte forsøk, i kriser. 2022.*
41. **Direktoratet for e-helse.** Om Normen - ehelse. *Normen - Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren.* [Internett] [Sisert:] <https://www.ehelse.no/normen/om-normen#strategi-for-normen>.
42. **Helsedirektoratet.** Handlingsplan for allmennlegetjenesten - årsrapport 2022, inklusive status per mai 2023. [Internett] [Sisert: 23. oktober 2023.] <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2022-inklusive-status-per-mai-2023>.
43. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Tillegg 1 til tildelingsbrev 2023 for Direktoratet for e-helse.* Oslo : s.n., 2023.
44. —. *Tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse 2023.* Oslo : s.n., 2023.
45. —. *Tillegg 10 til tildelingsbrev 2022 for Direktoratet for e-helse.* Oslo : s.n., 2022.
46. —. *Tillegg 5 til tildelingsbrev 2023 for Direktoratet for e-helse.* Oslo : s.n., 2023.
47. **legeförening, Den norske.** *Legeföreningen.no. Kommuneoverleger.* [Internett] 2020. <https://www.legeföreningen.no/politikk-og-samfunn/informasjon-om-koronaviruset/ofte-stilte-sporsmal-kommuneoverleger/#Hvilke%20regler%20for%20arbeidstid%20gjelder%20for%20kommuneleger%20som%20er%20definert%20som%20%22s%C3%A6rlig%20uavhengig%20stilling%20%20>

Vedlegg A: Interessentoversikt

Tabellen under viser interessentene som prosjektet har identifisert.

Interessent	Tilknytning/relasjon til prosjektet	Interesser knyttet til prosjektets mål og gjennomføring	Tiltak for å ivareta interessenten og oppfølging av disse	Når engasjere
Hvem kan tenkes å kunne påvirke, bli påvirket av eller oppleve at de blir påvirket av prosjektet eller resultatene prosjektet skaper?	Hva er det som gjør at denne er blant prosjektets interessenter?	Hvilke interesser har interessenten av prosjektet, og hvordan blir interessenten berørt?	Hvilke tiltak er relevante?	
Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)	Oppdragseier		Gjennom linja, prosjektets styringsstruktur	Gjennom styringsdialog
Helsedirektoratet Ulike avdelinger	Behovseier	Behovseier. Utarbeider faglige råd og nasjonale veiledere, har normerende rolle.	Deltar to nivå 1. Styringsgruppe 2. Fagpanel	Hele prosjektfasen
Regionale helseforetak	Behovseier Bruker	De er brukere SKDE-helsenord. Forankre, og få verifisert	Forankre og verifisere via nasjonal rådsmodell	Gjennom rådsmodellen
Statens legemiddelverk	Behovseier	Behovseier bivirkningsregisteret.	Verifisere og forankre via dialogmøte?	Ikke vært dialog i prosjektet.
NAV (arbeids- og velferdsdirektoratet)	Behovseier	Ber om helseattester, skjemaer og sakkyndige vurderinger.	Løpende dialog via NAV oppdraget, bedre informasjonsutveksling	Hele prosjektfasen
Digitaliseringsdirektoratet	Gitt midler til oppdraget	Premissgiver for digitalisering i offentlig sektor.	Fortløpende løypemelding som avtalt ved tildeling av midler.	Løypemelding
Arbeidstilsynet	Behovseier	Ber om helseinformasjon vedr yrkesskader	Dialog møte/intervju	Ikke vært dialog i prosjektet.
Utdanningsdirektoratet	Behovseier	Krever legeattest for fritak fra undervisning	Dialogmøte.	Ikke vært dialog i prosjektet.
FHI	Behovseier	Ber om informasjon, helseopplysninger	Fagpanel	Hele prosjektfasen
BUFDIR	Behovseier	Ber om informasjon, helseopplysninger fra fastlegene	Intervju og/eller dialogmøte	Ikke vært dialog i prosjektet.
Statens vegvesen	Behovseier	Legens eller optikerens konklusjon etter utfylt helseattest eller synsattest som sendes elektronisk til førerkortregisteret.	Erfaringsdeling via NHN relatert til førerrett prosjektet	Diamant 1
Fastlege	Brukere	Påvirkes i daglig arbeid, vil ha interesse av å få redusert rapporteringsbyrden.	Delta i fagpanel	Hele prosjektfasen
Annet helsepersonell	Brukere	Påvirkes i daglig arbeid.	Forankring	Rådsmodellen

Kommunelege/ kommuneoverlege	Brukere	Påvirkes i daglig arbeid	Fagpanel Intervju	Hele prosjektfasen
KS	Behovseier	Ivareta kommuners interesse	Styringsgruppe	Hele prosjektfasen
Den norske Legeforening (DNLF)	Skal ivareta brukernes interesse	Treffer deres fagområde. Profesjonsforening som ivaretar legers interesser.	Deltar i 1. Styringsgruppe 2. Fagpanel	Hele prosjektfasen
Norsk sykepleier forbund (NSF)	Skal ivareta brukernes interesse	Treffer deres fagområde. Profesjonsforening som ivaretar sykepleieres interesser.		Rådsmodellen
Fagforbundet.	Skal ivareta brukernes interesse	Treffer deres fagområde. Profesjonsforening som ivaretar diverse helsefaglige profesjoners interesser.		Rådsmodellen
Norsk helsenett SF (NHN)	Driftsleverandør av helsenett som målgruppen benytter for utveksling av data	Drifter et medlemsnettverk hvor helsepersonell kan kommunisere og dele helse- og personopplysninger, og leverandører kan tilby sine tjenester og fagsystemer	Fagpanel	Delvis gjennom prosjektfasene
Leverandører EPJ	Utvikler/drifter EPJ	Ansvarlige for å drifte og utvikle epj som helsepersonell bruker i daglig arbeid for å dokumentere helsehjelpen de gir.	Fagpanel	Hele prosjektfasen
Finansnæringshelsenett (FNF). Samarbeidsprosjekt mellom NFA og Finans Norge Forsikringsdrift Andre involverte aktører er Norsk Helsenett SF og tre EPJ leverandører	Driftsleverandør av nettjenester mellom fastlege og forsikringsselskap	Digitalisere kommunikasjon mellom forsikringsselskaper og fastleger.	Mulig det er interessant å få innspill fra disse, hvordan har de løst det mot fastlegene.	Ikke vært dialog i prosjektet.
Forsikringsselskap	Behovseier	Ber om helseattester	Ikke vært dialog i prosjektet.	Ikke vært dialog i prosjektet.
NOKLUS	Behovseier	Daglig drift av Norsk diabetes register for voksne.	Dialogmøte	Diagnosefasen
NUFA	Rådgivende organ	NUFA er rådgivende om helsefaglige behov og arkitekturvalg på e- helseområdet	Forankring rådsmodellen.	Diamant 1
NUIT	Rådgivende organ	Prioritering av nasjonale IKT-tiltak i helse- og omsorgssektoren.	Forankring Rådsmodellen	Diamant 2 og 3

Referansegruppe for allmennlege team. Intern referanse gruppe for ansatte med oppgaver relatert til allmennlegetjenestene. Formål er å informere om og få innspill til pågående arbeid.	Rådgivende organ	Referansegruppen for Handlingsplan for allmennlegetjenesten	Forankring via ordinære møtestrukturer.	Diamant 1
Nasjonalt e-helseråd	Rådgivende organ	Rådgivende organ for strategiske valg på e-helseområdet,	Forankring rådsmodellen	Diamant 3

