

Nå snakker vi!

Utredning om forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten



Rapport utarbeidet av Arbeids- og velferdsdirektoratet, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse på oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet

Oktober 2023

Innhold

Sammendrag.....	4
1 Innledning.....	7
1.1 Bakgrunn.....	7
1.2 Avgrensninger	8
1.3 Sammenheng med andre tiltak.....	9
1.4 Organisering og metode	10
1.5 Sentrale begreper.....	12
2 Samhandlingsområder mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten.....	14
2.1 Innbygger, NAV og helse- og omsorgstjenesten har flere og ulike roller i informasjonsutvekslingen.....	14
2.2 Dagens informasjonsutveksling innebærer bruk av ulike løsninger	15
2.3 Overordnet bilde av informasjonsutvekslingen mellom NAV og helse.....	16
3 Utfordringer ved dagens informasjonsutveksling	21
3.1 Bruk av ulike kommunikasjonsformer gjør informasjonsutvekslingen tidkrevende og uoversiktlig for helsepersonell og NAV.....	21
3.2 Informasjonsutvekslingen er lite målrettet og skaper merarbeid for helsepersonell og NAV	21
3.3 Avhengighet til EPJ-leverandørene og lav endringsevne i NAV.....	22
3.4 Personsensitive opplysninger på avveie	23
3.5 Hva ønsker vi å oppnå?.....	23
4 Funksjonelle behov i informasjonsutvekslingen	25
4.1 Helsepersonell skal ikke oppleve en ny innlogging når informasjon skal sendes til NAV	26
4.2 Helsepersonell har behov for automatisk journalføring i EPJ	26
4.3 Preutfylling	26
4.4 Dra nytte av kunnskap i tidligere eller eksisterende sak.....	26
4.5 NAV må kunne identifisere rett behandler	27
4.6 NAV må være sikker på at forespørselen kommer frem til helsepersonell	27
4.7 Både NAV og helsepersonell har behov for dialog.....	27
4.8 Sikkerhet	27
5 Alternative tekniske løsninger.....	29
5.1 Helsepersonell sender inn opplysninger til NAV	29
5.2 NAV ber helsepersonell om å sende inn opplysninger	36
5.3 Funksjonalitet for dialog.....	39
6 Juridiske rammer og behov for regelverksutvikling	40
6.1 Gjenbruk av opplysninger	41
6.2 Samtykke	41
6.3 Automatisert vedtak.....	43

7	Tilnærminger til EPJ-utvikling	45
7.1	Kontaktflatene mellom EPJ-leverandørene og den offentlige helse- og omsorgstjenesten	45
7.2	Sentrale kjennetegn og utfordringer ved markedet for EPJ-systemer	46
7.3	Statens behov og mål for utvikling av ny EPJ-funksjonalitet	47
7.4	Utfordringer knyttet til statlig virkemiddelbruk	48
7.5	Mulige tiltak for å stimulere utvikling, utbredelse og bruk av ny EPJ-funksjonalitet	50
8	Overordnet vurdering av kostnader, nytte og risiko.....	55
8.1	Vurdering av kostnadselementer for berørte aktører	55
8.2	Vurdering av nytte	57
8.3	Usikkerhet og risiko	58
9	Anbefaling og videre arbeid.....	62
9.1	Det strategiske samarbeidet mellom NAV og det nye Helsedirektoratet bør videreføres.....	62
9.2	Identifiserte digitale samhandlingsløsninger bør undersøkes nærmere gjennom pilotering og utprøving	63
9.3	Videre arbeid med konkrete ytelsesområder bør innrettes som en tjenestedesignprosess og starte med sykmeldingsløpet	64
9.4	Det bør etableres en plan for virkemiddelbruk som kan sikre den nødvendige oppslutningen fra EPJ-leverandørene	65
9.5	Overordnet plan	66
	Vedlegg	67
	Vedlegg 1 Status for de ulike ytelses- og tjenesteområdene i NAV	67
	Vedlegg 2 Erfaringer fra teknologivalidering av SMART on FHIR.....	85
	Vedlegg 3 Relevante normerende dokumenter og publikasjoner	100

Sammendrag

NAV og helse- og omsorgstjenesten har behov for en innbyrdes informasjonsutveksling for å løse samfunnsoppdragene sine. Dagens utveksling av helseopplysninger er fragmentert, skaper usammenhengende tjenester og representerer en høy arbeidsbyrde for helsepersonell. Dette får konsekvenser for både innbygger, helsepersonell og NAV:

- Helsepersonell bruker unødvendig mye tid på å formidle helseopplysninger (attester, erklæringer, skjemaer) til NAV, og får ofte utilfredsstillende tilbakemeldinger fra NAV.
- NAV er avhengig av at leverandørene av EPJ-systemer (elektronisk pasientjournalssystemer) foretar endringer individuelt i sine systemer for å kunne endre eller forbedre de viktigste skjemaene/legeerklæringene, en prosess som erfaringsmessig har vist seg å kunne ta flere år.
- Innbyggere kan oppleve brudd på prinsippet om rett vedtak, og/eller ytelse til rett tid, ved at saksbehandling blir unødvendig lang, eller de ikke får ytelsen de har krav på.
- Det er risiko for brudd på personvern, fordi NAV får mer informasjon enn hjemler tilsier.
- I noen tilfeller er det opp til innbyggere å få samspillet mellom de offentlige tjenestene til å fungere.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet ga i oppdragsbrev av 17. januar 2023 Arbeids- og velferdsdirektoratet, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet i oppdrag å samarbeide om en utredning om forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten. Direktoratene ble bedt om å gi en anbefaling til videre arbeid med forbedring av informasjonsutvekslingen og foreslå læringsarenaer og innovasjonssamarbeid mellom NAV og helsesektoren. I tillegg ble direktoratene bedt om å gjennomføre en teknologivalidering av en konkret teknisk løsning for utveksling av helseopplysninger som kan ligge til grunn for fremtidig digital samhandling.

Det er gjennomført en kartlegging for å identifisere hvilke deler av helse- og omsorgstjenesten som utveksler helseopplysninger med ulike deler av NAV, samt hva som er de sentrale utfordringene innen de enkelte ytelses- og tjenesteområdene. Sykmeldingsløpet og arbeidsavklaringspenger (legeerklæring ved arbeidsuførhet) peker seg ut som de to høyest prioriterte områdene, både sett fra NAV og fra helsesektoren. Av hensyn til kapasitet i NAV og et pågående moderniseringsløft for saksbehandlingssystemet som benyttes innen arbeidsavklaringspenger, er det etter prosjektets vurdering hensiktsmessig å prioritere et videre arbeid med sykmeldingsløpet og prosessene rundt denne først. Dette omfatter initiell sykmelding og sykefraværsoppfølging, inkludert formidling av nye helseopplysninger underveis i dette forløpet.

Dagens tekniske løsninger er den største hindringen til forbedring av informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV. Utredningen har vurdert mulige tekniske løsninger for å adressere svakhetene i dagens tekniske samhandlingsevne. Per nå vurderes SMART on FHIR og selvstendige webapplikasjoner som de mest aktuelle tekniske løsningsalternativene. Dette er blant annet basert på foreløpige funn fra teknologivalideringen som ble igangsatt som en del av prosjektet. Det er imidlertid fortsatt behov for mer kunnskap om brukerbehov og hvilke tekniske løsninger som er best egnet til å dekke dem. Gjennomførbarheten av de aktuelle alternativene må også vurderes nærmere. Det er på nåværende tidspunkt ikke identifisert noen forhold som tilsier at det må startes en prosess for regelverksutvikling for å kunne etablere en ny teknisk løsning for informasjonsutveksling mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV. Derimot kan teknisk

utvikling muliggjøre endringer i brukerreiser og gjennom dette skape et behov for regelverksutvikling.

Rapporten gir fire anbefalinger om veien videre:

- 1) Det strategiske samarbeidet mellom NAV og det nye Helsedirektoratet¹ 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.

1) Det strategiske samarbeidet mellom NAV og det nye Helsedirektoratet bør videreføres

Å forbedre informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV krever et langvarig og forpliktende samarbeid. NAV og det nye Helsedirektoratet er gjensidig avhengige av hverandre for å forbedre situasjonen for innbygger, helsepersonell og NAV. Samarbeidet mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet, som har ledet frem til denne rapporten, har fungert godt. I 2024 bør dette samarbeidet videreføres gjennom likelydende oppdrag i det nye Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets tildelingsbrev. Det bør også etableres strukturer som legger til rette for forutsigbar involvering og forankring hos andre berørte aktører i et strategisk samarbeid, herunder spesialisthelsetjenesten, fastlegene, EPJ-leverandørene og pasienter/brukere. Det vil også være nyttig at det videre samarbeidet har en sterk forankring i Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

2) Identifiserte digitale samhandlingsløsninger bør vurderes nærmere gjennom pilotering og utprøving

Videre pilotering og utprøving er avgjørende for å øke kunnskapen om organisatoriske, juridiske, økonomiske, semantiske og tekniske muligheter og begrensinger, slik at det kan tas velbegrunnede valg om veien fremover. Både SMART on FHIR og selvstendige web-applikasjoner er tekniske løsningsalternativer som så langt vurderes som aktuelle. Det er imidlertid behov for mer kunnskap om hvordan de fyller tekniske og funksjonelle behov. Den videre piloteringen er også en forutsetning for å få bedre grep om hvilken risiko som ligger i utvikling, migrering og bredding av løsningene. Piloteringen bør gjøres innenfor ulike kontekster, med involvering av ulike aktører og samarbeidspartnere, for å lære mer om mulighetsrommet, og hvordan ulike løsninger for informasjonsutveksling treffer helse- og omsorgstjenesten (inkludert både fastleger og spesialisthelsetjenesten).

3) Videre arbeid med konkrete ytelsesområder bør innrettes som en tjenstedesignprosess og starte med sykmeldingsløpet

Forbedring av informasjonsutvekslingen handler ikke bare om tekniske problemstillinger eller stadig forbedring av skjemaer. Det handler også om å finne muligheter for transformasjon av arbeidsprosesser og tjenester slik at offentlige instanser bedre ivaretar sine samfunnsoppdrag. Tjenstedesign vil være en hensiktsmessig metode for å identifisere slike

¹ Det pågår for tiden en omorganisering av den sentrale helseforvaltningen. Som del av dette forberedes en sammenslåing av det nåværende Helsedirektoratet med største delen av det nåværende Direktoratet for e-helse. Med uttrykket «det nye Helsedirektoratet» eller bare «Helsedirektoratet» mener vi denne fremtidige organisasjonen.

muligheter. Den tar utgangspunkt i brukerreiser og brukerbehov og ser arbeidsprosesser, aktørinvolvering, informasjonselementer, regelverksutvikling og tekniske løsninger i sammenheng. Sykmeldingsløpet og arbeidsavklaringspenger (AAP) peker seg ut som prioriterte områder, både for NAV og helsesektoren. Av hensyn til gjennomførbarhet hos NAV anbefaler prosjektet at arbeidet starter med sykmeldingsløpet. Som eier av sykmeldingsløpet bør NAV lede denne prosessen og invitere inn andre berørte aktører til et felles samarbeid. Læring fra arbeidet bør så langt som mulig tas videre mot AAP (legeerklæring ved arbeidsuførhet) i neste fase.

4) Det bør etableres en plan for virkemiddelbruk som kan sikre den nødvendige oppslutningen fra EPJ-leverandørene

De tekniske konseptene som vurderes som mest aktuelle for informasjonsutvekslingen mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten, vil i større eller mindre grad være avhengig av utvikling i EPJ-systemene, inkludert standardisering av informasjonselementer. En vellykket gjennomføring vil derfor være avhengig av prioritering, finansiering og kapasitet hos leverandørene, og vil kreve en kombinasjon av flere ulike virkemidler fra statlig side.

Erfaringene fra teknologivalideringen i prosjektet har vist at NAV har behov for en vei inn mot EPJ-markedet som sikrer et effektivt og fungerende samarbeid med EPJ-leverandørene. Det er også behov for å samordne statsforvaltningens kommunikasjon med EPJ-markedet og gi EPJ-leverandørene tidlig og god informasjon om NAVs og Helsedirektoratets videre planer.

Veien videre

De tre arbeidsstrømmene (anbefaling 2-4) vil til sammen gi økt kunnskap om organisatoriske, juridiske, semantiske, tekniske og økonomiske forutsetninger og muligheter slik at det kan tas informerte beslutninger for fremtidige strategier. Det er laget en konkret plan for videre arbeid som tar inn i seg de fire anbefalingene og som skal gi NAV og helsesektoren bedre grunnlag for å ta opplyste valg om veien videre. Det vil blant annet gjøre det mulig å være mer konkret rundt kostnadsbilde og behov for finansiering, samt utforme en klar gjennomføringsstrategi for det videre arbeidet.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Rettigheten til en rekke ytelser og tjenester hos Arbeids- og velferdsetaten (NAV) henger sammen med helsemessige forhold hos innbygger. Utveksling av helseopplysninger mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten skjer både i forbindelse med saksbehandling av søknad om ytelser, hjelpemidler og tilrettelegging, samt i oppfølging av NAVs brukere. Av disse grunnene er det behov for omfattende kontakt og utveksling av helseopplysninger mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten, både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Utteksling av helseopplysninger mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten skal bidra til flere formål samtidig. Partene har et gjensidig behov for informasjonsutveksling for å løse sine respektive samfunnsoppdrag. Utveksling av helseopplysninger skal bidra til å ivareta rettssikkerheten til innbygger som bruker av NAVs tjenester. Dette omfatter blant annet å ivareta brukers rettigheter, bidra til en forsvarlig saksbehandling, bidra til at brukere får rett ytelse til rett tid i ulike livsfaser, og bidra til at brukere mottar nødvendig og forsvarlig oppfølging. Informasjonsutvekslingen skal også legge til rette for at innbygger aktivt kan medvirke i egen sak, og skal bidra til at innbygger gis et tjenestetilbud som i størst mulig grad fremmer god helse, overgang til aktivitet/arbeid og velferd.

Dagens informasjonsutveksling av helseopplysninger mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV er fragmentert, skaper usammenhengende tjenester og setter begrensninger på muligheten for å forbedre tjenestene. Det er viktig å forbedre informasjonsutvekslingen og samhandlingen mellom partene, for å skape bedre tjenester fra NAV, lette arbeidsbelastningen for helsepersonell og gjennomføre vedtatt politikk. Fastlegekrisen og en fremtidig forventet mangel på helsepersonell forsterker ytterligere behovet for bedre og mer effektiv kommunikasjon med NAV for å frigjøre helsepersonells tid til pasientbehandling.

NAV og Helsedirektoratets tidligere gjennomgang av attester og erklæringer som fastleger utsteder for NAV, konkluderer med at det ikke er mulig å få til større forbedringer på området uten å endre selve metoden for informasjonsutvekslingen.² Dagens tekniske løsning er altså en av de viktigste hindringene for å forbedre informasjonsutvekslingen mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten, og dermed redusere utfordringene som er beskrevet ovenfor.

Denne rapporten beskriver dagens situasjon, utfordringsbildet og mulige måter å forbedre samhandlingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV. Rapporten beskriver også rammebetingelser og forutsetninger som må være på plass for å kunne etablere en bedre informasjonsutveksling, blant annet knyttet til EPJ-markedet og ulike juridiske forhold. Basert på dette gjøres det en vurdering av hvilke samhandlingsområder som bør prioriteres og hvordan videre arbeid bør innrettes.

Mandat

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ga i tildelingsbrevet for 2023 et felles oppdrag til Arbeids- og velferdsdirektoratet, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet om å etablere et samarbeid for å forbedre informasjonsutvekslingen mellom helsetjenesten og NAV.

Som et tillegg til tildelingsbrevene til direktoratene ga AID og HOD i brev av 17. januar 2023 oppdrag å gjennomføre et forprosjekt for å kunne tydeliggjøre og anbefale hvilke

²NAV og Helsedirektoratet (2021) *Informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger*.

samhandlingsområder som bør prioriteres og hvordan man bør innrette arbeidet med å utbedre samhandlingen. Konkret ble direktoratene bedt om å besvare følgende:

1) Anbefaling til videre arbeid med forbedring av informasjonsutvekslingen, herunder:

- Hensiktsmessig samarbeidsform for og organisering av det videre arbeidet med bedret informasjonsutveksling mellom helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten.
- En plan for mulig gjennomføring til ulike samhandlingsområder, herunder og da særlig informasjonsflyt og samhandling mellom NAV og fastleger.
- Forprosjektet bes identifisere behov for regelverksutvikling
- Beskrive kjente økonomiske og administrative konsekvenser, herunder finansieringsmodell for forvaltning av ev. felles løsninger.
- Forprosjektet bør foreslå tilnærming til hvordan leverandørmarkedet for EPJ-løsninger skal involveres

2) Læringsarenaer og innovasjonssamarbeid

- Foreslå hvordan man kommer i gang med tidlig læring og ta initiativ til å etablere felles læringsarenaer mellom Arbeids- og velferdsetaten og helsesektoren

3) Teknologivalidering

- Som del av oppdraget bes direktoratene tidlig beskrive, teste ut og validere en ny teknisk løsning for utveksling av helseopplysninger som kan ligge til grunn for fremtidig digital samhandling. Det skal vurderes om og hvordan fastlegesystemer kan involveres i valideringen.
- Anbefale et konsept for informasjonsutveksling og standarder som skal prøves ut. Konkret skal det vurderes om HL7 FHIR og SMART on FHIR er egnet. Standarden er anbefalt av standardiseringsmyndighet for helsesektoren i Norge.³

1.2 Avgrensninger

Mange ulike deler av NAV og helse- og omsorgstjenesten er berørt i utvekslingen av helseopplysninger. Et stort antall ytelser og tjenester i NAV har behov for helseopplysninger, for å behandle søknad om ytelser, eller vurdere oppfølging av bruker. Store deler av helse- og omsorgstjenesten kan være motpart for NAV i forbindelse med innhenting og oversending av helseopplysninger. Slik oppdraget er formulert gir det også en stor bredde i hvilke forhold som utredes, både når det gjelder endret metode for teknisk informasjonsutveksling og tjenesteutvikling/fagutvikling som et resultat av nye måter å utveksle informasjon på. Gitt den begrensede tiden for utredningsoppdraget har det derfor vært nødvendig å gjøre enkelte avgrensninger av oppdraget.

For det første tar utredningen utgangspunkt i *dagens ansvarsdeling* mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten. Videre er *dagens vilkår i folketrygdloven* satt som en ytre ramme for rapporten. Det betyr for eksempel at vi ikke har vurdert mulighetene for å flytte oppgaver fra fastleger eller endre reglene for hva helsepersonell må dokumentere overfor NAV. Vi er kjent med at det foreligger forslag om slike grep, for eksempel fra Ekspertutvalget for

³ Direktoratet for e-helse (2019) *Anbefaling om bruk av HL7 FHIR for datadeling*. URL: <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/anbefaling-om-bruk-av-hl7-fhir-for-datadeling>.

gjennomgang av allmennlegetjenesten som i sin rapport anbefaler at fastleger ikke lenger bør utstede sykmelding for korttidsfravær i arbeidslivet.⁴

En avgrensning til dagens praksis og ansvarsdeling innebærer at mulighetsrommet for relevante tiltak innsnevres noe, og dermed også potensialet for gevinster og måloppnåelse. Tiltak som utfordrer rammene kan tenkes å gi andre gevinster, og/eller gevinster utover det tiltak som faller innenfor rammene alene vil kunne gi. I det konkrete arbeidet med gjennomføring innen de enkelte samhandlingsområdene anbefales det derfor at NAV og helsesektoren sammen vurderer hvordan det kan drives tjenesteutvikling parallelt med den tekniske utviklingen for å forbedre, forenkle og effektivisere tjenestene (jf. anbefaling 2 i rapporten). Her bør det også vurderes hvordan endringer i dagens ansvarsdeling og ev. større endringer i regelverk (f.eks. folketrygdloven) kan være en del av relevante tiltak for å forbedre informasjonsutvekslingen.

For det andre har vi i rapporten avgrenset oss fra informasjonsutveksling med *arbeidsgiver*. Arbeidsgiver er involvert i flere av brukerreisene som omtales i rapporten, for eksempel alle livssituasjoner som handler om innbyggere med helseutfordringer med mål om å beholde arbeid. Utveksling av helseopplysninger med arbeidsgiver er av hensyn til omfang og kompleksitet likevel ikke beskrevet i denne rapporten.

1.3 Sammenheng med andre tiltak

Det pågår flere andre initiativer og tiltak i både helsesektoren og NAV som grenser mot temaene for denne utredningen.

Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å se samlet på portaler for rapportering mellom helsepersonell og myndigheter. Oppdraget, ofte omtalt som *Portalprosjektet*, skal munne ut i en rapport til HOD innen november 2023. Portalprosjektet tar utgangspunkt i at det i dag ikke finnes noen omforent løsning for digital informasjonsutveksling mellom fastleger og 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 journalsystemet. Konsekvensene av dette er en informasjonsflyt som fremstår uoversiktlig, kompleks og i fragmenterte brukerflater. Det medfører blant annet en unødvendig høy arbeidsbyrde for helsepersonell. I en innovasjonsprosess, gjennom brukerinvolvering og innhenting av brukerinnsett, er målet at prosjektet skal utforske mulighetsrommet og identifisere tiltak for hvordan rapporterings- og attestoppgaver kan ivaretas på en enklere måte. Målet er blant annet å redusere rapporteringsbyrden, legge bedre til rette for leverandørmarkedet og bidra til økt sikkerhet. Anbefalinger fra portalprosjektet kan komme til å bli relevante og tilgrensende til noe av det som gjøres i dette prosjektet også, ettersom det er flere likhetstrekk i prosjektene når det gjelder aktører, utfordringer og behov.

Det pågår også en lang rekke utviklingstiltak på ulike områder i NAV som berører samhandlingen mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten:

- *Helseaksen* er en pilot for tjenestereisetilnærming som en del av «NAVs tjenester 2030». Visjonen er at NAV skal gi god oppfølging i hele helseaksen, dvs. forløpet fra sykmelding, gjennom sykefraværsoppfølging, til arbeidsavklaringspenger og eventuelt uføretrygd. Målet er å bidra til at færre faller ut av arbeid og flere får en stabil tilknytning til arbeidslivet. Dagens utfordring er blant annet at helse- og

⁴ Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalgets rapport. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet 18.04.2023.

omsorgstjenesten og arbeidsgiver opplever at NAV forsvinner i overgangen fra sykefraværsoppfølgingen til AAP. Piloten skal levere en beskrivelse av nåsituasjonen med en kartlegging av initiativ, utfordringer og hindringer for helhetlig oppfølging. Deretter skal piloten definere retning og identifisere tiltak på kort og lengre sikt for å styrke sammenhengen i oppfølgingen.

- Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet arbeider med å utvikle en modell for tjenestesamhandling rettet mot personer med milde til moderate psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, der samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten er vektlagt. Modellen innebærer integrert og systematisk samarbeid mellom Arbeids- og velferdsetaten og Rask psykisk helsehjelp-team. Det tas sikte på at modellen skal prøves ut fra 2024. Det arbeides også med en modell for et mer integrert samarbeid mellom Arbeids- og velferdsetaten og fastlegekontor.
- *Mulighet til å sykmelde ved digital konsultasjon* ble innlemmet i folketrykkløven 1. juli 2023. Arbeids- og velferdsdirektoratet har fått i oppdrag innen 2025 å innhente opplysninger om konsultasjonsform ved sykmelding til kontroll av om vilkårene for ytelsen sykepenger er oppfylt, kontroll av legens praksis og for å følge med på utviklingen i bruk av e-konsultasjon ved sykmelding. Løsningen vil kunne være avhengig av de konkrete anbefalingene som foreslås i dette prosjektet og må sees i sammenheng i det videre arbeidet.
- *Flere i arbeid - P4* er et program som skal legge til rette for utfasing av systemene Arena og Abetal. Målet er å sikre nye og gode tjenester til både brukere og arbeidsgivere i forbindelse med dagpenger, arbeidsavklaringspenger og NAVs arbeidsrettede tjenester. Prosjektet vil bidra til at flere av NAVs tjenester kan automatiseres, slik at de ansatte kan bruke mer tid på oppfølging og veiledning. Produktområde arbeidsavklaringspenger (PO AAP) er en del av P4-satsningen som skal legge til rette for utfasingen av blant annet fagsystemet Arena.
- *I Produktområde helse (PO Helse)* utvikles digitale tjenester innenfor sykepenger og sykefraværsoppfølging. Målet er å forenkle og automatisere, slik at den sykmeldte, arbeidsgiveren, legen og NAV kan utføre hver sine oppgaver best mulig. Det utvikles nye modeller for dialogmøteinncalling og dialogmeldinger som etter hvert også kan utvides til andre deler av samhandlingen mellom helse og NAV. Dette er intern utvikling på NAVs side som er uavhengig av de konkrete anbefalingene som foreslås i denne rapporten, men som det må ses hen til i det videre arbeidet som gjøres i 2024.

Prosjektet har hatt kontakt med alle disse initiativene og har hatt som mål å bygge videre på det kunnskapsgrunnlaget som er etablert gjennom disse tilgrensede initiativene. I det videre arbeidet med oppfølging av denne rapporten er prosjektet opptatt av at det ikke skal foregå parallele aktiviteter som ikke er godt koordinert.

1.4 Organisering og metode

Prosjektet har vært organisert med en felles prosjektgruppe med deltagere fra NAV, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet.

Prosjektet har rapportert til en interdepartemental oppdragsgivergruppe bestående av AID og HOD underveis i arbeidet. Det er avholdt fire statusmøter med departementene i løpet av prosjektperioden.

Direktoratet for e-helse har hatt ansvaret for å koordinere helsesektorens deltagelse i arbeidet. Det er opprettet et sektorråd for oppdraget som har fått forelagt foreløpige funn og

vurderinger underveis og hatt mulighet til å spille inn sentrale problemstillinger til prosjektgruppen. Sektorrådet har hatt fire møter i løpet av prosjektperioden.

Videre har prosjektet hatt et fagpanel for leger som har gitt innspill til dagens situasjon, utfordringsbilde og sentrale problemstillinger i arbeidet. Legeforeningen er også orientert om fremdriften i prosjektet gjennom regelmessige kontaktmøter mellom NAV og Legeforeningen, samt gjennom deltagelse i sektorrådet for oppdraget.

Prosjektet har orientert om fremdrift og problemstillinger i NUFA (Fag- og arkitekturutvalget) og NUIT (Prioriteringsutvalget) underveis.⁵ Tilnærming til oppdraget, utfordringer, viktige hensyn og prioriteringer ble drøftet i NUFA 26. april 2023 og i NUIT 25. mai 2023. Foreløpige funn og vurderinger ble drøftet i NUIT 14. september 2023.

Videre har prosjektgruppen rapportert jevnlig til en styringsgruppe i NAV med representasjon fra de mest berørte delene av Arbeids- og velferdsdirektoratet. Arbeidet er også forankret med ledelsen i Direktoratet for e-helse gjennom orienteringer på ledermøter underveis i arbeidet.

Dokumentgjennomgang

I tråd med oppdragsbeskrivelsen fra AID og HOD har prosjektgruppen bygget videre på eksisterende strategier og kunnskap på feltet. Det inkluderer blant annet følgende skriftlige kilder:

- **Utredninger og rapporter:**
 - [Gjennomgang av allmennlegetjenesten – Ekspertutvalgets rapport](#)
 - [Informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger \(2021\)](#)
 - [Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024. Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert](#)
 - [NOU 2023:4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste](#)
 - [NOU 2023:11 Raskt og riktig. En helhetlig gjennomgang av klage- og ankesystemet i Arbeids- og velferdsetaten og Trygderetten](#)
 - Innsiktsarbeid fra Team helseopplysninger i NAV
 - Kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for det pågående *Portalprosjektet* i Direktoratet for e-helse (TB2022-09)
 - Innsikt fra det pågående prosjektet *Portaler for rapportering for helsepersonell* i Direktoratet for e-helse (TB2023-17)
- **Virksomhets- og sektorstrategier:**
 - [Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren](#)
 - [NAVs virksomhetsstrategi «NAV 2030»](#)
 - [Helsedirektoratets strategi](#)
 - [Strategi for fagfeltet Arbeid og Helse \(Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet\)](#)
- **Teknologivalidering:**
 - Erfaringer fra bruk av SMART on FHIR i Førerrett-prosjektet

⁵ [Nasjonal rådsmodell for e-helse](#)

Intervjuer og arbeidsmøter

Det er gjennomført intervjuer og arbeidsmøter med de ulike ytelses- og tjenesteområdene i NAV som har informasjonsutveksling med helse- og omsorgstjenesten. Hensikten med møtene har vært å få en forståelse hvilke helseaktører NAV samhandler med, kjennetegn ved dialogen, hva som er utfordringene på de ulike områdene og hvilket potensial som finnes for bedret informasjonsutveksling. I etterkant av møtene har det vært kontakt mellom prosjektet og de ulike fagområdene for å verifisere forståelsen og avklare oppfølgings spørsmål.

Det er også gjennomført arbeidsmøter med andre deler av NAV, herunder lege- og behandlertelefonen som er NAVs telefontjeneste for leger og behandlere. Som en del av arbeidet har det også vært en rekke møter og dialog mellom prosjektet og fagmiljøer som arbeider med tilgrensende temaer, både i NAV, Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett.

Pilotering og teknologivalidering

For å besvare oppgavene i mandatets punkt 3 om å beskrive, teste ut og validere en ny teknisk løsning for utveksling av helseopplysninger som kan ligge til grunn for fremtidig digital samhandling, har NAV etablert et tilretteleggende team, Team Helseopplysninger. Teamet har konkret arbeidet med å prøve ut og pilotere SMART on FHIR innenfor ytelsen pleiepenger for sykt barn

I pilotprosjektet har flere aktører vært involvert, inkludert NAV, Helse Vest IKT og DIPS (leverandøren av DIPS Arena, et elektronisk pasientjournalssystem). Pilotprosjektet er basert på SMART on FHIR-teknologi, som er et avansert integrasjonsrammeverk for helseopplysninger. Læring og erfaringer fra dette arbeidet inngår som en integrert del av denne rapporten, særlig i vurderingen av aktuelle løsninger i kapittel 5. I vedlegg 2 til rapporten er erfaringene og læringspunktene fra dette pilotprosjektet oppsummert i sin helhet.

1.5 Sentrale begreper

I tabellen nedenfor defineres sentrale begreper slik de er brukt i rapporten.

Begrep	Beskrivelse
AAP	Arbeidsavklaringspenger
API	Application Programming Interface. Et grensesnitt som brukes for å utveksle data mellom to forskjellige systemer eller apper. Når APIet til to systemer er koblet sammen, åpner det opp for strømlinjeformet deling av data og automatiserte prosesser.
Arena	Arena er NAVs fagsystem for oppfølging av arbeidssøkere og forvaltning av ytelser. Det brukes blant annet ved saksbehandling innen dagpenger, AAP og NAVs arbeidsrettede tjenester. Arena er et legacysystem som NAV prioriterer høyt å fase ut.
Elektroniske dialogmeldinger	Dialogmeldinger mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten benyttes til korte spørsmål, avklaringer og tilleggsinformasjon. Ved hjelp av elektroniske dialogmeldinger kan fastleger og NAV kommunisere via en sikker, elektronisk kanal. Både legen og NAV kan initiere kontakten via dialogmeldinger. Dialogmeldinger brukes foreløpig kun i sykefraværsoppfølgingen, men det pågår et arbeid i NAV for å se hvordan dette også kan utvides til andre områder.
EPJ	Elektronisk pasientjournalssystem.

EPJ-leverandør	Leverandør av elektronisk pasientjournalssystem til helse- og omsorgstjenesten. En leverandør kan tilby en eller flere EPJ.
Legacy	Utdaterte datasystemer som av ulike grunner fortsatt benyttes av en virksomhet. I denne rapporten benyttes om systemer NAV ønsker å fase ut til fordel for nye saksbehandlingssystemer eller vedtaksløsninger. Eksempler på legacy-systemer i NAV er Arena og Infotrygd.
NHN	Norsk Helsenett
P4	«Flere i arbeid - P4» er NAVs program for å fase ut saksbehandlingssystemet og selvbetjeningsløsningene som i dag ligger i Arena og utbetalingssystemet Abetal. P4 skal resultere i et nytt fagsystem for dagpenger, arbeidsavklaringspenger og NAVs arbeidsrettede tjenester skal være mer fleksibelt og enklere kan tilrettelegge for nye måter å utveksle informasjon på.
SMART on FHIR	SMART on FHIR er et integrasjonsrammeverk basert på åpne spesifikasjoner. SMART on FHIR gjør det mulig for kliniske fagsystemer å tilrettelegge for at eksterne webapplikasjoner kan bli integrert inn i brukerflaten, med felles pålogging, delt pasientkontekst og dataintegrasjon.

Tabell 1 Begrepsdefinisjoner

2 Samhandlingsområder mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten

I dette kapitlet beskriver vi hvordan helseopplysninger utveksles mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV i dag, hvilke oppgaver og roller aktørene har i den forbindelse, og sentrale trekk ved informasjonsutvekslingen. Kapitlet viser at det er omfattende informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten, og at utvekslingen berører mange ulike helseaktører og mange deler av NAV. Samtidig er det store volumet konsentrert om et mindre antall skjemaer/ytelser.

2.1 Innbygger, NAV og helse- og omsorgstjenesten har flere og ulike roller i informasjonsutvekslingen

Både innbygger, NAV og helse- og omsorgstjenesten har flere og ulike roller i utvekslingen av helseopplysninger mellom aktørene.

Innbygger er **pasient** i helse- og omsorgstjenesten, og **bruker** av NAV sine ytelser og tjenester. Som pasient beskriver innbygger egen helsetilstand til helsepersonell, for eksempel til fastlegen. Ved søknad om ytelse godkjenner innbygger til at NAV innhenter helseopplysninger fra helse- og omsorgstjenesten.⁶ I mange sammenhenger har da fastlegen en lovpålagt rolle å formidle helseopplysninger til NAV på vegne av sine listeinnbyggere.⁷ I enkelte tilfeller har innbygger rollen med å innhente egne helseopplysninger fra helse- og omsorgstjenesten og formidle disse til NAV ved søknad om ytelse.⁸ Innbygger har rett til innsyn i egne opplysninger, og deltar på veilednings- og oppfølgingsaktiviteter i regi av NAV-kontor.

I informasjonsutvekslingen er også ulike enheter i **NAV** involvert. **Ansatte ved NAV-kontor veileder** innbygger ved en søknad om ytelse, gir informasjon om hvilke helseopplysninger som må innhentes, er **saksbehandler** og fatter vedtak i enkelte saker. NAV-kontoret er gjerne den enheten i NAV som innhenter helseopplysninger fra helse- og omsorgstjenesten når dette initieres fra NAV, for eksempel ved å be om utfylling av et skjema. NAV-kontoret kan også være den enheten som ber om nye eller oppdaterte opplysninger.

Ansatte ved NAV Arbeid og Ytelser (NAY) utøver i hovedsak **saksbehandling** og har **vedtaksmyndighet** med ansvar for å vurdere opplysningene i en søknad om ytelse opp mot vilkårene for rett til ytelse i lovverket. Ved behov for nye eller ytterligere opplysninger kan saksbehandler i NAY etterspørre informasjon fra helse- og omsorgstjenesten via NAV-kontoret, eller kontakte helse- og omsorgstjenesten direkte.

Helsepersonell har også flere ulike roller i informasjonsutvekslingen og må ofte håndtere disse samtidig, både i kontakt med pasienten, og i samhandlingen med NAV. Helsepersonells rolle kan også endres underveis, for eksempel ved overgang mellom ytelser for innbygger. Helsepersonell er innbyggers **behandler**. I denne rollen ligger også å bidra til at pasienten har økonomisk trygghet gjennom et sykdomsforløp, ettersom det er en viktig faktor for tilfriskning. Videre er helsepersonell **medisinsk sakkyndig**, med kompetanse til å uttale seg om innbyggers helsetilstand på objektivt grunnlag og formidle kunnskapen til NAV ved å fylle ut nødvendige skjemaer, attester og erklæringer, samt svare på dialogmeldinger.

⁶ Folketrygdloven § 21-4.

⁷ Forskrift om fastlegeordning i kommunene.

⁸ Et eksempel er ytelsen pleiepenger for sykt barn, hvor foresatte må be om utfylling av legeerklæring fra spesialisthelsetjenesten og sende denne til NAV.

Videre har de en rolle som **medansvarlig for samfunnets ressursbruk**, i noen sammenhenger kalt «portvokterrollen» til velferdsstaten. Rollen innebærer et medansvar for å bidra til at samfunnets ytelser og tjenester ikke påfører pasient, helseinstitusjon, staten eller andre unødvendig tidstap eller utgift.

Helsepersonell (her særlig legen) har med andre ord flere roller å ivareta i møtet med den enkelte listepasient og som er i behov for ulike helse- og velferdsytelser. Det er anerkjent at dette kan innebære interessekonflikter og rollekonflikt, bl.a. gjennom utsagnet om å være «pasientens advokat». Det å håndtere denne type konflikter og opptre som profesjonell yrkesutøver, er et viktig læringsmål i legers grunn-, videre- og etterutdanning og i praksisveiledningen.

2.2 Dagens informasjonsutveksling innebærer bruk av ulike løsninger

Det finnes i dag flere titalls ulike skjemaer for erklæringer og attester om helseopplysninger til NAV. Dagens situasjon innebærer bruk av ulike løsninger for informasjonsutveksling mellom innbygger, NAV og helse- og omsorgstjenesten. De ulike løsningene kan deles inn i noen overordnede kategorier:

- **Enkle papirskjemaer eller digitale skjemaer** (f.eks. PDF) som ligger utenfor EPJ. Disse er samlet og tilgjengelige på NAVs nettsider. Skjemaer kan sendes inn elektronisk til NAV, for eksempel som en pdf, scannet dokument eller bildefil, eller via ordinær postgang. Et eksempel er legeerklæring fra spesialisthelsetjenesten, som benyttes ved søknad om pleiepenger for sykt barn.⁹ Søker av ytelsen må be lege i spesialisthelsetjenesten om utfylling av skjemaet, og sende inn skjemaet til NAV som en del av dokumentasjonen ved søknad.
- **Avanserte skjemaer som er helt eller delvis integrert i EPJ-systemer.** Dette gjelder de to skjemaene Sykmelding og Legeerklæring ved arbeidsuførhet. Skjemaene fylles ut elektronisk i EPJ-systemet av lege, og er i praksis en digitalisering av tidligere papirskjemaer med noen automatisk utfylte felter. I 2019 stod disse to skjemaene for 94 % av innsendte skjemaer fra fastleger til NAV.¹⁰
- **Elektroniske dialogmeldinger** mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten benyttes til korte spørsmål, avklaringer og tilleggsinformasjon. Dialogmeldinger er per i dag kun tilgjengelig innen sykefraværsoppfølging, og benyttes i hovedsak i dialogen mellom NAV-kontor og fastleger, men det pågår nå et arbeid i NAV med mål om at dialogmeldingene etter hvert også skal kunne brukes på andre områder.
- **Ustrukturerte erklæringer eller attester.** For noen typer erklæringer eller attester finnes det ikke et standardisert skjema fra NAV og det benyttes da ustrukturerte erklæringer og attester som helsepersonell selv utformer. Dette kan for eksempel innebære å skrive en erklæring eller attest i fritekst, signere og sende inn elektronisk eller via post til NAV.

⁹ Pleiepenger for sykt barn er en ytelse for personer som må bære borte fra jobb for å ta vare på et barn som på grunn av sykdom trenger pleie og omsorg hele tiden og hvor barnet må ha vært til behandling/utredning i sykehus eller annen del av spesialisthelsetjenesten.

¹⁰ Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet (2021) *Informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger. En gjennomgang av attester og erklæringer som fastleger utsteder for Arbeids- og velferdsetaten.*

Tabell 2 nedenfor oppsummerer noen sentrale kjennetegn ved hver av disse hovedtypene og viser innenfor hvilke områder de brukes i dag.

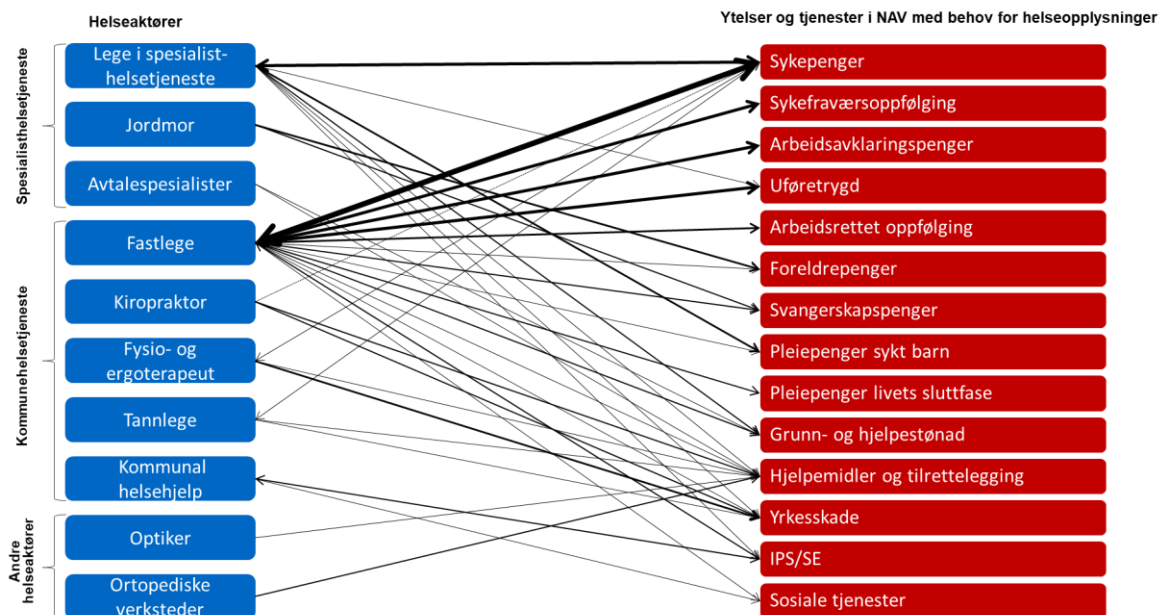
	Enkle papirskjemaer eller digitale skjemaer	Elektroniske skjemaer i EPJ	Dialogmeldinger	Ustrukturerte erklæringer eller attester
Utfylling og innsending	Fylles ut av helsepersonell Sendes inn elektronisk til NAV (PDF, bilde, scannet dokument) eller via ordinær postgang	Fylles ut av helsepersonell i EPJ Digitale versjoner av tidligere papirskjemaer Sendes til NAV via EPJ-systemet	Elektronisk meldingsfunksjon i fritekst (ustrukturert) mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten, via EPJ-systemet til NAVs fagsystem for sykefraværsoppfølging	Fylles ut av helsepersonell i eget valgt format. Denne kan sendes elektronisk (PDF, bilde, scannet dokument) eller via ordinær postgang
Brukes til	Førstegangssøknad om ytelse Revurdering av eller overgang mellom ytelser	Førstegangssøknad om ytelse Revurdering av eller overgang mellom ytelser	Brukes til korte spørsmål og tilleggsopplysninger, for å supplere ved søknad om ytelse og under oppfølging	Førstegangssøknad om ytelse Revurdering av eller overgang mellom ytelser
Brukes innenfor tjenester/områder	Brukes innen mange ytelsesområder	Sykepenger (sykmelding) AAP og uføretrygd (legeerklæring ved arbeidsuførhet)	Brukes til sykefraværsoppfølging (sykepenger og overgang AAP)	Brukes innen mange områder bl.a. foreldrepenger og grunn- og hjelpestønad

Tabell 2 Oversikt over de ulike hovedtypene av løsninger som brukes for informasjonsutveksling mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV i dag.

2.3 Overordnet bilde av informasjonsutvekslingen mellom NAV og helse

Det er gjennomført en bred kartlegging for å identifisere hvilke deler av helse- og omsorgstjenesten som har kontakt med og utveksler helseopplysninger mot hvilke deler av NAV. I dette delkapittelet gis det en kortfattet oppsummering av dagens informasjonsutveksling. Vedlegg 1 inneholder en utdypende beskrivelse av kjennetegn ved dialogen innen det enkelte ytelses- og tjenestoområdet i NAV, herunder en mer detaljert beskrivelse av hvilke helseopplysninger NAV har behov for i hvilke tilfeller, hvilke konkrete skjemaer som brukes, type dialog, volum for den enkelte tjeneste og teknisk status for de ulike fagsystemene i NAV.

Figur 1 gir et overordnet bilde på hvilke helseaktører som utveksler informasjon mot hvilke ytelses- og tjenestoområder i NAV og omfanget av denne utvekslingen.



Figur 1 Forenklet skisse av informasjonsutvekslingen mellom ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten og ytelses- og tjenesteområdene i NAV. Tykkelsen på streken indikerer omfanget av kontakt/utveksling. Pilen på streken indikerer hvilken vei dialogen går.

Som figuren viser, skiller lege i spesialisthelsetjeneste og fastlege seg klart ut som de helseaktørene som har bredest kontakflate mot NAV. I tillegg er det relativt stor kontakt mellom NAV og andre helseaktører, særlig på hjelpemiddelområdet.

Figur 1 viser at NAV ber om informasjon fra fastlegen på et stort antall ytelses- og tjenesteområder. I praksis er imidlertid fastlegens arbeidsbyrde konsentrert om et relativt lite antall skjemaer og områder. Særlig er det sykmeldingen (som brukes for å behandle søknad om sykepenger og i sykefraværsoppfølgingen) og legeerklæring ved arbeidsuførhet (som brukes i forløpene for arbeidsavklaringspenger og uføretrygd) som står for det vesentligste av fastlegenes informasjonsutveksling mot NAV. Sykmeldingen, inkludert både initiell sykmelding og videre oppfølging, står for 88 prosent av alle innsendte skjema til NAV fra fastleger. Legeerklæring ved arbeidsuførhet sammen med tilleggsopplysninger står for rundt 6 prosent av alle innsendte skjema. Det betyr at disse to skjemaene står for om lag 94 prosent av alle innsendte skjemaer fra helsepersonell til NAV.¹¹

I tabell 3 nedenfor er trekk ved informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV nærmere beskrevet for de ulike ytelses- og tjenesteområdene i NAV som har behov for helseopplysninger for å kunne behandle en sak eller følge opp en bruker. Det vises til vedlegg 1 for en mer omfattende gjennomgang av de ulike ytelses- og tjenesteområdene.

¹¹ NAV og Helsedirektoratet (2021) *Informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger*.

Ytelse/tjeneste	Type helseopplysninger	Helseaktør	Type skjema	Årlig volum
Sykepenger	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose • Medisinsk funksjonsevne • Sykmeldingsbehov • Vurdering av mulighet for arbeid • Prognose for friskmelding • Beskrivelse av hva som skal til for å bedre arbeidsevnen 	Fastlege Lege i spesialisthelsetjeneste Leger med autorisasjon Kiropraktor, manuellterapeut, tannlege	Sykmelding	4,45 mill.
Sykefraværsoppfølging	Tilleggsopplysninger eller mer detaljerte medisinske opplysninger for å tilrettelegge SYFO, blant annet om muligheten for aktivitet/tiltak	Fastlege Lege i spesialisthelsetjeneste Kiropraktor, manuellterapeut, tannlege	Dialogmelding direkte i sykmelders EPJ-system Sykmelding eller legeerklæring ved behov	
Arbeidsavklaringspenger	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose • Funksjonsvurdering • Beskrivelse av funksjonsnedsettelse og muligheter • Innspill til arbeidsevne • Forhold som kan øke arbeidsevnen • Uføretidspunkt • Planlagt utredning og behandling 	Fastlege Lege i spesialisthelsetjeneste Leger med autorisasjon Kiropraktor, manuellterapeut, fysioterapeut, tannlege Psykolog	Legeerklæring ved arbeidsuførhet Spesialist-erklæring	Ca. 100 000 søknader
Uføretrygd	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose(r) • Funksjonsbeskrivelse og -vurdering • Beskrivelse av funksjonsnedsettelse • Behandling og prognose • Uføretidspunkt 	Fastlege Lege i spesialisthelsetjenesten	Legeerklæring ved arbeidsuførhet Spesialist-erklæring	Ca. 40 000
Arbeidsrettet oppfølging	<ul style="list-style-type: none"> • Mulighet for tiltak og aktivitet • Mål om arbeid • Tilpasset innsats • Funksjon • Objektivitet, usikkerhet og språk 	Fastlege Lege i spesialisthelsetjeneste Leger med autorisasjon Kiropraktor, manuellterapeut, fysioterapeut, tannlege Psykolog	Legeerklæring ved arbeidsuførhet Dialogmeldinger	
Foreldrepenger	<ul style="list-style-type: none"> • Opplysninger om termindato (terminbekreftelse) • Bekreftelse på at den fødende er kommet til uke 22 eller senere 	Jordmor Fastlege Lege i spesialisthelsetjenesten	Terminbekreftelse Papirbasert, ikke et formelt skjema	Ca. 50 – 60 000
Svangerskaps-penger	Detaljert beskrivelse av hvordan arbeidsmiljøet kan gi risiko for forplantningsskader	Jordmor Fastlege Lege i spesialisthelsetjenesten	Arbeidstilsynsskjema (for arbeidstakere) NAV-skjema (for selvstendige næringsdrivende)	Ca. 8 000
Pleiepenger sykt barn	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose • Beskrivelse av barnets medisinske tilstand og funksjonsnivå • Tilsyns- og pleiebehov • Bekreftelse på at barnet trenger kontinuerlig tilsyn • Innleggelsesperiode(r) • Forventet periode med tilsyns- og pleiebehov 	Lege i sykehus Fastlege i noen tilfeller, spesielt ved forlengelse av ytelsen	Legeerklæring Papirbasert skjema	Ca. 18 000

Pleiepenger livets slutfase	Bekreftelse på at den som pleies er i livets slutfase	Fastlege	Legeerklæring Papirbasert skjema	Ca. 1000
Grunn- og hjelpestønad	Detaljert beskrivelse av søkers funksjonsnivå	Fastlege Spesialisthelsetjeneste Psykolog, psykiater	Ikke formelt skjema	Ca. 20 000
Hjelpemidler og tilrettelegging	Stor variasjon, men ofte: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose • Medisinsk tilstand • Vurdering av behov for hjelpemidler 	Fastleger Fysioterapeuter Ergoterapeuter Lege i spesialisthelsetjenesten Psykolog Psykiater Optiker Ortopediske verksteder	Legeerklæring For noen hjelpemidler finnes det ikke eget skjema	Totalt ca. 470 000 Estimert ca. 20 000 med helseopplysninger
Yrkesskade og menerstatning	Helseopplysninger knyttet til den skaden som ønskes godkjent, herunder opplysninger om: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose • Skadeforløp • Skadeårsak • Historikk opptil fem år før skadetidspunkt 	Fastlege Lege i spesialisthelsetjeneste Tannlege Fysioterapeut, manuellterapeut Kiropraktor	Redigert journalutskrift Melding om arbeidsrelatert sykdom Melding om arbeidsrelatert skade Tannlegeerklæring	Totalt ca. 60 000 Estimert ca. 35 000 som krever kontakt med helsepersonell

Tabell 3 Trekk ved utvekslingen av helseopplysninger fordelt på ulike ytelses- og tjenesteområder i NAV. For en grundigere beskrivelse av trekkene ved det enkelte ytelses- og tjenesteområdet vises det til vedlegg 1.

Tabell 3 viser at bruken av helseopplysninger har et bredt nedslagsfelt i NAV og at en rekke ulike enheter i NAV er involvert i innhenting og bruk av helseopplysninger (jf. beskrivelse i kapittel 2.1). Det gir behov for å koordinere initiativ for å forbedre måten helseopplysninger utveksles mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten for å unngå at helsepersonell opplever at ulike deler av NAV ikke snakker sammen eller at NAV ber om samme informasjon flere ganger på kort tid.

I tabell 4 er de ulike typene helseopplysninger NAV henter inn kategorisert mot ytelses- og tjenesteområdene i NAV. Som tabellen viser er det enkelte opplysninger det er behov for på mange av ytelses- og tjenesteområdene, det gjelder særlig informasjon om diagnose. Samtidig er det slik at konteksten og tidspunktet for innhenting av helseopplysninger i de fleste tilfeller er avgjørende for NAVs bruk av opplysningene, og at informasjonen som er hentet inn til et formål derfor ikke nødvendigvis er relevant eller kan gjenbrukes på tvers av ytelses- og tjenesteområder. Videre er presisjonsnivået som kreves også svært ulikt mellom de ulike ytelsesområdene. Informasjonen om diagnose/skadeforløp som kreves ved behandling av søknad om yrkesskade/yrkessykdom eller hjelpemidler er for eksempel langt mer detaljert enn det som fremgår av en sykmelding.

Helseopplysning	Sykepenger	Sykefraværsoppfølging	AAP	Uføretrygd	Arb. oppfølging	Foreldrepenget	Svangerskaps-penger	Pleiepenger sykt barn	Pleiepenger livets slutfase	Grunn- og hielbestønad	Hjelpemidler og tilrettelegging	Yrskeskade	IPS/SE
Diagnose	X	X	X	X	X			X			X	X	
Funksjonsevne/-vurdering	X	X	X	X	X						X		
Vurdering av mulighet for arbeid/aktivitet/ tiltak	X	X	X		X								X
Innspill til og forhold som kan øke arbeidsevnen	X	X	X		X								X
Planlagt utredning og behandling			X	X									
Prognose for friskmelding	X	X											
Uføretidspunkt			X	X	X								
Terminbekreftelse						X							
Bekreftelse på at fødende er i uke 22 eller senere						X							
Beskrivelse av risiko for forplantningsskader ved arbeid							X						
Beskrivelse av tilstanden til barnet som trenger pleie								X					
Innleggelsesperiode								X					
Forslag til periode for pleie								X					
Bekreftelse på at den som pleies er i livets slutfase									X				
Svært detaljert beskrivelse av funksjonsnivå										X			
Vurdering av behov for hjelpemidler											X		
Skadeforløp og skadeårsak												X	

Tabell 4 Oversikt over hvilken type helseopplysninger som hentes inn innenfor hvilke ytelses- og tjenesteområder i NAV. Det presiseres at konteksten og tidspunktet for innhenting av helseopplysninger i de fleste tilfeller er avgjørende for NAVs bruk av opplysningene, og opplysningene derfor ikke nødvendigvis kan gjenbrukes på tvers av ytelses- og tjenesteområder.

Oversikten i tabell 4 viser likevel at det for noen områder synes å være et potensial for en mer helhetlig tilnærming fra NAV innen enkelte ytelses- og tjenesteområder. Det gjelder særlig ytelser og oppfølging knyttet til brukerreisen som ofte omtales som «Helseaksen» (sykepenger, sykefraværsoppfølging, AAP, arbeidsrettet oppfølging og uføretrygd) der NAV henter inn mye av den samme informasjonen på ulike steder i forløpet.¹² Når vi også vet at de store volumene og hovedtyngden av fastlegens arbeidsbyrde er konsentrert om de to skjemaene NAV henter inn som en del av «Helseaksen» (sykmelding og legeerklæring ved arbeidsuførhet) gir det grunn til å tro at det er potensial for en mer helhetlig tilnærming til informasjonsutvekslingen på disse områdene.

¹² Se kapittel 1.3 for en nærmere beskrivelse av Helseaksen og arbeidet NAV nå gjennomfører med en tjenestereisetilnærming til ytelser og oppfølging i dette forløpet.

3 utfordringer ved dagens informasjonsutveksling

I dette kapitlet beskriver vi overordnede utfordringer ved dagens utveksling av helseopplysninger mellom NAV og helsepersonell. Omfanget og alvorlighetsgraden av de enkelte utfordringene varierer mellom de ulike områdene i NAV og for ulike grupper av helsepersonell.

3.1 Bruk av ulike kommunikasjonsformer gjør informasjonsutvekslingen tidkrevende og uoversiktlig for helsepersonell og NAV

I dag brukes både papirskjemaer, digitale skjemaer fra NAVs nettsider, ustruktureerte erklæringer eller attester, elektroniske dialogmeldinger, skjemaer som er integrert i EPJ-systemer, fysisk post og telefon i informasjonsutvekslingen mellom NAV og helsepersonell.

Det er kun skjemaene Sykmelding og Legeerklæring ved arbeidsuførhet som er integrert i fastlegenes EPJ-systemer. Disse utgjør riktignok 94 % av alle skjemaer fastleger sender til NAV.¹³ Øvrige skjemaer er ikke tilgjengelige fra den naturlige arbeidsflaten til helsepersonell. Disse skjemaene må som regel sendes til NAV som fysisk post, selv om mange av dem er tilgjengelige som digitale skjemaer på NAVs nettsider.¹⁴ En fastlege kan for eksempel måtte svare på en elektronisk dialogmelding og i tillegg sende et eller flere scannede dokumenter i posten i en og samme dialog med NAV. Dagens situasjon innebærer dermed at fastleger må navigere mellom og kombinere flere ulike kommunikasjonsformer med NAV.

Helsepersonell i helseforetakene har i utgangspunktet ingen mulighet for digital samhandling med NAV i dag. Dagens dialog mellom ansatte i spesialisthelsetjenesten og NAV foregår per post eller over telefon, uten mulighet for bruk av for eksempel dialogmeldinger. Dette gjør at i spesialisthelsetjenesten bruker derfor mye tid på å ringe til NAV og prøve å få tak i pasientens saksbehandler.

Bruk av flere ulike kommunikasjonsformer skaper også utfordringer for NAV. Dette kan for eksempel medføre at opplysninger er lastet opp som bildefiler eller scannede dokumenter der oppløsningen er dårlig. Da kan ikke NAV nyttiggjøre seg opplysningene i første runde, til tross for at de kan være tilstrekkelige og korrekte for formålet. I slike tilfeller må NAV rette en ekstra henvendelse til helsepersonell, noe som påfører både NAV og helsepersonell unødvendig merarbeid. Til syvende og sist bidrar dette også til økt ventetid for innbygger.

3.2 Informasjonsutvekslingen er lite målrettet og skaper merarbeid for helsepersonell og NAV

I dag brukes gjerne ett og samme skjema til ulike formål og på ulike tidspunkt i en brukerreise. Et eksempel er Legeerklæring ved arbeidsuførhet. Skjemaet brukes blant annet til å innhente opplysninger for vurdering av om vilkårene for ytelsen AAP er oppfylt, løpende revurderinger av rett til AAP, vurdering av vilkår for uføretrygd, og arbeidsrettet oppfølging av bruker.

Ved bruk av samme skjema til flere formål blir omfanget av opplysninger og hvilke opplysninger som etterspørres i liten grad tilpasset NAVs behov i det enkelte tilfelle, og heller ikke tilpasset brukers situasjon. Dette bidrar til å gjøre det uklart for helsepersonell hva NAV

¹³ Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet (2021). *Informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger. En gjennomgang av attester og erklæringer som fastleger utsteder for Arbeids- og velferdsetaten.*

¹⁴ [Søknad og skjema - nav.no](https://søknad-og-skjema.nav.no)

egentlig ber om av opplysninger og hva opplysningene skal brukes til, for eksempel vedtak eller oppfølging av bruker. Det gjør det også vanskelig for helsepersonell å gi gode opplysninger til NAV. I neste ledd medfører dette at NAV må bruke tid på å vurdere om innholdet i opplysningene de mottar er tilstrekkelige og kan anvendes til formålet, og da kan det blant annet kan være vanskelig for ansatte i NAV å forstå «legespråk». Hvis opplysningene ikke er tilstrekkelige eller NAV ikke forstår dem, oppstår det uønskede ekstra henvendelser som bidrar til økt arbeidsbyrde for både NAV og helsepersonell.

Dette henger sammen med at både helsepersonell og NAV utøver flere roller samtidig i informasjonsutvekslingen. Et eksempel fra Team Helseopplysninger¹⁵ sitt arbeid er at det kan være vanskelig for NAV å skille helsepersonells vurderinger som medisinsk sakkyndig og behandler fra innbyggers stemme, og at NAV opplever at helsepersonell inntar rollen som «innbyggers advokat».

Bruk av standardiserte og statiske skjemaer som format for informasjonsutveksling gjør videre at informasjonsutvekslingen mellom NAV og helsepersonell blir lite fleksibel. Hvilke opplysninger NAV etterspør tilpasses i liten grad etter hva helsepersonell tidligere har gitt av informasjon, hva helsepersonell oppgir av informasjon underveis ved utfylling av et skjema, eller hvilken informasjon NAV har tilgang til fra andre kilder. Som følge av dette opplever helsepersonell at dialogen med NAV blir unyttig, og at de må gjenta informasjon uten en tydelig kontekst for hva opplysningene skal brukes til. Dette bidrar til å øke arbeidsbyrden for helsepersonell, både i form av tidsbruk og i form av en «kognitiv byrde» ved utfylling av skjemaene.

Dagens bruk av skjemaer er heller ikke egnet til å identifisere endringer i innbyggers situasjon over tid, for eksempel endringer i funksjonsnivå, arbeidsevne, pågående forløp og tiltak i NAV og helsehjelp. NAV må ofte identifisere slike endringer manuelt, ved å sammenligne opplysninger som er innhentet ved bruk av samme skjema på ulike tidspunkt for samme bruker. Det er krevende for NAV å sammenstille og formidle disse endringene for behandler på en god måte, og fastleger får ikke alltid god nok tilbakemelding fra NAV på hva NAV har gjort siden sist fastlegen sendte inn opplysninger.

Samlet sett gjør en lite målrettet og tilpasset informasjonsutveksling at kvaliteten på opplysninger NAV mottar ikke alltid er tilfredsstillende. Dette bidrar til å øke risikoen for at NAV legger feilaktige eller mangelfulle opplysninger til grunn, og at relevante endringer i innbyggers situasjon ikke fanges opp godt nok eller tidsnok. I neste ledd kan det få konsekvenser for blant annet vurdering av vilkår for ytelse og oppfølging av innbygger. Det kan også svekke innbyggers oversikt over og innsikt i egne opplysninger, og påføre innbygger en belastning ved å skulle passe på at NAV har riktig informasjon. Dette kan ta tid og krefter for innbygger, som ellers for eksempel skulle gått med til å bli frisk.

3.3 Avhengighet til EPJ-leverandørene og lav endringsevne i NAV

Fastlegene er en av aktørene NAV utveksler flest helseopplysninger med. Ifølge NAV og Helsedirektoratets rapport om informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger ligger den største hindringen for å forbedre denne informasjonsutvekslingen på teknisk løsning.¹⁶ Dette

¹⁵ Team Helseopplysninger var et tverrfaglig produktteam i NAV som i 2021 arbeidet for å erstatte Legeerklæringen ved arbeidsuførhet med nye løsninger for digital dialog med legen ifm. AAP, uføretrygd og oppfølging. Teamet gjorde omfattende innsiktsarbeid, men fikk ingen ny løsning i produksjon.

¹⁶ Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet (2021). *Informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger. En gjennomgang av attester og erklæringer som fastleger utsteder for Arbeids- og velferdsetaten.*

gjelder særlig for skjemaene Sykmelding og Legeerklæring ved arbeidsuførhet, som er integrert i fastlegenes EPJ-systemer.

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 (se avsnitt 3.1-3.2).

3.4 Personensitive opplysninger på avveie

NAV behandler ulike typer personopplysninger i stort omfang. Et viktig premiss er at NAV bare skal ha tilgang til og bruke personopplysninger som er nødvendige for å kunne ta riktige beslutninger i en sak. Legeerklæringer og attester som innhentes av NAV skal derfor i utgangspunktet bare inneholde opplysninger som er nødvendig for dette formålet.

Gjennomgangen av de ulike ytelsesområdene viser at NAV i en del sammenhenger mottar mer helseinformasjon enn det som er nødvendig for å kunne behandle en søknad. Særlig er dette en utfordring på områder der det ikke brukes et skjema som er spesifikt tilpasset til NAVs behov for informasjon. Det gjelder for eksempel legeerklæring ved arbeidsuførhet (som både brukes til AAP, arbeidsrettet oppfølging og uføretrygd), legeerklæring fra sykehuslege i forbindelse med søknad om pleiepenger for sykt barn og på hjelpemiddelområdet. Noen ganger oppstår dette problemet også i forbindelse med søknad om sykepenger, ved at sykmeldingsskjemaet gjør det mulig for legen å lime inn eller legge ved tidligere erklæringer som kan inneholde overskuddsinformasjon.

Et annet eksempel på at NAV risikerer å motta for mye informasjon er behandling av søknad om grunn- og hjelpestønad. NAV henter her inn relativt detaljerte beskrivelser av søkeres helsetilstand og funksjonsnivå fra helse- og omsorgstjenesten. Opplysningene sendes som regel til NAV via brev i vanlig postgang. Slik dette er lagt opp i dag får NAV ofte langt mer informasjon enn det som trengs for å behandle søknaden om stønadene. På områder med digitale søknads- og innsendingsløsninger vil det som regel være mulig for NAV å slette overskytende informasjon allerede ved mottak av et skjema eller en erklæring. På dette området har NAV begrenset mulighet til å ta ut og slette de opplysningene det ikke er behov for, samtlige opplysninger som mottas lagres i fagsystemet. En tillegg utfordring er at lagring av overskuddsinformasjon kan være ekstra problematisk fordi det øker risikoen for at innbygger får innsyn i opplysninger som kan være til skade for forholdet til andre eller seg selv.

3.5 Hva ønsker vi å oppnå?

På bakgrunn av dagens utfordringer har vi formulert forslag til mål for tiltak knyttet til å forbedre informasjonsutvekslingen mellom NAV og helsepersonell. Disse er overordnede for den samlede informasjonsutvekslingen og bør videreutvikles og tilpasses i det videre arbeidet innen de enkelte tjeneste- og ytelsesområdene:

- Økt endringsevne for NAV (for å kunne drive utvikling og kontinuerlig forbedring av tjenestene)
- Redusert tidsbruk knyttet til utveksling av helseopplysninger for helsepersonell, ansatte i NAV og innbygger
- Bedre kvalitet på helseopplysninger til NAVs arbeid med vedtak om ytelser og oppfølging av innbygger
- Bedre ivaretagelse av innbyggers personvern ved utveksling av helseopplysninger mellom NAV og helsepersonell
- Bedre oversikt og tilbakeføring av relevant informasjon fra NAV til helsepersonell

4 Funksjonelle behov i informasjonsutvekslingen

For å lykkes med å etablere en bedre informasjonsutveksling mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV er det noen sentrale egenskaper og behov som må dekkes, her samlet under betegnelsen funksjonelle behov.

Det er noen overordnede drivere for de funksjonelle behovene:

- Det er behov for at innsending av informasjon til NAV ikke skal være unødvendig arbeidskrevende for helsepersonell, og at kjent og korrekt informasjon ikke skal etterspørres på nytt. Dette følger prinsippet om «kun en gang» fra Digitaliseringsstrategien.¹⁷
- Det er behov for bedre tilbakemelding fra NAV til helsepersonell
- Det er behov for økt kvalitet på informasjonen som NAV mottar fra helsepersonell.
- Det er behov for at utvekslingen av helseopplysninger i større grad tilpasses brukers situasjon og pasientforløp.

Informasjonsutvekslingen mellom helsepersonell og NAV kjennetegnes av tre ulike samhandlingsmønstre/bruksmønstre. Disse er som følger:

- Helsepersonell sender inn opplysninger til NAV
- NAV ber helsepersonell om å sende inn opplysninger
- Dialog mellom NAV og helsepersonell

For hvert samhandlingsmønster er det definert tilhørende funksjonelle behov som bør dekkes. Samhandlingsmønstre og funksjonelle behov er oppsummert i figur 2 nedenfor.

Bruksmønstre

Helsepersonell sender inn opplysninger til NAV

NAV ber helsepersonell om å sende inn opplysninger

Dialog mellom NAV og helsepersonell

Funksjonelle behov

- Helsepersonell skal ikke oppleve en ny innlogging når informasjon skal sendes til NAV
- Helsepersonell har behov for automatisk journalføring i EPJ
- Preutfylling av informasjon fra NAV og EPJ
- Dra nytte av kunnskap i tidligere eller eksisterende sak

- NAV må kunne identifisere rett behandler
- NAV må være sikker på at forespørselen kommer frem til helsepersonell

- Både NAV og helsepersonell har behov for dialogfunksjonalitet

Figur 2 Samhandlingsmønstre og funksjonelle behov

¹⁷ Kommunal- og distriktsdepartementet (2019) *En digital offentlig sektor: Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019-2025*.

I dette kapittelet beskrives de funksjonelle behovene mer i detalj, før kapittel 5 redegjør for hvilke tekniske alternativer som er aktuelle og hvordan disse svarer ut de funksjonelle behovene.

4.1 Helsepersonell skal ikke oppleve en ny innlogging når informasjon skal sendes til NAV

Det er en sentral forutsetning i arbeidet at helsepersonell skal oppleve en mest mulig sømløs overgang fra arbeid i egen EPJ-løsning til løsningen for innsending av informasjon til NAV. Løsningen for informasjonsutveksling og dialog med NAV bør helst oppleves som en mest mulig integrert del av brukerflaten til helsepersonell. Det er ønskelig at helsepersonell ikke skal måtte logge inn på nytt ved innsending av informasjon til NAV. Dette betyr i praksis at «single sign-on» (SSO) må støttes i denne overgangen og at NAV tilbyr slik støtte.

4.2 Helsepersonell har behov for automatisk journalføring i EPJ

Det er viktig at nye løsninger ikke medfører merarbeid for helsepersonell med hensyn til journalføring. Helsepersonell skal oppleve at journalføring skjer sømløst, gjerne omtalt som innebygget arkivering.¹⁸ Etter at helsepersonell har utført en oppgave på vegne av NAV skal resultatet automatisk arkiveres i EPJ-systemet. Det må i det videre arbeidet utforskes i hvilken grad journalføring bør gjøres strukturert, eller om en ustrukturert journalføring er tilstrekkelig.

4.3 Preutfylling

For å etterleve prinsippet «kun én gang» fra Digitaliseringsstrategien¹⁹ bør det legges til rette for preutfylling av informasjon som allerede er kjent. Dette gjelder informasjon både fra NAV og fra EPJ-systemet. Preutfylling er sentralt for både å redusere tidsbruken til helsepersonell og øke datakvaliteten fordi det reduserer risikoen for å oppgi feilaktige eller mangelfulle opplysninger. Ved at helsepersonell ikke trenger å registrere informasjon som alt er kjent og korrekt, kan den kognitive byrden ved å fylle ut informasjon til NAV reduseres.

I mange tilfeller har NAV allerede en del informasjon om innbygger fra tidligere kontakt eller søknader om ytelser. Det gjelder også ved en revurdering av om kravene til en ytelse fortsatt er oppfylt. For løsninger som NAV tilbyr vil det være enkelt å preutfylle med informasjon som NAV har, forutsatt at NAV har hjemmel til å benytte disse dataene til preutfylling i en slik kontekst.

Preutfylling med opplysninger fra EPJ om for eksempel behandler og pasient krever at det standardiseres hvordan dette gjøres. Det redegjøres for alternative tilnærminger i kapittel 5. Hjemmelsgrunnlag for dette må også avklares.

4.4 Dra nytte av kunnskap i tidligere eller eksisterende sak

En bruker kan ha tidligere og/eller aktive saker i NAV som kan påvirke hvilke opplysninger behandler skal informere NAV om. Det kan for eksempel være at saksinformasjon fra NAV tilsier at behandler ikke skal gi nye opplysninger til NAV eller at vedkommende skal gi et annet begrenset sett med opplysninger enn om bruker ikke hadde en aktiv sak i NAV. Ved å dra nytte av eksisterende saksinformasjon i NAV har man med en slik tilnærming mulighet til

¹⁸ Arkivverket (2021) *Innebygd arkivering*. URL: <https://www.arkivverket.no/arkivutvikling/innebygd-arkivering>

¹⁹ Kommunal- og distriktsdepartementet (2019) *Én digital offentlig sektor: Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019-2025*.

å redusere arbeidsbelastningen til helsepersonell gjennom å redusere omfanget av innrapportering til NAV. I praksis betyr dette at helsepersonell i størst mulig grad skal kunne slippe å sende inn informasjon som NAV allerede har og kunne konsentrere seg om hva som er nytt eller endret informasjon i en sak.

I forlengelsen av dette er det også ønskelig med en bedre funksjonalitet for å se hva som er innsendt tidligere og enkelt kunne gjenfinne tidligere dialog mellom det enkelte helsepersonell og NAV. Dette er krevende i dagens løsning for dialogmelding der helsepersonell savner en måte å gjenfinne en form for oversikt/tråd over hva som er innsendt tidligere.

4.5 NAV må kunne identifisere rett behandler

NAV ønsker i mange tilfeller å be helsepersonell om å sende inn helseopplysninger knyttet til en sak bruker har i NAV. NAV har da behov for å sende en forespørsel til brukers behandler. NAV bør kunne gjenbruke eksisterende registre i Helsedirektoratet til å adressere behandlere direkte eller en bestemt avdeling i et helseforetak. Dette for å unngå at NAV må ha kompenserende registre.

4.6 NAV må være sikker på at forespørselen kommer frem til helsepersonell

Når NAV sender en forespørsel til helsepersonell, må EPJ fange opp denne og presentere denne i en form for oppgavebenk for behandler. I de tilfeller der NAV utvikler en dedikert løsning for innhenting av informasjon for et konkret behov, ønsker NAV å kunne sende en forespørsel til behandler som peker på denne løsningen som behandler skal benytte til å sende inn ønskede opplysninger til NAV.

4.7 Både NAV og helsepersonell har behov for dialog

Det er stor variasjon i hvilke opplysninger NAV trenger å innhente fra sak til sak. På mange ytelsesområder har NAV behov for relativt enhetlig informasjon som vil egne seg godt for behandler å besvare ut direkte i EPJ-systemet. Andre saker kan være så unike at NAV har spesifikke spørsmål til behandlende helsepersonell. Et eksempel på dette er ved yrkesskade der skaden kan være av en slik karakter at kun et helt spesifikt formulert spørsmål gir de nødvendige opplysningene som gjør at NAV kan ferdigbehandle saken. Det er ikke hensiktsmessig å utvikle innsendingsløsninger som dekker alle slike situasjoner. Isteden vil dette best løses med en direkte dialog med behandler hvor NAV tar opp behovet for opplysninger i den aktuelle saken. Helsepersonell har på sin side behov for oppdatering og tilbakemelding fra NAV i saker.

4.8 Sikkerhet

Sikre løsninger og trygghet for at helseopplysninger ikke kommer på avveie er en forutsetning for informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV. Sikkerhet er derfor ikke et funksjonelt behov, men en grunnleggende forutsetning for alle løsninger som diskuteres i kapittel 5.

Det er viktig at helsepersonell er trygge på at løsningene som etableres av NAV, er sikre. Sikker identifisering og innlogging av helsepersonell adresseres i kapittel 4.1. Videre må all overføring av informasjon sikres mot innsyn fra tredjepart og det må sikres at informasjon ikke kan endres ved overførsel mellom helsepersonell og NAV.

Videre må helsepersonell være trygge på at de løsningene som NAV og andre offentlige virksomheter benytter til innhenting av opplysninger fra helsepersonell virkelig representerer virksomheten. En vilkårlig tredjepart skal for eksempel ikke kunne utgi seg for å være NAV. Det må derfor vurderes om det er behov for et godkjenningsregime som sikrer at det ikke er fritt frem å tilgjengeliggjøre løsninger som kobles med EPJ-ene. En slik mulig tilnærming kan sammenlignes med at applikasjoner som kjører på iPhone og tilgjengeliggjøres gjennom App Store må godkjennes av Apple før de blir tilgjengelige for brukeren.

5 Alternative tekniske løsninger

NAV og Helsedirektoratets tidligere gjennomgang av attester og erklæringer som fastleger utsteder for NAV konkluderer med at det ikke er mulig å få til større forbedringer på området uten å endre selve metoden for informasjonsutveksling.²⁰ Det er derfor helt sentralt å vurdere hvilke mulige tekniske løsninger som finnes for å adressere svakhetene i dagens tekniske samhandlingsevne mellom NAV og EPJ-systemer i helse- og omsorgstjenesten.

I oppdragsteksten fra AID og HOD pekes det på at prosjektet skal teste ut og vurdere om HL7 FHIR og Smart on FHIR er egnet for utveksling av helseopplysninger mellom helsepersonell og NAV. Gjennom arbeidet i prosjektet har det blitt tydelig at det også finnes andre mulige tekniske løsninger for å bedre den digitale samhandlingen, samt at det ikke nødvendigvis er slik at en og samme løsning vil egne seg for all dialog mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV. For å få et best mulig beslutningsgrunnlag for videre arbeid, vil derfor dette kapitlet beskrive hvilke mulige tekniske løsninger som er identifisert og hva som er fordeler og ulemper ved disse. Det skal så langt det er mulig og hensiktsmessig gjenbrukes eksisterende plattformfunksjonalitet som benyttes ved samhandling med og mellom helsepersonell.

Som beskrevet i kapittel fire, kjennetegnes informasjonsutvekslingen mellom helsepersonell og NAV av tre ulike samhandlingsmønstre.

- Helsepersonell sender inn opplysninger til NAV
- NAV ber helsepersonell om å sende inn opplysninger
- Dialog mellom NAV og helsepersonell

De tre ulike samhandlingsmønstrene og de mulige tekniske løsningene for hvert av mønstrene vil beskrives hver for seg i det følgende. Valg av teknisk løsning innenfor hvert av de tre mønstrene kan antakelig gjøres uavhengig av hverandre, det vil si at valg av løsning i tilfeller der helsepersonell tar initiativ til kontakten med NAV ikke legger noen føringer for hvilken løsning som bør velges for samhandlingsmønsteret der det er NAV som initierer kontakten. Dette må vurderes nærmere.

Fordi mønster 1, der helsepersonell tar initiativ til innsending av opplysninger til NAV, er basismønsteret, vil dette beskrives mest grundig i dette kapitlet.

5.1 Helsepersonell sender inn opplysninger til NAV

I dette mønsteret er det helsepersonell som tar initiativ til dialogen med NAV fordi de har behov for å sende informasjon til NAV. Et eksempel på en ytelse der dette mønsteret er relevant, er for søknad om sykepenger der behandler sender sykmelding til NAV.

Det er identifisert tre ulike alternativer for hvordan dette teknisk kan løses:

- **Alternativ 1:** API-basert tilnærming for innsending av informasjon fra EPJ
- **Alternativ 2a:** Skjema i EPJ som benytter Smart on FHIR webapplikasjon
- **Alternativ 2b:** Selvstendig webapplikasjon fra NAV

Alternativene er ikke uttømmende eller gjensidig utelukkende. Det kan tenkes at det er fornuftig å velge en kombinasjon av løsninger innen samme ytelsesområde og at løsningene

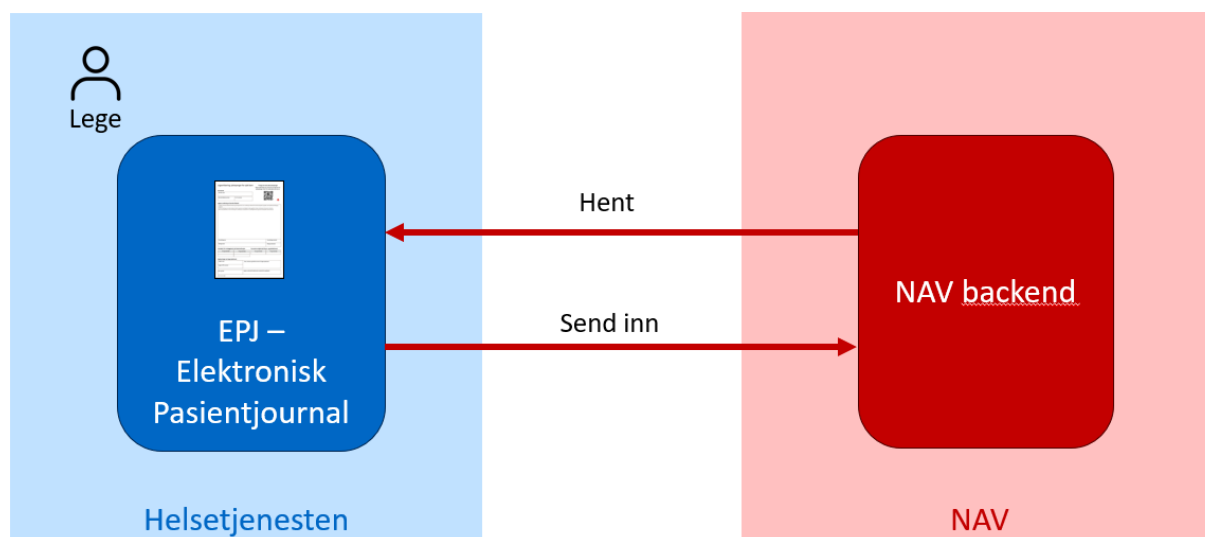
²⁰ NAV og Helsedirektoratet (2021) *Informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger*.

også varierer mellom ytelsesområder. Hensynet til innføringstakt hos EPJ-leverandørene er en av faktorene som bør vurderes i denne sammenhengen. Det er også mulig at et alternativ kan være et steg på veien mot et annet alternativ, for eksempel å satse på alternativ 2b, og på sikt gå over til alternativ 2a. I utforskningen av alternativer har vi lagt til grunn at mønstrene ikke skal være NAV-spesifikke, men også skal kunne benyttes av andre offentlige virksomheter dersom resultatene er gode.

Alternativ 1 – API-basert tilnærming for innsending av informasjon fra EPJ

Alternativ 1 innebærer at opplysninger sendes fra helsepersonells EPJ til NAV gjennom et standardisert API. Alternativet minner om løsningen som er etablert for A-ordningen der leverandørene av LPS (lønns- og personalsystem) benytter et standardisert grensesnitt for å sende inn A-meldingen på et standardisert format til A-ordningen. LPS-leverandørene har automatisert innrapporteringen ved at de henter ut allerede registrerte data om lønn og arbeidsforhold fra LPS-systemet uten at noen medarbeider hos arbeidsgiver behøver å gjøre noe. Den API-baserte tilnærmingen minner også noe om løsningen som er etablert for dagens sykmelding, men skiller seg likevel betydelig ved at det for sykmeldinger kreves at legen legger inn en del opplysninger manuelt og ikke kun basert på automatisk uttrekk av opplysninger.

Figuren nedenfor viser en skisse av hvordan dette alternativet kan fremstilles grafisk.



Figur 3 Konseptuell skisse av alternativ 1 – API-basert tilnærming for innsending av informasjon fra EPJ

Dette alternativet skiller seg fra de andre alternativene ved at det er EPJ-leverandørene som utvikler brukergrensesnittet til helsepersonell. Det betyr at alle leverandører må forstå det funksjonelle behovet, forstå APIet, utvikle mer eller mindre like løsninger, teste dette og vedlikeholde dette over tid. Denne tilnærmingen innebærer at det er store kostnader ved å gjøre endringer på APIet, da alle leverandører da må endre til ny versjon av APIet. Utviklingskostnaden vil teoretisk sett kunne ganges med antall EPJ-leverandører eller antall EPJ-systemer i markedet for å finne den totale utviklingskostnaden for dette alternativet.

Dette alternativet har dermed den samme utfordringen NAV opplever med dagens sykmelding hvor det kan ta flere år før alle leverandører har implementert en enkel endring. Alternativet gir dermed ikke ønsket endringsevne for NAV.

Gitt disse svakhetene vil bruk av API antagelig kun være et reelt alternativ der informasjon som skal sendes over allerede ligger i EPJ og dermed kan hentes rett ut fra EPJ uten at helsepersonell er involvert (tilsvarende A-ordningen). Et eksempel på et slikt behov, kan være uthenting av opplysninger for å sammenstille til statistikkformål. Som gjennomgangen av de ulike ytelses- og tjenesteområdene i vedlegg 1 viser, har NAV innen alle relevante ytelser og tjenester behov for opplysninger som manuelt må registreres av helsepersonell. Det er dermed ikke identifisert et bruksbehov der en API-tilnærmingen alene vil være et aktuelt alternativ.

På denne bakgrunn vurderes derfor dette alternativet samlet sett som lite aktuelt.

Alternativ 2a – SMART on FHIR-webapplikasjon

Direktoratet for e-helse har publisert veilederen [«Anbefaling om bruk av SMART on FHIR»](#), som gir et overblikk over dette rammeverket og en vurdering av bruk i helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet planlegger nå en revisjon av dette normerende dokumentet. Anbefalingen vil blant annet gi en oversikt over brukstilfeller hvor SMART on FHIR kan egne seg, hvilke konsekvenser dette vil medføre og forutsetninger som må være på plass.

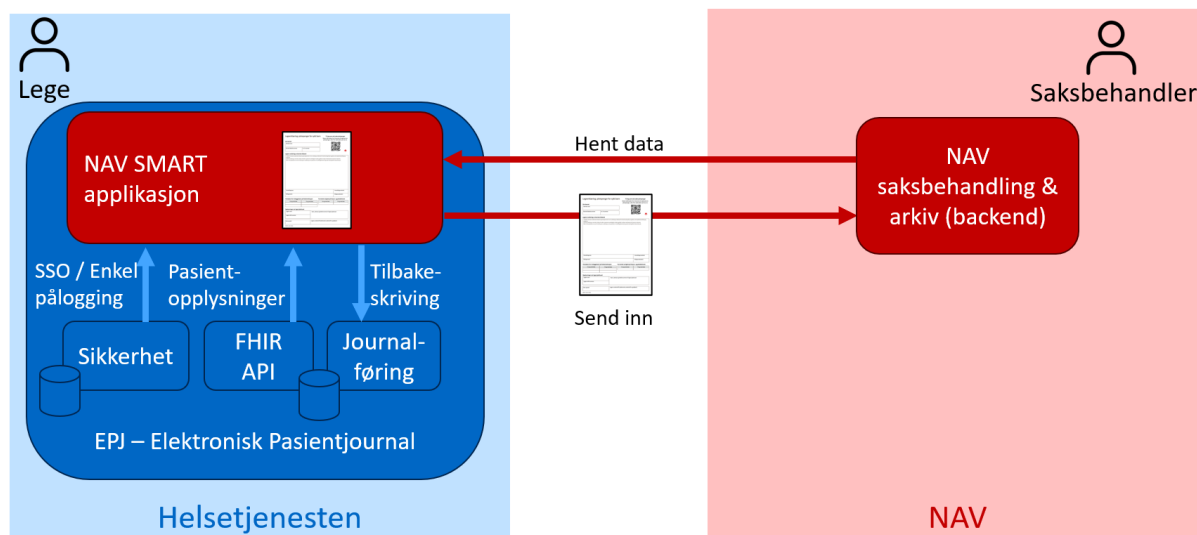
SMART on FHIR er et integrasjonsrammeverk basert på åpne spesifikasjoner. SMART on FHIR gjør det mulig for kliniske fagsystemer å tilrettelegge for at eksterne webapplikasjoner kan bli integrert inn i brukerflaten, med felles pålogging, delt pasientkontekst og dataintegrasjon.²¹ En SMART on FHIR-webapplikasjon er en vanlig webapplikasjon som startes opp på en spesiell måte. Det gjør det mulig for NAV og andre offentlige virksomheter å lage webapplikasjoner som samspiller med EPJ-er fra forskjellige leverandører, uten å måtte gjøre spesialutvikling per EPJ.

Alternativet innebærer at NAV utvikler en SMART on FHIR-webapplikasjon som kan startes opp i en nettleser, enten i helsepersonellens brukerflate i EPJ eller i en nettleser som er eksternt til EPJ. Arbeidsflaten helsepersonell arbeider på, defineres av webapplikasjonen som er utviklet av NAV, men kan i stor grad oppleves som en del av EPJ-systemet. Når behandler skal sende opplysninger til NAV, trykker de på en link til webapplikasjonen som da starter opp som en SMART on FHIR-applikasjon. Det skal ikke være behov for noen ny innlogging når helsepersonell går fra EPJ til webapplikasjon (single sign-on). Webapplikasjonen kan da få tilgang til deler av pasientens data lagret i EPJ, gjennom standardiserte FHIR-API som er like på tvers av EPJ-systemer, gitt at systemene støtter disse standardiserte API-ene. Webapplikasjonen som startes opp vil da kunne være preutfylt med tilgjengelig informasjon fra EPJ. Webapplikasjonen vil også enkelt kunne preutfylles med informasjon fra NAV.

Alternativet legger også til rette for at NAV sin SMART on FHIR webapplikasjon kan journalføre arbeidet helsepersonell har gjort i EPJ-en ved å benytte et standard API for dette formålet. Det betyr at journalføring kan skje automatisk uten at helsepersonell må gjøre noe ekstra.

Figuren viser en konseptuell skisse av hvordan samspillet mellom EPJ, NAVs webapplikasjon og NAV backend kan se ut.

²¹ Direktoratet for e-helse (2019) *Anbefaling om bruk av SMART on FHIR*.



Figur 4 Konseptuell skisse av alternativ 2a – SMART on FHIR webapplikasjon

I dette alternativet må EPJ-leverandørene støtte SMART on FHIR standarden og tilby et sett med standardiserte FHIR API. Når først en EPJ støtter dette, er det i teorien ingen begrensning på hvor mange SMART on FHIR webapplikasjoner EPJ-en kan støtte.

Det antas at det kan være leverandører i markedet som av ulike årsaker i en kortere eller lengre periode ikke ønsker å støtte SMART on FHIR. Som beskrevet i kapittel 7, skaper byttekostnader en terskel for helsevirksomheter som vil bytte EPJ-leverandør. Dersom helsevirksomheten har en leverandør som ikke ønsker å støtte en slik standard, kan helsepersonell bli «innelåst» med leverandørens løsning, selv om de hadde ønsket å ta i bruk de mulighetene som SMART on FHIR gir. En vesentlig risiko ved dette alternativet er derfor at det krever at alle EPJ-systemer har etablert støtte for SMART on FHIR. Per september 2023 er det etablert støtte for dette i DIPS Arena (brukes i Helse Vest RHF og Helse Nord RHF) og EPIC (brukes i Helse Midt-Norge RHF). Det pågår nå et innføringsløp for å implementere DIPS Arena også i Helse Sør-Øst RHF, der foreløpig plan er at de regionale innføringene av DIPS Arena skal være fullført i 2025. Mot spesialisthelsetjenesten vil derfor samtlige leverandører innen rimelig tid trolig kunne ha etablert støtte for SMART on FHIR i sine journalsystemer.

I fastlegemarkedet er det per nå kun én leverandør (WebMed) som har utviklet støtte for SMART on FHIR. Enkelte andre leverandører har uttrykt interesse for SMART on FHIR, men har så vidt kjent ingen klare planer for å etablere støtte for dette. Innsikt fra en workshop i Direktoratet for e-helses Portalprosjekt (jf. kap. 1.3 om tilgrensende tiltak) viser at de fleste EPJ-leverandørene som var med på workshoppen er positive til SMART on FHIR.²² En av leverandører uttrykte et ønske om at et alternativ med API alltid bør være en mulighet i tillegg.

En utviklingsretning basert på SMART on FHIR forutsetter samspill mellom aktører med ulike roller og oppgaver. For det første må standardiserte API-er forvaltes og videreutvikles i tråd med behov som oppstår og endrer seg over tid. Det er også behov for avtaler som legger til rette for koordinert utvikling av SMART-apper (av NAV og eventuelt andre virksomheter) og EPJ-systemer. Det kan være behov for avtaler om support og videreutvikling av app-er. Og det er behov for å avklare hvordan tilgjengeliggjøring, godkjenning og eventuell sertifisering

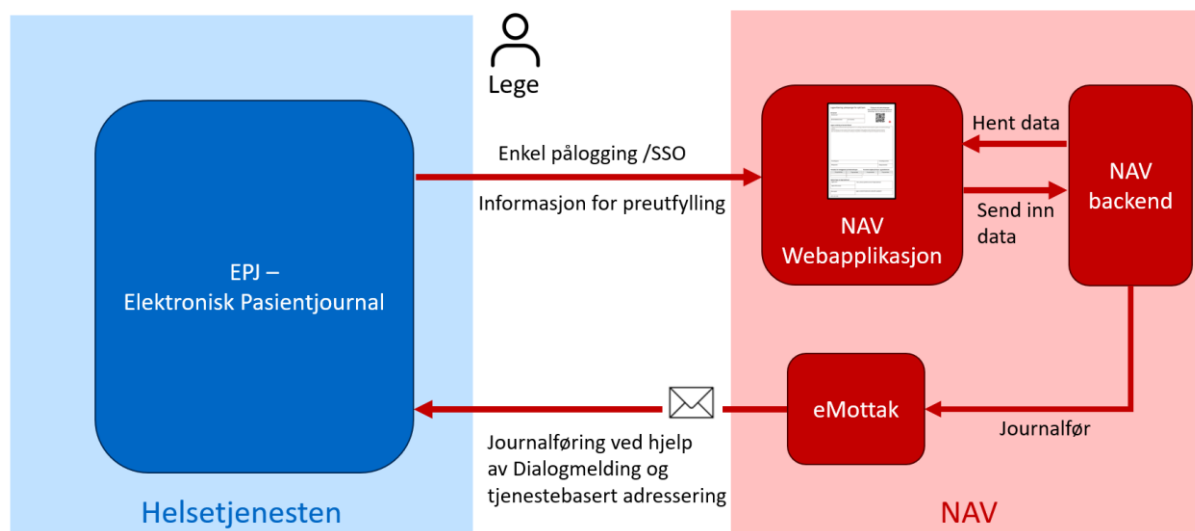
²² Dette er foreløpig ikke endelig verifisert med aktørene.

av app-er skal håndteres. I sum er det en rekke spørsmål som må avklares knyttet til roller, ansvar og avtaleverk. Dette er en viktig del av videre arbeid.

Alternativ 2b – Selvstendig webapplikasjon fra NAV

Dette alternativet minner svært mye om alternativ 2a, men skiller seg ved at helsepersonell fyller inn opplysninger i en webapplikasjon som *ikke* er en SMART on FHIR-webapplikasjon. Arbeidsflaten som tilbys brukeren defineres av webapplikasjonen som er utviklet av NAV. En slik selvstendig webapplikasjon fra NAV muliggjør at helsepersonell kan gi opplysninger til NAV uavhengig av om EPJ-en støtter SMART on FHIR eller ikke. EPJ-leverandørene kan velge å tilby en lenke for å starte webapplikasjonen fra EPJ. I motsatt fall må helsepersonell få tilgang til en slik lenke på en annen måte. Det må utforskes videre om og hvordan det kan etableres single sign-on (SSO) for helsepersonell ved start av en slik webapplikasjon. Antagelig vil det være mulig å få til SSO på samme måte som for SMART on FHIR-alternativet, men det må testes noe videre for å gi et sikkert svar.

Figuren nedenfor skisserer hvordan dette alternativet kan se ut.



Figur 5 Konseptuell skisse av alternativ 2b – Selvstendig webapplikasjon fra NAV

Ulempen med dette alternativet er at det i utgangspunktet ikke er lagt til rette for automatisk direkte journalføring gjennom et API fra webapplikasjonen. I figuren ovenfor synliggjøres en annen mulig tilnærming for journalføring som benytter den eksisterende infrastrukturen i Helsenettet med tjenestebasert adressering. NAV skal da kunne sende det utfylte skjemaet i en dialogmelding til helsepersonellens EPJ, slik at dette blir automatisk journalført i EPJ. Det vil antagelig kun være mulig å journalføre ustrukturert informasjon, for eksempel en pdf, med denne tilnærmingen. Denne tilnærming har også noe større risiko for feil da det er en litt lengre kallkjede og det vil kunne ta noe lengre tid før skjemaet er journalført. Slik figuren er tegnet benytter NAV intern funksjonalitet til å sende meldinger over Helsenettet. NAV er kjent med at NHN jobber med et nytt konsept som heter EDI 2.0. I dette konseptet vil NHN tilby et API for å sende meldinger over Helsenettet. Dette vil kunne muliggjøre at også andre virksomheter enn NAV vil kunne benytte løsningsmønsteret i figuren over.

Som nevnt over er det ikke mulig å bruke EPJ API til å preutfylle webapplikasjonen med opplysninger fra EPJ. Det finnes en alternativ mulighet for å overføre informasjon fra EPJ til en webapplikasjon dersom denne startes fra EPJ og EPJ-en legger ved opplysninger ved

oppstart av web applikasjon. For eksempel vil man kunne legge til rette for at hpr-nummer (behandler) og fnr/dnr (pasient) kan følge med ved oppstart av webapplikasjonen. For informasjon som kun gjelder i det aktuelle tilfellet må helsepersonell trolig fylle ut dette manuelt. En webapplikasjon kan enkelt preutfylles med informasjon fra NAV, her er det ingen forskjell på alternativ 2a og 2b.

En utfordring for helsepersonell er et økende antall løsninger for informasjonsutveksling av helsedata til myndigheter i og utenfor helse- og omsorgssektoren, som ikke er integrert i helsepersonells arbeidsflate og som ofte krever separat innlogging og som ikke støtter automatisk journalføring. I portaloppdraget vurderer Direktoratet for e-helse tiltak for å forenkle rapporteringsbyrden for helsepersonell ved informasjonsutveksling med andre myndigheter enn NAV. Etablering av selvstendige webapplikasjoner er i utgangspunktet ikke ønskelig sett fra helse- og omsorgstjenesten, men alternativet som er skissert her legger opp til å støtte både SSO og journalføring, noe som vil gi en mer sømløs opplevelse for helsepersonell enn dagens portalløsninger. I tillegg vil det kunne være mulig å få til noe preutfylling. Forskjellen mellom dette alternativet og SMART on FHIR er i realiteten trolig ikke så betydelig, gitt at videre utprøving gir ønskede svar om muligheten for preutfylling og journalføring.

Det er her verdt å nevne at det pågående Portaloppdraget i Direktoratet for e-helse vurderer en mulig tilnærming der tjenester fra flere statlige myndigheter kan samles i en portal.²³ Dette vil kunne være et tiltak rettet mot utfordringen om at fastleger finner det utfordrende å forholde seg til ulike portaler og registre.

Oppsummering av alternativene

Tabellen nedenfor oppsummerer hvordan de tre alternativene svarer ut definerte funksjonelle behov.

Funksjonelle behov	Alternativ 1 – API-basert tilnærming	Alternativ 2a – SmartOnFhir webapplikasjon	Alternativ 2b – Selvstendig webapplikasjon
Ingen ny innlogging for helsepersonell	Ja Ingen ny pålogging da helsepersonell fyller ut opplysninger til NAV i EPJ	Ja, om HelselD støttes Må bekreftes gjennom pilotering og utprøving	Ja, om HelselD støttes (krever kanskje at webapplikasjon startes fra EPJ) Må bekreftes gjennom pilotering og utprøving
Automatisk journalføring	Ja	Ja	Trolig, men må bekreftes gjennom pilotering og utprøving
Preutfylling fra NAV	Uavklart, må utforskes	NAV kan preutfylle informasjon NAV har hjemmel til å benytte (grad av preutfylling må vurderes)	NAV kan preutfylle informasjon NAV har hjemmel til å benytte (grad av preutfylling må vurderes)
Preutfylling fra EPJ	Ja	Ja Preutfylling fra EPJ krever standardisert	Delvis, da man antagelig kan sende med et fåtall opplysninger ved

²³ Portalprosjektet er pågående. Anbefaling om tiltak er ikke besluttet ennå.

		APIsom understøtter behov	oppstart av webapplikasjon fra EPJ
Sikkerhet	Maskinporten for kommunikasjon med API	SMART on FHIR standarden for oppstart av webapplikasjon Trolig Oauth for SSO TLS for kommunikasjon med NAV	Trolig Oauth for SSO TLS for kommunikasjon med NAV

Tabell 5 Vurdering av aktuelle tekniske løsninger mot definerte funksjonelle behov

Alternativ 2a, der EPJ benytter Smart on FHIR webapplikasjon, kommer best ut vurdert mot de funksjonelle behovene, ved at det legger til rette for én innlogging for helsepersonell, automatisk journalføring og preutfylling. Alternativ 2b svarer også ut behovene tilfredsstillende, men har antagelig en begrensning knyttet til preutfylling fra EPJ-systemen.

Konsekvenser av valgt løsning	Alternativ 1 – API-basert tilnærming	Alternativ 2a – SmartOnFhir webapplikasjon	Alternativ 2b – Selvstendig webapplikasjon
Utviklingsomfang NAV	Lite	Moderat. NAV må utvikle webapplikasjon	Moderat. NAV må utvikle webapplikasjon
Utviklingsomfang EPJ-leverandører	Meget stort. Alle leverandører må bygge egen løsning som benytter API-et NAV tilbyr. Det medfører at leverandørene må: <ul style="list-style-type: none"> utvikle funksjonalitet og brukergrensesnitt for hver ytelse/skjema drive kontinuerlig utvikling og endring drive support og videreutvikling 	Stort. Alle leverandørene må støtte: <ul style="list-style-type: none"> SMART on FHIR pålogging med HelseID nødvendige FHIR API support og videreutvikling 	Lite. Leverandørene må eventuelt støtte: <ul style="list-style-type: none"> oppstart av webapplikasjon fra EPJ pålogging med HelseID journalføring for Dialogmeldinger
Endringsevne NAV	Veldig lav endringsevne	Høy endringsevne	Høy endringsevne
Migrering	Langt migreringsløp	Langt migreringsløp	Kortere migreringsløp

Tabell 6 Sammenlikning av aspekter ved aktuelle tekniske løsninger

Både alternativ 2a og 2b gir NAV økt endringsevne og dermed mulighet til raskt å gjennomføre forbedringer av informasjonsutvekslingen med helsepersonell. Den store ulempen ved alternativ 2a er at det krever at alle EPJ-leverandører etablerer støtte for Smart on FHIR. Her har alternativ 2b en stor fordel sammenlignet med alternativ 2a, da dette alternativet muliggjør en langt raskere utbredelse enn alternativ 2a.

Alternativ 2b må utforskes videre gjennom pilotering og utprøving slik at det kan gjøres en reell sammenlikning av de to alternativene basert på mer sikker og konkret kunnskap.

En mulig tilnærming er å tilby både alternativ 2a og 2b i parallell. Dette kan bidra til at en ny løsning når bredere ut til EPJ-markedet inntil utbredelsen av SMART on FHIR (alternativ 2a) har økt betraktelig. En slik tilnærming kan antagelig bidra til at flere EPJ-leverandører og

helsepersonell kommer seg over på en ny teknisk løsning sammenlignet med kun å tilby SMART on FHIR webapplikasjoner. En negativ side med en slik tilnærming er at dette trolig kan gi økte drift- og forvaltningskostnader for NAV, da NAV må støtte to webapplikasjoner som skiller seg en del fra hverandre (se kapittel 8). En tilnærming med to parallelle løsninger kan også undergrave leverandørenes insentiver for å slutte opp om en ønsket utviklingsretning.

I en videre utforsking av alternativene vil det ellers være viktig at også andre aspekter ved løsningsalternativene vurderes nærmere, da særlig konsekvenser for ansvarsfordelingen mellom aktørene knyttet til videre utprøving og eventuell prosjektgjennomføring, teknisk forvaltning og oppfølging av dataansvar.

5.2 NAV ber helsepersonell om å sende inn opplysninger

Innen mange ytelsesområder ber NAV helsepersonell om opplysninger. Det gjelder for eksempel innen større ytelser som AAP og uføretrygd, der NAV etter mottatt søknad fra innbygger må komme i kontakt med brukers behandler. Dette samhandlingsmønsteret krever en noe annen tilnærming enn mønsteret der helsepersonell initierer kontakten.

Første steg i dette samhandlingsmønsteret er å identifisere hvilken person NAV skal komme i kontakt med. Det kan for eksempel gjøres ved bruk av Fastlegeregisteret. Deretter må NAV gi vedkommende beskjed om å sende inn opplysninger til NAV. Helsepersonell vil fra NAV motta informasjon om hva henvendelsen gjelder sammen med en lenke til en webapplikasjon som NAV tilbyr. Behandler kan da trykke på denne for å starte en webapplikasjon på tilsvarende måte som det er beskrevet i forrige delkapittel, der helsepersonell tar initiativ til innsending av opplysninger til NAV.

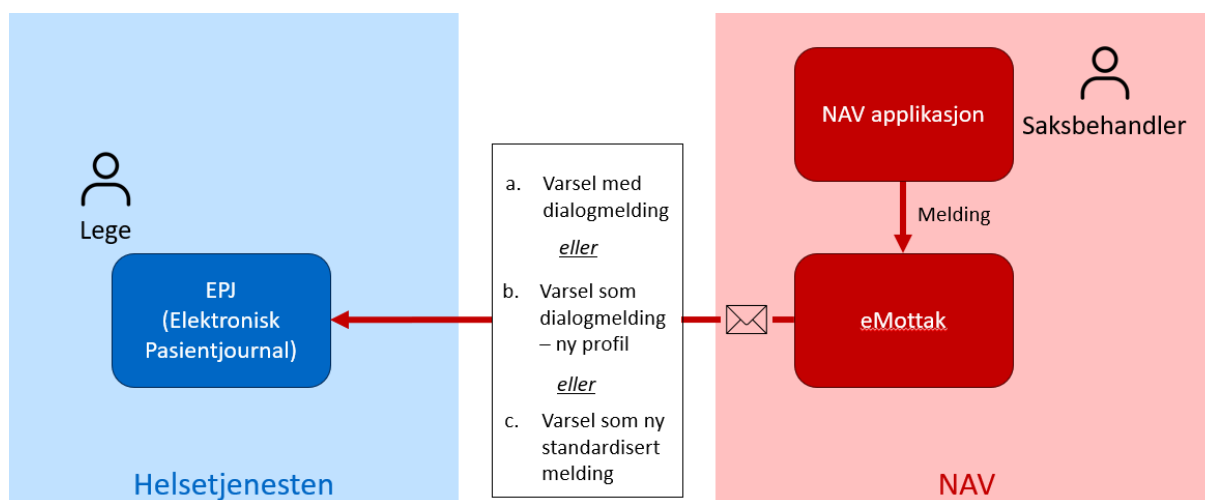
Det er identifisert to hovedalternativer med enkelte underalternativer for hvordan dette teknisk kan løses:

- Alternativ 1: Sende melding gjennom Helsenetttet:
 - a. Dialogmelding over Helsenetttet
 - b. Ny standardisert Dialogmelding profil over Helsenetttet
 - c. Ny standardisert melding over Helsenetttet
- Alternativ 2: Ny meldingshub

Alternativ1: Sende melding gjennom Helsenetttet

De tre variantene a, b og c av det første alternativet utnytter eksisterende infrastruktur i Helsenetttet til transport av meldinger. EPJ-leverandørene er godt kjent med å sende meldinger over Helsenetttet og det kreves ingen plattformutvikling for å benytte eksisterende Dialogmelding, ny Dialogmelding profil eller innføre en ny standardisert melding i Helsenetttet. Se ellers kapittel 5.3 for hvordan dialogmeldinger sikres.

Figuren nedenfor viser en skisse av alternativet.



Figur 6 Konseptuell skisse – Sende melding over Helsenettet

a. Dialogmelding over Helsenettet

Alternativet innebærer å gjenbruke Dialogmelding til å varsle helsepersonell gjennom Helsenettet om å sende inn opplysninger til NAV. I dette konseptet mottar EPJ-en meldingen, journalfører den i EPJ og tilgjengeliggjør den for behandler. EPJ-leverandørene må i dette tilfellet forstå hvordan NAV benytter dialogmeldingen, slik at de bygger rett og god funksjonalitet på sin side. Det er ikke avklart om det er utfordringer for EPJ-leverandørene at NAV benytter Dialogmelding også for dette formålet.

b. Ny standardisert dialogmelding profil over Helsenettet

Alternativet innebærer å etablere en ny standardisert melding (profil) som er en spesialisering av Dialogmelding for dette formålet. Ved å lage en spesialisert dialogmelding er det lettere for EPJ-leverandører å lage god støtte for varsler helsepersonell mottar om å sende inn opplysninger til NAV. Det vil også gjøre det tydeligere for EPJ-leverandørene hvordan de skal bygge korrekt og god funksjonalitet på en slik type melding. Dette er fordelene med dette alternativet. Ulempen er at standardisering i form av profilering tar tid, det vil derfor ta tilsvarende tid før alle leverandører støtter en slik standardisert profil. Når EPJ-en mottar disse spesialiserte dialogmeldingene vil de journalføres i EPJ.

c. Ny standardisert melding over Helsenettet

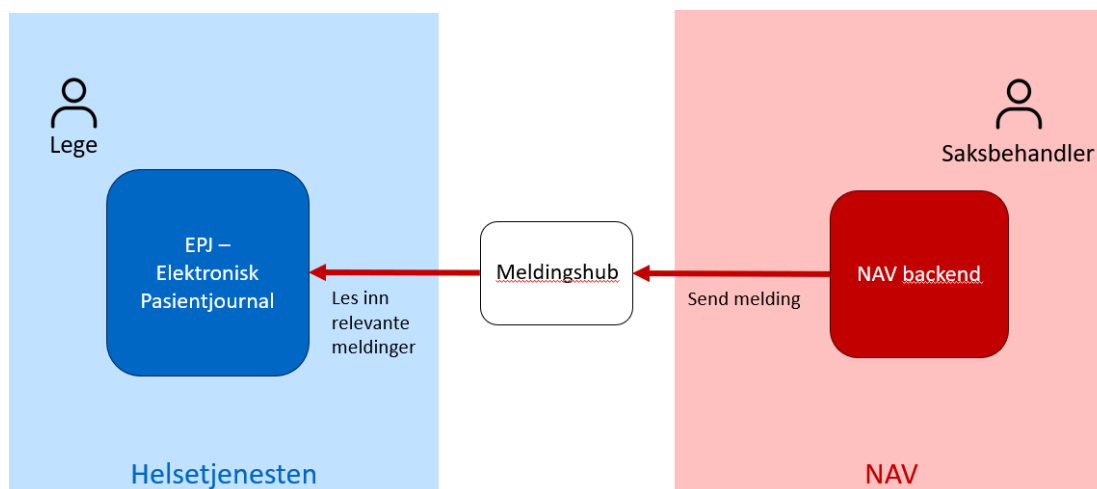
Et annet alternativ er å ikke ta utgangspunkt i Dialogmelding, men spesifisere og standardisere en helt ny meldingstype for dette formålet. Ved å lage en slik standardisert melding, gjøres det tydelig for EPJ-leverandørene hvordan de skal bygge korrekt og god funksjonalitet for en slik type melding. Dette er en fordel med dette alternativet. Ulempen er at standardisering tar tid og det vil ta tid før alle leverandører støtter en slik standardisert melding. Når EPJ mottar disse meldingene vil de journalføres i EPJ.

Alternativ 2: Ny meldingshub

Alternativet innebærer at det opprettes ny meldingshub som EPJ-er henter inn meldinger fra. Denne meldingshuben kan tilby et API som EPJ-en kan benytte til å lese varsler som NAV har sendt til helsepersonell. Det må avklares nærmere om EPJ-en skal lese disse hver gang bruker logger seg på, eller om EPJ-en lagrer kopier lokalt. En mulighet er at den nye

meldingshuben er master og at EPJ-en kun har en cache. Konseptet bak dette alternativet minner om Digitaliseringsdirektoratets konsept for Dialogporten.²⁴

Figuren nedenfor viser en skisse av hvordan samspillet med en ny meldingshub kan se ut.



Figur 7 Konseptuell skisse – Ny meldingshub

Dette alternativet vil trolig kreve en forskriftendring ettersom det lages en ny hub/register som vil inneholde personinformasjon. Dette alternativet vil kreve mer utviklingsarbeid hos leverandørene enn de tre første alternativene som utnytter eksisterende funksjonalitet i Helsenettet. I tillegg er det uklart hvor kostbart det vil være å utvikle løsningen for at den skal få samme kvalitet på utveksling av meldinger som Helsenettet har i dag. Samlet sett fremstår dette alternativet som lite aktuelt å ta med videre i arbeidet.

Oppsummering av alternativene

Det er prosjektgruppens vurdering at de tre alternativene med meldinger over Helsenettet virker mest egnet. I denne tilnærmingen gjenbrukes eksisterende plattformfunksjonalitet som tilbys av Norsk Helsenett og det er ikke nødvendig å utvikle en ny måte å samhandle på. Helsenettet tilbyr mekanismer for sikker transport, som kryptering og signering av innhold. Ved bruk av dialogmelding er man også sikret at NAV varsles når meldinger ikke kommer frem eller feiler (ved hjelp av applikasjonskwittering).

Foreløpig vurdering fra Direktoratet for e-helse er at alternativet med «Ny standardisert dialogmelding profil over Helsenettet» virker som det mest aktuelle alternativet, ettersom det vil gjøre det tydelig hva meldingen gjelder og gjøre det enklere å tilpasse arbeidsprosessen. Det er ingen stor jobb å lage ny profil av dialogmeldingen, og alternativet er basert på gjenbruk og vil gi mindre arbeid hos leverandørene. Konkret hvilke av de tre alternativene som er mest egnet, må imidlertid undersøkes nærmere i det videre arbeidet.

Alternativet med ny meldingshub fremstår unødvendig kompliserende. Det krever mer utviklingsarbeid hos EPJ-leverandørene og gir større risiko for at meldinger ikke kommer frem.

²⁴ Digitaliseringsdirektoratet (2023) *Dialogporten – konsept for felles nasjonal arbeidsflate for både API- og GUI-konsumenter av offentlige tjenester*. URL: <https://digdir.github.io/dialogporten/>.

5.3 Funksjonalitet for dialog

Det fins i dag funksjonalitet for dialog i Helsenetttet (NHN) i form av dialogmeldinger. Dialogmeldinger er en sikker standardisert måte i helsesektoren for å utveksle informasjon mellom helsepersonell og mellom helsepersonell og eksterne aktører, som for eksempel NAV. Dialogmeldinger går kryptert mellom partene, noe som sikrer at ingen andre kan få innsyn i meldingene. Meldingene er også signert slik at det skapes en trygghet om at de ikke er endret. Det er mulig å standardisere spissede dialogmeldinger for spesielle behov ved å definere profiler som dokumenterer hvordan man skal benytte en dialogmelding for et spesielt formål.

NAV støtter i dag dialogmeldinger for flere formål selv om disse ikke er definert i standardiserte profiler. Noen eksempler på slike dialogmeldinger er:

- Henvendelse fra behandler (lege)
- Henvendelse fra saksbehandler - bare kvittering
- Forespørsel fra saksbehandler - krever respons
- Innkalling dialogmøter
- Distribusjon av oppfølgingsplan fra arbeidsgiver til lege

Det er ikke ønskelig å utvikle ny plattformfunksjonalitet der behov allerede er dekket. For å dekke behovet for dialog ønsker NAV derfor å videreføre bruken av dialogmeldinger. Dette betyr at NAV må innføre tjenestebasert adressering, som NHN stiller krav om, og modernisere dagens løsning for kommunikasjon med helsepersonell over Helsenetttet.

6 Juridiske rammer og behov for regelverksutvikling

Juridisk samhandlingsevne innebærer at organisasjoner som arbeider under ulik lovgivning kan samhandle. For at organisasjoner på tvers i forvaltningen kan utvikle og bruke like tjenester og funksjonalitet må det rettslige grunnlaget for samhandling være på plass.²⁵

Uttekslingen av helseopplysninger mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV krever et rettslig grunnlag, hjemlet i lov. Folketryktdloven fastsetter at den som krever en ytelse plikter å legge fram opplysninger og levere dokumentasjon som er nødvendig for at Arbeids- og velferdsetaten skal kunne vurdere om vedkommende har rett til ytelsen. Arbeids- og velferdsetaten har videre rett til å innhente de opplysninger som er nødvendige for å kontrollere om vilkårene for en ytelse er oppfylt. Det er spesifisert i Folketryktdloven at opplysningene kan innhentes fra helsepersonell og at helsepersonell plikter å undersøke eller intervju en pasient og gi de erklæringer og uttalelser som er nødvendige for at Arbeids- og velferdsetaten skal kunne vurdere rettigheter og plikter etter loven.²⁶

I de fleste tilfeller er hjemmelen for informasjonsutveksling mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV teknologiavhengig. Dersom helse- og omsorgstjenesten ikke skal avgi ny eller annen type informasjon enn i dag, er det som hovedregel derfor ikke behov for endringer i regelverket som regulerer denne utvekslingen. Samtidig er det slik at ny teknologi kan medføre nye måter å behandle helseopplysninger på som det ikke ble tatt høyde for da regelverket ble utformet.

Gjennomgangen av de ulike ytelses- og tjenesteområdene i NAV og de innledende fasene av teknologitestingen har avdekket flere juridiske problemstillinger. Generelt er det for tidlig å peke på klare behov for regelverksutvikling, før den tekniske løsningen er testet i flere kontekster (se kapittel 9.2 med anbefalinger til videre utprøving). Hovedkonklusjonen er derfor at det på det nåværende tidspunkt ikke er identifisert forhold som krever endringer av regelverket for å kunne etablere en ny teknisk løsning og starte informasjonsutveksling via denne mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV.

Det som likevel synes klart, er at det ikke først og fremst er endringer i den tekniske måten å utveksle informasjon på som vil kreve regelverksendringer. Det er heller fag- og tjenesteutvikling og endringer i brukerreiser som muliggjøres *som følge* av den tekniske utviklingen, som kan gi behov for regelverksutvikling.

Ettersom vi ikke har identifisert noen grunnleggende endringsbehov på det nåværende tidspunkt, anbefales det at vurderingen av juridiske rammer og eventuelle fremtidige behov for regelverksutvikling skjer i det videre arbeidet, som en del av den videre fag- og tjenesteutviklingen. Det er her avgjørende at det tverrfaglige produktteamet i NAV som skal tilrettelegge for en teknisk løsning på de ulike tjeneste- og ytelsesområdene tilføres juridisk kompetanse, som både kan bistå i konkrete problemstillinger innenfor det enkelte ytelses- og tjenesteområdet og bidra til å se helhetlige problemstillinger som går mer på tvers. Det kan for eksempel gjelde gjenbruk av opplysninger, spørsmål rundt samtykke fra bruker og automatisering av ytelser. I det følgende drøftes disse forholdene videre.

²⁵ Digitaliseringsdirektoratet: Rammeverk for digital samhandling. URL: https://www.digdir.no/digital-samhandling/rammeverk-digital-samhandling/2148#styring_og_forvaltning_av_sammenhengende_tjenester

²⁶ Folketryktdloven § 21-3.

6.1 Gjenbruk av opplysninger

En og samme innbygger kan ha behov for ulike typer oppfølging, veiledning og ytelser i løpet av et forløp. Et eksempel er det såkalte helseforløpet i NAV der sykepenger, sykefraværsoppfølging, AAP og uføretrygd vil kunne etterfølge hverandre for noen brukere. Et annet eksempel er det store antallet tilgrensende ytelser på familieområdet, der samme innbygger av og til kan ende med å søke om flere ulike ytelser på relativt kort tid. For eksempel vil mange som søker om grunn- eller hjelpestønad i forbindelse med ekstrautgifter til sykt barn, tidligere ha hatt en eller flere andre ytelser på familieområdet.

NAV har i dag mulighet til å benytte tidligere inngitte opplysninger i den grad det er hensiktsmessig og mulig innenfor rettslige rammer. Dette krever imidlertid at det er god struktur på opplysningene NAV har hentet inn og at det er tydelig i hvilken kontekst opplysningene er gitt. Videre er det slik at NAV alltid skal sørge for at det foreligger oppdaterte medisinske opplysninger i en sak. Særlig er dette viktig i saker der NAV må ta stilling til om brukeren fortsatt fyller vilkårene til mottak av ytelser eller ikke. Av den grunn vil NAV ofte ha behov for å innhente oppdaterte helseopplysninger fra helsepersonell uavhengig av hva som finnes av opplysninger fra før.

Mulig fremtidig behov for endring i regelverket

Gjennomgangen av de ulike ytelses- og tjenesteområdene har avdekket at det er noe usikkerhet på de enkelte områdene om i hvilken grad det er juridisk holdbart å gjenbruke helseopplysninger som er innhentet i forbindelse med søknad om andre ytelser tidligere. I forbindelse med at et ytelsesområde løftes over på en mer moderne teknisk vedtaksløsning, gjøres det vanligvis nye juridiske vurderinger av eksisterende og fremtidige prosesser for behandling av informasjon og vedtak. I forlengelsen av dette gjøres det ofte endringer i prosedyrer for gjenbruk og lagring av data.

På samme måte virker det her fornuftig at dette inntil videre håndteres som en del av den løpende produktutviklingen i NAV. Dersom det gjennom den videre teknologitesting på andre områder og i andre kontekster (se anbefaling i kapittel 9) viser seg at det er et generelt problem at dagens hjemler for gjenbruk ikke er tilpasset forretningsmessige ønsker og brukerbehov, bør det da igangsettes et arbeid som ser nærmere på muligheten for regelverksutvikling knyttet til økt gjenbruk av innhentet informasjon.

En konkret problemstilling som trolig må utredes videre, litt avhengig av hvilket teknisk konsept som velges, er knyttet til preutfylling av opplysninger fra EPJ-systemene, jf. beskrivelse i kap. 4.3. Det må her undersøkes videre hvilke juridiske begrensninger som eventuelt finnes for at NAV skal kunne benytte EPJ-en som datakilde, noe som vil muliggjøre gjenbruk av informasjon.

6.2 Samtykke

Mange av NAVs brukere er i en vanskelig livssituasjon når de søker om ytelser, sosiale tjenester eller arbeidsrettet oppfølging. For innbygger er det viktig at offentlige tjenester oppleves mest mulig sammenhengende og helhetlige av brukerne, uavhengig av hvilke offentlige virksomheter som tilbyr dem. Det er en stor ulempe for innbygger å måtte ta ansvar for å bringe informasjon fra en offentlig etat til en annen eller oppleve at en siloinndelt offentlig forvaltning står i veien for rettighetsbaserte tjenester og ytelser.

NAV og helsesektoren har arbeidet mye med å legge bedre til rette for sammenhengende tjenester, der informasjonsutvekslingen går direkte mellom helsepersonell og NAV, uten

unødvendig involvering av bruker. På enkelte områder viser likevel gjennomgangen at brukere i praksis fungerer som et mellomledd mellom NAV og helsesektoren i forbindelse med uthenting og oversendelse av helseopplysninger til NAV.

Det gjelder blant annet innen pleiepenger for sykt barn, der søkeren må innhente legeerklæring fra lege på sykehuset og legge denne ved søknaden om pleiepenger. I de tilfeller NAV har behov for supplerende opplysninger, henvender NAV seg direkte til søker, som da i mange tilfeller blir nødt til å avtale ny konsultasjon hos legen for å hente ut de etterspurte opplysningene. Det er altså ingen direkte dialog mellom NAV og sykehusleger, og NAV har ikke anledning til å henvende seg direkte til legen for å be om tilleggsopplysninger. For mange innbyggere som søker om denne ytelsen, en sårbar brukergruppe som står i en krevende situasjon med sykt barn, ville det lettet situasjonen betraktelig dersom NAV kunne gått direkte til legen for å be om manglende informasjon.²⁷ En tilleggsdimensjon her er at dagens praksis, der brukeren fungerer som et mellomledd mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV, medfører en risiko for at innbyggerne ikke får den rettigheten de har krav på, ettersom søknadsprosessen oppleves så tungvint, midt oppe i en krevende livssituasjon. Resultatet vil da kunne bli at foreldre/foresatte heller blir sykmeldt og mottar sykepenger for å pleie barnet, noe som er uheldig gitt at sykepenger er en tidsbegrenset ytelse på maksimalt 52 uker.

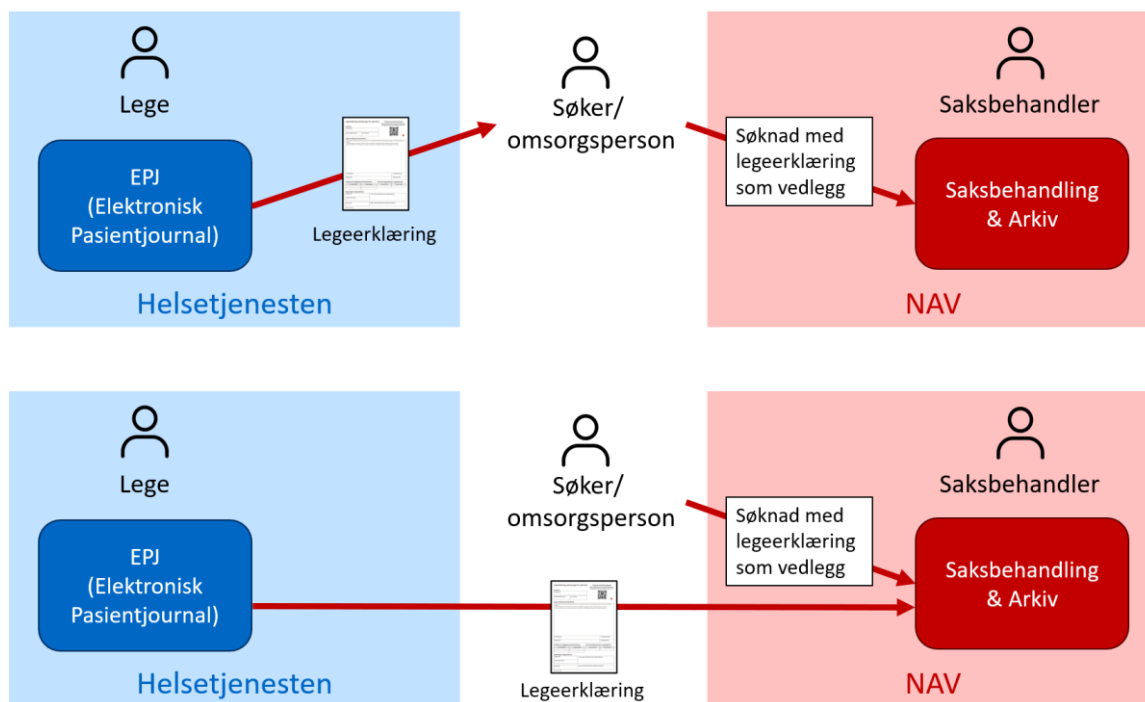
Hjelpemiddelområdet er også et område der det i stor grad er brukeren selv som må innhente informasjonen NAV har behov for, fra helsepersonellet. Det varierer om det er helsepersonell som sender inn dokumentasjonen til NAV eller om brukeren må gjøre dette selv, men det synes uansett å være et potensial for mer direkte kontakt mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten uten å gå veien om bruker (der det ikke er nødvendig eller ønskelig sett fra brukers perspektiv).

Mulig fremtidig behov for endring i regelverket

Problemstillinger knyttet til samtykke er et eksempel på at det ikke er endringer i den tekniske løsningen for informasjonsutveksling som medfører behov for regelverksutvikling, men heller fag- og tjenesteutvikling som muliggjøres som følge av en ny teknisk løsning. Juridiske rammebetingelser knyttet til samtykke vil da være en faktor som gjør det vanskelig, eller i hvert fall tidkrevende, å få ut alle gevinstene av endret informasjonsutveksling uten å endre på regelverket.

I forbindelse med teknologivalideringen innen pleiepenger for sykt barn, har NAV begynt å utforske hvilke forbedringer av brukerreisen som muliggjøres av en ny teknisk løsning. Her sitter juridisk kompetanse fra dette ytelsesområdet (familieområdet) sammen med utviklere, fagressurser og produktleder i det tverrfaglige teamet for å finne en best mulig løsning på dette. Figuren nedenfor illustrerer de første tankene om hvordan en ny brukerreise kan se ut.

²⁷ Ulike metoder for dette er en del av teknologivalideringen i prosjektet som nettopp ser på pleiepenger for sykt barn.



Figur 8 Søknad om pleiepenger. Mulige endringer i brukerreise og involvering for innbygger som følge av ny teknisk løsning. Forenklet tegning av dagens prosess øverst og en mulig ny prosess nederst. Det presiseres at dette er tidlig i arbeidet og per nå kun på skissestadiet.

I dette arbeidet har det allerede dukket opp juridiske problemstillinger knyttet til at man risikerer at legeerklæringen sendes til NAV før innbyggeren har sendt søknaden om pleiepenger. Slike problemstillinger håndteres løpende i teamet, og vurderes ikke å kreve regelverksutvikling.

Derimot er det mulig at endringer i brukerreisen der det i større grad er NAV og legen som har dialog om behov for eventuelle tilleggsopplysninger, kan kreve utvidet mulighet for å be om samtykke fra brukeren, for eksempel gjennom et fullmaktregister, noe som kan være krevende juridisk. Andre steder kan det være behov for endring av det konkrete regelverket som regulerer ytelsen, slik at NAV kan gå direkte til helsepersonell for innhenting av tilleggsopplysninger.

Dette må i tilfelle gås nærmere opp innenfor det enkelte ytelsesområdet. Men det er foreløpig for tidlig å peke på at konkrete bestemmelser i lovverket der det bør vurderes endringer.

6.3 Automatisert vedtak

En ny teknisk løsning kan gi mulighet for å automatisere noen prosesser, for eksempel å innføre automatisk innhenting av informasjon eller å redusere behovet for søknadsprosesser ved automatisk utbetaling av ytelser innbygger har krav på ved gitte forutsetninger. Sistnevnte minner om Helfos ordning for automatisk utbetaling til innbygger når grensen for frikort er nådd, det vil si når innbygger har betalt over et visst beløp i egenandeler i løpet av et år.

Gjennomgangen av ytelses- og tjenesteområder viser at en slik tilnærming kan være aktuell for NAVs utbetaling av foreldrepenger. Foreldrepenger er i dag en søknadsbasert ytelse,

dvs. at innbygger aktivt må søke foreldrepenger. NAV har ingen mulighet til å gi informasjon til vordende foreldre før søknaden kommer. Det til tross for at tilnærmet alle foreldre søker ytelsen og at det derfor er mulig å tenke seg en form for automatisk vurdering og utbetaling fra NAV, basert på terminbekreftelse med opplysninger om termindato og bekreftelse på at den fødende er kommet til uke 22 eller senere.²⁸

Det er for tidlig å anbefale en prosess for å vurdere hvordan regelverket i Folketrygdloven og Rundskriv til ftrl kap 14 – Ytelser ved fødsel og adopsjon legger til rette for en mulig overgang til automatisert vurdering og utbetaling av foreldrepenger. Dersom det blir aktuelt, bør disse vurderingene gås nærmere opp sammen med fagmiljøene i Produktområde Familie og Ytelsesavdelingen som en del av det videre arbeidet med den konkrete ytelsen.

²⁸ Trekk ved foreldrepenger som ytelse og behovet for helseopplysninger er nærmere beskrevet i vedlegg 1.

7 Tilnærminger til EPJ-utvikling

Det er i flere utredninger observert at det er et betydelig gap mellom helsepersonells IT-behov og den systemstøtten de får gjennom sine EPJ-systemer.²⁹ Det er også i flere sammenhenger påpekt at utviklingen av ny funksjonalitet for samhandling går sakte.³⁰ I forbindelse med utprøving og eventuell gjennomføring av et prosjekt som forutsetter ny EPJ-funksjonalitet, kan det følgelig være behov for å vurdere hvordan statsforvaltningen kan stimulere slik utvikling, og hvilke begrensninger som er knyttet til statlig virkemiddelbruk.

I dette kapitlet redegjøres det for hvordan EPJ-markedet i Norge ser ut, tidligere observerte utfordringer knyttet til utvikling av nye EPJ-funksjonalitet, og hvilke virkemidler staten kan benytte for å stimulere utvikling, utbredelse og bruk av slik ny funksjonalitet.

7.1 Kontaktflatene mellom EPJ-leverandørene og den offentlige helse- og omsorgstjenesten

Den norske helse- og omsorgstjenesten benytter i dag EPJ-systemer som er utviklet og levert av kommersielle leverandører, organisert som privatrettslige virksomheter. Leverandørene kan ha påtatt seg forpliktelser i kontraktene med helsevirksomhetene, men har ellers stor grad av uavhengighet fra helse- og omsorgstjenesten og fra myndighetene. De beslutter i utgangspunktet selv hvilken funksjonalitet EPJ-systemer skal inneholde, og når og hvordan de skal videreutvikles. Myndighetene kan kun etablere forpliktende rammer og føringer for leverandørene gjennom lovregulering, og Stortinget har i nyere tid vært svært tilbakeholden med å regulere leverandørmarkedene, blant annet for å unngå å påvirke konkurransen i markedene og mulighetene for innovasjon.

Leverandørene forholder seg først og fremst til den offentlige norske helse- og omsorgstjenesten gjennom *helsevirksomhetene*, da som kunder og som representanter for brukerne av EPJ-systemene. Helsesektoren er fragmentert, med flere tusen helsevirksomheter, der de fleste også har stor grad av uavhengighet til hverandre. De fleste er underlagt kommunene, og disse har ingen felles styringsorganer som kan treffe felles beslutninger som er formelt forpliktende.

Mange av helsevirksomhetene er også organisert som privatrettslige virksomheter, for eksempel fastleger, fysioterapeuter og avtalespesialister. Disse leverer helsetjenester på vegne av kommunene eller sykehusene, basert på kontrakter med offentlige oppdragsgivere. Kontraktene har normalt fokus på helsetjenestene som skal leveres, og det er i stor grad opp til disse aktørene selv å vurdere hvilke krav de skal stille til sine EPJ-leverandører. Aktørene opererer samtidig innen økonomiske rammer som i stor grad er regulert av staten, noe som gjør at de har begrenset rom for å finansiere utvikling i egne systemer.

Endelig finnes det også en del selvstendige helsevirksomheter som står helt utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten, og som derfor ikke kan pålegges føringer knyttet til digitalisering.

Det er et stort spenn i størrelsen på helsevirksomhetene, fra store regionale helseforetak til små enkeltpersonforetak, og et tilsvarende spenn i teknisk kompetanse og kapasitet til å

²⁹ «Konseptvalgutredning Nasjonal journal- og samhandlingsløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste» Direktoratet for e-helse (2018), «KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste – Én innbygger-Én journal» A2/SNF/Holte Consulting (2018), m.fl.

³⁰ Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren, Dokument 3:6 (2013-2014) m.fl.

initiere og følge opp videreutvikling i EPJ-systemene. Kjøpsavtalene med leverandørene forplikter normalt ikke leverandørene til noen bestemt videreutvikling av EPJ-systemene. Leverandørene vil følgelig ikke ha noen plikt til å respondere på slike bestillinger, og vil også ha stor grad av frihet til å bestemme oppstarttidspunkt, fremdrift og øvrige vilkår for utvikling av ny funksjonalitet. Særlig de minste virksomhetene mangler ofte kompetanse, kapasitet og forhandlingsposisjon til å initiere EPJ-utvikling, og helsevirksomheter som etterspør ny funksjonalitet kan bli møtt med krav om å dekke hele utviklingskostnaden. Leverandørsiden har samtidig gitt uttrykk for at det ikke er tilstrekkelig betalingsvilje hos kundene deres til å dekke kostnader knyttet til å videreutvikle systemene, og at bestillingene ofte er ukoordinerte og sprikende.

Virksomheter i statsforvaltningen kan gi føringer for EPJ-leverandørene gjennom faglige anbefalinger, standarder og annen normering. Men siden staten er tilbakeholden med å regulere leverandørmarkedene gjennom pålegg, vil det normalt være opp til leverandørene i hvilken grad de ønsker å forholde seg til slik føringer. Statsforvaltningen har ellers fra tid til annen inngått forpliktende kontrakter med EPJ-leverandørene om utvikling av konkret ny funksjonalitet, særlig samhandlingsfunksjonalitet, men har opplevd varierende interesse fra leverandørene til å inngå slike avtaler og tidvis sviktende oppfølging av inngåtte avtaler.

7.2 Sentrale kjennetegn og utfordringer ved markedet for EPJ-systemer

Det norske leverandørmarkedet for EPJ-systemer består av mange leverandører, noe som gir utfordringer der det er behov for koordinert utvikling og innføring av ny EPJ-funksjonalitet i større deler av sektoren. En kartlegging fra Direktoratet for e-helse fra mars 2023 identifiserte totalt 41 forskjellige EPJ-systemer fra 29 ulike leverandører, som til sammen retter seg mot 13 ulike brukergrupper. Fastlegene og sykehusene er to eksempler på brukergrupper i denne sammenhengen³¹, og det er også flere adskilte kundesegmenter innenfor primærhelsetjenesten.

Overordnet sett, har det norske EPJ-markedet hittil omfattet mange små leverandører med begrenset utviklingskapasitet³², i tillegg til noen få større leverandører, primært rettet mot sykehussektoren. I EPJ-markedet for primærhelsetjenesten har det frem til nylig vært få nye aktører. De etablerte leverandørene har også hatt ganske stabile markedsandeler, hvilket kan tyde på at det hittil har vært svak konkurranse mellom leverandørene i dette markedet. Dette kan henge sammen med at det norske EPJ-markedet primært består av EPJ-systemer som er spesialtilpasset til den norske helse- og omsorgstjenestens behov. Det norske markedet er altså fortsatt ganske adskilt fra de internasjonale leverandørmarkedene, og samtidig et lite marked i internasjonal målestokk. Markedspotensialet for leverandørene er tilsvarende begrenset. Dette påvirker leverandørenes inntjeningspotensial, og dermed deres økonomisk kapasitet til å investere i systemutvikling og videreutvikling. I 2022 var omsetningen i det norske EPJ-markedet totalt bare på ca. kr 1,7 mrd.³³ Omtrent halvparten av dette har historisk sett vært knyttet til de få leverandørene i sykehussegmentet. Siden resten av totalomsetningen er aggregert fra over 20 leverandører, gir dette en indikasjon på den begrensede investerings-kapasiteten hos flertallet av EPJ-leverandørene i det norske markedet. Tar man med at ny samhandlingsfunksjonalitet typisk utvikles i flere av løsningene

³¹ «Kartlegging av elektroniske pasientjournalssystemer og deres støtte for nasjonale e-helseløsninger», Direktoratet for e-helse (2023)

³² «Forslag til bedre samhandling mellom myndigheter og leverandører», Helsedirektoratet/NAV (2008) og EPJ-løftet – tiltak for økt gjennomføringskraft, Direktoratet for e-helse (2023)

³³ «Kartlegging av elektroniske pasientjournalssystemer og deres støtte for nasjonale e-helseløsninger», Direktoratet for e-helse (2023)

i parallell, setter de økonomiske rammen noen klare begrensninger for hvor mye ny EPJ-funksjonalitet som vil kunne utvikles hvert år.

Den svake konkurransen i det norske EPJ-markedet kan skyldes at leverandørene og systemene er fordelt på mange kundesegmenter, noe som gir få konkurrenter innen hvert segment. Kundene har erfaringsvis også høye byttekostnader, noe som gjør at de vil ha en høy terskel for å bytte EPJ-system. Dette bidrar til å begrense konkurransen i markedet ytterligere. Byttekostnadene er særlig knyttet til høye migreringskostnader for data (teknisk innelåsing), og til at kundene ofte har gjort omfattende investeringer knyttet til opplæring og spesialtilpasninger i det eksisterende EPJ-systemet, som må tas på nytt ved bytte av system (økonomisk innelåsing). Den lave mobiliteten og svake konkurransen i markedet svekker leverandørens insentiver for å konkurrere om å tilby ny funksjonalitet.

Spesialisthelsetjenesten utgjør et kundesegment som skiller seg betydelig fra de andre segmentene i EPJ-markedet. Anskaffelsen av EPJ-systemer foretas her av de fire regionale helseforetakene, som har betydelig kompetanse, kapasitet og finansiell styrke, noe som også gir større kundemakt. Det norske markedet for sykehussystemer er i dag fordelt mellom to leverandører, der den ene (DIPS AS) er leverandør til tre av helseregionene mens den andre leverandøren (Epic Systems Corporations) leverer et internasjonalt benyttet EPJ-system til den fjerde helseregionen, Helse Midt-Norge RHF.³⁴ Også flere kommuner i Midt-Norge har tatt i bruk den samme løsningen, eller har planer om å ta den i bruk.

De siste årene har det kommet til enkelte nye EPJ-leverandører og -systemer i det norske EPJ-markedet, særlig i fastlegeselementet. Det kan derfor være grunn til å tro at konkurransen har styrket seg noe i dette segmentet. Men det er så langt ikke klare holdepunkter for en slik effekt. Flere internasjonale leverandører har de siste årene også vist interesse for det norske sykehusmarkedet.

7.3 Statens behov og mål for utvikling av ny EPJ-funksjonalitet

Det er ventet tiltagende utfordringer med kapasiteten i den offentlige helse- og omsorgstjenesten i årene som kommer. Dette skyldes særlig den ventede demografiske utviklingen, der helsetjenester til stadig flere eldre skal finansieres og leveres av en begrenset andel innbyggere i arbeidsfør alder som ikke er ventet å øke tilsvarende.³⁵ Dette vil medføre et stort behov for å effektivisere måten helsetjenester leveres på.

Bedre digitale tjenester er antatt å kunne bidra betydelig til denne effektiviseringen. Som helpersonellets viktigste arbeidsverktøy, vil det være særlig viktig at EPJ-systemene videreutvikles. Det er både behov for at EPJ-systemene får funksjonalitet for bedre å understøtte helsevirksomhetenes arbeidsprosesser (kvalitative forbedringer), og at de får ny funksjonalitet for samhandling med andre helsevirksomheter (rikere samhandlingsfunksjonalitet). Utvikling av ny samhandlingsfunksjonalitet vil antagelig være en forutsetning for å oppnå målene om sammenhengende helsetjenester og pasienten i sentrum.

Kvalitative forbedringer er noe helsevirksomhetene selv kan ha insentiver til å etterspørre. De har imidlertid ikke i samme grad insentiver til å etterspørre ny samhandlingsfunksjonalitet. Gevinster av samhandlingsfunksjonalitet vil ofte være avhengig av at funksjonaliteten innføres koordinert hos flere aktører, og gevinstene vil i flere tilfeller tilfalle andre aktører enn de virksomhetene som tar den i bruk. Et eksempel er fastlegene, der andre

³⁴ Helse Midt RHF benytter i tillegg et system leveret av Oracle Cerner, som er i ferd med å fases ut.

³⁵ NOU 2023:4 «Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste»

helsevirksomheter har et stort behov for tilgang til informasjon fra fastlegene, mens fastlegene i noen tilfeller primært får tilleggsarbeid ved å dele mer informasjon.

Oppsummert vil det for staten være et mål å få utviklet og utbredt ny og forbedret funksjonalitet for samhandling i helsevirksomhetenes EPJ-systemer så raskt som mulig.

Det er samtidig et helsepolitisk mål at leverandørene til helse- og omsorgstjenesten blir bedre i stand til å dekke helse- og omsorgstjenestens fremtidige behov. Det er i denne sammenhengen viktig at tiltak rettet mot EPJ-leverandørene ikke undergraver de grunnleggende markedsmekanismene, men heller bidrar til å styrke disse. Det er særlig behov for at konkurransen i EPJ-markedene styrkes og at helsevirksomhetene blir bedre i stand til å ivareta sin kunderolle, foreta koordinerte bestillinger og inngå gode kontrakter. Dette er også i tråd med næringspolitisk mål om å legge til rette for vekst i den norske helsenæring.

7.4 utfordringer knyttet til statlig virkemiddelbruk

Det er en del av utfordringsbildet at det statlige virkemiddelapparatet i denne sammenheng er begrenset av en rekke praktiske og juridiske rammer, som betydelig begrenser statens mulighet til å avhjelpe de nevnte utfordringene.

Statlige virkemidler grupperes ofte i kategoriene organisatoriske, juridiske og finansielle virkemidler. Begrensningene knyttet til bruken av virkemidlene til å stimulere EPJ-utvikling kan i tråd med dette oppsummeres som følger:

Begrensninger knyttet til bruken av organisatoriske virkemidler

- Staten har ikke styringslinje til EPJ-leverandørene, og det har hittil ikke vært vilje til å etablere offentlige EPJ-leverandører, verken hos helsevirksomhetene eller fra staten.³⁶ Staten vil som hovedregel heller ikke kunne levere digitale tjenester i konkurranse med private leverandører.³⁷
- Staten har ingen (operativ) styringslinje til de kommunale helsevirksomhetene, for eksempel pleie- og omsorgstjenestene, eller til de EPJ-kundene som er organisert som privatrettslige virksomheter, for eksempel fastlegene.
- Det er kun Helse- og omsorgsdepartementet som kan utøve styring over spesialisthelsetjenesten, og da kun over de regionale helseforetakene. Departementet kan ikke utøve eierstyring utenom foretaksmøtene.³⁸ Departementet vil også normalt være tilbakeholden med å utøve operativ styring av helseforetakene, i tråd med beste praksis for eierstyring.³⁹

Begrensninger knyttet til bruken av finansielle virkemidler

- Staten kan, i henhold til statsstøttereguleringen, som klar hovedregel ikke gi støtte til aktører som konkurrerer i et marked, herunder EPJ-leverandører.⁴⁰

³⁶ Se blant annet Hurdalsplattformen.

³⁷ EØS-avtalen, artikkel 61.

³⁸ Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) av 15. juni 2001 nr. 93 § 16 første ledd

³⁹ Se blant annet Meld. St. 8 (2019-2020) Statens direkte eierskap i selskaper, kapittel 8 og 9.

⁴⁰ EØS-avtalen art. 61. Det er en viss usikkerhet knyttet til hvorvidt privatrettslige virksomheter som leverer helsetjenester, blant annet mange fastleger, også faller i denne kategorien.

- Tilskudd til helsevirksomhetene er mulig, men gir staten begrenset mulighet til å påvirke bruken av midlene. Staten vil bare ha mulighet til å påvirke bruken indirekte, siden det er helsevirksomhetene som vil måtte bestille og følge opp EPJ-utviklingen. Økonomiregelverket i staten legger også til grunn at tilskudd skal følges opp gjennom mål- og resultatstyring, ikke ved løpende detaljstyring.⁴¹ Svært detaljerte vilkår for hvordan midlene skal brukes, vil videre kunne innebære at utbetalingene faller inn under anskaffelsesregelverket, og da må følge kravene til anskaffelsesprosesser.⁴²
- Staten kan anskaffe utvikling fra EPJ-leverandører, men må oppfylle relevante krav i anskaffelses- og statsstøtteregelverket. Det må blant annet treffes tiltak for å sikre at det ikke betales mer enn markedspris for utviklingen.⁴³ Leverandørene står også fritt til å velge om de vil inngå slike kontrakter, og kapasitetsutfordringer vil kunne medføre at de prioriterer sine langsiktige kunders, altså helsevirksomhetenes, prosjekter samt egne utviklingsstrategier.
- Dersom staten velger å anskaffe samhandlingsfunksjonalitet fra flere leverandører i parallell, bør kompensasjonen til leverandørene være mest mulig lik, for å unngå at konkurransen mellom leverandørene påvirkes. Samtidig vil dette kunne svekke oppslutningen om de statlige utviklingsinitiativene fra aktører som av tekniske grunner har høyere utviklingskostnader enn konkurrentene, og som dermed må finansiere det overskytende selv.
- Stadige anskaffelser som i stor grad finansieres av staten, vil over tid kunne føre til at leverandørene begrenser omfanget av egeninitierte utviklingstiltak, og at innovasjonstakten i EPJ-markedet dermed svekkes.

Begrensninger knyttet til bruk av regulatoriske virkemidler

- Det har i nyere tid vært liten politisk vilje til å regulere leverandørmarkedene direkte, da dette blant annet vil kunne påvirke konkurransen og innovasjonen i markedene uheldig.
- Det er også juridiske skranker i EØS-retten for å regulere leverandørmarkedene. Et pålegg må blant annet oppfylle krav om å være et nødvendig, egnet og forholdsmessig tiltak.
- EPJ-kundene (helsevirksomhetene) kan pålegges å *ta i bruk* bestemt funksjonalitet, men bare dersom slik funksjonalitet er tilgjengelig fra deres leverandører og det dermed er sannsynlig at helsevirksomhetene vil være i stand til å oppfylle pålegget. Det er lite sannsynlig at Stortinget eller regjeringen vil vedta et pålegg som vil kunne medføre at et stort antall virksomheter ender som lovbrytere.⁴⁴ Dette gjør at regulering er lite egnet til å stimulere systemutvikling. Det gjør også regulering er lite egnet til å stimulere utbredelse av ny funksjonalitet så lenge funksjonaliteten kun er tilgjengelig i noen få systemer. Regulering vil altså være mest aktuelt som virkemiddel fra et tidspunkt der de fleste leverandørene kan tilby funksjonaliteten man ønsker å gjøre obligatorisk.

⁴¹ Bestemmelser om økonomistyring i staten, kapittel 6.

⁴² Se blant annet sak 2005/180 fra Klageorganet for offentlige anskaffelser (KOFA) og Guide to the application of the European Union rules on state aid, public procurement and the internal market to services of general economic interest, and in particular to social services of general interest, Commission staff working document, 07.12.2010, SEC (2010) 1545 final, s. 74.

⁴³ EØS-avtalen, artikkel 61.

⁴⁴ Se blant annet pasientjournalloven § 8 siste ledd, der Stortinget har lagt inn et vilkår om at pålegg ikke kan benyttes før en «vesentlig andel» av kommunene har tatt i bruk den aktuelle løsningen.

- Et pålegg rettet mot helsevirksomhetene kan heller ikke være uforholdsmessig i henhold til norsk forvaltningsrett. Det må i denne sammenheng foretas en proporsjonalitetsvurdering, der nytten av regulering må vurderes opp mot ulempene for de som treffes av pålegget og muligheten for å finne alternative tiltak.
- Regulering tar lang tid, særlig etablering eller endring av lovbestemmelser, og er avhengig av politisk vilje.

7.5 Mulige tiltak for å stimulere utvikling, utbredelse og bruk av ny EPJ-funksjonalitet

Utfordringene angitt i kapittel 7.1 flg. kan oppsummeres som følger:

- Et fragmentert norsk leverandørmarked med et begrenset inntjeningspotensial og begrenset utviklingskapasitet, der det også er tegn til svak konkurranse mellom leverandørene
- En fragmentert kundeside, som også er fordelt på to forvaltningsnivåer og mange styringslinjer, der et flertall av kundene har begrenset kompetanse og kapasitet til å initiere og følge opp bestillinger av EPJ-utvikling, og i flere tilfeller også svake insentiver for å initiere slike tiltak⁴⁵

I dette bildet er det er først og fremst kundesiden staten har mulighet til å påvirke. Denne er altså preget av ukoordinerte bestillinger fra et stort antall offentlige kunder, både kommunale og statlige helsevirksomheter. I tillegg mottar EPJ-leverandørene også ukoordinerte bestillinger fra prosjekter i forskjellige deler av statsforvaltningen. Leverandørene gir uttrykk for at bestillingene er sprikende, og at det er uklart hvilke behov som bør prioriteres.⁴⁶ I tillegg gjør liten betalingsvilje eller -evne hos EPJ-kundene og mangel på langsiktig økonomisk forutsigbarhet for leverandørene det risikabelt å bygge opp den nødvendige utviklingskapasiteten.⁴⁷

Disse utfordringene har vært vedvarende over lang tid. Allerede i 2007 ble det opprettet et koordineringsorgan for elektronisk samhandling mellom leger og NAV⁴⁸, for å bidra til økt elektronisk samhandling, økt kvalitet og felles forståelse for hva som skal til for å lykkes. I 2008 nedsatte koordineringsorganet en arbeidsgruppe som skulle foreslå en generisk modell for utvikling og innføring av ny funksjonalitet i tråd med myndighetskrav.⁴⁹ Arbeidsgruppen anbefalte blant annet at NAV og Helsedirektoratet burde styrke den interne koordineringen og prioriteringen av tiltak som er avhengig av EPJ-utvikling, og å etablere faste felles møter med leverandørene. Samme år pekte den nye nasjonale strategien for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren, Samspill 2.0 på tilsvarende utfordringer, og la følgende strategiske prinsipper til grunn for det videre digitaliseringsarbeidet:

- Gode konsekvensvurderinger

⁴⁵ «Forslag til bedre samhandling mellom myndigheter og leverandører», Helsedirektoratet/NAV (2008), «Myndighet og markedsaktør - Virkemidler for stimulering av IT-utvikling», Helsedirektoratet (2014), «EPJ-løftet – tiltak for økt gjennomføringskraft», Direktoratet for e-helse (2023)

⁴⁶ «Forslag til bedre samhandling mellom myndigheter og leverandører», Helsedirektoratet/NAV (2008)

⁴⁷ «EPJ-løftet – tiltak for økt gjennomføringskraft», Direktoratet for e-helse (2023)

⁴⁸ Koordineringsorganet for elektronisk samhandling mellom leger og NAV

⁴⁹ «Forslag til bedre samhandling mellom myndigheter og leverandører», Helsedirektoratet/NAV (2008)

- Bedre bestillinger og tydelige prioriteringer, med god forankring

Utfordringene og mulige tilnærminger til å løse disse har også blitt vurdert i flere senere rapporter, blant annet i rapportene «Myndighet og markedsaktør – Virkemidler for stimulering av IT-utvikling» (Helsedirektoratet, 2014) og «EPJ-løftet – Tiltak for økt gjennomføringskraft» (Direktoratet for e-helse, 2023).

Generelt om valg av virkemidler

Helse- og omsorgstjenestens avhengighet til kommersielle EPJ-leverandører, medfører at all EPJ-utvikling vil være avhengig av EPJ-leverandørenes kapasitet og motivasjon for å utvikle sine EPJ-systemer. For kommersielle aktører vil spørsmålet om motivasjon først og fremst være knyttet til hvorvidt videreutvikling av EPJ-systemene vil kunne generere en merinntekt som dekker utviklingskostnaden, og om det vil kunne medføre netto overskudd. I tillegg vil det være sentralt for leverandørenes vurdering hvorvidt de risikerer å tape markedsandeler til konkurrenter dersom de ikke utvikler systemene sine. Konkurransen i markedet vil altså være en sentral faktor. Leverandørenes kapasitet vil først og fremst være avhengig av den enkelte leverandørens kundegrunnlag og overskudd, og det økonomiske handlingsrommet dette gir for å bygge opp leverandørens utviklingskapasitet.

I lys av den vedvarende avhengigheten helsesektoren (og indirekte andre deler av forvaltningen, herunder NAV) står i til EPJ-leverandørene, vil det være en viktig forutsetning for statens virkemiddelbruk at denne ikke undergraver de grunnleggende markedsmekanismene, men heller bidrar til å stimulere et mer velfungerende EPJ-marked. Som nevnt, er det holdepunkter for at det er svak konkurranse i EPJ-markedet og at innovasjonstakten ikke holder tritt med utviklingen i helse- og omsorgstjenestens behov. Det bør derfor oppstilles som et generelt krav at statlige tiltak på EPJ-området

- ivaretar stor grad av likebehandling mellom EPJ-leverandørene, og ikke undergraver konkurransen i EPJ-markedet ytterligere, men heller understøtter denne
- ikke favoriserer veletablerte leverandører på en måte som gjøre det mer krevende for nye leverandører å komme inn i markedet
- ikke undergraver helsevirksomhetenes kunderolle, men heller bidrar til å understøtte denne og styrke kundemakten

Det bør også legges vekt på å gjøre det så enkelt som mulig for EPJ-leverandørene å utvikle den nødvendige funksjonaliteten og grensesnittene mot de statlige samhandlingsløsningene, slik at terskelen for leverandørene blir lavest mulig. Dette kan blant annet bestå i å bygge mest mulig av de nødvendige samhandlingskapabilitetene i de statlige samhandlingsløsningene.

For å oppnå målene om raskere EPJ-utvikling, vil det sannsynligvis også være *nødvendig å bruke flere virkemidler i parallell*, rettet mot forskjellige deler av utfordringsbildet. Det er ingen enkeltstående virkemidler eller tiltak som alene utmerker seg som effektive for å løse de utfordringene som er nevnt ovenfor.

Det vil videre være nødvendig å treffe *forskjellige tiltak for å stimulere henholdsvis utvikling, utbredelse og bruk* av ny EPJ-funksjonalitet. Det er holdepunkter for at funksjonalitet som er tilgjengelig i markedet ikke nødvendigvis bestilles av helsevirksomhetene, og at funksjonalitet som gjøres tilgjengelig i virksomhetene ikke heller nødvendigvis tas i bruk av helsepersonellet.

Anskaffelser initiert av statsforvaltningen

Anskaffelser av ny EPJ-funksjonalitet, initiert av virksomheter i statsforvaltningen, er en tilnærming som har vært benyttet i flere statlige prosjekter, særlig i prosjekter som har hatt som mål å utvikle nye samhandlingstjenester. I Direktoratet for e-helse har denne tilnærmingen vært mest benyttet av det såkalte «EPJ-løftet», som er et samarbeidsprosjekt mellom Den Norske Legeforening og staten, med fokus på fastlegers, fysioterapeuters og manuellterapeuters EPJ-systemer. Prosjektet har benyttet litt forskjellige tilnærminger over tid, men tilnærmingen til EPJ-utvikling har for eksempel omfattet:

- prioritering av behov i et sektorsammensatt prosjektstyre, etter forslag fra et prosjektsekretariat i direktoratet
- utarbeidelse av behovsbeskrivelser i samarbeid med brukere i sektoren
- kunngjøring av anskaffelser, med en forhåndsdefinert pris (for å sikre likebehandling og overholdelse av statsstøtteregulverket), med tildeling av kontrakt til interesserte leverandører som oppfyller kravspesifikasjonen
- løpende kommunikasjons- og koordineringstiltak rettet mot leverandørene, da særlig oppfølging av utviklingsprosessene og kontraktsoppfølging
- publisering av behovsbeskrivelsene i etterkant av prosjektene, for å legge til rette for utvikling hos leverandører som ikke har deltatt i anskaffelsene

Anskaffelsene har i flere tilfeller medført utvikling av konkret ny funksjonalitet i flere EPJ-systemer. Men prosjektet har også opplevd flere utfordringer, herunder:

- betydelig ressursbruk og kostnader knyttet til utviklingstiltakene og oppfølgingen av disse
- varierende interesse hos leverandørene for å gi tilbud i anskaffelsesprosessene
- betydelige forsinkelser i systemutviklingen hos enkelte leverandører
- tiltagende forventninger hos leverandørene om direkte finansiering av videreutvikling i egne EPJ-systemer
- risiko for at leverandører med utdaterte løsninger og svak konkurranseevne opprettholder sin markedsposisjon som følge av stadige inntekter fra statlige prosjekter, noe som kan gjøre det mer krevende for nye og leverandører med mer oppdaterte løsninger å vinne markedsandeler

Kommunikasjon / pedagogiske virkemidler

I tillegg til organisatoriske, finansielle og regulatoriske virkemidler, er det erfaringsvis mye som kan oppnås gjennom forskjellige former for pedagogiske virkemidler. Dette virkemiddelet bør derfor ikke undervurderes. Pedagogiske virkemidler kan for eksempel omfattet:

- tiltak for å sikre bedre koordinering og mer enhetlig prioritering av statsforvaltningens samlede behov for EPJ-utvikling
- tiltak for å sikre bedre koordinering og mer enhetlig prioritering av helsevirksomhetenes samlede behov for EPJ-utvikling
- tydelig og entydig kommunikasjon til leverandørene rundt statsforvaltningens og helse- og omsorgstjenestens behov for og omforente prioriteringer knyttet til ny journalfunksjonalitet
- tidlig og løpende kommunikasjon til leverandørene rundt statens fremdriftsplaner for utviklingen av nye samhandlingstjenester

- veiledning og faglig støtte til helsevirksomheter som ønsker å bestille EPJ-utvikling eller innføre og ta i bruk ny funksjonalitet i virksomhetene
- veiledning til leverandører i form av faglige retningslinjer og standarder, eventuelt også individuell veiledning knyttet til enkeltstående prosjekter

Pedagogiske virkemidler vil kunne være godt egnet til å stimulere både utvikling, utbredelse og bruk av ny EPJ-funksjonalitet. En koordinert kundeside med felles prioriteringer vil kunne bidra til bedre forutsigbarhet for leverandørene, noe leverandørene ved flere anledninger har etterlyst. Dersom kundene også knytter finansiering til disse prioriteringene, vil det kunne legge sterke føringer på leverandørenes prioriteringer.

Pedagogiske virkemidler vil også være godt egnet til å styrke konkurransen i EPJ-markedet og til å understøtte helsevirksomhetene i deres rolle som EPJ-kunder. Pedagogiske virkemidler vil videre alltid kunne kombineres med annen virkemiddelbruk.

Tiltak som også kan understøtte konkurransen i markedet og EPJ-kundene

En tilnærming til å benytte anskaffelser som virkemiddel, som vil kunne understøtte markedsmekanismene og medføre lavere kostnader for staten, kan være anskaffelser av EPJ-utvikling der det tildeles *kontrakt til én leverandør i stedet for flere*. Dette vil kunne stimulere konkurransen mellom leverandørene både direkte og indirekte, ved at leverandørene må konkurrere hardere både om de statlige kontraktene og om å fortsatt fremstå konkurransedyktig overfor kundene når de ikke vinner slike kontrakter. Dette kan kombineres med informasjonstiltak og faglig bistand til leverandørene som ikke vinner kontrakten, for å stimulere utvikling av tilsvarende funksjonalitet hos også de øvrige EPJ-leverandørene. En mulig ulempe med en slik tilnærming vil kunne være at utbredelse av ny funksjonalitet vil kunne ta lenger tid, som følge av at leverandører uten statlig finansiering vil kunne komme til å bruke lenger tid på å utvikle tilsvarende funksjonalitet.

Tilskudd til helsevirksomheter som ønsker å bestille utvikling i sine EPJ-systemer, er som nevnt et mulig virkemiddel. Tilskudd kan knyttes til enten utvikling, utbredelse eller bruk av ny EPJ-funksjonalitet, avhengig av hvilken fase man ønsker å stimulere. Tilskudd til kundesiden inngår for eksempel i Direktoratet for e-helses forslag til en ny «helseteknologiordning», da i form av tilskudd som kan dekke prosesskostnader ved anskaffelser av ny EPJ-funksjonalitet.⁵⁰ Tilskudd kan kombineres med informasjonstiltak og tilbud om prosesstøtte fra staten, for å avhjelpe utfordringen ved at mange av EPJ-kundene mangler kompetanse og kapasitet til å gjennomføre slike anskaffelsesprosesser. Dette vil også kunne gi staten større mulighet til å påvirke at midlene benyttes på en måte som gagnar hele sektoren, og som er i tråd med gjeldende standarder og anbefalinger.⁵¹ Tilnærmingen kan understøtte både kunderollen og konkurransen i markedet, avhengig av hvordan tilskuddsregelverket for ordningen utformes. Men den vil også kunne favorisere godt etablerte leverandører i markedet, siden helsevirksomheter som søker om tilskudd normalt vil bestille EPJ-utviklingen hos sine eksisterende leverandører. Tilskudd til EPJ-utvikling kan også medføre at EPJ-kundene benytter mindre av egne midler på EPJ-utvikling, og at de dermed skyver noe av egne kostnader over på staten.

En tilnærming som vil kunne gjøre regulering til et mer anvendelig virkemiddel, kan være at tiltak for utvikling av samhandlingsfunksjonalitet i EPJ-systemene suppleres med *enkelt nettleserbaserte verktøy med tilsvarende funksjonalitet, som kan åpne for pålegg rettet mot*

⁵⁰ Direktoratet for e-helse, «Utforming av en helseteknologiordning», desember 2022.

⁵¹ Denne tilnærmingen ble i noen grad benyttet i prosjektene DigiHelse og DigiHelsestasjon, to samhandlingsprosjekter initiert av Direktoratet for e-helse som var rettet mot kommunehelsetjenesten.

helsevirksomhetene om å ta i bruk den aktuelle funksjonaliteten. Denne typen nettleserbaserte løsninger vil gjøre funksjonaliteten umiddelbart tilgjengelig for hele helse- og omsorgstjenesten, og vil dermed gjøre det mulig å innføre pålegg på et mye tidligere tidspunkt enn der man må vente på at funksjonaliteten utvikles i et flertall av EPJ-løsningene i sektoren. Dette vil for eksempel kunne være en aktuell tilnærming dersom den videre tekniske utprøvingen av alternativene (jf. kapittel 5) viser at det kan være hensiktsmessig å tilby SMART on FHIR og en selvstendig webapplikasjon i parallell, inntil SMART on FHIR har blitt mer utbredt i EPJ-markedet.

Dersom en slik tilnærmingen kombineres med tiltak for å bistå EPJ-kundene og leverandørene med å bestille og utvikle den aktuelle funksjonaliteten, vil den både kunne understøtte kunderollen og styrke konkurransen mellom leverandørene. Tilnærmingen vil også kunne kombineres med finansielle virkemidler, men det vil da være viktig å utforme disse på en måte hvor de ikke påvirker leverandørmarkedet negativt.

8 Overordnet vurdering av kostnader, nytte og risiko

I dette kapitlet identifiserer vi økonomiske og administrative konsekvenser av tiltak for å forbedre informasjonsutvekslingen mellom NAV og helsepersonell. Økonomiske og administrative konsekvenser omtales i det videre som kostnader eller kostnadselementer. Alle vurderingene i dette kapitlet er foreløpige og usikre.

Vi har avgrenset vurderingen til alternativ 2a og alternativ 2b for samhandlingsmønsteret der helsepersonell sender opplysninger til NAV, siden alternativ 1 (API-tilnærming) i samhandlingsmønsteret vurderes som lite aktuelt (se kapittel 5.1). Dette samhandlingsmønsteret er basismønsteret og er også det mønsteret som er mest modent for å vurdere kostnadselementer for berørte aktører. Videre foretar vi også en vurdering av nytte, usikkerhet ved kostnader og nytte, samt risiko knyttet til gjennomføring.

Alternativene er ikke modne for en fullstendig kostnadsestimering. Det er derfor foretatt en kvalitativ vurdering av hva som vil være de mest sentrale kostnadselementene i de to alternativene, hvilke aktører som berøres av disse og i hvilket omfang samt hva slags involvering av aktørene alternativene innebærer. I tillegg vurderes hva som er de viktigste kostnadsdriverne. Et usikkert omfang og innretning av tiltak gjør at årsaks-virkningsforhold mellom tiltak og effekter av disse er usikre, noe som gjør at nyttesiden også er svært usikker. Vi har derfor foretatt en overordnet vurdering av mulige nyttevirksomheter.

Den samlede vurderingen er at alternativ 2a SMART on FHIR webapplikasjon trolig vil medføre de høyeste kostnadene, men at alternativet samtidig trolig også har det største potensialet for nytte. Alternativet har trolig også isolert sett høyere risiko i gjennomføringen enn alternativ 2b, fordi alternativet innebærer å satse på innføring og utrulling av en ny teknologi (SMART on FHIR) i EPJ-markedet, hvor innføring av nye løsninger erfaringsvis har tatt tid og har vært krevende på andre områder. Både kostnader, nytte, usikkerhet og risiko ved gjennomføring må undersøkes nærmere i det videre arbeidet.

8.1 Vurdering av kostnadselementer for berørte aktører

Tabellen under gir en oversikt over hvilke aktører som treffes av kostnader i alternativ 2a og alternativ 2b i samhandlingsmønsteret der helsepersonell sender opplysninger til NAV.

Begge alternativene legger opp til at NAV må gjøre et utviklingsarbeid per ytelses- og tjenesteområde. Den største forskjellen mellom alternativene ligger i konsekvensene for EPJ-leverandører. I alternativ 2a må disse gjøre en utviklingsjobb, mens det i alternativ 2b forventes at omfanget av utvikling i EPJ-systemene vil være relativt lite.

Aktør	2a SMART on FHIR webapplikasjon	2b Selvstendig webapplikasjon fra NAV
NAV	Utviklingsarbeid per ytelse- og tjenesteområde Migrering (lengre periode) Forvaltning og videreutvikling	Utviklingsarbeid per ytelse- og tjenesteområde Migrering (kortere periode) Forvaltning og videreutvikling
Den sentrale helseforvaltningen (antatt det nye Helsedirektoratet)	Standardisering Normering Godkjenningsordning for webapp Virkemidler for innføring og utrulling i EPJ-markedet	Standardisering Normering Godkjenningsordning for webapp

EPJ-leverandører (anslagsvis 8-29 leverandører)	Hvert EPJ-system må ha støtte for Smart on FHIR og FHIR API. Support og videreutvikling	Antatt å være lite
Spesialist- og primærhelsetjenesten	Brukerinnsikt, testing og verifisering	Brukerinnsikt, testing og verifisering

Tabell 7 Identifiserte kostnadselementer for berørte aktører

For **NAV** er de største kostnadsdriverne knyttet til etablering og utvikling for hvert ytelses- og tjenesteområde (brukerinnsikt, testing, lansering), migrering fra dagens løsning til ny løsning, og endringer i drift, forvaltning og videreutvikling. Dette er kostnader NAV pådrar seg i begge alternativer. Det er forventet at perioden for migrering fra gammel til ny løsning i NAV og EPJ-markedet vil ta lengre tid i alternativ 2a enn alternativ 2b, slik at kostnadene ved migreringsarbeidet trolig vil være høyest i alternativ 2a. Dette trekker i retning av at kostnadene for NAV kan bli høyest i alternativ 2a. For NAV vil gjennomføringen av alternativ 2b isolert sett være enklere, fordi dette alternativet er mindre avhengig av EPJ-leverandørenes innsats. Samtidig er det på nåværende tidspunkt for usikkert til å konkludere hvor stor forskjell det er på kostnadssiden i de to alternativene for NAV.

For **den sentrale helseforvaltningen** vil de største kostnadsdriverne være knyttet til standardiserings- og normeringsarbeid, utvikling av et felles regime for godkjenning av webapplikasjoner fra NAV og virkemidler for å stimulere til innføring og utrulling i EPJ-markedet, og muligens noe bistand i forbindelse med test og utvikling i regi av NAV. Det kan også bli behov for å legge mer trykk på utbredelse av HelseID dersom en ny løsning er avhengig av økt tempo i innføringen av dette. Selv om disse kostnadselementene er plassert hos den sentrale helseforvaltningen i tabellen, antas det at det aller meste av dette arbeidet må skje i samarbeid med NAV. Det vil trolig også kreves et samarbeid med NAV rundt juridiske vurderinger og arbeid med finansiering og finansieringsmodeller i det videre arbeidet. For den sentrale helseforvaltningen vil trolig den største forskjellen mellom alternativene være knyttet til behovet for virkemidler for å stimulere til innføring i EPJ-markedet. Kostnadene for den sentrale helseforvaltningen er derfor trolig høyere i alternativ 2a enn i alternativ 2b.

For **EPJ-leverandører** vil alternativ 2a innebære de høyeste kostnadene, mens alternativ 2b er antatt å berøre EPJ-leverandørene i liten grad. De største kostnadsdriverne for EPJ-leverandørene i alternativ 2a antas å være knyttet til basisfunksjonalitet som støtte for FHIR API og støtte for Smart on FHIR, sammen med support og videreutvikling. Det er uvisst hvor mange EPJ-leverandører som blir berørt og hvor store de samlede kostnadene blir. Dette avhenger av hvor mange ytelses- og tjenesteområder i NAV det skal iverksettes tiltak innen, og hvilke målgrupper i helse- og omsorgstjenesten som blir berørt. Ifølge en kartlegging fra Direktoratet for e-helse i 2023⁵² er det totalt 29 EPJ-leverandører, med for eksempel åtte unike leverandører innen fastlegeområdet. For noen EPJ-leverandører kan det også oppstå kostnader for flere ulike EPJ-systemer. For EPJ-leverandørene vurderes alternativ 2b å være det enkleste å gjennomføre, med tanke på kostnader og omfang av utvikling.

For **helsepersonell i spesialist- og primærhelsetjenesten** vil alternativene i hovedsak kreve bistand til brukerinnsikt, testing og verifisering sammen med team som skal utvikle. Det antas at helsepersonell vil bli berørt på tilnærmet lik måte i de to alternativene, og det er ikke noe grunnlag for å skille mellom alternativene på dette punktet på nåværende tidspunkt.

⁵² Direktoratet for e-helse (2023) Kartlegging av elektroniske pasientjournalssystemer og deres støtte for nasjonale e-helseløsninger.

En mulig alternativ tilnærming kan være å satse på et hybridalternativ. Dette innebærer at NAV tilbyr både alternativ 2a til EPJ-leverandører som støtter SMART on FHIR og alternativ 2b til øvrige leverandører. Dette vil potensielt kunne øke kostnadene hos NAV, men samtidig redusere avhengigheten til at alle EPJ-leverandører må etablere støtte for SMART on FHIR. Disse problemstillingene må undersøkes nærmere i forbindelse med videre utprøving og pilotering av løsningene, jf. anbefaling 2 i kapittel 9. På bakgrunn av dette kan det foretas en vurdering av om et hybridalternativ er hensiktsmessig eller ikke.

8.2 Vurdering av nytte

Vi har foretatt en foreløpig vurdering av mulige nyttevirkinger i alternativ 2a og 2b, men det er ikke mulig å konkludere entydig rundt hvilke nyttevirkinger som vil oppstå eller størrelsen på nyttevirkningene på nåværende tidspunkt.

Både NAV og helsepersonell bruker mye tid på utveksling av helseopplysninger i dag. Ett av målene med å forbedre informasjonsutvekslingen bør være å redusere denne tidsbruken. Mer målrettede og tilpassede henvendelser fra NAV, bedre veiledning/brukerstøtte til helsepersonell, mer preutfylling og økt gjenbruk av opplysninger kan bidra til å redusere tiden helsepersonell bruker på å fylle ut opplysninger til NAV. Det kan også bidra til å redusere omfanget av uønskede, ekstra henvendelser fra NAV til helsepersonell. Færre uønskede henvendelser mellom NAV og helsepersonell vil spare begge parter for tid, og kan bidra til å korte ned ventetid for innbygger.

Et annet mål bør være økt kvalitet på opplysninger som utveksles mellom NAV og helsepersonell. Mer målrettet dialog og bedre evne til å dra nytte av tidligere gitte opplysninger eller tidligere kunnskap i saker er mekanismer som kan bidra til å heve kvaliteten på opplysningene som utveksles. Bedre kvalitet på opplysningene som utveksles kan bidra til at NAV i større grad fatter korrekte vedtak om ytelser, slik at innbyggers rett til ytelser blir ivaretatt på en bedre måte enn i dag. Det kan også bidra til å redusere omfanget av klagesaker i NAV, og i forlengelsen av dette bidra til økt tillit til NAV i samfunnet.

Dagens situasjon innebærer også at NAV har utfordringer med å ivareta hensynet til innbyggers personvern i en del tilfeller. Det bør derfor også være et mål å kunne ivareta hensynet til innbyggers personvern på en bedre måte enn i dag. Mer målrettede henvendelser fra NAV, der NAV kun spør om informasjon som er relevant, kan bidra til å redusere omfanget av saker der NAV mottar overflødig informasjon som inneholder personsensitive opplysninger og gjennom dette bidra til å ivareta hensynet til innbyggers personvern på en bedre måte. Det vil også kunne spare NAV for arbeid med å slette opplysninger manuelt.

I tillegg er det et potensial for at NAV kan gi bedre informasjon tilbake til helsepersonell, slik at helsepersonell kan dra nytte av denne informasjonen i sitt arbeid. Dette må utforskes nærmere i det videre arbeidet.

Samlet sett er det vanskelig å skille mellom de to alternativene på nyttesiden når det gjelder samhandlingsmønsteret der helsepersonell sender opplysninger til NAV. For eksempel vil begge alternativer gi NAV gi økt endringsevne og bedre mulighet til å drive kontinuerlig utvikling. For helsepersonell kan det derimot være noe forskjell mellom alternativene med tanke på brukeropplevelse, for eksempel knyttet til behovene for én innlogging og automatisk journalføring, hvor alternativ 2a muligens dekker disse behovene på en bedre måte enn alternativ 2b. Dette må undersøkes nærmere i det videre arbeidet.

Forskjellen mellom alternativene på nyttesiden kan imidlertid bli større dersom man i neste fase av arbeidet ser på større endringer og mer omfattende tiltak som en del av å forbedre informasjonsutvekslingen, for eksempel mer omfattende tjenesteutvikling,

regelverksendringer og endringer i aktørenes roller, oppgaver og ansvar. Slike tiltak kan ha et høyere potensial for nytte. Det kan sette NAV i stand til å drive bedre arbeidsrettet oppfølging, som i neste ledd kan bidra til å øke sannsynligheten for at innbygger får en overgang til arbeid, eller at overgangen skjer raskere enn det som ellers ville vært tilfelle. Dette vil igjen kunne føre til økt arbeidsdeltakelse for innbygger og økt verdiskaping for samfunnet som helhet. Dette er en komplisert årsaks-virkningskjede med flere ledd, hvor størrelsen på virkningen av tiltaket er usikker. Verdien av økt arbeidsdeltakelse og økt verdiskaping er på en annen side muligens svært stor for samfunnet.

8.3 Usikkerhet og risiko

På nåværende tidspunkt er det betydelig usikkerhet ved både kostnader og nytte av tiltak for å forbedre informasjonsutvekslingen mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten. I dette delkapittelet oppsummerer vi de viktigste faktorene som så langt er identifisert og som påvirker usikkerheten ved kostnader og nytte og risiko ved gjennomføring.

Usikkerhet på kostnadssiden

Usikkerhet ved hvor mange ytelses- og tjenesteområder i NAV det er relevant å iverksette tiltak innen

På nåværende tidspunkt er det ikke avklart hvor mange ytelses- og tjenesteområder i NAV det er relevant å iverksette tiltak for å forbedre informasjonsutvekslingen mellom NAV og helsepersonell. Det gjør at totalomfanget av tiltak ikke er avklart og definert i tilstrekkelig detalj til at det er mulig å foreta en kostnadsestimering. På dette stadiet i arbeidet er derfor det totale omfanget av ytelses- og tjenesteområder i NAV som det er relevant å iverksette tiltak innen i seg selv en usikkerhetsfaktor for kostnadssiden. Det er dermed også uvisst hvor mange EPJ-leverandører og målgrupper i helse- og omsorgstjenesten som blir berørt. Generelt sett vil de totale kostnadene øke desto flere områder det er aktuelt å iverksette tiltak innen, alt annet likt.

Hvorvidt et enkelt ytelses- eller tjenesteområde i NAV bør kobles på en eventuell ny teknisk løsning, bør isolert sett vurderes ut ifra en analyse av kostnader og nytte ved å gjennomføre tiltaket for det aktuelle området. For noen områder i NAV kan det tenkes at disse kostnadene overstiger nytten av tiltaket. Dette kan for eksempel gjelde områder hvor det i dag relativt sett er et lavere volum på utveksling av helseopplysninger, færre berørte aktører og mindre omfang av i hvor stor grad hver berørt aktør blir berørt i positiv retning.

Samtidig bør tiltak vurderes i en større sammenheng. Desto flere ytelses- og tjenesteområder i NAV som kobles på en ny løsning, desto høyere vil de totale kostnadene bli, alt annet likt. På en annen side kan marginalkostnaden av å koble på ett nytt område i NAV antagelig være raskt fallende desto flere områder som allerede er påkoblet, fordi en vesentlig del av investeringskostnadene allerede kan være dekket på tidspunktet man vurderer å koble på et nytt område. Dette tilsier at kostnadene ved overgang til en ny løsning vil være størst for det eller de områdene som kobles på først og deretter fallende. Det betyr samtidig at sannsynligheten for at nytten av å koble på et nytt område overstiger kostnadene øker desto senere man tar beslutningen om å investere i tiltak for det aktuelle området, alt annet likt.

I det videre arbeidet bør det ses nærmere på hvor mange ytelses- og tjenesteområder og berørte målgrupper i helse- og omsorgstjenesten hvor det faktisk er behov for tiltak. Det er behov for mer detaljerte analyser av problemer og konsekvenser ved dagens situasjon på enkeltområder og mer detaljerte analyser av kostnader og estimering av disse under ulike forutsetninger for omfang av tiltak.

Usikkerhet ved om ny teknologi er dyrere å drifte og forvalte enn dagens situasjon

Ved innføring av ny teknologi er det generelt sett en usikkerhet ved om denne er dyrere å drifte og forvalte enn dagens løsninger. I denne sammenheng betyr det at det er usikkert om ny teknologi for informasjonsutveksling mellom NAV og helsepersonell bidrar til å øke de varige drifts- og forvaltningskostnadene i NAV, sett bort i fra en overgangsperiode fra dagens løsning til ny løsning. På nåværende tidspunkt er det ikke grunnlag for å vurdere hvor stor denne usikkerheten er. NAV har begrenset kjennskap til SMART On FHIR-standarden og har ikke erfaring med å drifte og forvalte løsninger basert på denne teknologien i praksis.

Som en del av det videre arbeidet bør det analyseres nærmere hvor stor usikkerheten ved drifts- og forvaltningskostnader av nye, aktuelle tekniske løsninger er.

Usikkerhet ved hvor lenge migrering og overgang til nye løsninger gir parallelle drifts- og forvaltningskostnader i NAV

En svært viktig usikkerhetsfaktor for kostnadssiden er knyttet til hvor rask migrering og overgang til nye løsninger vil skje. Hvis NAV for eksempel skal innføre en ny webapplikasjon må den nye løsningen driftes i parallell med dagens løsning helt frem til alle leverandører og berørte helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten er over på den nye løsningen. Det er svært usikkert hvor lang tid migrering og overgang til ny løsning vil ta, noe som i seg selv vil kunne avhenge av hvilke løsninger NAV vurderer å tilby, og dette påvirker usikkerheten ved størrelsen på drifts- og forvaltningskostnadene som vil oppstå i NAV. Det er risiko for at NAV pådrar seg økte drifts- og forvaltningskostnader i lang tid, uten garanti for at absolutt alle berørte leverandører og helsepersonell kommer over på ny løsning. Denne risikoen gjelder i størst grad for alternativ 2a med SMART on FHIR.

Det å tilby ikke bare én, men flere løsninger utover dagens situasjon kan i teorien korte ned tiden det tar å få alle berørte leverandører og helsepersonell vekk fra dagens løsning. Det å drifte og forvalte to eller flere løsninger parallelt med dagens situasjon vil øke kostnadene på kort sikt, mens det kan redusere kostnader på lenger sikt dersom dagens løsning kan fases ut raskere. Hvorvidt dette reduserer de totale drifts- og forvaltningskostnadene over tid sammenlignet med en overgang fra dagens løsning til én ny løsning er derimot usikkert. Det er også usikkert i hvilken grad NAV på et senere tidspunkt kan gå fra to til én løsning, noe som blant annet vil kunne avhenge av hvor brukervennlige de to nye løsningene er.

Usikkerhet ved tempoet i migrering og overgang til nye løsninger bør i det videre arbeidet vurderes og ses i sammenheng med forslag til tilnærminger til EPJ-markedet (kapittel 7) og involvering av helsepersonell for brukerinnsett.

Usikkerhet ved hvordan EPJ-leverandørenes drifts- og forvaltningskostnader påvirkes og risiko for økte priser ut til helse- og omsorgstjenesten

På samme måte som for NAV, er det også risiko for at det oppstår parallelle drifts- og forvaltningskostnader for EPJ-leverandører. En og samme EPJ-leverandør kan også påføres kostnader knyttet til ulike EPJ-systemer. Dette kan for eksempel skje dersom leverandøren har noen fastlegekontor som tar i bruk en ny teknisk løsning for dialog med NAV samtidig som andre fastlegekontor fortsatt bruker dagens skjemaer i EPJ-systemene.

EPJ-leverandørene er private tjenesteleverandører. Dersom de får økte drifts- og forvaltningskostnader som følge av statlige tiltak for å forbedre informasjonsutvekslingen mellom NAV og helsepersonell, er det en risiko for at leverandørene øker prisene ut til helse- og omsorgstjenesten.

På nåværende tidspunkt er omfang og innretning av tiltak ikke tilstrekkelig modent til å vurdere hvor stor usikkerhet det er ved EPJ-leverandørenes fremtidige drifts- og forvaltningskostnader. Usikkerhet og risiko knyttet til kostnader for EPJ-leverandører og mulighet for økte priser er ikke undersøkt i dette oppdraget. Som en del av å detaljere

omfang og innhold av tiltak nærmere i det videre arbeidet bør berørte EPJ-leverandører involveres for å innhente mer kunnskap om hvordan ulike tiltak kan påvirke leverandørenes kostnader. Dette bør ses i sammenheng med hvilke tilnærminger til EPJ-markedet det er aktuelt å se nærmere på i neste steg (se kapittel 7).

Usikkerhet ved nyttesiden

En forutsetning for å oppnå nytte, er at eventuelle nye løsninger for å forbedre informasjonsutvekslingen mellom NAV og helsepersonell faktisk blir innført og tatt i bruk. Vår vurdering er at den største enkeltstående usikkerhetsfaktoren for nyttesiden er knyttet til tempoet i migrering og overgang til nye løsninger. Desto lenger tid overgangen tar, desto senere oppstår det mulige nyttevirkinger, alt annet likt.

På nåværende tidspunkt er omfang og innretning av tiltak for umodent og for usikkert til å estimere kostnader. Det gjør at også årsaks-virkningsforhold mellom tiltak og nyttesiden er usikker. Det er usikkerhet ved størrelsen på nyttevirkinger, som for eksempel å redusere tidsbruk for helsepersonell og ansatte i NAV og bidra til bedre kvalitet på opplysninger NAV mottar. Dette vil blant annet avhenge av tjenstedesign på nye løsninger, herunder for eksempel hvilket omfang av preutfylling av opplysninger som er mulig for å avlaste helsepersonell og i hvilken grad det er mulig å dra nytte av tidligere kunnskap i saker. Disse forholdene vil variere mellom ulike ytelses- og tjenesteområder i NAV. For noen ytelses- og tjenesteområder kan det være at den største nytten er knyttet til effekter som oppstår sent i en lang årsaks-virkningskjede, hvor størrelsen på virkningen er mer usikker.

Risiko knyttet til gjennomføring

I tillegg til usikkerhet på nytte- og kostnadssiden, har vi foreløpig identifisert følgende risikofaktorer knyttet til gjennomføring på sikt:

- Samarbeid med EPJ-leverandørene. Dette vil blant annet avhenge av avtaler, finansiering og kapasitet hos leverandørene.
- Tilgang til nødvendig kompetanse og tilstrekkelig kapasitet i NAV.
- Kapasitet til å delta i arbeid med brukerinnsikt, testing og verifisering i helse- og omsorgstjenesten, både helsepersonell og annet personell
- Finansieringsmodell for eventuelle felles løsninger, med fordeling av finansiering mellom ulike berørte aktører
- Uforutsette juridiske problemstillinger som må avklares
- Behov for endringer i honorartakster for legeerklæringer. Avhengig av hvordan dialogen mellom NAV og fastleger utvikles, kan det bli behov for å foreta endringer i honorartakster som i dag er basert på utfylling av skjemaer. Ved behov for endringer i takstsystemet som en del av en større tiltakspakke, er det risiko for at partene ikke blir enige eller at endringer i honorartakster drar ut i tid.

Samlet vurdering av usikkerhet og risiko i alternativene

Samlet sett vil trolig alternativ 2a medføre de høyeste kostnadene, særlig med tanke på at EPJ-leverandører må støtte en ny standard og behovet for tiltak for å stimulere til innføring i EPJ-markedet. Samtidig er det sannsynlig at alternativet kan ha det største potensialet for nytte. Det er viktig å understreke at det er betydelig usikkerhet både på kostnadssiden og nyttesiden i begge alternativer, slik at den samlede vurderingen er usikker.

Når det gjelder risiko knyttet til gjennomføring, er alternativ 2a vurdert til å ha høyere risiko enn alternativ 2b. Alternativ 2a vil særlig ha høyere risiko knyttet til samarbeid med EPJ-leverandører, innføring i EPJ-markedet og finansiering. Alternativet innebærer å satse på

innføring og utrulling av en ny teknologi (SMART on FHIR) i EPJ-markedet, hvor innføring av nye løsninger erfaringsvis har tatt tid og vært vanskelig på andre områder.

9 Anbefaling og videre arbeid

Prosjektgruppen mener at det behov for å samle mer erfaring med mulige løsninger gjennom konkret utprøving, både av tekniske og funksjonelle spørsmål. Det er også behov for en god forståelse av hvordan vi kan oppnå bedre og mer helhetlige tjenesteforløp ved å endre på arbeidsprosesser, roller og informasjonsflyt. Det videre arbeidet må rammes inn av et videreført samspill mellom NAV og helsesektoren for å sikre langsiktighet, forutsigbarhet og prioritet i begge sektorer.

Prosjektgruppen har kommet frem til fire hovedkonklusjoner angående videre arbeid, som vist i figuren under.



Figur 9 Anbefalinger om veien videre

Nedenfor følger en utdyping av anbefalingene.

9.1 Det strategiske samarbeidet mellom NAV og det nye Helsedirektoratet bør videreføres

Å forbedre informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV krever et langvarig og forpliktende samarbeid. NAV og Helsedirektoratet er gjensidig avhengige av hverandre for å forbedre situasjonen for innbygger, helsepersonell og NAV. I arbeidet med å forbedre informasjonsutvekslingen mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten er det naturlig at de to sektorene ser ulikt på behov, prioriteringer, tilnærminger og løsninger. Det samme vil også kunne være tilfelle mellom aktørene i helsesektoren, hvor fastlegene og spesialisthelsetjenesten kan ha forskjellig perspektiv. Derfor er det behov for å etablere hensiktsmessige rammer og et godt fundament for et langsiktig samarbeid mellom de berørte aktørene.

Samarbeidet mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet som har ledet frem til denne rapporten, har fungert godt. Partene mener at

dette samarbeidet bør videreføres. Ved oppstart av neste fase bør direktoratene avklare samarbeidsform og innbyrdes ansvarsfordeling. Det bør også etableres strukturer som legger til rette for forutsigbar involvering av andre berørte aktører i et strategisk samarbeid, ikke minst spesialisthelsetjenesten, fastlegene, EPJ-leverandørene og pasienter/brukere. Den konkrete utformingen av slike samarbeidsstrukturer bør avklares i samråd med aktørene som del av det videre arbeidet. Det vil være naturlig å vurdere om eksisterende arenaer kan benyttes. Det bør vurderes om et helsefelleskap kan være en nyttig samarbeidspart.

Det vil være nyttig at det videre samarbeidet har en sterk forankring i Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Dette kan bidra til god navigering i situasjoner hvor partene har ulikt syn på veivalg, og det kan bidra til høyt og vedvarende engasjement fra berørte parter.

Anbefaling:

1.1 AID og HOD bør gi likelydende oppdrag til Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet i 2024 om å arbeide videre i tråd med prosjektets anbefalinger, og departementene bør ha felles oppfølging av oppdraget.

1.2 HOD bør vurdere å gi styringssignaler til RHF-ene om deltakelse i arbeidet.

1.3 Som del av oppdraget bør Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet sørge for at aktuelle aktører inviteres med i samarbeidet der det er relevant.

9.2 Identifiserte digitale samhandlingsløsninger bør undersøkes nærmere gjennom pilotering og utprøving

Som beskrevet i denne rapporten, har vi nå mer kunnskap om hvilke funksjonelle behov som må dekkes i forbindelse med informasjonsutvekslingen mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten. Vi har også identifisert tekniske konsepter som kan understøtte den digitale samhandlingen. Per nå vurderer prosjektgruppen både Smart on FHIR og selvstendige web-applikasjoner som aktuelle alternativer. Etter prosjektgruppens oppfatning har vi likevel ikke tilstrekkelig grunnlag for å kunne konkludere om hvilket konsept (eller hvilken kombinasjon av konsepter), som er best egnet.

Videre pilotering og testing er avgjørende for å øke kunnskapen om organisatoriske, juridiske, økonomiske og tekniske muligheter og begrensinger, slik at det kan tas informerte beslutninger for fremtidige strategier. Piloteringen bør gjøres innenfor ulike kontekster, for å lære mer om konsekvenser ved ulike former for informasjonsutveksling og ulike samarbeidsaktører i helsesektoren (både fastleger og i spesialisthelsetjenesten). Den videre piloteringen er en forutsetning for å kunne styrke kunnskapen om hvordan de tekniske løsningene svarer ut funksjonelle behov. Videre pilotering kan dermed redusere teknisk, prosessuell, juridisk og markedsmessig risiko ved bredding av løsningene.

Det er behov for mer kunnskap om i hvilken grad alternativene oppfyller tekniske og funksjonelle behov hos NAV og hos helsepersonell. Dette gjelder blant annet muligheter for å unngå ekstra innlogging, om informasjon kan pre-utfylles både fra EPJ og fra NAV, og om det er tilrettelagt for automatisk tilbakeskriving/journalføring i EPJ. Det er nødvendig å gjøre vurderinger av gjennomførbarheten av alternativene, herunder blant annet risiko i utvikling, migrering og bredding av løsningene. En viktig faktor i dette bildet er at de aktuelle konseptene i ulik grad vil avhenge av tilrettelegging hos EPJ-leverandørene, se også anbefaling 4 nedenfor. Det bør vurderes om det er hensiktsmessig at flere tekniske løsninger eksisterer side om side i en tid fremover.

En rekke av spørsmålene vi må avklare, finner vi best svar på gjennom testing og pilotering av løsninger. Prosjektgruppen mener at videre pilotering og utprøving av aktuelle løsninger utgjør en viktig arbeidsstrøm i den neste fasen. Endelig valg av teknisk løsningskonsept må gjøres i lys av tjenstedesignprosessen (se anbefaling 3), som vil gi større klarhet i hvordan vi ser for oss at aktørene skal samhandle og derfor presisere de funksjonelle behovene utover det vi har oversikt over nå.

Anbefaling:

2.1 NAV, i samarbeid med Helsedirektoratet, EPJ-leverandører og representanter fra helse- og omsorgstjenesten, bør arbeide videre med testing og pilotering av aktuelle tekniske løsninger for å vurdere deres egnethet, og for å redusere usikkerhet og risiko. Det er særlig viktig å få mer kunnskap om egnetheten i en fastlegekontekst. Både tekniske, funksjonelle og juridiske aspekter må vurderes.

9.3 Videre arbeid med konkrete ytelsesområder bør innrettes som en tjenstedesignprosess og starte med sykmeldingsløpet

Informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten er ikke bare en teknisk problemstilling, men bør tenkes på som et område for mulig digital transformasjon. Vi må være på jakt etter bedre måter å løse offentlig sektors oppgaver på, til beste både for pasientene/brukerne og for helsepersonell og saksbehandlere i NAV. Vi må vurdere hvilken informasjon som etterspørres og når det skal spørres om oppdatert informasjon. På denne måten får vi fanget opp viktige forbedringspotensialer. Blant annet kan det være knyttet til gjenbruk av informasjon, slik at ikke helsepersonell må sende inn samme informasjon flere ganger. Det kan også handle om fordeling av oppgaver mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene, eller en vurdering av hvilke oppgaver som skal overlates til innbyggeren selv.

For å legge til rette for dette er det hensiktsmessig å utforme videre arbeid som en prosess for tjenstedesign og tjensteinnovasjon, hvor prosesser, aktørinvolvering, brukerbehov, informasjonselementer og tekniske løsninger sees i sammenheng. Her må også behovet for regelverksutvikling vurderes videre. Arbeidet bør svare til Digitaliseringsdirektoratets rammeverk for digital samhandling, hvor fem dimensjoner fremheves: juridisk, organisatorisk, semantisk, teknisk samhandlingsevne, samt styring og forvaltning. Det blir viktig å sørge for god forankring og representasjon fra berørte parter, inkludert innbyggere og EPJ-leverandører.

Arbeidet med tjenstedesign danner et viktig utgangspunkt for å forstå omfanget og konsekvensene av endringer i informasjonsutvekslingen. Helsepersonellkommisjonen (NOU 2023:4, s. 270) påpeker at «før en eventuell utvidelse av piloter i større skala, trengs en godt dokumentert analyse av prosjektenes samlede virkninger, herunder pasientenes og brukernes helsetilstand og utvikling, personellens arbeidssituasjon og implikasjoner for tjenestenes kvalitet og potensial for å effektivisere og redusere bruk av helsepersonell.»

Samhandlingen mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten har høy kompleksitet og stort volum. For å sikre fokus og fremdrift bør neste fase ha for stort omfang. Et av kriteriene for prioritering av samhandlingsområder er potensialet for samfunnsøkonomisk nytte for NAV, helsepersonell, innbygger og samfunnet for øvrig. Nyttepotensialet antas å være størst innen helseaksen, herunder særlig sykmeldingsløpet og AAP-området. NAV har for tiden svært begrenset mulighet til å arbeide med arbeidsavklaringspenger, men har tekniske forutsetninger og kapasitet til å arbeide med forbedret informasjonsutveksling innen sykmeldingsløpet. Ved å starte med sykmeldingsløpet kan det videre arbeidet ha fokus på å

identifisere områder med mulig gjenbruksverdi for videre forløp innen helseaksen (AAP, uføretrygd) og andre ytelses- og tjenesteområder i NAV. Dette bør derfor være en del av planen fremover.

Anbefaling:

3.1 Tiltak bør startes som en tjenstedesignprosess, hvor aktørinvolvering, informasjonselementer, digitale løsninger, regelverksutvikling, m.m. sees i sammenheng for å oppnå en bedre brukerreise. Alle berørte parter bør representeres i dette arbeidet, inkludert pasienter/brukere, NAV, helsesektorens aktører og EPJ-leverandører. Arbeidet med tjenstedesign danner et viktig utgangspunkt for å forstå omfanget og konsekvensene av endringer i informasjonsutvekslingen.

3.2 For å sikre fokus og fremdrift bør ikke neste fase ha for stort omfang. Sykmeldingsløpet og AAP peker seg ut som prioriterte områder. Av hensyn til gjennomførbarhet hos NAV anbefaler prosjektet at arbeidet starter med sykmeldingsløpet. Læring fra dette arbeidet bør så langt som mulig tas videre mot AAP i neste fase.

9.4 Det bør etableres en plan for virkemiddelbruk som kan sikre den nødvendige oppslutningen fra EPJ-leverandørene

De tekniske konseptene som vurderes som mest aktuelle for informasjonsutvekslingen mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten, vil alle være avhengig av utvikling i EPJ-systemene. Omfanget av denne utviklingen vil variere, avhengig av konsept. Veien videre kan derfor være avhengig av at vi får oppslutning fra EPJ-leverandørene om den valgte utviklingsretningen og implementeringen av denne. Erfaring viser at denne avhengigheten ikke bør undervurderes.

EPJ-markedet består av leverandører med ulik profil når det gjelder utviklingskapasitet, forretningsstrategi, etc. Det kan ikke forutsettes at EPJ-leverandørene har naturlige insentiver til å utvikle sine løsninger i tråd med utviklingsretningen som direktoratene anbefaler. En vellykket gjennomføring vil derfor være avhengig av prioritering, finansiering og kapasitet hos leverandørene, og vil kreve en kombinasjon av flere ulike virkemidler.

Erfaringene fra teknologivalideringen i prosjektet har vist at NAV har behov for et effektivt og fungerende samarbeid med EPJ-leverandørene. Det er herunder behov for å samordne statsforvaltningens kommunikasjon mot EPJ-markedet og gi EPJ-leverandørene tidlig, enhetlig og forutsigbar informasjon om NAVs og Helsedirektoratets videre planer.

Anbefaling:

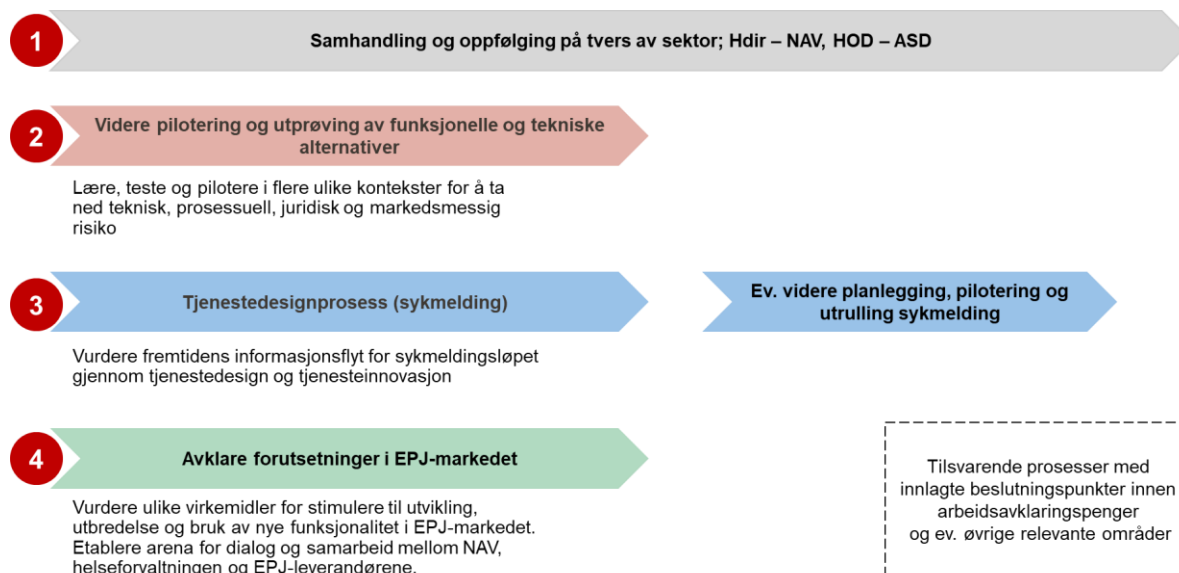
4.1 Det bør undersøkes nærmere i hvilken grad EPJ-leverandørene er motivert for å bidra til den konkrete utviklingsretningen som velges, og hva som kan hindre slik utvikling.

4.2 En bred palett av virkemidler må vurderes, inkludert faglige anbefalinger, eventuell normeringsgrad på disse, samordning på kundesiden, finansiering og pedagogiske virkemidler. Det bør også vurderes forskjellige virkemidler for å stimulere henholdsvis utvikling, utbredelse og bruk av den nye funksjonaliteten.

4.3 Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet bør få i felles oppdrag å foreslå en arena for dialog og samarbeid mellom NAV, helseforvaltningen, helsevirksomhetene og EPJ-leverandørene, hvor ønsket utviklingsretning kan legges frem og diskuteres.

9.5 Overordnet plan

På overordnet nivå kan videre fremdrift illustreres som i figuren nedenfor.



Figur 10 Tentativ plan for videre arbeid

Som figuren viser, vil de tre arbeidssporene 2, 3 og 4 kunne foregå i parallell i det videre arbeidet. Innsikt og læring fra arbeidssporene vil inngå i et eventuelt beslutningsgrunnlag for veien videre, med blant annet vurderinger av kostnader og nytte av ulike alternativer, finansiering og gjennomføringsstrategi. Tidsrammen er foreløpig usikker, men det er en ambisjon at det kan sees i sammenheng med departementenes årshjul for budsjettarbeid og planlegging.

Vedlegg

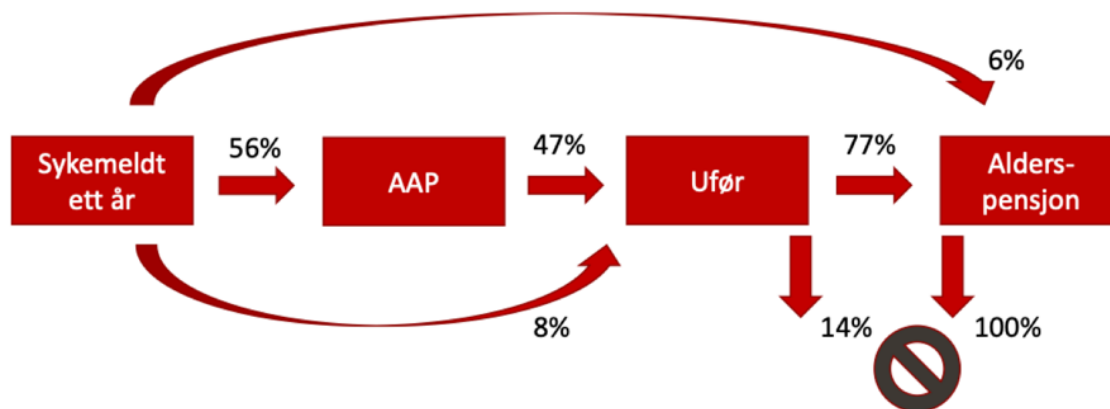
Vedlegg 1 Status for de ulike ytelses- og tjenesteområdene i NAV

Som beskrevet i kapittel 2 har en rekke ulike områder i NAV behov for helseopplysninger i vurderingsgrunnlaget for vilkårsprøving, beregning, behovsvurderinger og arbeidsevnevurdering for ytelsen eller tjenesten.

I det følgende er ytelsene og tjenestene i NAV som har behov for helseopplysninger beskrevet mer i detalj. Detaljeringsnivået i beskrivelsene varierer noe mellom tjenestene og ytelsene på den måten at de tjenester og ytelser der volumet, smertepunktene og forbedringspotensialet synes å være størst er mest detaljert beskrevet. Hensikten med gjennomgangen er å gi en kortfattet innføring i sentrale trekk ved informasjonsutvekslingen på de ulike områdene, som et grunnlag for å kunne gi en anbefaling for hvilke områder som bør prioriteres i det videre arbeidet. Grunnet plasshensyn vil det nødvendigvis ikke være en fullverdig beskrivelse av den enkelte ytelse eller tjeneste og NAVs kontakt med helse- og omsorgstjenesten i forbindelse med dette. Hovedvekten er lagt på ytelsesområder, mens det til slutt kommenteres kort hvordan helseopplysninger også er en viktig del av den arbeidsrettede oppfølgingen.

Helseaksen - Sykmelding, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd

I dette delkapittelet omtales ytelser og oppfølging knyttet til «Helseaksen» i NAV, det vil si det som ofte omtales som en brukerreise knyttet til *Brukere med helseutfordringer, med mål om å beholde arbeid*. Denne brukerreisen omfatter sykepenger, sykefraværsoppfølging, arbeidsavklaringspenger (AAP) og uføretrygd ettersom dette er ytelser og oppfølging som må sees i sammenheng med hverandre fordi en bruker ofte vil kunne få et forløp der disse etterfølger hverandre. I NAV sees derfor disse i tett sammenheng og det er vanlig å snakke om ett helseforløp fra sykmelding til AAP og uføretrygd, jf. figur 11.



Figur 11 Helseforløpet i NAV og sammenhengen mellom sykepenger, AAP og uføretrygd (Kilde: Statistikkseksjonen i Kunnskapsavdelingen, NAV)

Sykmelding

Sykepenger erstatter inntekten til en arbeidstaker når vedkommende ikke kan jobbe på grunn av sykdom eller skade. En pasient kan være sykmeldt med sykepenger i inntil ett år.

Fastleger skriver rundt 85 prosent av alle sykmeldinger som går til NAV (om lag 3,8 millioner årlig), men lege i spesialisthelsetjeneste, kiropraktor med videreutdanning i manuellterapi,

manuellterapeut og tannlege har også mulighet til å sykmelde en pasient.⁵³ Sykmeldingen omhandler både medisinske forhold og forhold på arbeidsplassen. Sykmeldingen skal sikre NAV nødvendige opplysninger for å vurdere om vilkår for sykepenger er til stede, om aktivitetskravet er oppfylt og bidra til NAVs oppfølging. I tillegg skal den gi opplysninger til den sykmeldte, arbeidsgiver og NAV om medisinsk mulighet for aktivitet på arbeidsplassen og medisinsk veiledning om eventuelle behov for tilrettelegging og tilpasninger.⁵⁴ Tabellen nedenfor oppsummerer noen sentrale kjennetegn ved informasjonsutvekslingen mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten når det gjelder sykepenger.

Helseopplysninger	Form på data	Helseaktør	Skjema	Type dialog	Årlig volum	Teknisk status NAV
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose • Medisinsk funksjonsevne • Sykmeldingsbehov • Vurdering av mulighet for arbeid • Prognose for friskmelding • Beskrivelse av hva som skal til for å bedre arbeidsevnen 	<p>Fritekst</p> <p>Noe strukturert</p>	<p>Fastlege</p> <p>Lege i spesialist-helsetjeneste</p> <p>Leger med autorisasjon</p> <p>Kiropraktor, manuellterapeut, tannlege</p>	<p>Sykmelding</p> <p>Dynamisk skjema implementert i sykmelders EPJ</p>	<p>Dialog</p> <p>Gjentatt behov for opplysninger</p>	Ca. 4,45 mill.	Moderne

Tabell 8 Overordnede kjennetegn ved informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV knyttet til sykmelding og vurdering av sykepenger.

Dagens sykmeldingsskjema er integrert i legenes EPJ-systemer og fylles ut elektronisk direkte i EPJ-systemet av lege.⁵⁵ Sykmeldingen sendes i dag som oftest elektronisk til NAV fra EPJ-systemet i et dynamisk skjema som har ulike funksjoner. For å tilpasse sykmeldingen til et sykefraværsløp stilles det ved visse forhåndsbestemte tidspunkter utdypende spørsmål. Det gjelder etter 7 uker (for NAVs vurdering av aktivitetskravet), 17 uker (for NAVs videre vurdering av oppfølging) og 39 ukers (for NAVs videre vurdering av oppfølging) sykmelding. NAV har utviklet en digital sykmeldingsløsning som skal gjøre det enklere for sykmelder å gi helseopplysninger tilpasset de ulike tidspunktene i sykefraværet ved at det kommer til noen ekstra felter for utfylling avhengig av hvor i sykefraværsløpet pasienten er. I stor grad er det likevel de samme opplysningene som i en «standard sykmelding» legen må fylle ut hver gang.

NAV har laget en mal for et sykmeldingsskjema som dekker de opplysningene NAV har behov for. Det er imidlertid EPJ-leverandørene som implementerer skjemaet i legenes EPJ-system og disse står fritt til å tilpasse skjemaene slik de finner best, innenfor et sett tekniske spesifikasjoner definert av NAV. Det er EPJ-leverandørene som må gjøre eventuelle endringer og oppdateringer i sykmeldingsskjema, NAV har ikke mulighet til å gjøre dette direkte. Det medfører at det kan ta tid å få gjennomført endringer, for eksempel tok det flere år fra NAV faset ut det gamle sykmeldingsskjemaet i 2012 til den siste EPJ-leverandøren hadde implementert dette slik at det ble tilgjengelig i oppdatert versjon for alle fastleger.

⁵³ Data fra NAV datavarehus (2019): 85% av alle sykmeldingene fra allmennlege, 14% fra spesialisthelsetjenesten, 1,3% av kiropraktor, 0,1% fra manuellterapeuter og et fåtall fra tannleger.

⁵⁴ Helsedirektoratet (2016) *Faglig veileder for sykmeldere*. Sist faglig oppdatert 09.02.2023

⁵⁵ Beskrivelsen av dette gjelder særlig fastleger, det er ikke detaljert undersøkt hvordan dette ser ut for andre yrkesgrupper som kan sykmelde.

Noen hovedutfordringer med dagens situasjon når det gjelder utveksling av helseopplysninger gjennom sykmelding er:

- NAV har ikke mulighet til å gjøre endringer i sykmeldingsskjemaet, det krever at den enkelte EPJ-leverandøren prioriterer og gjennomfører dette
- Helsepersonell har ikke mulighet til å endre innsendte skjemaer, f.eks. ved feil utfylling. Det må gå via dialogmelding eller ny sykmelding.
- NAV opplever at enkelte leger limer inn hele epikriser eller tidligere legeerklæringer i de åpne feltene i sykmeldingen. Det gjør det både uoversiktlig for saksbehandler hos NAV og øker risikoen for at NAV får overskuddsinformasjon.
- Det er ingen kobling mot Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret (Aa-registeret) i NAV. Det betyr at legen må fylle inn opplysninger om pasientens arbeidsgiver og arbeidsforhold manuelt. Det er igangsatt et initiativ for å få til en integrasjon her, men det er foreløpig enkelte juridiske utfordringer som gjør dette krevende.

Sykefraværsoppfølging

Når en arbeidstaker er blitt sykmeldt, er målet å legge til rette for at arbeidstakeren kommer tilbake til jobb. Det er arbeidsgiver som har hovedansvaret for å følge opp ansatte som blir sykmeldt. NAV og den som sykmelder (helsepersonell) har også ansvar og plikter i oppfølgingsarbeidet.

Sykmelders ansvar	NAVs ansvar
<ul style="list-style-type: none"> • Motivere, stimulere og gi trygghet for aktivitet på arbeidsplassen når det er medisinsk forsvarlig • Vurdere gradert (delvis) sykmelding før full sykmelding • Vurdere om det er tungtveiende medisinske grunner til at pasienten ikke kan delta i aktiviteter som har med arbeid å gjøre • Delta på dialogmøte 1 med arbeidsgiveren og pasienten hvis hen blir innkalt • Delta på dialogmøter i NAVs regi hvis hen blir innkalt • Uttale seg innenfor taushetspliktens rammer 	<ul style="list-style-type: none"> • Vurdere om aktivitetskravet etter 8 ukers sykmelding er oppfylt • Vurdere behov for tiltak og virkemidler fra NAV ved behov. NAV skal senest vurdere dette på nytt ved utløpet av sykepengeperioden, som er 1 år. • Avholde dialogmøte 2 med den sykmeldte og arbeidsgiveren senest innen 26 ukers sykmelding, unntatt når det åpenbart er unødvendig. Den som sykmelder eller annet helsepersonell skal delta hvis det er nødvendig. • Avholde et tidligere dialogmøte 2 og eventuelt et dialogmøte 3, enten ved behov eller etter ønske fra den ansatte, arbeidsgiveren og/eller den som sykmelder

Tabell 9 Sykmelders og NAVs ansvar i sykefraværsoppfølgingen. Kilde: <https://www.nav.no/arbeidsgiver/oppfolging-sykmeldte>

Det er stor variasjon mellom NAV-kontorene når det gjelder hvordan de legger opp SYFO-løpet. Det varierer også fra veileder til veileder hvordan forløpet legges opp, blant annet basert på veiledererfaring, nåtidsopplysninger fra lege, arbeidsgiver og/eller bruker, og historikk. Ofte går dialogen hovedsakelig mellom NAV-veileder og bruker, men NAV-veileder kan også skrive til legen og be om opplysninger, enten som dialogmelding eller legeerklæring.

Elektroniske dialogmeldinger mellom fastlegen og NAV benyttes blant annet til dialog rundt oppfølgingsplan, avtaler om dialogmøter og til korte spørsmål, avklaringer og tilleggsinformasjon. Det gjør det blant annet mulig for NAV å spørre om tilleggsopplysninger, mangler i sykmeldingen og bestille en legeerklæring for arbeidsuførhet dersom bruker står

foran overgang til AAP eller uføretrygd. Både legen og NAV kan initiere kontakten via dialogmeldinger. Leger i spesialisthelsetjenesten har per i dag ikke mulighet til å sende dialogmeldinger.

Tabellen nedenfor oppsummerer noen sentrale kjennetegn ved informasjonsutvekslingen mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten relatert til sykefraværsoppfølgingen.

Helseopplysninger	Form på data	Helseaktør	Skjema	Type dialog	Årlig volum	Teknisk status NAV
Tilleggsopplysninger eller mer detaljerte medisinske opplysninger for å tilrettelegge SYFO, blant annet om muligheten for aktivitet/tiltak	Fritekst	Fastlege Lege i spesialisthelsetjeneste Kiropraktor, manuellterapeut, tannlege	Dialogmelding direkte i sykmelders EPJ-system og NAVs Modia (gjelder fastlege) Sykmelding eller legeerklæring ved behov	Dialog		Moderne Fra NAV går melding via Modia, mottak gjøres via padm2

Tabell 10 Overordnede kjennetegn ved informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV i sykefraværsoppfølgingen

Arbeidsavklaringspenger

Arbeidsavklaringspenger (AAP) skal sikre inntekt i perioder der man på grunn av sykdom eller skade har behov for hjelp fra NAV. Målet med AAP er at bruker sammen med NAV skal avklare mulighetene for å beholde eller komme i arbeid. Som hovedregel må arbeidsevnen være nedsatt med minst 50 prosent til alle typer arbeid for å få arbeidsavklaringspenger.

Tabellen nedenfor oppsummerer noen sentrale kjennetegn ved informasjonsutvekslingen mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten når det gjelder sykepenger.

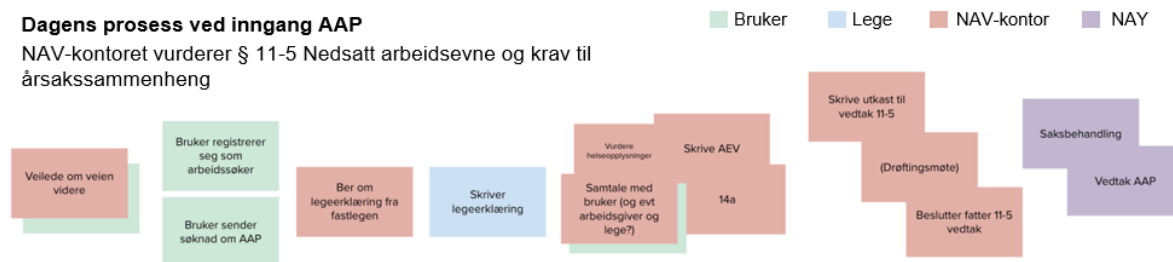
Helseopplysninger	Form på data	Helseaktør	Skjema	Type dialog	Årlig volum	Teknisk status NAV
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose • Funksjonsvurdering • Beskrivelse av funksjonsnedsettelse og muligheter • Innspill til arbeidsevne • Forhold som kan øke arbeidsevnen • Uføretidspunkt • Planlagt utredning og behandling 	Fritekst Noe strukturert	Fastlege Lege i spesialisthelsetjeneste Leger med autorisasjon Kiropraktor, manuellterapeut, fysioterapeut, tannlege Psykolog	Legeerklæring ved arbeidsuførhet (L40) Skjema implementert i sykmelders EPJ	Dialog Løpende innhenting av opplysninger for å vurdere at vilkårene fortsatt er tilstede	Ca. 100 000	Legacy (Arena)

Tabell 11 Overordnede kjennetegn ved informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV ved vurdering av vilkårene for arbeidsavklaringspenger.

Figur 12 illustrerer pasientforløpet og viser på hvilke steg i forløpet ulike aktører har en rolle.

Dagens prosess ved inngang AAP

NAV-kontoret vurderer § 11-5 Nedsatt arbeidsevne og krav til årsakssammenheng



Figur 12 Dagens prosess ved inngang til AAP og involvering fra ulike aktører i prosessen. Kilde: Innsiktsarbeid gjort av Team helseopplysninger i NAV (2021)

Innbygger må registrere seg som arbeidssøker og søke NAV for å få vurdert retten til å få AAP. For at NAV skal kunne vurdere en søknad om AAP må det foreligge tilstrekkelig og oppdatert medisinsk dokumentasjon som sier noe om pasientens mulighet for å være i arbeid. Veilederen hos NAV trenger opplysninger fra legen for å vurdere om pasienten kan bruke deler av sin arbeids- og funksjonsevne slik at aktivitet og arbeid kan pågå parallelt med behandlingen.

NAV kan hente inn helseopplysninger fra lege gjennom sykmelding (gjelder for pasienter som går over fra sykepenger til AAP, det gjøres da gjennom sykmeldingen på 39-ukerstidspunktet) via dialogmeldinger eller ved legeerklæring ved arbeidsuførhet (L40). I de fleste saker vil NAV ha behov for å bestille en legeerklæring ved arbeidsuførhet, enten ved førstegangsvurdering, for tilleggsopplysninger eller ved vurdering av om kravene til AAP fortsatt er oppfylt.

Legeerklæringen for arbeidsuførhet er et skjema som er implementert i sykmelders EPJ-system. Tidligere innsiktsarbeid har dokumentert store utfordringer med skjemaet, både sett fra helsepersonell og NAV sin side⁵⁶ Skjemaet oppleves som statisk, uhensiktsmessig utformet og gir ingen veiledning til legen. Skjemaet brukes til mange ulike formål, både vurdering av AAP, uføretrygd og arbeidsrettet oppfølging, og det fungerer ikke optimalt for noen av dem. NAV opplever ikke å få gode nok funksjonsvurderinger og det er lite rom for legen til å uttrykke faglig tvil i skjemaet. Tilbakemeldinger fra Legeforeningen og legeressurser som har vært involvert i prosjektet er at dette skjemaet er blant det som er mest frustrerende i dialogen med NAV. Også lege- og behandlertelefonen i NAV opplyser at legeerklæringen ved arbeidsuførhet er et av de temaene de får aller mest henvendelser om fra helsepersonell.

Oppsummert er det i dag følgende utfordringer knyttet til informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV innen arbeidsavklaringspenger:

- Legeerklæringen for arbeidsuførhet er ikke spisset mot hva NAV trenger å vite for å behandle søknader om AAP eller vurdere om kravene for å få AAP fortsatt er oppfylt underveis i forløpet.
- Legeerklæringen inneholder som et resultat av dette ofte mangelfulle og/eller uklare opplysninger som gjør at NAV har behov for å be om tilleggsopplysninger.
- NAV har ikke oversikt over egen informasjon og spør legen om det samme flere ganger.

⁵⁶ Blant annet NAV (2021) *Informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger* og innsiktsarbeid gjort av Team Helseopplysninger, dokumentert i *Dialogen med legen ved oppfølging, AAP og uføretrygd. Dokumentasjon av innsikt og hypoteser* (2021).

- Det er tidkrevende for NAV å innhente helseopplysninger. I 2019 sendte NAV for eksempel 8000 purringer til leger om manglende tilsendte legeerklæringer.
- Det er lengre saksbehandlingstid enn nødvendig ettersom det går bort mye tid på å vente på helseopplysninger. Gjennomsnittlig saksbehandlingstiden for AAP er på 34 dager, vesentlig lengre enn den hadde behøvd å være.
- For NAV kan det være krevende å finne riktig behandler for å bestille legeerklæring

NAV bruker i dag saksbehandlingssystemet Arena i forbindelse med saksbehandling av arbeidsavklaringspenger. Arena er et legacysystem som NAV prioriterer høyt å fase ut. Et mer moderne saksbehandlingssystem vil være mer fleksibelt og slik ha potensial for å øke NAVs endringsevne vesentlig på dette feltet.

Uføretrygd

Uføretrygd skal sikre inntekt hvis en persons inntektsevne er varig redusert på grunn av sykdom eller skade. For å ha rett til å få uføretrygd, må sykdom og/eller skade være hovedårsaken til den nedsatte arbeids- og inntektsevnen.

Helseopplysninger ⁵⁷	Form på data	Helseaktør	Skjema	Type dialog	Årlig volum	Teknisk status NAV
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose(r) • Funksjonsbeskrivelse og -vurdering • Beskrivelse av funksjonsnedsettelse • Behandling og prognose • Uføretidspunkt 	<p>Fritekst</p> <p>Noe strukturert</p>	<p>Fastlege</p> <p>Lege i spesialisthelse tjenesten</p>	<p>Legeerklæring ved arbeidsuførhet (L40)</p> <p>Spesialist-erklæring</p>	Enveis kommunikasjon	Ca. 40 000	Moderat (Gosys)

Tabell 12 Overordnede kjennetegn ved informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV ved vurdering av vilkårene for uføretrygd

Arbeidsevnen skal i stor grad være avklart i oppfølgingsløpet før uføretrygd kan søkes om. NAV vil i de fleste tilfeller derfor allerede ha tilgang til gode nok helseopplysninger når søknad om uføretrygd mottas, men av og til er det behov for å hente oppdaterte eller nye opplysninger. Dette skjer først og fremst mot fastlege, eller i noen tilfeller via spesialisterklæring. NAV vil da bestille legeerklæring ved arbeidsuførhet (eller spesialisterklæring) for å avklare saken bedre. Tekstboksen nedenfor oppsummerer hvilke opplysninger NAV trenger fra legeerklæringen for å vurdere vilkårene for uføretrygd.⁵⁸

⁵⁷ Se mer detaljert beskrivelse i tekstboks nedenfor

⁵⁸ Basert på innspill fra fagnettverket på uføretrygd.

Hvilke opplysninger trenger NAV Arbeid og ytelse i en legeerklæring ved søknad om uføretrygd?

- Informasjon om alle pasientens diagnoser, ikke bare de nyeste.
- Legens vurdering av årsakssammenhengen mellom sykdom og nedsatt arbeidsevne og om sykdommen er varig, og funksjonsnedsettelsen er varig.
- Utfyllende funksjonsbeskrivelse der pasientens styrker og vansker ved hverdags- og arbeidsfungering belyses med utgangspunkt i helsetilstand. Ved kroniske helsetilstander må det belyses hva pasienten klarte tidligere versus hva som er funksjonsnivået. Vansker med gjennomføring av behandling må komme frem og bakgrunnen for dette bør også belyses (årsak i sykdom eller motivasjon eller annet)
- I mange legeerklæringer står det lite om hvordan funksjonsnivået til bruker er påvirket av diagnosene/sykdomsbildet. Det er ønskelig at dette er godt beskrevet av fastlegene/spesialister
- Utfyllende opplysninger om behandling og eventuell videre behandlingsplan. Hvilken effekt forventes av videre behandling (vedlikeholdende eller faktisk muligheter for bedret fungering)
- Opplysninger om utredninger
- Opplysninger om hvilke tiltak (medisinske og arbeidsrettede) vurderes medisinsk forsvarlige med begrunnelse (hvorfor tiltak/hvorfor ikke tiltak)
- Tydelige beskrivelser om andre relevante forhold for behandling og arbeid må (livssituasjon, språkvansker, økonomi, unngåelse av behandling eller lite sykdomsinnsett)
- Opplysninger om prognose
- I tilfeller hvor bruker har vært utredet/behandlet i spesialisthelsetjenesten, må det foreligge opplysninger om utredningen, behandlingen og hvilke/t resultat som er oppnådd. NAV må vite om også spesialist anser bruker for å være ferdig utredet/behandlet, og om det anses hensiktsmessig med arbeidsrettede tiltak, eller om brukers helsetilstand tilsier at det er uforsvarlig for bruker å forsøke tiltak/ytterligere arbeidsrettede tiltak
- Dersom det er uforsvarlig med tiltak må dette begrunnes medisinsk: hvorfor er det uforsvarlig?

Hovedutfordringen på uføreområdet er på samme måte som for arbeidsavklaringspenger at legeerklæringen for arbeidsuførhet ikke er spisset mot det NAV trenger å vite for å kunne behandle søknad om uføretrygd. Punktene som finnes i legeerklæringen i dag, er i utgangspunktet tilstrekkelig for å vurdere vilkårene for uføretrygd. Utfordringen er heller knyttet til at spørsmålene i skjemaet er stilt på en måte som gjør det krevende for helsepersonell å forstå hvilke opplysninger NAV faktisk trenger. Skjemaet gir også begrenset veiledning til legen, noe som fører til at legen ikke fyller inn punktene eller skriver utfyllende nok. NAV opplever også ofte at legen viser til tidligere legeerklæringer, noe som kan gjøre det vanskelig for saksbehandler å vurdere situasjonen per i dag. Endelig er de også punkter i skjemaet som i realiteten ikke trengs for å vurdere om vilkårene om vilkårene for uføretrygd er oppfylt, og som dermed medfører unødvendig tidsbruk for legene.⁵⁹

En annen utfordring relatert til behandling av søknad om uføretrygd oppstår i de tilfeller NAV Arbeid og ytelse (NAY) har behov for tilleggsopplysninger eller avklaringer fra lege for å kunne saksbehandle søknaden. Etersom det ikke finnes noen enkel dialogmulighet mellom NAV og lege på dette området har NAY to muligheter for å få kontakt med legen; enten gå via NAV-kontoret brukeren tilhører slik at de kan sende en henvendelse til legen gjennom en elektronisk dialogmelding eller sende et brev på papir til legen med forespørselen. I de fleste tilfeller velger saksbehandler å sende brev i ordinær postgang. Begge disse måtene tar (unødvendig) lang tid og bidrar til at saker der det er behov for tilleggsopplysninger får lag saksbehandlingstid. Fra uføreområdet er det derfor et klart ønske om en bedre mulighet for å stille spørsmål til lege eller behandler direkte elektronisk, uten å gå via NAV-kontor eller brev i posten.

⁵⁹ Det gjelder f.eks. punkt 2.4 i legeerklæringen (*Helt arbeidsufør f.o.m.*) som sjelden er av nytteverdi i uføresaker ettersom uføretidspunktet som hovedregel skal fastsettes til tidspunktet inntektsevnen ble varig nedsatt med minst halvparten.

Oppsummert er utfordringene med innhenting av helseopplysninger på uføreområdet som følger:

- Legeerklæringen for arbeidsuførhet er ikke spisset mot hva NAV trenger å vite for å behandle søknader om uføretrygd. Ettersom skjemaet er statisk fremstår det som om NAV ikke har oversikt over egne opplysninger og spør om det samme flere ganger.
- Legeerklæringen gir lite veiledning til legen, noe som medfører at NAV ofte ikke får riktig eller utfyllende nok informasjon
- Legeerklæringen inneholder som et resultat av dette ofte mangelfulle og/eller uklare opplysninger som gjør at NAV har behov for å be om tilleggsopplysninger.
- Det er lengre saksbehandlingstid enn nødvendig ettersom det går bort mye tid på å vente på helseopplysninger
- Det er begrensede muligheter for dialog med helsepersonell ved behov for avklaringer eller tilleggsopplysninger ved saksbehandling i NAV. Dagens metode går enten via NAV-kontorene eller gjennom brev i posten til legen.
- Brukere som søker om uføretrygd har i de aller fleste tilfeller mottatt en ytelse fra NAV tidligere (sykepenger eller AAP) og NAV har derfor allerede mange av opplysningene som trengs for å behandle søknaden. Likevel spør NAV om de samme opplysningene på nytt gjennom legeerklæringen heller enn å be legen om å bekrefte at opplysningene er oppdaterte eller tydelig markere hvilke nye opplysninger det er behov for.

Utfordringene innen uføretrygd er i stor grad de samme som innen arbeidsavklaringspenger ettersom prosessen ligner med samme type dialog mot lege gjennom legeerklæringen for arbeidsuførhet. Omfanget og konsekvensene av utfordringene oppleves likevel som noe mindre innen uføretrygd. Dette skyldes blant annet at det på AAP-området er behov for mer kontinuerlig dialog og interaksjon med helsepersonell for å vurdere om bruker/pasient oppfyller vilkårene for ytelsen gjennom perioden.

Familieområdet – livshendelser knyttet til barn og foresatte

NAV har en rekke ytelser og tjenester rettet mot barn og foresatte. Utvikling og drift av disse er samlet i Produktområde Familie som arbeider med livshendelser knyttet til barn og foresatte. Området omfatter 18 ulike ytelser, produktutvikling av fem saksbehandlingsløsninger og søknadsdialoger. For helseopplysninger er det særlig foreldrepenger og pleiepenger ved sykt barn som er de store ytelsene/tjenestene, men svangerskapspenger, grunn- og hjelpestønad er også viktige ytelser. I tillegg er det en rekke mindre ytelser med relativt lave volum som også har informasjonsutveksling mot helseopplysninger. Disse omtales ikke særskilt i det følgende, men listes til slutt i delkapittelet.

Foreldrepenger

Foreldrepenger skal erstatte inntekten din når du skal være hjemme med barnet i forbindelse med fødsel eller adopsjon. NAV mottar mellom 50 000-60 000 søknader om foreldrepenger årlig. Dette tilsvarer omtrent antall fødsler årlig i Norge ettersom tilnærmet alle foreldre søker om foreldrepenger fra NAV.

Tabellen nedenfor oppsummerer noen sentrale kjennetegn ved informasjonsutvekslingen mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten som er nødvendig for at NAV skal kunne vurdere grunnlaget for foreldrepenger.

Helseopplysninger	Form på data	Helseaktør	Skjema	Type dialog	Årlig volum	Teknisk status NAV
<ul style="list-style-type: none"> • Opplysninger om termindato (terminbekreftelse) • Bekreftelse på at den fødende er kommet til uke 22 eller senere 	Strukturert	Jordmor Fastlege	Termin- bekreftelse Papirbasert, ikke et formelt skjema	Enveis kommunikasjon	50- 60 000	Moderne

Tabell 13 Overordnede kjennetegn ved informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV knyttet til foreldrepenger

Helseopplysningene NAV har behov for kommer i de fleste tilfeller fra jordmor, men i noen tilfeller er det også fastlege som oversender opplysningene. Terminbekreftelsen oppgis som fritekst fra helsepersonell ved at jordmor (eller fastlege) skriver termindato på et fysisk ark og tar bilde av dette. Den som søker om foreldrepenger må deretter laste opp terminbekreftelsen elektronisk i søknaden når denne fylles ut og sendes til NAV. Det finnes per i dag ikke en digital løsning for registrering av termindato som deretter kan sendes digitalt til NAV. Direktoratet for e-helse har i 2023 levert en utredning om elektronisk helsekort for gravide til Helse- og omsorgsdepartementet, og det pågår avklaringer for hvordan arbeidet tas videre.

Dialogen mellom helsepersonell og NAV kjennetegnes av å være i form av enveis kommunikasjon fra helsepersonell til NAV. NAV trenger de definerte opplysningene fra jordmor/fastlege, men det er ikke behov for videre dialog utover dette.

Forbedringspotensialet knyttet til en bedre informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten innen foreldrepenger er i første rekke knyttet til muligheten for å få digitalisert flyten for terminbekreftelse. Ifølge teamet som arbeider med drift og utvikling av foreldrepengeløsningen ville det gitt stor direkte verdi å få digitalisert denne flyten.

Et annet mulig forbedringspotensial er knyttet til en mulig automatisering av ytelsen. Foreldrepenger er i dag en søknadsbasert ytelse, dvs. at innbygger aktivt må søke foreldrepenger. NAV har ingen mulighet til å gi informasjon til vordende foreldre før søknaden kommer. Det til tross for at tilnærmet alle foreldre søker ytelsen og at det derfor er mulig å tenke seg en form for automatisk vurdering og utbetaling fra NAV.

Dagens tekniske løsninger internt i NAV for saksbehandling på foreldrepengområdet er gjennomgående moderne, og det er ikke planer om vesentlige endringer som vil påvirke dette.

Svangerskapsenger

Svangerskapsenger kan gis til friske, gravide kvinner som ikke kan fortsette i arbeid under svangerskapet fordi det kan medføre risiko for skade på fosteret. Dette er en relativt liten ytelse i NAV, i 2022 var det ca. 8 000 kvinner som mottok svangerskapsenger.

Tabellen nedenfor oppsummerer noen sentrale kjennetegn ved informasjonsutvekslingen mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten som er nødvendig for at NAV skal kunne vurdere grunnlaget for svangerskapsenger.

Helseopplysninger	Form på data	Helseaktør	Skjema	Type dialog	Årlig volum	Teknisk status NAV
Detaljert beskrivelse av hvordan arbeidsmiljøet kan gi risiko for forplantningsskader	Fritekst	Jordmor Fastlege	Arbeidstilsyns-skjema (for arbeidstakere) NAV-skjema (for selvstendige næringsdrivende)	Enveis kommunikasjon	Ca. 8 000	Moderne

Tabell 14 Overordnede kjennetegn ved informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV knyttet til svangerskapspenger.

Den som søker om svangerskapspenger må først be jordmor eller lege om å vurdere risikoen for at det ufødte barnet kan bli skadet ved fortsatt arbeid. På kontroll eller legetime fyller jordmor eller legen ut *Skjema for tilrettelegging og omplassering ved graviditet* fra Arbeidstilsynet. I skjemaet bes det blant annet om opplysninger om hvilke påvirkninger i arbeidsmiljøet som kan gi risiko for forplantningsskader. For selvstendig næringsdrivende eller frilansere er det ikke noe fastlagt skjema, men baserer seg på at jordmor eller fastlege skriver dokumentasjon som forklarer hvilken medisinsk risiko som finnes for at arbeidet eller næringsvirksomheten kan påføre det ufødte barnet skade.

For begge varianter gjelder det at innbygger deretter må ta bilde av skjemaet eller scanne det inn og laste opp i den elektroniske søknadsportalen til NAV. Saksbehandlere som vurderer søknaden i NAV mottar deretter opplysningene som et bilde eller i innskannet pdf-format.

Utfordringene med denne praksisen er at den oppleves som manuell, tidkrevende og lite hensiktsmessig for både jordmor/lege og innbygger som søker svangerskapspenger. Teamet i NAV som arbeider med svangerskapspenger peker på at enhver form for systemstøtte for jordmor/lege vil være en positiv utvikling. Det finnes i dag svært lite av dette og utveksling av opplysninger fra jordmor til NAV preges av manuelle og papirbaserte metoder.

Pleiepenger for sykt barn

Pleiepenger for sykt barn er for personer som må være borte fra jobb for å ta vare på et barn som på grunn av sykdom trenger kontinuerlig pleie og omsorg. Barnet må ha vært til behandling/utredning i sykehus eller annen spesialisthelsetjeneste.

Tabellen nedenfor oppsummerer noen sentrale kjennetegn ved informasjonsutvekslingen mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten relatert til pleiepenger for sykt barn.

Helseopplysninger	Form på data	Helseaktør	Skjema	Type dialog	Årlig volum	Teknisk status NAV
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosekode(r) • Beskrivelse av barnets medisinske tilstand og funksjonsnivå • Tilsyns- og pleiebehov • Bekreftelse på at barnet trenger kontinuerlig tilsyn • Innleggelsesperiode(r) • Forventet periode med tilsyns- og pleiebehov 	Fritekst	Lege i sykehus Fastlege i noen tilfeller, spesielt ved forlengelse av ytelsen	Legeerklæring	Enveis kommunikasjon Ingen direkte dialog mellom helse og NAV, går via innbygger	Ca. 18 000	Moderne

Tabell 15 Overordnede kjennetegn ved informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV som er nødvendig for at NAV skal kunne behandle søknad om pleiepenger for sykt barn.

Innbygger som søker om pleiepenger må vedlegge en legeerklæring fra lege i spesialisthelsetjenesten. Legeerklæringen er et papirbasert skjema som legen fyller ut og skriver ut til søker. Som beskrevet i tabell 15 består dette skjemaet gjerne av ustrukturert fritekst fra legen som beskriver tilstanden til barnet som trenger pleie, tilsyns- og pleiebehov og bekreftelse på at barnet trenger kontinuerlig tilsyn fra den som søker om pleiepenger. NAV har laget et forslag til legeerklærings-skjema med de relevante spørsmålene NAV trenger for å behandle en søknad, men noen sykehus har også laget egne versjoner av skjemaet. Innbygger tar et bilde legeerklæringen og sender denne inn som et vedlegg ved søknaden om pleiepenger til NAV.

Det er ingen direkte dialog mellom NAV og helsepersonell slik dagens prosess for pleiepenger er lagt opp. Det er søker selv som må få ut legeerklæring fra sykehus og legge denne ved søknaden til NAV. I de tilfeller der NAV har behov for ytterligere informasjon for å kunne behandle søknaden må dette gå via bruker. Det er spesielt uheldig for denne ytelsen ettersom dette her er en sårbar brukergruppe som står i en krevende situasjon med sykt barn, og samtidig opplever å bli et «mellomledd» mellom lege og NAV. Dette poenget er også tidligere løftet frem i arbeidet med Livshendelsen Alvorlig sykt barn der foreldrepanelet påpekte at det er slitsomt å selv være informasjonsbærere i en så sårbar situasjon.⁶⁰

Videre er det ingen tidsbegrensning for hvor lenge en person kan få pleiepenger når alle vilkårene er oppfylt. Det medfører at det relativt hyppig er behov for bruker å bekrefte at tilstanden er lik og at kravene for å motta pleiepenger fortsatt er oppfylt. Kravene er i utgangspunktet fortsatt at dette gjøres gjennom legeerklæring fra sykehuslege, men ut fra en skjønnsmessig vurdering kan også fastlege enkelte ganger bekrefte at tilstanden fortsatt er den samme.

Oppsummert gir dagens prosess noen klare utfordringer for både bruker, lege og NAV:

- Legeerklæringen kommer inn til NAV med varierende kvalitet grunnet praksisen med at bruker selv tar bilde av denne og sender til NAV. Det gir større behov for at NAV må hente inn supplerende opplysninger.
- NAV må gå via bruker for å få komplementære opplysninger, det er ikke anledning til å henvende seg direkte til legen.
- Legen uttaler seg av og til om ting de ikke skal uttale seg om, f.eks. om hvorvidt de mener pasienten/brukeren har rett på pleiepenger. Det ligger utenfor leges ansvar, legen skal kun gi helseopplysninger til NAV.
- NAV får ofte overskuddsinformasjon, dvs. mer informasjon enn det de trenger for å behandle søknaden.

Forbedringspotensialet for denne ytelsen handler i første rekke om å digitalisere legeerklæringen og sørge for direkte innsending fra lege til NAV, uten at det skal være behov for at bruker får legeerklæringen skrevet ut og innsendt manuelt til NAV. Det er også mulig å tenke seg at NAV kan ta direkte kontakt med legen ved manglende opplysninger eller behov for tilleggsopplysninger, uten å gå veien om bruker. Det vil imidlertid trolig kreve samtykke/fullmaktsregister og kan være krevende å finne en god juridisk løsning på.

⁶⁰ Livshendelsen – Alvorlig sykt barn. URL: <https://alvorligsyktbarn.no/>.

Pleiepenger i livets slutfase

Pleiepenger gis i opptil 60 dager for en person som er i livets slutfase. En lege må bekrefte at den som skal pleies er i livets slutfase, dvs. at sannsynlig gjenværende levetid er begrenset, gjerne definert som måneder eller uker.

Bekreftelsen på at den som skal pleies er i livets slutfase dokumenteres gjennom en legeerklæring fra fastlegen. På samme måte som for pleiepenger for sykt barn tar bruker bilde av denne og laster den opp i NAVs elektroniske søknadssystem. De samme utfordringene og effektiviseringspotensialene gjelder i stor grad for denne ytelsen som for pleiepenger for sykt barn. Volumet er imidlertid en god del lavere, rundt 1000 saker årlig.

Tabell 16 nedenfor oppsummerer de sentrale kjennetegnene ved informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV for pleiepenger i livets slutfase.

Helseopplysninger	Form på data	Helseaktør	Skjema	Type dialog	Årlig volum	Teknisk status NAV
Bekreftelse på at den som pleies er i livets slutfase	Fritekst Noe strukturert	Fastlege	Legeerklæring	Enveis kommunikasjon Ingen direkte dialog mellom helse og NAV, går via innbygger	Ca. 1000	Moderne

Tabell 16 Overordnede kjennetegn ved informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV relatert til ytelsen pleiepenger i livets slutfase.

Grunn- og hjelpestønad

Grunnstønad fra NAV skal dekke ekstrautgifter på grunn av varig skade, sykdom, funksjonshemming eller medfødte misdannelser. En person kan ha rett til grunnstønad dersom en selv eller ens barn har nødvendige ekstrautgifter som andre ikke har. Det kan for eksempel gjelde tekniske hjelpemidler, transport, førerhund, mat eller annet utstyr. Ekstrautgiftene skal komme som en følge av den medisinske tilstanden til søker eller dennes barn. Videre kan en person ha rett til *hjelpestønad* ved behov for langvarig, privat pleie og tilsyn på grunn av en varig skade, sykdom eller funksjonsnedsettelse. Det er to ulike ytelser med ulike kjennetegn, men behandles her sammen ettersom de har en del overlappende behov og kjennetegn når det gjelder bruken av helseopplysninger.

Tabellen nedenfor oppsummerer noen sentrale trekk ved informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV relatert til NAVs behandling av søknader om grunn- og hjelpestønader.

Helseopplysninger	Form på data	Helseaktør	Skjema	Type dialog	Årlig volum	Teknisk status NAV
Detaljert beskrivelse av søkers funksjonsnivå	Fritekst	Fastlege Spesialist-helsetjeneste Psykolog Psykiater	Ikke formelt skjema	Dialog	Ca. 20 000	Legacy (Info-trygd)

Tabell 17 Overordnede kjennetegn ved informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV innenfor grunn- og hjelpestønad.

For å behandle søknader om grunn- og hjelpestønad har NAV behov for å innhente helseopplysninger som dokumenterer at den medisinske situasjonen gir grunnlag for støtte. Det er stor variasjon i hva slags opplysninger som kreves ut fra hvilken type medisinsk tilstand brukeren har, men felles for de fleste behovene er at det krever en detaljert beskrivelse av søkers funksjonsnivå fra helsepersonell. Det er derfor sjelden snakk om strukturerte helseopplysninger, men heller en beskrivelse fra behandler i fritekst. Det er videre stort spenn hva slags helsepersonell NAV trenger opplysninger fra, det kan være alt fra fastlege, lege i spesialisthelsetjenesten, ulike typer spesialister, psykolog eller psykiater.

Det var tidligere et fast skjema som helsepersonell kunne bruke til å dokumentere opplysninger til NAV, men NAV har valgt å gå bort fra denne fordi den ble for generell. Innbygger som søker om grunn- eller hjelpestønad må i søknaden til NAV opplyse om hvilken lege eller leger som er behandler og legens adresse. Det er valgfritt for søker om man ønsker å sende inn medisinske opplysninger sammen med søknaden eller om man ønsker at NAV skal innhente dette fra behandler når søknaden er mottatt. NAV må i de fleste tilfeller uansett innhente ytterligere opplysninger fra lege eller spesialist, ofte i flere omganger. Dette gjøres i dag via brev i vanlig postgang.

Dette området preges av en lite moderne arbeidsflyt, noe som gir betydelige utfordringer med dagens løsning for innsamling av helseopplysninger:

- Tidkrevende å innhente opplysninger ettersom det må sendes brev i posten til behandler. Behandler sender deretter opplysninger tilbake i brevs form. Ofte har NAV behov for å purre på behandler og hente inn opplysninger i flere omganger siden svarene fra behandler ikke er presise nok til å behandle søknad. Dette gir igjen lange saksbehandlingstider for innbygger.
- Krevende å kommunisere mellom NAV og behandler om mindre ting eller avklaringer. Eneste skriftlige kommunikasjonsformen går gjennom brevpost.
- Det tar lang tid å scanne inn brev som kommer til NAV, noe som fører til mye tapt tid fra brevet mottas hos NAV til det når riktig miljø hos NAV.
- NAV får mye overskuddsinformasjon, dvs. store mengder personopplysninger NAV ikke har behov for å kunne behandle søknaden. NAV har heller ingen mulighet til å ta ut opplysninger NAV ikke trenger, samt alle opplysninger som mottas lagres i fagsystemet. Dette kan igjen gi risiko for at innbygger får innsyn i opplysninger som er innsendt fra behandler, men som innbygger ikke automatisk skal ha innsyn i tilfeller der dette kan være til skade for forholdet til andre (foreldre/foresatte) eller seg selv.

Disse utfordringene betyr naturlig nok at det også er et stort potensial for å etablere en bedre metode for informasjonsutveksling mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV. Et forhold som kompliserer muligheten for å modernisere informasjonsutvekslingen på dette området er imidlertid at grunn- og hjelpestønad fortsatt går gjennom Infotrygd, et legacysystem i NAV som det nå arbeides med å fase ut. Det vil trolig ta flere år før grunn- og hjelpestønad er flyttet ut av Infotrygd og det er derfor krevende for NAV å gjøre store endringer i samhandlingen med eksterne samhandlingsparter de nærmeste årene.

Øvrige ytelser på familieområdet

NAV har også en rekke andre ytelser på familieområdet der det kan være behov for å innhente helseopplysninger fra helsepersonell. Felles for disse er imidlertid at selv om det i noen tilfeller kan være behov for å innhente helseopplysninger, vil det som hovedregel ikke være nødvendig. Det gjelder blant annet:

- Omsorgspenger
- Opplæringspenger
- Overgangsstønad
- Stønad til barnetilsyn
- Stønad til skolepenger

Ettersom volumet på søknadene som krever at NAV innhenter helseopplysninger er lavt for disse ytelsene, omtales de ikke nærmere i denne rapporten.

Hjelpemidler og tilrettelegging

Hjelpemiddelområdet er et bredt område og omfatter av et stort utvalg av gjenstander, tiltak eller andre hjelpemidler som skal bidra til å redusere praktiske problemer for personer med nedsatt funksjonsevne. Behovet for involvering av helsepersonell og legeerklæring avhenger av hva slags hjelpemiddel det søkes om.

Hjelpemiddelområdet berører både fastleger, lege i spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste, fysioterapeuter, ergoterapeuter, optikere, ortopediske verksteder og annet helsepersonell, avhengig av brukerens behov og hjelpemiddelet det søkes om. Det trengs som hovedregel legeerklæring for eksempelvis motorkjøretøy og annet transportmiddel, førerhund og servicehund, høreapparat, varmhjelpemidler, ortopediske hjelpemidler, parykker og seksualtekniske hjelpemidler. Selv om det er et bredt område, er noen sentrale kjennetegn ved informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV oppsummert i tabellen under.

Helseopplysninger	Form på data	Helseaktør	Skjema	Type dialog	Årlig volum	Teknisk status NAV
Stor variasjon, men ofte: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose • Medisinsk tilstand • Vurdering av behov for hjelpemidler 	NAV	Fysioterapeuter Ergoterapeuter Fastleger Lege i spesialisthelsetjenesten Psykolog Psykiater Optiker Ortopediske verksteder	Legeerklæring For noen hjelpemidler finnes det ikke eget skjema	Dialog Ofte med bruker som et mellomledd mellom helsetjeneste og NAV	Totalt ca. 470 000 Estimeret ca. 20 000 med helseopplysninger	Varierende, men en del lite moderne Pågående prosjekt for å modernisere DigiHoT

Tabell 18 Overordnede kjennetegn ved informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV på hjelpemiddelområdet.

Søknadsflyten starter i de fleste tilfeller ved at innbygger er i kontakt med helse- og omsorgstjenesten i egen kommune som bistår med å skrive en søknad om hjelpemidler til NAV Hjelpemiddelsentral. Ofte er kommunalt helsepersonell som ergoterapeut eller fysioterapeut involvert i dette. Ved behov for medisinske opplysninger for å behandle søknaden, vil NAV Hjelpemiddelsentral be søkerens fastlege om dette. I noen tilfeller ber NAV Hjelpemiddelsentral eller søker innhente dette selv i form av et brev der det fremgår hvilke helseopplysninger NAV trenger for å kunne behandle søknaden. Innbygger må deretter ta kontakt med riktig helsepersonell og be om å få en legeerklæring med de opplysningene NAV etterspør. Noen ganger er det bruker som må ettersende legeerklæringen til NAV, andre ganger sendes den direkte fra legen.

Hjelpemiddelområdet er preget av en komplisert digital kommunikasjon ved at det både involverer kommunale EPJ-løsninger, den kommunale delen av NAV og den statlige delen av NAV. Et eksempel på hvilke utfordringer som finnes i dagens saksbehandlingsflyt er at det per i dag ikke finnes noen digital løsning for å vedlegge legeerklæringer i HOTSÅK (den nye digitale saksbehandlingsløsningen for hjelpemiddelområdet). Legeerklæringen blir da enten sendt til scanning eller ikke vedlagt søknaden i det hele tatt. NAV arbeider nå med å få på plass muligheten for å legge ved vedlegg og ta imot flere forskjellige typer saker.

Noen andre hovedutfordringer på hjelpemiddelområdet:

- I noen tilfeller får innbygger oppgaven som en form for «postkasse» mellom NAV og helsepersonell ved at bruker selv må innhente informasjon fra helse- og omsorgstjenesten og sende dette til NAV. Her er det et potensiale for at NAV og riktig helsepersonell kunne hatt mer direkte kontakt uten å involvere bruker.
- Mange av skjemaene oppleves som krevende for helsepersonell ettersom de ikke er digitalisert, men må skrives ut manuelt og sendes per post.

Særlig om brillestøtte

Et spesielt område innen hjelpemidler er brillestøtte til barn som trenger briller. NAV kan gi tilskudd etter faste satser og trekke støtten direkte fra regningen hos optiker når brillen skal betales. Dette er en form for direkte oppgjør til optiker, slik at innbygger ikke trenger å kontakte NAV for å få støtten til briller. Ettersom dette er en relativt ny løsning for informasjonsutveksling som involverer både innbygger (kjøper av brillen), helsepersonell (optiker og dennes EPJ-system) og NAV (som gir støtte) omtales den særskilt her.

NAV har laget en ordning som gjør at tilskuddet utbetales direkte til optikeren og ikke går via innbygger. Det betyr at innbygger kjøper brillene hos en optiker og kun betaler for brillene dersom egenandelen koster mer enn satsen dekker. NAV utbetaler deretter tilskuddet direkte til optiker.

Yrkesskade og menerstatning

En yrkesskade er en personskade, sykdom eller dødsfall som følge av en arbeidsulykke. En godkjent yrkesskade eller yrkessykdom kan gi rettigheter og gunstigere beregning av pengestøtte fra NAV. Dersom yrkesskaden eller yrkessykdommen er varig kan det søkes om menerstatning. Tabellen nedenfor oppsummerer noen sentrale trekk ved informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV innenfor yrkesskade og menerstatning.

Helseopplysninger	Form på data	Helseaktør	Skjema	Type dialog	Årlig volum	Teknisk status NAV
Helseopplysninger knyttet til den skaden som ønskes godkjent, herunder opplysninger om: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose • Skadeforløp • Skadeårsak • Historikk opptil fem år før skadetidspunkt 	Fritekst Noe strukturert	Fastlege Lege i spesialist-helsetjeneste Tannlege Fysioterapeut Kiropraktor	Redigert journalutskrift Melding om arbeidsrelatert sykdom Melding om arbeidsrelatert skade Tannlegeerklæring	Enveis	Totalt ca. 60 000 Estimert ca. 35 000 som krever kontakt med helsepersonell	

Tabell 19 Overordnede kjennetegn ved informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV ved søknad om yrkesskade eller menerstatning

NAV fatter årlig rundt 60 000 vedtak om yrkesskade, yrkessykdom og menerstatning. I om lag 30 – 35 000 av disse sakene årlig har NAV behov for medisinske opplysninger for å behandle søknaden.

Fastlegene er hovedsakelig involvert i de sakene der NAV har behov for redigert journalutskrift. Det finnes i dag ingen mulighet for elektronisk innsending av redigert journalutskrift fra fastleger til NAV. Det gjør det både tidkrevende og komplisert for fastlegene å redigere journalutskriften på en måte som sikrer innbyggers personvern. Dette arbeidet er heller ikke honorert for fastlegene.

Menerstatning er en erstatning for ulemper som skyldes en godkjent yrkesskade eller yrkessykdom. Det er en personlig erstatning for en konkret fysisk eller psykisk varig skade eller sykdom. Menerstatningssaker kan ofte være kompliserte saker der NAV har behov for å innhente journalutskrifter mange år tilbake i tid fra leger og behandlere søker har vært i kontakt med, både før og etter skadedato.

Informasjonsutveksling ved institusjonsopphold

Informasjonsutveksling mellom institusjon og NAV er ikke en tjeneste eller ytelse rettet mot innbygger, og er slik ikke et samhandlingsområde på linje med de andre områdene som beskrives i dette kapittelet. Når en innbygger legges inn på institusjon utløser det imidlertid et behov for kommunikasjon mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV ved at NAV trenger informasjon om institusjonsoppholdet for å vurdere om oppholdet har betydning for retten til eller størrelsen på ytelser fra folketrygden. Eksempler på ytelser som kan påvirkes eller falle bort ved institusjonsopphold er sykepenger, arbeidsavklaringspenger, uføretrygd, yrkesskadedekning, grunn- og hjelpestønad og alderspensjon.

Helseinstitusjoner, alders- og sykehjem, somatiske sykehusavdelinger og fengsler har plikt til å sende melding til NAV om alle personer som blir skrevet inn og ut av institusjonen. Det skal sendes melding om både korttids- og langtidsopphold. Den rutinemessige rapporteringsplikten gjelder alle inn- og utskrivninger, uavhengig av om personen får utbetalinger fra NAV eller ikke.

NAV trenger informasjon om institusjonen innbygger er innskrevet på, inn- og utskrivingsdatoen (perioden) for oppholdet og informasjon om type opphold. I tillegg trenger NAV navn og fødselsnummer/d-nummer på personen det gjelder. Det betyr at det strengt tatt ikke er helseopplysninger som utveksles mellom institusjon og NAV, men det omtales likevel i denne rapporten siden det er en form for informasjonsutveksling mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV og det er relativt stort omfang på denne utvekslingen.

Meldingen om institusjonsopphold fylles ut av institusjonen digitalt i et skjema på NAVs nettsider. Deretter må skjemaet skrives ut og sendes til NAV i posten. Etter utfylling må skjemaet lastes ned som en PDF-fil, skrives ut, signeres og sendes i posten til NAV. Det jobbes nå med en digital løsning som vil la helseinstitusjon innrapportere digitalt.

Brukerrettet arbeidsoppfølging

NAV har ansvar for å tilby arbeidsrettet oppfølging til personer som trenger bistand for å komme i arbeid eller fortsette i et arbeidsforhold. NAV har et bredt spekter av tjenester for arbeidsrettet oppfølging, både innenfor det kommunale og statlige ansvarsområdet. Det kan være alt fra opplæring, jobbsøkerkurs, arbeidstrening, tilrettelagt arbeid, lønnstilskudd eller utvidet oppfølging. Målet med den brukerrettede arbeidsoppfølgingen er å hjelpe innbygger til å komme i jobb, beholde arbeid eller finne riktig aktivitet

Avhengig av brukerens livssituasjon kan det være behov for å innhente helseopplysninger fra helsepersonell i forbindelse med oppfølgingen. Hvilken type helseopplysninger og hvilke helseaktører NAV har behov for kontakt med vil variere stort fra sak til sak, men noen overordnede kjennetegn ved informasjonsutvekslingen er oppsummert i tabell 20.

Helseopplysninger	Form på data	Helseaktør	Skjema	Type dialog	Årlig volum	Teknisk status NAV
<ul style="list-style-type: none"> Mulighet for tiltak og aktivitet Mål om arbeid Tilpasset innsats Funksjon Objektivitet, usikkerhet og språk 	Fritekst	Fastlege Lege i spesialist-helsetjeneste Leger med autorisasjon Kiropraktor, manuell-terapeut, fysioterapeut, tannlege Psykolog	Legeerklæring ved arbeidsuførhet Dynamisk skjema implementert i sykmelders EPJ Dialogmeldinger	Dialog		

Tabell 20 Overordnede kjennetegn ved informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV innenfor den arbeidsrettede brukeroppfølgingen.

I de fleste tilfeller vil NAV ta kontakt med brukers fastlege dersom det er behov for medisinske opplysninger for å vurdere behov og muligheter for arbeidsrettet oppfølging. Ofte dokumenteres dette fra lege gjennom legeerklæring ved arbeidsuførhet.

NAVs hjemmel for å innhente helseopplysninger i den arbeidsrettede oppfølgingen er langt mindre klar enn innenfor de ulike ytelsesområdene, der helseopplysninger er nødvendig for å vurdere om vilkårene for ytelsen er oppfylt. Dette er en juridisk problemstilling som også er tydelig for andre deler av arbeids- og tjenestelinjen, for eksempel for individuell jobbstøtte (IPS) som er beskrevet i nedenfor. Fagmiljøene som arbeider med NAVs tjenester innen arbeid gir i intervjuer uttrykk for et behov om at det gjøres en tydeligere juridisk avklaring om når og hvilke helseopplysninger de har mulighet til å innhente.

Individuell jobbstøtte (IPS)

Individuell jobbstøtte (IPS) er et frivillig tilbud til pasienter med moderate til alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer som mottar behandling i helse- og omsorgstjenesten. Formålet med IPS er å hjelpe pasienter som ønsker å delta i arbeidslivet ut i ordinært, lønnet arbeid gjennom individuelt tilpasset behandling og arbeidsrettet oppfølging. IPS forutsetter et forpliktende og tett samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV. Dette skjer i praksis ved å inkludere jobbspesialister i behandlingsteam i helse- og omsorgstjenesten.

Det er tett sammenheng mellom en pasients helsetilstand og muligheten for deltagelse i arbeidslivet. For å kunne yte god jobbstøtte har jobbspesialisten derfor ofte et behov for innsikt i pasientens helseopplysninger. Som oftest gjelder dette helseopplysninger fra behandlere i spesialisthelsetjenesten, for eksempel psykologer og psykiatere. I mindre utstrekning kan det også være aktuelt med opplysninger fra andre helseaktører, herunder fastleger.

Helseopplysninger	Form på data	Helseaktør	Skjema	Type dialog	Årlig volum	Teknisk status NAV
Alle opplysninger av betydning for muligheten for å tilrettelegge for arbeid	Fritekst	Behandlere i spesialisthelsetjenesten (psykolog, psykiater)	Legeerklæring	Dialog Krever samtykke fra pasient/bruker		Ikke aktuelt

Tabell 21 Overordnede kjennetegn ved informasjonsutvekslingen mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV innenfor IPS

De fleste jobbspesialistene er ansatt i NAV. Helsepersonell har taushetsplikt om pasientens helseopplysninger, men for at helseopplysninger skal kunne deles videre med jobbspesialisten kreves samtykke fra pasient. Dette gjelder både for å kunne etablere kontakt ved oppstart av IPS og for deling av nødvendige opplysninger i det videre tverrfaglige samarbeidet. Pasientens samtykke til deling av opplysninger nedtegnes i pasientens journal.⁶¹

Det foreligger altså ikke hjemler for å utveksle helseopplysninger mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten innen jobbsporet. Det skyldes blant annet dette ikke er en rettighetsbasert tjeneste, slik som de ulike ytelsene der det foreligger klare vilkår for utbetaling.

⁶¹ Helsedirektoratet (2022) *Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om individuell jobbstøtte (IPS) – rettslig grunnlag for tverrsektorielt samarbeid*. Brev av 27.04.2022.

Vedlegg 2 Erfaringer fra teknologivalidering av SMART on FHIR

SMART on FHIR Pilot

Foreløpig erfaringsoppsummering fra samarbeid mellom NAV,
Helse Vest og DIPS



Vedlegg til rapport: Nå snakker vi! - Utredning om forbedret informasjonsutveksling
mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten

Oktober 2023

Sammendrag

Dette vedlegget beskriver de foreløpige erfaringene fra pilotprosjektet for digitalisering av legeerklæringer for pleiepengersykt barn. Vedlegget er utarbeidet av Team Helseopplysninger i NAV som har vært ansvarlig for gjennomføring av pilotprosjektet.

Pilotprosjektet er en del av et fellesoppdrag gitt til NAV, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet av Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Målet med oppdraget er å forbedre informasjonsutvekslingen mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten.

I pilotprosjektet deltar flere aktører, inkludert NAV, Helse Vest, og DIPS (leverandøren av DIPS Arena, et elektronisk pasientjournalssystem). Pilotprosjektet er basert på SMART on FHIR-teknologi, som er et avansert integrasjonsrammeverk for helseopplysninger.

Arbeidsmetodikken i pilotprosjektet er smidig, med hyppige leveranser og kontinuerlig forbedring av løsningen. Målet er å utvikle en digital legeerklæring for pleiepengersykt barn som er brukervennlig og oppfyller standarder og protokoller for helseinformasjonsutveksling.

Læringspunktene og suksesskriteriene for pilotprosjektet inkluderer vurdering av teknisk funksjonalitet, brukervennlighet, standarder og protokoller, sikkerhet og personvern, integrasjon med EPJ-systemer og brukerinvolvering.

Pilotprosjektet ble startet i august 2023, og har nådd viktige milepæler, inkludert kjøring av SMART on FHIR-applikasjonen i testmiljøet til DIPS Arena. Teknologiske aspekter blir kontinuerlig vurdert og optimalisert. Brukerinnsikt og funksjonalitet blir også nøye evaluert, selv om noen aspekter fortsatt er under vurdering. Juridiske og personvernmessige spørsmål blir adressert, og en risiko- og sårbarhetsvurdering er igangsatt. Samarbeid og partnerskap med relevante interessenter utvikler seg positivt.

Pilotprosjektet er fortsatt i gang, og det forventes at ytterligere fremskritt og evalueringer vil gjennomføres etter hvert som prosjektet utvikler seg.

1. Innledning

Dette vedlegget svarer ut de foreløpige erfaringene fra pilotprosjektet for digitalisering av legeerklæringer for pleiepenger sykt barn. Pilotprosjektet er en del av et fellesoppdrag gitt til NAV, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet av Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Vedlegget beskriver foreløpige funn og vurderinger med utgangspunkt i punkt 3 i mandatet for oppdraget der det heter at:

- Som del av oppdraget bes direktoratene tidlig beskrive, teste ut og validere en ny teknisk løsning for utveksling av helseopplysninger som kan ligge til grunn for fremtidig digital samhandling. Det skal vurderes om og hvordan fastlegesystemer kan involveres i valideringen.
- Anbefale et konsept for informasjonsutveksling og standarder som skal prøves ut. Konkret skal det vurderes om HL7 FHIR og SMART on FHIR er egnet. Standarden er anbefalt av standardiseringsmyndighet for helsesektor i Norge.

Vedlegget er utarbeidet av Team Helseopplysninger i NAV som har vært ansvarlig for gjennomføring av pilotprosjektet.

1.1 Aktører i piloten

NAV: Som en sentral aktør i denne piloten, har NAV vært ansvarlig for utviklingen og implementeringen av den tekniske løsningen. Hensikten er å utforske, teste og evaluere hvordan denne teknologien kan legge grunnlaget for fremtidige digitale samhandlingsprosesser mellom helsevesenet og NAV.

Helse Vest: Helse Vest, som representerer et regionalt helseforetak i Norge, er en viktig samarbeidspartner i piloten. Gjennom tilgjengeliggjøring av DIPS Arena, et elektronisk pasientjournalssystem (EPJ), bidrar de med å teste den nye tekniske løsningen i en realistisk klinisk omgivelse.

DIPS: DIPS, leverandøren av DIPS Arena, har spilt en avgjørende rolle i tilretteleggingen for implementeringen av den tekniske løsningen innenfor DIPS Arena. DIPS har samarbeidet tett med NAV og Helse Vest for å tilpasse teknologien og sørge for en smidig integrasjon av den nye løsningen i pasientjournalen.

1.2 Teknologi og valideringsprosess

Piloten er basert på bruk av SMART on FHIR-teknologien, et avansert integrasjonsrammeverk som bygger på åpne spesifikasjoner. Hensikten med teknologivalideringen har vært å evaluere om denne er egnet til å møte kravene og standardene som anbefales av standardiseringsmyndigheter for helsesektoren i Norge og de funksjonelle behovene til de forskjellige aktørene slik det er beskrevet i rapporten.

Gjennom implementeringen av denne teknologien har aktørene i pilotprosjektet ønsket å validere muligheten for å modernisere og forbedre utvekslingen av helseopplysninger, med spesiell vekt på implementeringen av en digital legeerklæring for pleiepenger ved sykt barn.

2. Arbeidsmetodikk

Vi jobber etter smidige prinsipper i pilotprosjektet. Dette betyr at vi har ambisjonen om hyppige leveranser med endringer basert på erfaring fra produksjon og andre behov. Vi ønsker derfor ikke store og omfattende leveranser, men heller en kontinuerlig tilnærming der løsningen stadig blir forbedret.

Hvis pilotprosjektet viser seg å være vellykket, er planen å fortsette arbeidet med den digitale legeerklæringen for pleiepenger sykt barn. Dette vil bli gjort av et dedikert produktteam (Team Sykdom i familien) i NAV. Målet er å opprettholde en kontinuerlig utviklingsprosess der løsningen forbedres basert på tilbakemeldinger fra brukere og de endrede behovene som kan oppstå over tid. Dette sikrer at løsningen forblir relevant og effektiv i å møte kravene til helsepersonell, NAV, og innbyggere.

Den smidige tilnærmingen og kontinuerlig utvikling er sentrale elementer i å sikre at den digitale legeerklæringen forblir en verdifull ressurs for alle involverte parter.

3. Læringspunkter og suksesskriterier

Vi har definert følgende overordnede målsetning for piloten:

Få inn (minst) en legeattest fra lege i Helse Vest elektronisk fra EPJ (DIPS Arena) som sammen med digital søknad fra omsorgsperson medfører at det fattes et vedtak om pleiepenger for sykt barn.

(Det er viktig å understreke at dette gjelder reelle data og brukere i produksjon)

Basert på mandatet for piloten og rapporten som er utarbeidet har vi identifisert følgende læringspunkter og suksesskriterier for:

1. Teknisk funksjonalitet: Evaluere om den valgte tekniske løsningen (SMART on FHIR webapplikasjon) er i stand til å muliggjøre effektiv utveksling av helseopplysninger mellom helsepersonell og NAV.
2. Brukervennlighet: Vurdere brukervennligheten til den digitale legeerklæringen for pleiepenger sykt barn for helsepersonell og NAV-personell. Innhente tilbakemeldinger for å identifisere eventuelle forbedringsområder.
3. Standarder og protokoller: Utforske i hvilken grad standarder som HL7 FHIR og SMART on FHIR passer for å støtte informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten, og identifisere eventuelle tekniske utfordringer knyttet til implementeringen.
4. Sikkerhet og personvern: Vurdere sikkerheten og personvernet til den tekniske løsningen, inkludert hvordan sensitiv helseinformasjon behandles og beskyttes i overensstemmelse med gjeldende regelverk.
5. Integrering med EPJ-systemer: Teste hvor godt den valgte løsningen kan integreres med EPJ-systemer, spesielt i Helse Vest og DIPS Arena, for å sikre sømløs informasjonsutveksling.
6. Brukerinvolvering: Evaluere nivået av brukerinvolvering i utviklingen av den digitale legeerklæringen og vurdere om brukernes behov og tilbakemeldinger blir tatt hensyn til.

Etter hvert som vi kom i gang med piloten så vi raskt også en del andre læringspunkter som er viktige for NAV for å ta gode valg i det videre arbeidet med å forbedre

informasjonsutvekslingen mellom NAV og helsesektoren. Vi har derfor valgt å sette opp en ny og mer fullstendig oversikt over læringspunkter fordelt på forskjellige kategorier, og det er denne vi vil evaluere piloten opp mot.

3.1 Teknologi og sikkerhet

- Implementering av SMART on FHIR-applikasjonen: Evaluere implementeringsprosessen for den SMART on FHIR-applikasjonen, inkludert eventuelle utfordringer som oppstår og hvordan de håndteres.
- Bruk av FHIR API-er for datautveksling: Vurdere effektiviteten og påliteligheten av FHIR API-er for utveksling av helseopplysninger.
- Teknisk arkitektur, inkludert sikkerhet og infrastruktur: Gjennomgå den tekniske arkitekturen og infrastrukturen som støtter løsningen, og vurdere sikkerhetsaspekter knyttet til datautveksling.
- Er det nødvendig med HelseID?: Undersøke om HelseID er nødvendig for pålitelig brukeridentifikasjon og tilgangskontroll.

3.2 Brukerinnsikt og funksjonalitet:

- Forståelse av brukernes behov og brukeropplevelse: Evaluer graden av forståelse for brukernes behov og opplevelse av systemet, og identifiser eventuelle forbedringsområder basert på tilbakemeldinger fra brukerne.
- Hvem skal det journalføres på?: Skal innkommende legeerklæring journalføres på barnet eller på foreldre/omsorgsperson?
- I hvor stor grad skal foreldre/omsorgsperson(er) informeres og involveres?: Vurder graden av informasjon og involvering av foreldre eller omsorgspersoner i prosessen og identifiser eventuelle justeringer som kan gjøres for å forbedre denne involveringen.
- Inkludering av fosterbarn og adressebeskyttelse: Vurder hvordan systemet inkluderer fosterbarn og tar hensyn til adressebeskyttelse for de involverte parter, og identifiser eventuelle tilpasninger som er nødvendige for å sikre personvern og sikkerhet i disse tilfellene.

3.3 Juridiske og personvernmessige aspekter:

- Behandlingsansvar og samtykke for legeerklæringer: Klarlegg ansvarsforhold og samtykkekrav knyttet til behandling av legeerklæringer, og identifiser eventuelle juridiske implikasjoner som kan oppstå i prosessen.
- Juridiske og regulatoriske avklaringer knyttet til mottak av legeerklæringer før søknad: Gjennomgå de nødvendige juridiske og regulatoriske retningslinjene for å motta legeerklæringer før søknad, og identifiser eventuelle juridiske spørsmål som må håndteres.
- Overholdelse av Normen for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren: Evaluer i hvilken grad systemet overholder gjeldende normer for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren, og identifiser eventuelle områder som krever forbedringer.
- Behandling, etterlevelseskrev, PVK, ROS (Risiko- og sårbarhetsvurdering): Gjennomfør grundige vurderinger av behandlingsprosesser, etterlevelseskrev,

personvernkonsekvensvurderinger (PVK) og risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) for å identifisere og håndtere eventuelle juridiske og personvernmessige utfordringer.

3.4 Samarbeid og partnerskap:

- Samarbeid med EPJ-leverandør (DIPS): Evaluer samarbeidet med EPJ-leverandøren (DIPS) for å sikre at integrasjonen og teknologivalideringen fungerer sømløst, og identifiser eventuelle samarbeidsutfordringer som må løses.
- Samarbeid med regionale helseforetak som Helse Vest og deres IT-leverandør Helse Vest IKT: Analyser samarbeidet med regionale helseforetak, spesielt Helse Vest, og deres IT-leverandør Helse Vest IKT, og vurder hvordan dette samarbeidet kan optimaliseres for vellykket gjennomføring av piloten.
- Avtalemessige forhold og partnerskap med relevante interessenter: Vurder behovet for nye avtaler og partnerskap relevante interessenter, inkludert helseforetak og andre nøkkelaktører, for å sikre at alle forpliktelser og samarbeidsavtaler er klart definert og forstått.

3.5 Kostnads- og budsjettstyring

- NAV - Kostnader for utvikling, samarbeid og eventuelle lisenskostnader: Overvåk og dokumenter alle kostnader knyttet til utviklingen av SMART on FHIR-applikasjonen, samarbeid med partnere og eventuelle lisenskostnader for teknologien som brukes. Dette inkluderer både direkte og indirekte kostnader.
- NAV - Langsiktige kostnader og ressursbehov for vedlikehold og support: Identifiser de langsiktige kostnadene og ressursbehovene som vil oppstå etter pilotens gjennomføring, spesielt knyttet til vedlikehold og brukerstøtte for SMART on FHIR-applikasjonen.
- Kostnader for andre parter (EPJ-leverandører, helseforetak, ...): Dokumenter kostnadene som påløper for andre parter som EPJ-leverandører, helseforetak eller andre involverte aktører i forbindelse med pilotprosjektet. Dette kan inkludere eventuelle tilpasninger eller integrasjoner som må gjøres fra deres side.

3.6 NAV som softwareleverandør i helsesektoren

- Hvor mye trenger vi å vite om hver enkelt EPJ-leverandør? Vurder behovet for å samle inn informasjon om hver enkelt EPJ-leverandør, inkludert deres tekniske kapasitet, støtte for SMART on FHIR, og eventuelle begrensninger. Dette vil hjelpe med å forstå hvordan NAV kan samarbeide med ulike EPJ-leverandører.
- Hva betyr det for NAV å være «underleverandør» til EPJ-leverandørene? Klargjør rollen og ansvar når NAV fungerer som en underleverandør til EPJ-leverandørene. Dette inkluderer forventninger til samarbeid, teknisk integrasjon og leveranse av tjenester.
- Hvilke forpliktelser vil NAV ha ovenfor helseforetakene? Definer eventuelle forpliktelser NAV vil ha overfor helseforetakene når det gjelder leveranse av tjenester gjennom SMART on FHIR-applikasjonen. Dette kan inkludere servicenivåavtaler, støtte og vedlikehold.

- Ansvarsfordeling mellom produktområder/-team og Team Helseopplysninger: Klarlegg ansvarsfordelingen mellom ulike produktområder og -team i NAV når det gjelder utvikling, implementering og støtte for SMART on FHIR-applikasjonen. Dette vil sikre at alle relevante interne enheter har en tydelig rolle i pilotprosjektet og videre arbeid på dette området.

4. Teknologi og arkitektur

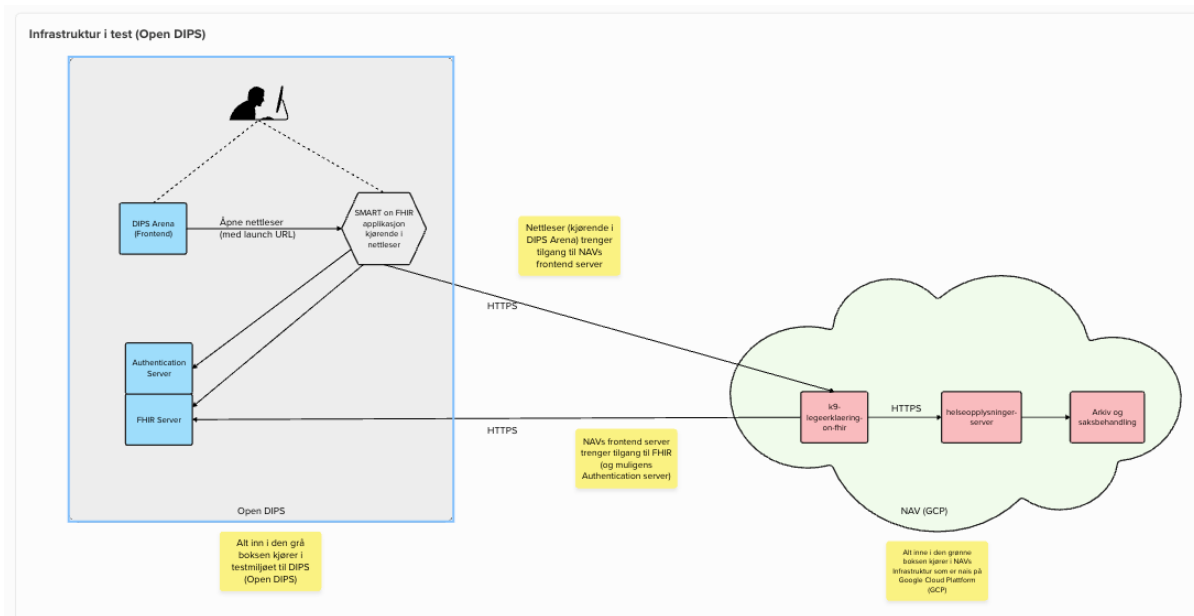
Forbehold: Alt som er beskrevet i dette kapittelet tar utgangspunktet i teknologien og arkitekturen slik den er i slutten av september 2023, og vil med stor sannsynlighet endre seg.

Den digitale legeerklæringen for pleiepenger sykt barn skal integrere DIPS Arena med NAVs eksisterende løsninger for saksbehandling og arkivering/journalføring. Det er p.t. utviklet tre nye applikasjoner for dette:

- k9-legeerklæring-on-fhir – Webapplikasjon og frontend server, den applikasjonen helsepersonell vil se og benytte i DIPS Arena.
- helseopplysninger-server – Backend applikasjon som mottar data fra frontend og sender videre til arkiv, saksbehandlingsløsning o.l.
- helseopplysninger-pdfgen – Applikasjon som generer PDF basert på utfylt legeerklæring.

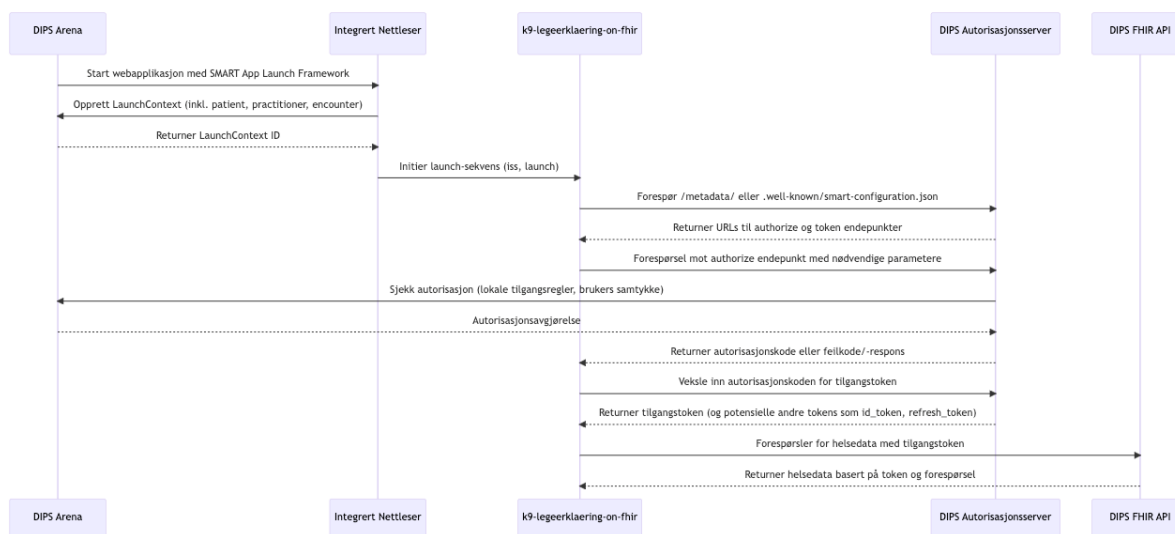
4.1 Arkitektur i test

Skissen under viser de viktigste applikasjonene og komponentene i testmiljøene til DIPS og NAV.



4.2 Oppstart og innlogging

Sekvensdiagrammet under viser hvordan de forskjellige applikasjonene er involvert ved oppstart av applikasjonen fra DIPS Arena.



Sekvensdiagrammet viser at webapplikasjonen må gjennom en rekke trinn for å få tilgang til helsedata fra DIPS Arena. Først må den startes med SMART App Launch Framework. Deretter må den opprette en LaunchContext, som inneholder informasjon om pasienten, legen og konsultasjonen. LaunchContext ID-en brukes til å autentisere smartappen.

Neste trinn er å forespørre metadata fra AuthServer. Dette gir smartappen informasjon om hvordan den skal autentisere seg og hvordan den kan få tilgang til helsedata.

Deretter sender smartappen en forespørsel til authorize endepunktet. Forespørselen inneholder informasjon om hvilke helsedata smartappen trenger tilgang til. AuthServer sjekker autorisasjonsstatusen til brukeren og returnerer en autorisasjonskode eller en feilmelding.

Applikasjonen kan deretter veksle inn autorisasjonskoden for et tilgangstoken. Tilgangstokenet brukes til å autentisere seg mot FHIR API.

Til slutt kan applikasjonen forespørre helsedata fra FHIR API. FHIR API returnerer så de helsedata som ble forespurt .

Merk at dette er en generell beskrivelse av hvordan en smartapp kan lanseres fra DIPS Arena. Det er mulig at det er noen detaljer som varierer fra app til app.

4.3 Teknologi som benyttes

k9-legeerklæring-on-fhir

- TypeScript: Et strengt syntaktisk superset av JavaScript som legger til statisk typetjekking.
- Next.js: Et React-rammeverk for produksjon av JavaScript-applikasjoner.
- React: Et JavaScript-bibliotek for å bygge brukergrensesnitt.
- React Hook Form: Et effektivt, fleksibelt og utvidbart skjema med enkel validering.
- Yup: En JavaScript-schema-bygger for verdi-parsing og validering.

- FHIRClient: Et bibliotek for å jobbe med FHIR-servere.
- NAV Design System (DS): Et sett med React-komponenter og stiler for å bygge applikasjoner i tråd med NAVs designprinsipper.

For testing og utviklingsformål benyttes også:

- Jest: Et omfattende JavaScript-testrammeverk.
- Testing Library: Et sett med hjelpere som lar deg teste React-komponenter uten å stole på deres implementeringsdetaljer.

helseopplysninger-server

- Java: Prosjektet bruker Java versjon 17, som er et objektorientert programmeringsspråk som er mye brukt for å lage applikasjoner som kan kjøre på ulike plattformer.
- Kotlin: Prosjektet bruker Kotlin versjon 1.9.10, som er et statisk typet programmeringsspråk som kjører på Java Virtual Machine (JVM).
- Spring Boot: Dette er et rammeverk for å lage Java-baserte webapplikasjoner som kan startes raskt og enkelt. Prosjektet bruker Spring Boot versjon 3.1.4.
- Reactor: Dette er en fjerde generasjons reaktivt bibliotek for bygging av ikke-blokkerende applikasjoner på JVM basert på Reactive Streams-spesifikasjonen.
- Micrometer: Dette er et enkelt fasade over instrumenteringsklientbiblioteker som tillater dimensjonal observabilitet.
- Springdoc: Dette er et bibliotek for å automatisere genereringen av API-dokumentasjon ved hjelp av Spring Boot-prosjekter.
- OpenTelemetry: Dette er et sett med APIer, biblioteker og agenter for å fange distribuerte spor og metrikker fra applikasjonen din.

For testing og utviklingsformål benyttes også:

- JUnit: Dette er et rammeverk for enhetstesting i Java.

helseopplysninger-pdfgen

- Kotlin: Prosjektet bruker Kotlin versjon 1.9.10, som er et statisk typet programmeringsspråk som kjører på Java Virtual Machine (JVM).
- Spring Boot: Dette er et rammeverk for å lage Java-baserte webapplikasjoner som kan startes raskt og enkelt.
- Handlebars: Dette er en enkel templating-motor.
- Jackson: Dette er et bibliotek for å behandle JSON-data i Java.
- JSoup: Dette er et bibliotek for å jobbe med HTML-data i Java.
- Ktor: Dette er et rammeverk for å bygge asynkrone servere og klienter i tilkoblede systemer ved hjelp av Kotlin.
- Prometheus: Dette er et åpen kildekode-system for overvåking og varsling.

For testing og utviklingsformål benyttes også:

- JUnit Jupiter: Dette er en plattform for testing i Java.

5. Status oktober 2023

Arbeidet med piloten startet opp i begynnelsen av august 2023, og vi er i skrivende stund ikke i mål i henhold til målsetning og læringspunkter vi har definert, men vil her forsøke å gi en status på de forskjellige områdene.

5.1 Teknologi og sikkerhet

SMART on FHIR-applikasjonen, kalt k9-legeerklæring-on-fhir kjører nå i DIPS Arena i test. Dette er en viktig milepæl for piloten da det muliggjør evaluering av applikasjonens funksjonalitet og integrasjon i et reelt elektronisk pasientjournalssystem (EPJ)-miljø. Helsepersonell kan enkelt starte applikasjonen fra DIPS Arena uten ekstra pålogging takket være Single Sign-On (SSO).

DIPS Arena - Testsykehuset DIPS

TEST | Opendis, Bjørn
Bifull funksjonstest og VID... | 21. september

08:54

TELOKK, Gry
120579-00499 - 44 år - Kvinne

Adresse: Lungesgårdsbakken 13, 5010 BERGEN
Telefon: Mobil: 90509050, Tel: 2334455
Fastlege: Jones (Testplan For XML-Meldinger), May | Vassenden legekantor (Testplan For XML)
Hovedspesialisme: Ikke registrert
Pasient-id: 1000811

Tidligere sykdommer: Ingen tidligere sykdommer registrert
Oppmerksomhet: Ingen kommende oppmerksomheter

Vis dokument

Lukk pasienten

Legens vurdering av barnets tilstand

^ Beskrivelse av barnets medisinske tilstand og funksjonsnivå

1. Beskriv barnets medisinske tilstand og funksjonsnivå. Gi en vurdering av behovet for kontinuerlig tilsyn og pleie, samt sykdomsutvikling og prognose. 2. Gi en vurdering av om det er behov én eller to personer samtidig for å pleie og/eller ha tilsyn med barnet når barnet er hjemme. Merk: Hvis pasienten er over 18 må du gi en vurdering av om pasienten er utviklingshemmet og svært alvorlig eller livstruende syk.

Vurdering av barnets tilstand

Diagnose

Hoveddiagnose

Bidiagnose

+ Legg til bidiagnose

Arbeidsflate

DIPS Arena - Testsykehuset DIPS

TEST | Øpendis, Barn | 0654 | 21. november

TELOKK Gry
120579-00469 - 44 år - Kvinne

Adresse: Lungesgårdsbøkken 13, 5020 BERGEN
Telefon: 50909090 | Mob: 22354455
Postadresse: (Testplan For Test, Møstinget), May | Vassenden Legecenter (Testplan For Test)
Hovedsyrerørende: (Ikk registrert)
Pasient ID: 100011

Tidligere sykdommer
Ingen tidligere sykdommer registrert

Oppmøte
Ingen kommende oppmøte

NAV Pleieplan

Opplysninger om sykehuset

Navn	Telefonnummer
<input type="text" value="Testsykehuset Hf"/>	<input type="text" value="75505000"/>
Gateadresse	
<input type="text" value="Testveien 10"/>	
<input type="text"/>	
Postnummer	Poststed
<input type="text" value="8015"/>	<input type="text" value="Bodø"/>

Kontakt oss

Har du flere spørsmål eller behov for mer veiledning? Her finner du mer informasjon for helsepersonell om pleiepenger for sykt barn. Du kan også ringe oss på telefon 55 55 33 36.

- Arbeidsflate -

Det er også implementert funksjonalitet for å hente data fra DIPS Arena via FHIR, men foreløpig ikke journalføring mot EPJ. Dette representerer en også en viktig milepæl i teknologievalueringen av piloten, og det gir verdifull innsikt i hvordan teknologien fungerer. Selv om det foreløpig kjører i et testmiljø, gir dette et godt grunnlag for videre testing og implementering i et produksjonsmiljø for å sikre at teknologien fungerer sømløst i den virkelige brukskonteksten.

Vi har startet dialogen med Helse Vest IKT for å diskutere den tekniske arkitekturen, sikkerhet og infrastruktur. Formålet er å gjennomgå den eksisterende tekniske arkitekturen og infrastrukturen som støtter løsningen, samt å vurdere sikkerhetsaspekter knyttet til datautveksling. Det er viktig å merke seg at selv om dialogen har startet, gjenstår det mye arbeid for å fullstendig evaluere og optimalisere disse områdene, noe som vil være en viktig del av videreutviklingen av pilotprosjektet.

Vi er i dialog med Norsk Helsenett for å utforske behovet for og implementeringen av HelselD i piloten. Dette vil være en viktig del av vår videre planlegging og evaluering.

5.2 Brukerinnsikt og funksjonalitet

Evalueringen av brukernes behov og deres opplevelse av systemet er en pågående prosess. Tilbakemeldinger fra brukere blir kontinuerlig samlet inn og analysert for å forbedre systemet. Vi har gjennomført flere viktige steg for å oppnå en dypere forståelse av dette, inkludert intervjuer med saksbehandlere i NAV og Bettina Lindgren, Styreleder i Løvemammaene. Selv om det har vært utfordrende å komme i kontakt med leger for innsikt i behov og utfordringer, ser vi fremgang i denne prosessen. Vi har planlagt intervjuer med leger i Helse Vest og en barnelege i NAVs brukerpanel for å styrke vår innsikt ytterligere.

Spørsmålet om hvorvidt innkommende legeerklæring skal journalføres på barnet eller på foreldre/omsorgspersonen er fortsatt under vurdering. Vi arbeider med å avklare dette aspektet i samarbeid med relevante interessenter.

Vi vurderer også graden av informasjon og involvering av foreldre eller omsorgspersoner i prosessen. Dette inkluderer dialoger og interaksjoner som er nødvendige for å sikre at foreldre/omsorgspersoner blir effektivt informert og involvert i beslutningsprosessen.

Inkluderingen av fosterbarn og håndteringen av adressebeskyttelse er komplekse spørsmål som krever nøye oppmerksomhet på personvern og sikkerhet. Vi har startet prosessen med å vurdere hvordan systemet kan inkludere fosterbarn og samtidig ivareta adressebeskyttelsen for alle involverte parter. Dette innebærer dialoger og vurderinger av eventuelle tilpasninger som må gjøres for å sikre at personvernet og sikkerheten blir opprettholdt i slike tilfeller.

Merk at selv om vi har startet denne prosessen, gjenstår det fortsatt mye arbeid på dette området, og vi forventer å gjøre flere fremskritt etter hvert som vi samarbeider med interessenter og innhenter mer innsikt og veiledning.

5.3 Juridiske og personvernmessige aspekter

På dette området har vi satt i gang viktige interne dialoger i NAV med ansvarlige innenfor juridisk område, spesielt i produktområdet Familie. Vi har tatt de første skrittene for å sikre at vi etterlever relevante juridiske krav og personvernregelverk i forbindelse med pilotprosjektet.

Vi har også planer om å innlede dialog med jurister i helsesektoren som har spisskompetanse på helserett og helserelaterte personvernspørsmål. Denne dialogen er ennå ikke påbegynt, men vil være en viktig del av vår innsats for å sikre at vi får en grundig vurdering av de juridiske aspektene knyttet til prosjektet.

Vi har også påbegynt arbeidet med en risiko- og sårbarhetsvurdering (ROS) for å identifisere og håndtere potensielle utfordringer. Noen av de identifiserte risikoene inkluderer følgende:

- Risiko for mangelfull validering av sesjon/tokens
- Risiko for vi ikke kan behandle sensitive opplysninger i offentlig sky
- Risiko for at åpning mellom GCP og helsenettet/Helse Vest utnyttes av andre
- Risiko for at erklæring om pleiepenger startes av noen i helsesektoren som ikke "får lov å sende til NAV" av sykehuset
- Risiko for sensitive-/personopplysninger i logger
- Mulighet for bedre sikkerhet og sporbarhet enn i dagens papirskjema
- Risiko for at sikkerheten i DIPS ikke er god nok
- Risiko for sensitive personopplysninger på avveie
- Risiko for DDOS-angrep
- Risiko for at sårbare angrepsflater utnyttes
- Risiko for at lang verdikjede og uavklart ansvarsforhold kan vanskeliggjøre feilsøking
- Risiko for at (NAV) backend har for vide rettigheter
- Risiko for at pleiepenger-appen har for vide rettigheter i EPJ

Selv om vi har startet på disse viktige aspektene innen juridiske og personvernmessige forhold, er det viktig å merke seg at det gjenstår mye arbeid og avklaringer på dette området. Vi vil fortsette å arbeide tett med relevante interessenter for å sikre at vi oppfyller alle nødvendige krav og retningslinjer.

5.4 Samarbeid og partnerskap

Vi har gjort betydelige fremskritt når det gjelder samarbeid og partnerskap i forbindelse med pilotprosjektet. Her er en oppsummering av status og tilleggsinformasjon knyttet til hvert av områdene:

- Samarbeid med EPJ-leverandør (DIPS): Samarbeidet med vår EPJ-leverandør, DIPS, har utviklet seg positivt. Vi har sikret tilgang til et dedikert testmiljø og nødvendig kompetanse for å implementere SMART on FHIR-applikasjonen. For å sikre effektiv kommunikasjon, har vi opprettet en dedikert Slack-kanal som lar NAV og DIPS samarbeide sømløst. Avtalemessig har vi oppnådd en bedre forståelse av behovet og funnet løsninger som er hensiktsmessige for pilotprosjektet. Likevel er vi klar over at den fragmenterte naturen til EPJ-markedet kan føre til utfordringer i fremtiden.
- Samarbeid med Helse Vest og Helse Vest IKT: Vårt samarbeid med Helse Vest og deres IT-leverandør, Helse Vest IKT, er godt etablert. Imidlertid har tempoet i dialogen vært utfordrende, og det har tatt tid å få nødvendige avklaringer. Vi jobber kontinuerlig med å forbedre effektiviteten i samarbeidet, selv om det krever tålmodighet på grunn av kompleksiteten i helsesektoren.

5.5 Kostnads- og budsjettstyring

Det er fortsatt tidlig i prosessen når det gjelder å konkludere med nøyaktige kortsiktige og langsiktige kostnader for pilotprosjektet. Vi erkjenner imidlertid at det er sannsynlig at kostnader vil påløpe knyttet til samarbeidsavtaler med forskjellige EPJ-leverandører. Det er avgjørende å avklare hvordan disse kostnadene skal finansieres og håndteres i fremtiden.

Per nå har vi begrenset innsikt i kostnadene som påløper for EPJ-leverandørene. Dette kan inkludere kostnader knyttet til implementering av støtte for SMART on FHIR og FHIR-standarden. Å forstå og vurdere disse kostnadene vil være viktig for å opprettholde et bærekraftig samarbeid med EPJ-leverandører og sikre en vellykket implementering ut over pilotprosjektet.

5.6 NAV som softwareleverandør i helsesektoren

Implementeringen av SMART on FHIR-teknologien har avdekket behovet for et nært samarbeid mellom NAV og EPJ-leverandører. Dette samarbeidet er avgjørende for å sikre en sømløs integrasjon av løsningen og for å kunne validere teknologien på en vellykket måte.

Arbeidet med SMART on FHIR har også vist at testing og grundig kjennskap til EPJ-leverandørenes løsninger er nødvendig for å sikre at datautvekslingen fungerer som forventet. Vi erkjenner at dette kan bli mer effektivt og standardisert etter hvert som flere applikasjoner blir utviklet, og samarbeidet med flere leverandører blir etablert. Likevel er det en klar forståelse av at omfanget av denne oppgaven må vurderes nøye før vi går videre med en fullskala implementering av SMART on FHIR.

Når det gjelder vår rolle som underleverandør, har vi foreløpig ikke utforsket dette området grundig, men planlegger å gjøre det i takt med at vi nærmer oss produksjonssettingen. Dette tyder på en vilje til å forstå og definere rollen og ansvaret som NAV vil ha når vi fungerer som en underleverandør til EPJ-leverandørene.

Vi er også bevisste på at helsesektoren er kompleks, med en fragmentert EPJ-marked preget av mange ulike leverandører. Vi mener det kan være nødvendig å sentralisere

kompetanse og oppfølging på dette området internt i NAV for å kunne håndtere implementeringen av SMART on FHIR i stor skala på en effektiv måte.

6. Veien videre

Vi vil fortsette arbeidet med i piloten i samarbeid med Helse Vest og DIPS for å realisere vårt opprinnelige mål:

Få inn (minst) en legeattest fra lege i Helse Vest elektronisk fra EPJ (DIPS Arena) som sammen med digital søknad fra omsorgsperson medfører at det fattes et vedtak om pleiepenger for sykt barn.

Dette samarbeidet vil legge grunnlaget for rask og effektiv behandling av søknader om pleiepenger for syke barn i fremtiden, og gi NAV mye verdifull læring for fremtidig strategi for utveksling av helseopplysninger med helsesektoren.

Selv om vi har oppnådd betydelig fremgang, er vi klar over at det fremdeles er utfordringer som må takles. Tekniske hindringer, juridiske forhold, personvernspørsmål og behovet for opplæring for helsepersonell og omsorgspersoner er alle faktorer som krever vår oppmerksomhet. Gjennom tett samarbeid med våre partnere vil vi arbeide for å finne løsninger på disse utfordringene.

Vi har også noen tanker om veien videre for denne piloten etter at vi har nådd den opprinnelige målsetningen. Vi vil også i denne fremtidige fasen ha fokus på læring, og har foreløpig identifisert følgende lærepunkter:

Forskjellige helseforetak

- Vil variasjoner i rutiner og arbeidsflyter påvirke løsningen og utrullingsstrategien?
- Hvor mye informasjon trenger vi om hvert regionale helseforetak?

EPIC

- Hvordan vil vår standard SMART on FHIR-applikasjon fungere i forskjellige EPIC-installasjoner?
- Hvordan er samarbeidet med en annen EPJ-leverandør?
- Hvilke avtaler må inngås?
- Hva blir kostnadene?

DIPS:

- Vil tekniske forskjeller mellom ulike installasjoner av DIPS Arena påvirke applikasjonen?
- Er det fortsatt helseforetak som bruker DIPS Classic?
- Er et langsiktig samarbeid med DIPS nødvendig, og hva blir kostnadene?

Standardisering:

- Hvilke standarder støttes av begge EPJ-leverandørene?
- Hvilke FHIR-basisprofiler støttes av begge leverandørene?

- Vil manglende støtte for standarder medføre økt kompleksitet og redusert brukeropplevelse?

Brukerinnsikt og funksjonalitet:

- Har helsepersonell i ulike helseforetak de samme behov og ønsker?
- Hvordan skal opplæring og utrulling til brukere som vi ikke har direkte kontakt med, håndteres?
- Hvordan får vi tilbakemeldinger fra brukere som vi ikke kjenner til eller har direkte kontakt med?
- Kan vi forenkle prosessen for forlengelse av pleiepenger?

Vedlegg 3 Relevante normerende dokumenter og publikasjoner

Navn	Utgiver	Dokumenttype	Kilde lenke
Anbefaling om bruk av HL7 FHIR for datadeling	Direktoratet for e-helse	Normerende Veileder	https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/anbefaling-om-bruk-av-hl7-fhir-for-datadeling
Anbefaling til bruk av SMART on FHIR	Direktoratet for e-helse	Normerende Veileder	https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/anbefaling-om-bruk-av-smart-on-fhir
Metode for utvikling av HL7 FHIR områdeprofiler	Direktoratet for e-helse	Normerende Veileder	https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/metode-for-utvikling-av-hl7-fhir-omradeprofiler
Målarkitektur for datadeling i helse- og omsorgssektoren	Direktoratet for e-helse	Normerende Retningslinje	https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/malarkitektur-for-datadeling-i-helse-og-omsorgssektoren
Krav til elektronisk meldingsutveksling	Direktoratet for e-helse	Normerende Retningslinje	https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/krav-til-elektronisk-meldingsutveksling
Samarbeidsmodell for internasjonale standarder	Direktoratet for e-helse	Publikasjon	https://www.ehelse.no/publikasjoner/samarbeidsmodell-for-internasjonale-standarder
Dialogmelding v.1.1	Direktoratet for e-helse	Normerende Anbefalt standard	https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/dialogmelding-v1.1
Referansekatalogen for e-helse	Direktoratet for e-helse	Katalog	https://www.ehelse.no/standardisering/om-standardisering/referansekatalogen-for-e-helse#Datadeling
Normen – norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren	Direktoratet for e-helse		https://www.ehelse.no/normen/normen-for-informasjonssikkerhet-og-personvern-i-helse-og-omsorgssektoren
Anbefaling av tillitsmodell for data- og dokumentdeling	Direktoratet for e-helse	Normerende Veileder	https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/anbefaling-av-tillitsmodell-for-data-og-dokumentdeling
HelseID	Norsk helsenett	Informasjonsside	https://www.nhn.no/tjenester/helseid

Se også Reguleringsplan for e-helse (<https://www.ehelse.no/reguleringsplan>) for en helhetlig og sammenhengende oversikt over krav og anbefalinger som gjelder for utvalgte områder ved samhandling.