

<b>Agenda for møte i NUFA</b>																									
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)																								
<i>Dato</i>	6. - 7. november 2019																								
<i>Tid</i>	6. november kl. 10:00 – 7. november kl. 13:30																								
<i>Sted</i>	Scandic Lillestrøm																								
<i>Medlemmer</i>	<table border="0"> <tr> <td>Inga Nordberg, Dir. for e-helse</td> <td>Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune</td> </tr> <tr> <td>Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF</td> <td>Mona Pedersen, Lenvik kommune</td> </tr> <tr> <td>Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF</td> <td>Thore Thomassen, Helsedirektoratet</td> </tr> <tr> <td>Geir Granerud, Helse Vest RHF</td> <td>Kirsten Petersen, Helsedirektoratet</td> </tr> <tr> <td>Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF</td> <td>Sindre Solem, Norsk Helsenett</td> </tr> <tr> <td>Kristian Onarheim, Helse Midt RHF</td> <td>Peter Holmes, FHI</td> </tr> <tr> <td>Randi Brendberg, Helse Nord RHF</td> <td>Mohammad Nouri Sharikabad, FHI</td> </tr> <tr> <td>Heidi Slagsvold, KS</td> <td>Torgeir Fjermestad, Fastlege</td> </tr> <tr> <td>Egil Rasmussen, KS</td> <td>Rune Karlsen, Difi</td> </tr> <tr> <td>Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune</td> <td>Arnfinn Aarnes, FFO</td> </tr> <tr> <td>Kirsti Pedersen, Oslo Kommune</td> <td>Sverre Ur, Diabetesforbundet</td> </tr> <tr> <td>Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune</td> <td></td> </tr> </table>	Inga Nordberg, Dir. for e-helse	Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune	Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF	Mona Pedersen, Lenvik kommune	Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF	Thore Thomassen, Helsedirektoratet	Geir Granerud, Helse Vest RHF	Kirsten Petersen, Helsedirektoratet	Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF	Sindre Solem, Norsk Helsenett	Kristian Onarheim, Helse Midt RHF	Peter Holmes, FHI	Randi Brendberg, Helse Nord RHF	Mohammad Nouri Sharikabad, FHI	Heidi Slagsvold, KS	Torgeir Fjermestad, Fastlege	Egil Rasmussen, KS	Rune Karlsen, Difi	Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune	Arnfinn Aarnes, FFO	Kirsti Pedersen, Oslo Kommune	Sverre Ur, Diabetesforbundet	Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune	
Inga Nordberg, Dir. for e-helse	Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune																								
Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF	Mona Pedersen, Lenvik kommune																								
Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF	Thore Thomassen, Helsedirektoratet																								
Geir Granerud, Helse Vest RHF	Kirsten Petersen, Helsedirektoratet																								
Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF	Sindre Solem, Norsk Helsenett																								
Kristian Onarheim, Helse Midt RHF	Peter Holmes, FHI																								
Randi Brendberg, Helse Nord RHF	Mohammad Nouri Sharikabad, FHI																								
Heidi Slagsvold, KS	Torgeir Fjermestad, Fastlege																								
Egil Rasmussen, KS	Rune Karlsen, Difi																								
Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune	Arnfinn Aarnes, FFO																								
Kirsti Pedersen, Oslo Kommune	Sverre Ur, Diabetesforbundet																								
Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune																									
<i>Observatører</i>	Tor Eid, Helse- og omsorgsdepartementet																								
<i>Stedfortreder</i>	Ingeborg Berge, KS (Egil Rasmussen, KS)																								

<b>Sak</b>	<b>Tema</b>	<b>Sakstype</b>
36/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 4.–5. september 2019	Godkjenning
37/19	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
38/19	Nasjonal arkitekturstyring med Direktoratet 2.0	Orientering
39/19	Skytjenester – muligheter og utfordringer	Drøfting
40/19	Ny e-helseorganisering - NEO	Orientering
41/19	Strategi - Kunnskapsgrunnlag for Utviklingstrekkrapporten	Drøfting
42/19	Neste generasjons nød- og beredskapskommunikasjon	Drøfting
43/19	Helsenorge.no – status for sektoren og innbyggers bruk av Helsenorge-plattformen	Orientering
44/19	Akson	Drøfting
45/19	Nasjonal e-helseportefølje – status 2019 og innspill til 2020	Drøfting
46/19	Felles språk i helse- og omsorgssektoren	Orientering
47/19	Eventuelt	

<b>Sak</b>	<b>Onsdag 6. november</b>	<b>Saksunderlag</b>
	<b>Start dag 1</b>	<b>10:00</b>
<b>36/19</b>	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 4.–5. september 2019</b>	<b>Godkjenning</b>
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referat fra møte 4.–5. september 2019	<b>Vedlegg 1:</b> Referat fra NUFA 4.–5. september 2019
<b>37/19</b>	<b>Orientering fra Direktoratet for e-helse</b>	<b>Orientering</b>
	Direktoratet for e-helse vil orientere om aktuelle saker.	
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA tar sakene til orientering.	
<b>38/19</b>	<b>Nasjonal arkitekturstyring med Direktoratet 2.0</b>	<b>Orientering</b>
	Direktoratet for e-helse vil gi en statusoppdatering på arbeidet med etablering av nasjonal arkitekturstyring.	<b>Vedlegg:</b> Nasjonal arkitekturstyring Direktoratet 2.0

	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA tar presentasjon om nasjonal arkitekturstyring til etterretning.	
<b>39/19</b>	<b>Skytjenester – muligheter og utfordringer</b>	<b>Drøfting</b>
	Direktoratet for e-helse ønsker å løfte opp mulighetsrommet og utfordringsbildet til skytjenester med medlemmer i NUFA.	<b>Vedlegg 3:</b> Skytjenester
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA tar innspill fra drøftingen med i det videre arbeidet med bruk av skytjenester i helse- og omsorgssektoren.	
<b>40/19</b>	<b>Ny e-helseorganisering - NEO</b>	<b>Orientering</b>
	Direktoratet for e-helse vil gi en status på virksomhetsoverdragelsen fra Direktoratet for e-helse til NHN og få innspill til videre arbeid. Det vil også bli orientert om Teknisk Beregningsutvalg (TBU).	<b>Vedlegg 4:</b> Ny e-helseorganisering - NEO
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA ber om at Direktoratet for e-helse tar med seg innspill fra møtet i det videre arbeidet med ny e-helseorganisering.	
<b>41/19</b>	<b>Strategi - Kunnskapsgrunnlag for Utviklingstrekkrapporten</b>	<b>Drøfting</b>
	Direktoratet for e-helse er i gang med ny utgave av Utviklingstrekkrapporten for 2020 og har identifisert aktuelle tema for rapporten. Vi ber om innspill fra NUFA til dette arbeidet.	<b>Vedlegg 5:</b> Kunnskapsgrunnlag for Utviklingstrekkrapporten
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA ber om at Direktoratet for e-helse tar med seg innspill fra møtet i det videre arbeidet med rapporten Utviklingstrekk 2020	
<b>42/19</b>	<b>Neste generasjons nød- og beredskapskommunikasjon</b>	<b>Drøfting</b>
	Helsedirektoratet vil drøfte helse- og omsorgstjenesten sine behov og krav til fremtidige kommunikasjonstjenester, og hvordan dette vil påvirke neste generasjon nød- og beredskapskommunikasjon.  Prosjektet ber NUFA om innspill på: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan kan regionale helseforetak og kommunene involveres på best mulig måte i prosessen?</li> <li>• Er det behov for å etablere en referansegruppe fra sektoren i den videre prosessen i arbeidet?</li> </ul>	<b>Vedlegg 6:</b> Neste generasjon nød- og beredskapskommunikasjon  <b>Vedlegg 6A:</b> Rapport Neste generasjon nød- og beredskapskommunikasjon er lenket opp i vedlegg 6 til ehelse.no
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA ber om at innspill tas med i det videre arbeid.	
<b>43/19</b>	<b>Helsenorge.no – Status for sektoren og innbyggers bruk av Helsenorge-plattformen</b>	<b>Orientering</b>
	Direktoratet for e-helse vil orientere NUFA om utbredelse og bruk av Helsenorge-plattformen. Det er ønskelig at NUFA gir innspill til videre tiltak.	<b>Vedlegg 7:</b> Helsenorge.no
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering.	
	<b>Slutt dag 1</b>	<b>17:00</b>
	<b>Middag</b>	<b>18:30</b>

<b>Sak</b>	<b>Torsdag 7. november</b>	<b>Saksunderlag</b>
	<b>Start dag 2</b>	<b>08:30</b>
	<b>Velkommen ved Direktoratet for e-helse.</b>	

<b>44/19</b>	<b>Akson</b>	<b>Drøfting</b>
	<p>Direktoratet for e-helse vil presentere og få innspill på foreløpige hovedanbefalinger knyttet til omfang og arkitektur for løsninger for helhetlig samhandling og felles kommunal journal.</p> <p>Prosjektet ber NUFA om innspill på:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tjenestemråder innen kommunal helse- og omsorgstjeneste som skal omfattes av felles journal</li> <li>• Forutsatt startpunkt for videreutvikling av samhandlingsfunksjonalitet, m.a.o. hvor langt vi er kommet før Akson iverksettes</li> <li>• Prioriteringen av samhandlingsfunksjonalitet, primært for det som omtales som leveranse 1.</li> </ul>	<p><b>Vedlegg 8:</b> Akson</p> <p><b>Vedlegg 8A:</b> Akson – Løsningsomfang og arkitektur er lenket opp i vedlegg 8 til ehelse.no</p>
	<p><b>Forslag til vedtak:</b> NUFA ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet.</p>	
<b>45/19</b>	<b>Nasjonal e-helseportefølje – status 2019 og innspill til 2020</b>	<b>Drøfting</b>
	<p>Direktoratet for e-helse vil gi NUFA en kort orientering om status på porteføljen 2019. I saken vil det også orienteres om legemiddelområdet, felles grunnmur samt strategisk viktige områder å prioritere i 2020. Det er ønskelig med innspill fra NUFA til definering av porteføljen for 2020.</p> <p>Hesledirektoratet vil også orientere om sin portefølje for 2020 og ønsker innspill fra NUFA til videre arbeid.</p>	<p><b>Vedlegg 9:</b> Nasjonal e-helseportefølje 6.0</p> <p><b>Vedlegg 9A:</b> Digitalisering av legemiddelområdet 2020</p> <p><b>Vedlegg 9B:</b> Felles grunnmur 2020</p> <p><b>Vedlegg 9C:</b> Nasjonal e-helseportefølje</p>
	<p><b>Forslag til vedtak:</b> NUFA tar status på porteføljen 2019 til orientering og ber om at innspill til denne og porteføljen for 2020 tas med i det videre arbeidet.</p>	
<b>46/19</b>	<b>Felles språk i helse- og omsorgssektoren</b>	<b>Orientering</b>
	<p>Direktoratet for e-helse vil orientere om Program for kodeverk og terminologi – Felles språk, som er en satsing som vil ha påvirkning på alle aktører i helse- og omsorgssektoren.</p>	<p><b>Vedlegg 10:</b> Felles språk i helse- og omsorgssektoren</p>
	<p><b>Forslag til vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering.</p>	
<b>47/19</b>	<b>Eventuelt</b>	
	<b>Slutt dag 2</b>	<b>13:30</b>

<b>Referat fra møte i NUFA</b>		
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)	
<i>Dato</i>	4.-5. september 2019	
<i>Tid</i>	4. september kl. 10:00 – 5. september kl.14:00	
<i>Sted</i>	Thon Hotel Arena, Lillestrøm	
<i>Medlemmer</i>	Inga Nordberg, Dir. for e-helse Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF Geir Granerud, Helse Vest RHF Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF Kristian Onarheim, Helse Midt RHF Bente Saltnes Nedrebø, NIKT Egil Rasmussen, KS Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune Kirsti Pedersen, Oslo Kommune Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune	Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune Mona Pedersen, Lenvik kommune Thore Thomassen, Helsedirektoratet Kirsten Petersen, Helsedirektoratet Sindre Solem, Norsk Helsenett Peter Holmes, FHI Mohammad Nouri Sharikabad, FHI Torgeir Fjermestad, Fastlege Rune Karlsen, Difi Arnfinn Aarnes, FFO Sverre Ur, Diabetesforbundet
<i>Ikke til stede</i>	Randi Brendberg, Helse Nord RHF Timoleon Papas, NIKT	Heidi Slagsvold, KS
<i>Observatører</i>	Tor Eid (Observatør), HOD	
<i>Stedfortreder</i>		
Direktoratet for e-helse	Siv Ingebrigtsen Tone Haadem Titland	Karl Vestli Michelle Jensen

<b>Sak</b>	<b>Tema</b>	<b>Sakstype</b>
25/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 24.–25. april 2019	Godkjenning
26/19	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
27/19	Nasjonal e-helseportefølje og strategisk plan	Orientering
28/19	Felles grunnmur	Drøfting
29/19	Akson	Drøfting
30/19	Medisinsk avstandsoppfølging	Drøfting
31/19	CEF digital eHDSI	Drøfting
32/19	Evaluerer nasjonale utvalg - workshop	Drøfting
33/19	Tema: Personvern, informasjonssikkerhet og beredskap	Orientering/Drøfting
34/19	Normen	Drøfting
35/19	Eventuelt	

<b>Sak</b>	<b>Onsdag 4. september – Strategi-, portefølje- og forvaltningsprosessen</b>
<b>25/19</b>	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 24.–25. april 2019</b>
	Ingen kommentarer til innkalling og dagsorden. Ingen kommentarer til referat fra møte 24.–25. april 2019.
	<b>Vedtak:</b> NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referat fra møte 24.–25. april 2019.
<b>26/19</b>	<b>Orientering fra Direktoratet for e-helse</b>
	Karl Vestli, Direktoratet for e-helse, ga en kort orientering om følgende aktuelle saker: <ul style="list-style-type: none"> <li>• NEO</li> </ul>

	<p>Virksomhetsoverdragelsen av ansatte fra Direktoratet for e-helse til Norsk Helsenett trer i kraft 1. januar 2020. Gjennomføringsfasen av prosjektet startet 1. september 2019 og medfører mindre organisasjonsendringer internt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IKT Nøkkeltall</li> </ul> <p>Direktoratet for e-helse fikk i 2016 et oppdrag fra HOD om å etablere et nasjonalt indikatorsystem for e-helse. Et nytt område fra i fjor er rapportering av IKT-driftskostnader. Det rapporteres i dag ikke tall fra kommuner, men Direktoratet for e-helse er i dialog med KS for å identifisere hvordan disse tallene kan inkluderes i rapporteringen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktuelle utredninger</li> </ul> <p>Direktoratet for e-helse er involvert i følgende utredninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medisinsk avstandsoppfølging</li> <li>• CEF digital eHDSI</li> <li>• Triage</li> <li>• Alvorlig sykt barn</li> <li>• Kunstig intelligens</li> <li>• Neste generasjon nød- og beredskapskommunikasjon</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nordisk standardiseringsseminar</li> </ul> <p>Direktoratet for e-helse var vertskap for Nordisk Ministerråds e-helsestandardiseringsgruppe med deltakere fra Norge, Sverige, Danmark og Finland. Det ble diskutert erfaringer, felles utfordringer og videre samarbeid.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering.</p>
<p><b>27/19</b></p>	<p><b>Nasjonal e-helseportefølje og strategisk plan</b></p>
	<p>Sara-Charlotte Kallevig, Direktoratet for e-helse, orienterte om status og felles utfordringer knyttet til den pågående porteføljen samt pågående tiltak for å redusere risiko og konsekvenser. Det ble også orientert om arbeidet med å etablere en leveranseplan for nasjonal e-helseportefølje som et styringsverktøy for å realisere nasjonal e-helsestrategi.</p> <p>Det ble kommentert skepsis rundt bruk av personlig eID i jobbsammenheng. Direktoratet for e-helse har pågående diskusjoner med Difi og KS om utfordringer knyttet til bredding av e-ID.</p> <p>Det kom innspill på Akson om prioriteringen av samhandlingsløsningen i forhold til journalløsning. Direktoratet for e-helse påpekte at plan og rekkefølge i Akson er en del av det pågående forprosjektet.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering og ber om at innspill framkommet i møtet tas med i det videre arbeidet.</p>
<p><b>28/19</b></p>	<p><b>Felles grunnmur</b></p>
	<p>Helge Bjertnæs og Elin Kindingstad, Direktoratet for e-helse, orienterte om det videre arbeidet med revidert plan for Felles grunnmur for 2020. Planen omfatter tiltak for 2019-2023.</p> <p>Status per nå er at de har tiltak innenfor alle hovedområdene. Det har kommet to nye tiltak som er HelseID og Risikoreduksjon for grunndata. Direktoratet for e-helse orienterte om den påbegynte avhengighetsanalysen. Det er hovedfokus på avhengigheter til de områdene som har høyest prioritet hhv. legemiddelområdet og samhandling. Kindingstad oppfordret NUFA-medlemmene til å be sine porteføljekontakter om å rapportere avhengigheter tydelig, også de avhengighetene som er under kontroll.</p> <p>NUFA-medlemmene ble oppfordret til å fordele poeng etter hvor avhengig virksomhetene er av elementer i grunnmur. Resultatet viste følgende rangering:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 16%: Datadeling</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 16%: HelseID</li> <li>• 15%: Grunndata – virksomhet</li> <li>• 15%: Dokumentdeling</li> <li>• 14%: Kodeverk og terminologi</li> <li>• 11%: Grunndata – person</li> <li>• 10%: Grunndata – personell</li> <li>• 3%: Robust mobilt helsenett</li> </ul> <p>Direktoratet for e-helse sammenlignet dette resultat med rapporterte avhengigheter fra april 2019. Rapporteringen viste, i likhet med medlemmenes rangering, at HelseID, Dokumentdeling og Grunndata – virksomhet ble rangert høyt.</p> <p>NUFA ble bedt om å komme med innspill på prioritering av tiltak for 2020. Det kom innspill på at det ikke er strukturen og informasjonsmodellen som er problemet med virksomhetsinformasjonen som ligger i grunndata, men datakvaliteten. Videre ble det kommentert at en prioritering av tiltakene i grunnmur ikke bare må ta hensyn til hva det meldes avhengighet til, men også hvilke deler av grunnmuren som er forutsetninger for andre grunnmurstiltak og som dermed må prioriteres. HelseID ble trukket frem som et viktig tiltak for å realisere andre tiltak. Det ble også kommentert at det er viktig å opprettholde prioritet på dokumentdeling.</p> <p>Det ble kommentert at API-management kan bidra til å realisere flere tiltak. Direktoratet for e-helse informerte om at det er startet en prosess for å se på hvordan API-management skal utformes og hente inn informasjon før en anskaffelse. I tillegg til API-management ble det kommentert at det bør etableres en felles API- strategi for å sikre koordinert utvikling av APIer.</p> <p>Det er sendt ut e-post til alle NUIT- medlemmer og der det bes om innspill til prioritering av tiltak og samarbeid på gjennomføring av tiltak for felles grunnmur.</p>
	<p><b>Vedtak:</b>        NUFA drøfter prioritering av tiltak på Felles grunnmur, og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill fremkommet i møtet i den videre prosessen med revidering av plan for 2020.</p>
29/19	<p><b>Akson</b></p>
	<p>Idunn Løvseth Kavlie, Direktoratet for e-helse, orienterte om oppdrag fra HOD og plan for gjennomføring. Det kom en del kommentarer/spørsmål knyttet til bl.a. betydningen av at kommunene kan få data til egen styring og føler eierskap til utvikling, samt betydning av innbyggerperspektiv, helhet i pasientforløpene og løsninger som støtter helsetjenesteinnovasjon. Det ble stilt spørsmål om det burde være sårbarhetsanalyse for pasientsikkerhet og ev. analyse av uønsket variasjon, samt hvordan prosjektet best kunne tilrettelegge for konkurranse.</p> <p>Hallvard Lærum, Direktoratet for e-helse, la frem vurderinger knyttet til løsningsomfang for journalløsningen som NUFA drøftet. Det ble stilt spørsmål om hovedområdene i journalløsningen var gjenkjennelige og om fordelingen mellom kjernefunksjonalitet og tilleggsfunksjonalitet. Videre gikk Hallvard Lærum og Bjarte Aksnes, Direktoratet for e-helse, gjennom vurderinger knyttet til samhandlingsløsningen. Det kom innspill knyttet til funksjonalitet i journalløsningen, hvordan journal og samhandlingsløsningen henger sammen og omfanget av samhandlingsløsningen. Det er behov for å beskrive gode forløp, ikke bare løsning og funksjonalitet. Transisjonsperiode er en utfordring og viktig med nasjonale tiltak med lang nytteverdi. Det er viktig at utviklingen ikke stopper opp og at tjenesten vet hva som skjer fremover. Løsningen må være fleksibel nok til å ta inn over seg endringer som vil komme i tjenesten de neste årene. Det ble uttrykt bekymring med hensyn på tidsfristen i forprosjektet, samt omfang og kompleksitet i tiltaket totalt sett,</p>

	spesielt for samhandlingsløsningen. Dette er helseinnovasjon og det ble diskutert hva dette betyr for det norske markedet.
	<b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering og ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet.
<b>30/19</b>	<b>Medisinsk avstandsoppfølging</b>
	Espen Møller, Direktoratet for e-helse, orienterte om status og mulighetsrom i arbeidet med medisinsk avstandsoppfølging.  Det ble presentert fem konsept-idéer for å dele pasientens medisinske målinger og egenregistreringer mellom virksomheter og tjenestenivåer i et pasientforløp. For konsept 5 ble det kommentert at det er viktig å ikke velge konsepter som gir mindre muligheter for innovasjon. Direktoratet for e-helse presiserte at videokommunikasjon er en del av medisinsk avstandsoppfølging til tross for at det ikke var omfattet av konseptene som ble presentert.  Direktoratet for e-helse leverer sluttrapport til Helse- og Omsorgsdepartementet 15. desember. Den skal inneholde forslag til tiltak.
	<b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse om å ta med innspill i det videre arbeidet med detaljering av tiltak for informasjonsflyt for medisinsk avstandsoppfølging.
<b>31/19</b>	<b>CEF digital eHDSI</b>
	Georg Ranhoff, Direktoratet for e-helse, orienterte om EU sin utlysning om prosjektfinansiering for tilknytning til grensekryssende utveksling av pasientopplysninger. Dette omhandler om utveksling av EPJ-informasjon på tvers av EU-land. Innen 2022 er det forventet at 22 EU-land kan dele e-resepter og/eller oppsummering av pasientopplysninger på tvers av landegrenser.  Direktorat for e-helse har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å levere en anbefaling om Norge skal delta/ikke delta i EU sitt CEF Digital – prosjekt for grensekryssende e-helsetjenester. Denne anbefalingen skal leveres 1. oktober.  Ved forrige utlysning i 2017 ble det vurdert at Norge ikke skulle søke om deltakelse. Som følge av det har Norge hatt en følge-med-rolle hvor vi aktivt har deltatt i møter, men ikke forpliktet oss.  NUFA drøftet konsekvenser ved å delta/ikke delta i EU sitt CEF Digital og hva som er den mest relevante tilnærmingen (følge med, deltaker, initiativtaker). NUFA ønsket ikke å delta i prosjektet da vi ikke har tilsvarende velfungerende systemer i Norge per dags dato. Medlemmene anbefaler dermed en følge-med-rolle. Direktoratet for e-helse pekte på at konsekvensen ved å ikke delta vil gjøre det økonomisk tyngre den dagen vi eventuelt velger å innføre de internasjonale standardene.
	<b>Vedtak:</b> NUFA drøfter konsekvenser ved å delta/ikke delta i EU sin utlysning om midler til grensekryssende utveksling av pasientopplysninger og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill framkommet i møtet i det videre arbeidet.
<b>32/19</b>	<b>Evaluering nasjonale utvalg - workshop</b>
	Siv Ingebrigtsen, Direktoratet for e-helse, orienterte om evalueringen av nasjonale utvalg. Det ble bedt om innspill til hvordan NUFA kan videreutvikles med tanke på mandat, organisering og gjennomføring av møter, samt eventuelle forslag til justering av medlemssammensetning.  NUFA-medlemmene ble bedt om å svare på følgende spørsmål:



	<p>1. Hvordan synes du NUFA har fungert og fungerer i dag? Hva er mest positivt ved utvalget og hva er utfordrende?</p> <p>Det ble kommentert at det oppleves utfordrende å representere i utvalget på vegne av sin organisasjon.</p> <p>Medlemssammensetningen er god og bred med et samarbeidende miljø, samt at det er gode muligheter for nettverksbygging og læring. Det oppleves positivt med en interaktiv form med flere drøftingssaker i møtene og åpent for tilhørere fra medlemmenes organisasjoner.</p> <p>Medlemmene kommenterte at det oppleves utfordrende med sprikende temaer hvor det er vanskelig å se avhengigheter og sammenheng. Til tross for dette er det ønskelig med brede tema.</p> <p>2. I hvilken grad mener du at NUFA og deres medlemmer oppfyller mandatet? Ift. samarbeidet mellom NUFA og NUIT, men også Nasjonalt e-helsestyre; hva fungerer og hva kan forbedres?</p> <p>Det oppleves utfordrende for medlemmer uten nettverk å forberede seg til NUFA-møtene.</p> <p>Det ble etterspurt tydeligere budskap fra NUFA til bruk i NUIT og Nasjonalt e-helsestyre. Medlemmene ønsker at saker som også behandles i NUIT og Nasjonalt e-helsestyre har et tydelig vedtak eller innstilling fra NUFA. Videre oppleves det som NUIT bruker liten tid til prioritering og heller repeterer saker fra NUFA. Det etterspørres et tydeligere saksunderlag til bruk i prioriteringsdiskusjoner. Det er ønskelig at man løfter blikket fra et økonomisk perspektiv.</p> <p>3. I hvilken grad er sammensetningen av NUFA hensiktsmessig? Er det aktører som bør styrkes, aktører som mangler, kompetanse som mangler, etc.?</p> <p>Medlemmene synes i stor grad sammensetningen av medlemmer i NUFA er god, men savner en aktiv bestilling til hva som forventes av representantene fra pasient- og brukerorganisasjonene. Det ble også etterspurt en samfunnsmedisiner som kommer med et annet perspektiv og andre spørsmål som utfordrer NUFA.</p> <p>4. Hvordan fungerer organiseringen og gjennomføringen av NUFA? Settes de relevante sakene på agenda, møtefrekvens? Har du forslag til arbeidsform eller organisering av møtene som ville bidratt til bedre møter og utnyttelse av NUFA sin kompetanse</p> <p>Det ble kommentert at det man ser en synlig forbedring med økt bruk av workshop og verktøy som gir mer interaktivitet.</p> <p>På bakgrunn av reorganiseringen av Direktoratet for e-helse etterspør medlemmene et tydeligere bilde av Direktoratet for e-helse sitt ansvar og tjenesteleverandøren sitt ansvar.</p> <p>Det ble diskutert prosessering av saker i forkant av NUFA-møtene. Direktoratet for e-helse informerte om at sakene behandles internt i forkant av samtlige utvalgsmøter.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA ber Direktoratet for e-helse ta med innspill fremkommet i møtet i det videre arbeidet.</p>
	<p><b>Slutt dag 1</b></p>



Sak	Torsdag 5. september – Personvern, informasjonssikkerhet og beredskap
33/19	<b>Tema: Personvern, informasjonssikkerhet og beredskap</b>
	<p>Inga Nordberg, Direktoratet for e-helse, ønsket velkommen til dagens tema som er tatt inn i strategisk plan for e-helse gjennom innsatsområde 6.3 "Styrke arbeidet med beredskap, informasjonssikkerhet og personvern".</p> <p>Innbyggerundersøkelsen 2019 (gjennomført av Kantar for Direktoratet for e-helse) viser bl.a. at kun 55 % har tillit til at helseopplysningene deres er lagret slik at utenforstående ikke har tilgang til dem. Hvordan kan tilliten økes?</p>
	<b>Introduksjon og inspirasjon</b>
	<p><u>Cybersikkerhet i min egen personlige kritiske infrastruktur</u></p> <p>Marie Moe, Sintef, har pacemaker – og har som sikkerhetsforsker forsket på cybersikkerhet knyttet til denne typen utstyr. Det er flere sikkerhetsutfordringer forbundet med medisinsk utstyr, bl.a. at det ofte mangler tilfredsstillende mekanismer eller rutiner for oppdateringer, samtidig som produkter som tradisjonelt har fungert i lukkede miljøer som i økende grad kobles på nett. Hun var bekymret for at vår avhengighet av systemer som styres av programvare øker raskere enn vår evne til å sikre systemene.</p> <p>Det kom følgende innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ I ny EU-forordning om medisinsk utstyr (trår i kraft 2020) er cybersikkerhet nevnt, i motsetning til i tidligere direktiv.</li> <li>○ Vurderinger av risiko og tiltak som softwareoppdateringer bør også ta hensyn til personavhengige forhold, f.eks. om en person er spesielt trusselutsatt.</li> </ul>
	<p><u>Hvordan kan personvern og informasjonssikkerhet bygges inn i e-helseløsninger?</u></p> <p>Jenny Marie Ellingsæter, Sopra Steria, orienterte om det er viktig å ta hensyn til viktige områder som grunnleggende prinsipper, den registerets rettigheter, sikkerhet ved behandlingen og avvikshåndtering. Tiltak knyttet til hver av disse områdene ble gjennomgått (se presentasjon). Strategisk arbeid med informasjonssikkerhet og personvern bør omfatte både proaktive og reaktive faser: forutse – forebygg – detekter – responder.</p>
	<p><u>HelseCERT</u></p> <p>Gunnar Johansen, Norsk Helsenett, orienterte om helse- og omsorgssektorens nasjonale senter for cybersikkerhet, HelseCERT.</p> <p>Dagens trusselaktør er avansert, målrettet, profesjonell, resurssterk, taktisk og strategisk. E-post er den vanligste angrepsmetoden, eller via internett på system og infrastruktur med sikkerhetshull/svakheter. Sektorens motstandsdyktighet kan økes ved å gjennomføre tiltak og forebyggende aktivitet, ha gode rutiner og daglig god kultur, samt følge nasjonale råd og anbefalinger.</p>
	<p><u>ROS IKT</u></p> <p>Jan Gunnar Broch, Direktoratet for e-helse, orienterte om den nylig utgitte rapporten <a href="#">Overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering for IKT i helse- og omsorgssektoren (PDF)</a>. I rapporten foreslår Direktoratet for e-helse følgende tiltak som skal løfte sikkerhetsnivået i helse- og omsorgssektoren på kort og mellomlang sikt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utarbeidelse av nasjonal IKT-beredskapsplan for helse- og omsorgssektoren som en del av Nasjonal helseberedskapsplan</li> <li>2. Gjennomføre årlig IKT-øvelse</li> <li>3. Styrket operativ IKT-sikkerhet i helse- og omsorgssektoren</li> <li>4. Styrket myndighetsrolle for IKT-sikkerhet i helse- og omsorgssektoren</li> <li>5. Utarbeidelse av helhetlig IKT-sikkerhetsstrategi for helse- og omsorgssektoren</li> </ol> <p>Det kom følgende innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hvordan er utfordringsbildet med små virksomheter adressert? Det er mange små virksomheter i vår sektor med lav kompetanse på IKT-sikkerhet. Strategien til nå har</li> </ul>

	vært veiledning gjennom bl.a. Normen, men antakelig trenger vi også flere felles funksjoner som gjennom å tilby tjenester kan sikre de mindre virksomhetene bedre.
	<p><b>Forslag til vedtak:</b>          NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill fra drøftingen i videre arbeid.</p>
<b>34/19</b>	<b>Normen</b>
	<p>Aasta Hetland, Direktoratet for e-helse, orienterte om kommende, ny versjon (6.0) av Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren, Normen, som nå er på høring. Det blir høringsmøte (streames) 23.9. Høringsfrist er 1.11. Vesentlige endringer i ny versjon er mer vektlegging av sikkerhetsarkitektur, endringer i tilgangsstyring etter endret lovverk, fokus på leservennlighet og tydeliggjøring av forholdsmessighet (skal- og bør krav).</p> <p>Påfølgende ble det drøftet følgende temaer i alle tre gruppene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innebygd personvern</li> <li>• Normen 6.0</li> <li>• Cybersikkerhet og beredskap</li> </ul> <p>Oppsummering fra gruppearbeidet:</p> <p>5. Innebygd personvern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Begrepet personvern. Personvern er mer enn personvern og pasientens rettigheter.</li> <li>○ Leverandører og små virksomheter har ikke kompetanse til å forstå hva som ligger i begrepet, og at vi må ansvarliggjøre dem. Hvordan kan vi måle sikkerheten til leverandørene våre? Bevissthet ved anskaffelser er viktig.</li> <li>○ Enkelte virksomheter har god erfaring med å bruke modenhetsmodeller, og en kunne tenkt seg Normen bygd ut med slike verktøy.</li> <li>○ Eksempel som ble diskutert: Pasienter og pårørende som sender helseopplysninger på e-post Vil pasienten kunne samtykke til dette?</li> </ul> <p>6. Normen 6.0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se på begrepsbruken og definisjonen av sikkerhetsarkitektur. Begrepet sikkerhetsarkitektur er god kjent for noen, mens fremmedgjørende for andre – hva betyr dette og det forholder vi oss ikke til (noen andre som gjør). Positive til kravene i grunnprinsippene.</li> <li>○ Tilgangsstyring: Dette er viktig i sektoren vår. Ift Normen er det viktig å ha det på prinsippnivå så det passer til ny teknologi og tilganger. Være så konkrete at det har verdi, men ikke så konkrete at det begrenser tilgangsstyringen.</li> <li>○ Arbeide med gode eksempler.</li> </ul> <p>7. Cybersikkerhet og beredskap</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Medisinsk utstyr en stor trussel, samtidig som vi har liten kontroll.</li> <li>○ Hvordan få leverandører opptatt av sikkerhet? Samtidig, hvis for opptatt av sikkerhet får man ikke utstyr ut på markedet.</li> <li>○ Viktig å øve på IKT-hendelser, og hvordan store hendelser håndteres nasjonalt.</li> <li>○ Ved etablering av nasjonale e-helseløsninger der helseopplysninger for et stort antall pasienter samles, så øker verdien, konsekvensen hvis det skjer et brudd blir større, mens sannsynligheten bør bli mindre pga mer robuste systemer.             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Et viktig tiltak blir å kartlegge hvilken informasjon man må ha lokalt som man ikke klarer seg uten.</li> </ul> </li> <li>○ HelseCERT ser bedring gjennom arbeidet med inntrengningstester. Det er vanskeligere å komme på innsiden nå enn før. Dette viser at arbeid sammen med aktører som RHF'ene virker tid over tid.</li> </ul>

	<b>Vedtak:</b> NUFA ber Direktoratet for e-helse om å ta med innspill fremkommet i møtet i det videre arbeidet.
<b>25/19</b>	<b>Eventuelt</b>
	Intet til eventuelt.
	<b>Slutt dag 2</b>

Til Møte 4/19  
Dato 06.11.2019  
Saksnummer 38/19  
Type Orientering

Fra Inga Nordberg  
Saksbehandler Lars Kristian Roland

## Arkitekturstyring

### Forslag til vedtak

NUFA tar presentasjon om nasjonal arkitekturstyring til etterretning.

### Hensikt med saken

Statusoppdatering på arbeidet med etablering av nasjonal arkitekturstyring.

### Bakgrunn

Nasjonal arkitekturstyring er etablert som en kapabilitet i Direktoratet for e-helse. Formålet med nasjonal arkitekturstyring er å bidra til en koordinert og enhetlig IKT-utvikling i helse- og omsorgssektoren som har et helhetlig og langsiktig perspektiv. Oppdraget er gitt av Helse og omsorgsdepartementet. Direktoratet for e-helse har invitert Gartner til å bistå i arbeidet med å vurdere og foreslå en modell for nasjonal arkitekturstyring. Gartner har sammen med en arbeidsgruppe i direktoratet vurdert dagens modenhet og arkitekturkapabiliteter samt vurdert og foreslått et fremtidig målbilde og veikart for nasjonal arkitekturstyring for helse- og omsorgssektoren. Dette arbeidet gir et godt utgangspunkt for videre utvikling av arkitekturkontoret i Direktoratet for e-helse.

Gartner anbefaler at Direktoratet for e-helse og nasjonal tjenesteleverandør setter et langsiktig mål om en arkitekturfunksjon som tilsvarer nivå 4 på Gartner sin modenhetsskala. Dette betyr at den nasjonale arkitekturfunksjonen skal kunne kjennetegnes som følger:

- Arkitekturpraksisen er formalisert og repeterbart
- Arkitekturleveranser fra Direktoratet for e-helse er tilpasset virksomhetenes behov og henger sammen med den nasjonale e-helsestrategien
- Arkitekturpraksisen er integrert med sentrale prosesser i sektoren, som nasjonal strategiprosess, porteføljestyingsprosess og forvaltningsstyringsprosess
- Arkitekturfunksjonen har fokus på kontinuerlig forbedring
- Arkitekturfunksjonen anses som kompetent, profesjonell og verdiskapende både internt i egen virksomhet og ut mot sektoren
- Arkitekturfunksjonen har et økt fokus på innovasjon og har formaliserte og repeterbare prosesser knyttet til arbeidet

Effektene av en arkitekturfunksjon på nivå 4 er:

- Raskere avklaringer rundt utfordringer, begrensninger og muligheter med teknologi for nasjonale ehelseiltak
- Økt samsvar mellom strategiske, taktiske og operative beslutninger i sektoren
- Økt kvalitet i nasjonale analyser og beslutningsunderlag for sektoren
- Nasjonale e-helseløsninger blir sett i en helhetlig sammenheng
- Mer effektiv gjennomføring av nasjonale e-helseprogrammer og -prosjekter
- Økt gjenbruk av felleskomponenter og løsninger samt økt harmonisering av prosesser i sektoren
- Økt innovasjonstakt for sektoren, gjennom et mer strukturert og proaktivt samspill mellom IT og helsefag på nasjonalt nivå

Presentasjonen for NUFA vil gi en status på arbeidet på etablering av arkitekturstyring i Direktoratet for e-helse. Et viktig fokus i arbeidet nå er endring i arkitekturstyring for å tilpasse seg ny organisering i e-helse, men også tiltak for å involvere flere aktører i nasjonal arkitekturstyring, inkludert etablering og videreutvikling av arenaer for arkitekturstyring.

Til Møte 4/19  
Dato 06.11.2019  
Saksnummer 39/19  
Type Drøfting

Fra Inga Nordberg  
Saksbehandler Lars Kristian Roland

## Skytjenester – muligheter og utfordringer

### Forslag til vedtak

NUFA tar innspill fra drøftingen med i det videre arbeidet med bruk av skytjenester i helse- og omsorgssektoren.

### Hensikt med saken

Skytjenester blir stadig mer aktuelt og etterspurt innen databehandling, og kan gi nye muligheter for datadeling og tilgjengeliggjøring av data. Lagring av data i skyen gir mange muligheter, men også noen utfordringer, spesielt innen personvern og geografisk lagring av data.

Det er et klart utviklingstrekk i de fleste sektorer både nasjonalt og internasjonalt å ta i bruk skytjenester. Modenhetsgraden i leverandørmarkedet og blant kunder har økt de senere årene. Det er mange initiativ innen skytjenester fra både private og offentlige aktører. Det er også utarbeidet ulike veiledere og anbefalinger. De fleste aspekter er generiske, men noe kan være spesifikt for helsesektoren. Direktoratet for e-helse ønsker å løfte opp mulighetsrommet og utfordringsbildet med NUFAs medlemmer. Vi ønsker også en diskusjon om hvilken rolle sektoren skal ta: En aktiv rolle med å sette egne standarder og retningslinjer, eller mere passiv rolle og følge markedet og anbefalinger fra DIFI og andre aktører.

### Bakgrunn

Kommunal- og moderniseringsdepartementet la i 2016 frem *Nasjonalt strategi for bruk av skytjenester*<sup>1</sup>. Her står det blant annet:

- "Skytjenester skal vurderast på linje med andre løysingar når ein står overfor større endringar eller omleggingar av IKT-system eller -drift:
  - ved innkjøp av nye system eller større oppgraderingar
  - ved større utskiftingar av maskinvare
  - når eksisterande driftsavtalar går ut
- Når skytjenester gir den mest hensiktsmessige og kostnadseffektive løysinga, og det ikkje ligg føre spesielle hindringar for å ta i bruk slike tenester bør ein velje å bruke skytjenester.

1

[https://www.regjeringen.no/contentassets/4e30afec51734d458596e723c0bdea0e/nasjonalt\\_strategi\\_for\\_bruk\\_av\\_skytjenester.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/4e30afec51734d458596e723c0bdea0e/nasjonalt_strategi_for_bruk_av_skytjenester.pdf)

- Den valde løysinga må tilfredsstille verksemda sine krav til informasjonstryggleik. Dette krev at verksemda kjenner verdien av eigne system og data, og gjer ei risikovurdering av den valde løysinga."

Så langt er skytjenester bare i mindre grad tatt i bruk i helse- og omsorgssektoren i Norge. Det er sannsynlig at bruken av skytjenester vil øke i de nærmeste årene.

### **Generell presentasjon fra Direktoratet for e-helse om bruk av skytjenester**

Direktoratet for e-helse presenterer på generelt grunnlag hva skytjenester er, de ulike leveransmodellene og fordeler og ulemper med bruk av skytjenester. Vi kommer også inn på drivere for bruk av sky, trender og utvikling og kort om leverandørmarkedet. Det å ta i bruk sky krever også ny kompetanse innen anskaffelser og avtaler, leveranse- og tjenestemodeller og informasjonssikkerhet. Noen politiske signaler samt hvordan befolkningen vil stille seg til bruk av skytjenester vil bli tatt opp.

### **Helsedataprogrammets vurderinger av bruk av skytjenester**

Helsedataprogrammet arbeider nå med å etablere en helseanalyseplattform for sekundærbruk av helsedata. Programmet har gjort vurderinger av bruk av skytjenester og er nå i en anskaffelsesprosess der det er åpnet for å vurdere løsninger som benytter skytjenester. Representanter fra programmet vil presentere vurderinger de har gjort i forbindelse med skytjenester.

### **MF Helse programmets vurderinger av bruk av skytjenester**

MF Helse arbeider nå med å modernisere Grunndataplattformen og utvikle en ny Persontjeneste med kjerne av folkeregisterinformasjon på plattformen. Programmet har gjort vurderinger av bruk av skytjenester og er innstilt på å ta i bruk NHNs nye rammeavtale for skytjenester. Dette skjer i dialog med NHN og deres rådgiver Crayon AS. Representanter fra programmet vil presentere vurderinger de har gjort i forbindelse med skytjenester.

### **Norsk helsenett sin nylig inngåtte rammeavtale om bruk av skytjenester**

Norsk helsenett inngikk 21.08.2019 en rammeavtale med Crayon AS om skytjenester. Crayon AS formidler gjennom denne avtalen allmenne skytjenester ("public cloud") fra Amazon Web Services og Microsoft Azure. Avtalen er i utgangspunktet rettet mot nasjonale e-helseløsninger og sentral helseforvaltning. Norsk helsenett vil i møtet presentere bakgrunnen for at de har valgt å inngå en rammeavtale på allmenn sky, hva innholdet i avtalen er og hvilke muligheter dette gir.

### **Gruppearbeid**

Det legges opp til et gruppearbeid i møtet der NUFA-medlemmene inviteres til en åpen diskusjon om mulig bruk av skytjenester i helse- og omsorgssektoren.



Til Møte 4/19  
Dato 06.11.2019  
Saksnummer 40/19  
Type Orientering

Fra Karl Vestli  
Saksbehandler Robert Nystuen

## Ny e-helseorganisering - NEO

### Forslag til vedtak:

NUFA ber om at Direktoratet for e-helse tar med seg innspill fra møtet i det videre arbeidet med ny e-helseorganisering.

### Hensikt med saken

Gi NUFA en status på virksomhetsoverdragelsen fra Direktoratet for e-helse til NHN og få innspill til videre arbeid. I tillegg vil det gis en status i forhold til hvordan sektoren vil forholde seg til NHN, som nasjonal tjenesteleverandør og Direktoratet som myndighetsorgan, og hvordan dette passer inn i den nasjonale styringsmodellen. Direktoratet for e-helse vil også orientere om Teknisk Beregningsutvalg (TBU).

### Bakgrunn

Det vises til tidligere saker om etablering av Nasjonal tjenesteleverandør og ny e-helseorganisering (sak 39/17, 16/18, 21/18, 29/18, 34/18, 50/18, 4/19, 14/19).

Helse og omsorgsdepartementet (HOD) har gitt oppdrag til NHN og Direktoratet for e-helse at det skal etableres en nasjonal tjenesteleverandør fra 1. januar 2020 og at myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse tydeliggjøres. Direktoratet for e-helse skal sammen med Norsk Helsenett SF forberede etablering av nasjonal tjenesteleverandør med utgangspunkt i Norsk Helsenett (NHN). Oppdraget har videre blitt konkretisert i brev av 6. juni 2019; Konkretisering av oppdrag – overføring av oppgaver fra Direktoratet for e-helse til Norsk Helsenett SF/nasjonale tjenesteleverandør samt «Protokoll fra foretaksmøte Norsk Helsenett SF 20. juni 2019»

Som en følge av oppgaveoverføringen fra Direktoratet for e-helse til NHN tydeliggjøres skillet mellom direktoratets rolle som forvaltningsorgan og NHNs rolle som tjenesteleverandør på e-helseområdet.

Direktoratets myndighetsrolle skal tydeliggjøres og mandatet er å være en pådriver for gjennomføring av nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan, og sørge for nasjonal koordinering og styring av e-helseområdet. Direktoratet skal også gjennomføre nasjonale programmer og prosjekter. Direktoratet skal styrke sin rolle som fagorgan, premissgiver og pådriver på e-helseområdet. Endringen skal bidra til en mer helhetlig og forutsigbar digitalisering av helse- og omsorgssektoren. NHN skal videreutvikles til en nasjonal tjenesteleverandør på e-helseområdet, og overta dagens leveranseoppgaver fra direktoratet.

NHN som nasjonal tjenesteleverandør vil bli faglig og innholdsmessig styrket og overta oppgavene knyttet til de nasjonale e-helseløsningene.

For å understøtte denne endringen er det etablert nye finansieringsmodeller på e-helseområdet hvor utvikling finansieres gjennom Direktoratet for e-helse, mens drift og forvaltning finansieres gjennom NHN. Som del av arbeidet med ny e-helseorganisering vil fra 1. januar 2020 utvikling og forvaltning av helsenorge.no, kjernejournal, e-resept og grunndata overføres fra Direktoratet for e-helse til Norsk Helsenett. Virksomhetsoverdragelsen går i henhold til plan når det gjelder overføring av ansatte (HR), teknisk transisjon og økonomi.

En viktig suksessfaktor er å sørge for et godt samarbeid mellom Direktoratet for e-helse og den nye nasjonale tjenesteleverandøren for å opprettholde kvalitet og hastighet i utviklingen av nasjonale e-helseløsninger. Det skal etableres en samarbeidsavtale som skal regulere forholdet mellom partene. Det eksisterer i dag samarbeid på flere områder mellom Norsk Helsenett og Direktoratet som skal videreføres. Formålet med arbeidet er at partene har en omforent forståelse knyttet til ansvarsfordeling og sentrale prinsipper og føringer.

Arbeidet tar utgangspunkt i følgende prinsipper:

- Direktoratet for e-helse skal legge til rette for beslutninger om *hva* tjenesteleverandør skal levere i samstyring med sektor.
- Tjenesteleverandørens oppgave blir å definere *hvordan* oppgavene bør løses, og deretter løse dem gjennom avtaler med oppdragsgiver

Vi vil i møtet redegjøre for hvordan sektoren vil forholde seg til NHN, som nasjonal tjenesteleverandør og Direktoratet som myndighetsorgan, og hvordan dette passer inn i den nasjonale styringsmodellen.

Vi vil videre orientere om status på arbeidet med samarbeidsavtale med tilhørende samarbeidsmodell for å bygge opp under en tydelig oppgave- og ansvarsfordeling mellom partene, som henholdsvis forvaltningsorgan og leverandør, og legge til rette for et konstruktivt og godt samarbeid om digitalisering av helse- og omsorgssektoren.

#### *Teknisk Beregningsutvalg*

Helse- og omsorgsdepartementet har orientert Direktoratet for e-helse at det høsten 2019 vil settes ned et teknisk beregningsutvalg (TBU) for nasjonale e-helseløsninger. Direktoratet har sett og gitt innspill til et mandat for dette arbeidet som skal bidra til transparens og best mulig tallgrunnlag for å beregne betalingen for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, e-resept, helsenorge.no og helsenettet. Utvalget skal bestå av aktører som betaler for nasjonale e-helseløsninger. Utvalget skal gjennom arbeidet med å vurdere og kvalitetssikre tallmaterialet, bidra til at aktørene i helse- og omsorgssektoren får innflytelse over kostnadsutviklingen og til størst mulig grad av konsensus om nivå på og fordeling av kostnadene. Direktoratet for e-helse får i oppgave å lede utvalget og ivareta sekretariatsfunksjonen. Norsk Helsenett, som fra 1. januar 2020 vil overta forvaltningen av de nasjonale e-helseløsningene som er nevnt over, skal delta i sekretariatet og legge frem tallgrunnlag.

Teknisk beregningsutvalg kommer i tillegg til og vil supplere den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Direktoratet er innstilt på at sektorens prioriteringer vil foregå gjennom den nasjonale styringsmodellen (særskilt NUIT), mens beregningsutvalget vil vurdere og kvalitetssikre kostnader knyttet til forvaltning og drift av disse prioriteringene. Det vil være avhengigheter mellom beregningsutvalget og den nasjonale styringsmodellen når det gjelder forvaltning og drift av nasjonale løsninger, og prioriteringer av utvikling som utløser drifts- og forvaltningskostnader hos aktørene.

Direktoratet understreker at det er Helse- og omsorgsdepartementet som eier mandat, etablering og dialog med de sentrale aktørene i sektoren, før TBU er formelt opprettet. På nåværende tidspunkt, ønsker

Direktoratet ønsker å få innspill fra NUFA til det videre arbeid som direktoratet kan ta med til Helse- og omsorgsdepartementet.

Til Møte 4/19  
Dato 06.11.2019  
Saksnummer 41/19  
Type Drøfting

Fra Karl Vesli  
Saksbehandler Lars Petter Ellefsen

## Strategi – Kunnskapsgrunnlag for Utviklingstrekkrapporten

### Forslag til vedtak

NUFA ber om at Direktoratet for e-helse tar med seg innspill fra møtet i det videre arbeidet med rapporten Utviklingstrekk 2020.

### Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse ved divisjon Strategi er i gang med ny utgave av Utviklingstrekkrapporten for 2020 og har identifisert en rekke aktuelle tema for rapporten. Vi ber om innspill til dette arbeidet fra NUFA.

### Bakgrunn

Direktoratet for e-helse har ansvaret for å følge med på forhold som påvirker utviklingen av e-helse i helse- og omsorgssektoren, og gi råd og veiledning på området. Dette innebærer å sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål.

Som et ledd i dette arbeidet begynte direktoratet i 2018 å sammenstille utviklingstrekk og trender i en egen rapport. Utviklingstrekkrapporten har siden blitt Direktoratet for e-helse sin årlige beskrivelse av relevante drivere og trender innen digitaliseringen av helse- og omsorgstjenesten. Målet med rapporten er å identifisere og beskrive utviklingstrekk og endringer som skjer i sektoren knyttet til e-helse. Utviklingstrekkrapporten skal bidra til å skape en felles forståelse for digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren, og skape et grunnlag for strategiske diskusjoner og beslutninger. Rapportens målgruppe er beslutningstakere, helsepersonell og øvrige aktører med interesse for e-helseområdet. Rapporten inngår også som en del av kunnskapsgrunnlaget i prosessen med å forvalte og revidere Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan (2017-2022).

Beskrivelsene i Utviklingstrekk 2018 og 2019 ble begge gjennomgått i NUFA. Direktoratet for e-helse var i NUFA den 25. april 2019 med prosess og plan for arbeidet for Utviklingstrekkrapporten 2020. Der ble det også bedt om innspill til utvalgsriterier for tema til Utviklingstrekkrapporten 2020. Dette førte til mange gode innspill og diskusjoner som ble tatt med i arbeidet med utviklingstrekkrapporten for 2020.

Utviklingstrekkrapporten for 2020 vil bli lansert på Direktoratet for e-helse sin "E-helsedagen" den 6.mars 2020. Dette blir den tredje utgaven av Utviklingstrekkrapporten.

## Temaene som planlegges omtalt i Utviklingstrekkrapporten for 2020 er

### *Faste punkter i rapporten*

- Endringer i politiske rammer og målsettinger
- E-helse i tall (E-helsemonitor, innbyggerundersøkelsen og IKT-nøkkeltall)
- Teknologiske trender (økosystemer og plattformer, skytjenester og kunstig intelligens)
- Pågående prosjekter og programmer

### *Utvalgte tema*

- Legemiddelområdet og persontilpasset medisin
- Tilgjengeliggjøring av helsedata
- Samhandling - interoperabilitet og åpne api
- Helsehjelp på nye måter – medisinsk avstandsoppfølging og psykisk e-helse
- Innovasjon og næringsutvikling

Som en forberedelse til sesjonen bes NUFA-medlemmene tenke gjennom hvilken sannsynlighet det er for at disse temaene påvirker tjenesten innenfor perspektivet på 0-5 år, og hvilken konsekvens dette eventuelt vil få.

Utviklingstrekkrapporten for 2019 finnes her: <https://ehelse.no/publikasjoner/utviklingstrekk-2019-beskrivelser-av-drivere-og-trender-relevante-for-e-helse>.

Til Møte 4/19  
Dato 06.11.2019  
Saksnummer 42/19  
Type Drøfting

Fra Helsedirektoratet  
Saksbehandler Steinar Olsen

## Neste generasjon nød- og beredskapskommunikasjon

### Forslag til vedtak

NUFA ber om at innspill tas med i det videre arbeid.

### Hensikt med saken

Hensikten med saken er å drøfte helse- og omsorgstjenestens sine behov og krav til fremtidige kommunikasjonstjenester i stort, og hvordan dette vil påvirke neste generasjon nød- og beredskapskommunikasjon.

Hvordan kan regionale helseforetak og kommunene involveres på best mulig måte i prosessen. Er det behov for å etablere en referansegruppe fra sektoren i den videre prosessen i arbeidet?

Det blir lagt opp til en diskusjon i NUFA der deltakerne får gi innspill på dette.

### Bakgrunn

Nødetaters og andre beredskapsaktørers arbeidsmetoder er i stadig utvikling og endring. Teknologiutviklingen og digitaliseringen gir nye muligheter for effektivt samvirke og effektiv oppdrags håndtering. Nød- og beredskaps etater har økende behov for pålitelige og sikre mobile bredbåndstjenester, som tilrettelegger for utstrakt informasjonsutveksling og rask oppkopling av gruppesamtaler. Det er behov for å samordne innsatsen på digitaliseringsområdet på tvers av virksomheter, sektorer og forvaltningsnivåer også i den videre utviklingen av rednings- og beredskapsarbeidet og nødkommunikasjonsfeltet. Det må tilrettelegges for samvirke på tvers av sektorer samtidig som en drar nytte av innovasjonen og utviklingen i det kommersielle markedet og bruk av standardiserte løsninger.

Stortinget har lagt til grunn at kommersielle ekom<sup>1</sup>-nett vil bære tjenester for oppdragskritisk tale- og datakommunikasjon i fremtiden. Sikkerhet, robusthet, dekning, kapasitet og tilgjengelighet i de

---

<sup>1</sup> Med EKOM menes all form for elektronisk kommunikasjon og den infrastrukturen som må være tilstede for at kapasitetskrevenne tjenester skal fungere.

kommersielle ekom-nettene vil gi grunnlaget for etablering av slike stabile tjenester. Tilgang til trygge ekom-nett og -tjenester er et tverrsektorielt og generelt behov, som i stadig større grad treffer kritiske systemer og tjenester i alle samfunnssektorer. Utfordringen aktualiseres ytterligere ved at nødetatenes oppdragskritiske kommunikasjon på sikt skal bæres av de kommersielle mobilnettene. Statens kontrakt med Motorola om drift av dagens Nødnett utløper i 2026

Det er på denne bakgrunn besluttet å igangsette en konseptvalgutredning (KVU) som skal se på ulike konsepter for hvordan nød- og beredskapsstaters behov for å kunne kommunisere og dele oppdragskritisk informasjon kan tilfredstilles i fremtiden. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) er prosjekteier for KVU-arbeidet

I tillegg til tildelingsbrevet for 2019 ber Helse- og omsorgsdepartementet om at Helsedirektoratet i samarbeid med Direktoratet for e-helse og andre aktuelle interessenter og ressurser i helsesektoren igangsetter et prosjekt med sikte på å gi Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) og Nasjonal kommunikasjonsmyndighet (Nkom) relevante bidrag til deres pågående KVU. Målet er å gi regjeringen et bedre beslutningsgrunnlag for det videre arbeidet med fremtidens nød- og beredskapskommunikasjon.

Minst ett av konseptene i KVU-en skal ivareta et fremtidig bredere behov og mulighetsrom innenfor justis- og beredskapsområdet og helse- og omsorgstjenesten, utover nødkommunikasjon, på en slik måte at dekning, robusthet og kapasitet også kan komme andre tjenester til gode. Eksempler på dette fra helsesiden kan være bruk i ambulante tjenester, fjerndiagnostikk, pleie og omsorg hjemme (velferdsteknologi), medisinsk avstandsoppfølging og elektroniske konsultasjoner. Behandling av kroniske sykdommer vil i økende grad skje utenfor institusjon.

Helsedirektoratet i samarbeid med Direktoratet for e-helse, Norsk Helsenett SF og Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF har etablert et hurtigarbeidende prosjekt for å utarbeide en rapport om helse- og omsorgssektoren utvidede behov og mulighetsrom. Frist for innlevering av rapporten til DSB er 31.10.2019.

I regi av prosjektet jobbes det med å beskrive dagens situasjon – fordeler og ulemper med denne, og fremtidens overordnede behov for kommunikasjon utenfor institusjon i helse- og omsorgssektoren.

- Hvorfor er det nødvendig at et fremtidig behov og mulighetsrom innen helse- og omsorgstjenesten, utover nødkommunikasjon, blir en integrert i neste generasjon nød- og beredskapskommunikasjon?
- Hvilke tjenester i helse- og omsorgssektoren er det trolig at neste generasjon nød- og beredskapskommunikasjon skal bære de neste 10-20 år?

En foreløpig rapport fra arbeidet finnes på [ehelse.no](http://ehelse.no).

Helse vil delta i gjennomlesing og kvalitetssikring av KVU-rapporten fra DSB/Nkom før den leveres innen 1.6.2020.



Til Møte 4/19  
Dato 06.11.2019  
Saksnummer 43/19  
Type Orientering

Fra Hilde Lyngstad  
Saksbehandler Nina Linn Ulstein

## Helsenorge.no – Status for sektoren og innbyggers bruk av Helsenorge-plattformen

### Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering.

### Hensikt med saken

Hensikten med saken er at NUFA får oppdatert informasjon om utbredelse og bruk av Helsenorge-plattformen, og kan gi innspill til videre tiltak.

### Bakgrunn

Det pågår en løpende utvikling i sektorens bruk av Helsenorge-plattformen for samhandling med innbyggere. Innbyggere bruker selvbetjening for å bytte fastlege eller søke refusjon for reise, ha dialog med behandlere, eller gjøre oppslag i artikler, resepter eller egne journaldokumenter. Kommunene arbeider aktivt med å utvide bruken av Helsenorge. De regionale helseforetakene har lansert en rekke Helsenorgetjenester for pasienter i regionene.

Det er en sterk avhengighet til funksjonalitet i fag- journalsystemer i sektoren, som både muliggjør og begrenser aktørenes bruk av Helsenorge-plattformen.

Innbyggere er generelt positive til de nye tilbudene, og nye muligheter blir relativt raskt tatt i bruk. Antallet innbyggere som bruker Helsenorge øker og nå er det mer enn tre millioner brukere av innloggede tjenester.

Det er ønskelig at NUFA er godt orientert om status for utbredelse av sektorens samhandlings- og innsynstjenester på Helsenorge, og å få innspill fra NUFAs til videre aktiviteter i sektoren for å realisere strategien om Helsenorge som helhetlig vei inn til helsetjenestene.

Til Møte 4/19  
Dato 07.11.2019  
Saksnummer 44/19  
Type Drøfting

Fra Christine Bergland  
Saksbehandler Idunn Løvseth Kavlie

## Akson – forprosjekt for helhetlig samhandling og felles journalløsning for kommunale helse- og omsorgstjenester

### Forslag til vedtak

NUFA ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet.

### Hensikt med saken

Vurderinger knyttet til omfang og arkitektur for løsninger for helhetlig samhandling og felles kommunal journal er sentralt i arbeidet med Akson. Hovedformål med saken er å presentere og få innspill på foreløpige hovedanbefalinger.

Prosjektet ber NUFA om innspill på:

- Tjenesteområder innen kommunal helse- og omsorgstjeneste som skal omfattes av felles journal
- Forutsatt startpunkt for videreutvikling av samhandlingsfunksjonalitet, mao. hvor langt vi er kommet før Akson iverksettes
- Prioriteringen av samhandlingsfunksjonalitet, primært for det som omtales som leveranse 1.

Temaene vil også presenteres i Nasjonalt e-helsestyre 28. oktober, og prosjektet vil oppsummere innspillene herfra i NUFA 7. november.

For utdypende beskrivelse av saken, se også [vedlegg 8A for Løsningsomfang og arkitektur til møte Nasjonalt e-helsestyre 28. oktober på ehelse.no](#).

### Bakgrunn

Direktoratet for e-helse fikk 26. april i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å gjennomføre et forprosjekt for tiltak knyttet til helhetlig samhandling og felles kommunal journal. Direktoratet skal i februar levere et sentralt styringsdokument (SSD) i tråd med statens prosjektmodell, jf. Finansdepartementets rundskriv R-108/19 *Krav til utredning, planlegging og kvalitetssikring av store investeringsprosjekter i staten*. SSD skal deretter gjennomgå ekstern kvalitetssikring (KS2) før beslutning kan fremmes for Stortinget.

Prosjektet og tiltaket har fått arbeidsnavnet Akson.

## Status på arbeidet med løsningsomfang og arkitektur

Samhandlingsfunksjonaliteten i Akson legger til grunn bruk av og videreutvikling av dagens nasjonale e-helseløsninger, herunder helsenorge.no, kjernejournal, e-resept, meldingsplattformen og grunndata. Videre mener vi at det er en fordel om virksomhetene tar i bruk samhandlingsfunksjonalitet som er under utvikling og innføring, eksempelvis løsninger for legemiddelhåndtering og dokumentinnsyn.

I denne fasen er konseptvalg K7 og behovsanalysen fra konseptvalgutredningen juli 2018 lagt til grunn. Analysen er videreført for å avdekke detaljer knyttet til behov for følgende oppgaver og prosesser i kommunal helse- og omsorgstjeneste:

- Funksjonalitet i felles journalløsning for å understøtte å yte, administrere eller kvalitetssikre helse- og omsorgstjenester til den enkelte innbygger.
- Funksjonalitet i felles journalløsning som er avhengig av integrasjon med andre systemer i kommunene og virksomhetene (f.eks. lønns- og personalsystem, økonomi- og fakturasystem, betalingssystem, utstyrssystem).
- Funksjonalitet for å sikre at helsepersonell og annet samarbeidende personell som bruker felles journalløsning er identifisert og gis tilganger på riktig nivå.
- Samhandling med helsepersonell og annet samarbeidende personell som bruker andre journalløsninger eller fagsystem.
- Samhandling med innbygger.

I arbeidet er det blitt utarbeidet en rekke arbeidsdokumenter som ble sendt ut for innspill til referansekommunene, Helsedirektoratet, KS, og pasient- og brukerforeningene i juni. Det foregår nå et arbeid med å behandle innspillene og innarbeide endringer i arbeidsdokumentene.

I perioden juni til primo september er det blitt gjennomført en rekke møter for å avklare ambisjonsnivået for samhandling, samt for å diskutere løsningstilnærming for å realisere ambisjonsnivået. Ambisjonsnivået for samhandling er her beskrevet i tre deler: (1) Hvilken samhandling kan vi forvente er realisert når etableringen av Akson-tiltaket starter i 2022/2023; (2) hvilken samhandlingsfunksjonalitet bør vi ha som ambisjonsnivå å realisere som en del av første leveranse (leveranse 1) i 2024/2025, og (3) hvilket ambisjonsnivå bør vi sette for samhandling som en del av investeringsperioden frem til 2030.

## Prosesen videre

Arbeidet med løsningsomfang og arkitektur går nå inn i en fase der innspill bearbeides og dokumenteres. Følgende dokumenter vil utarbeides:

- Vedlegg til Sentralt Styringsdokument (SSD). Vedlegget vil inneholde en oppsummering av løsningsomfang og arkitektur og skal primært peke på de elementer som inngår i kostnadsestimeringen.
  - Bilag – Felles journalløsning og integrasjon med administrative systemer. Dokumentet vil gi en detaljert beskrivelse av den analysen og kartleggingen som er gjennomført, samt forslag til løsningsarkitektur for området.
  - Bilag – Helhetlig samhandling. Dette dokumentet vil gi en detaljert beskrivelse av samhandlingsbehovene i fire dimensjoner: (1) samhandling mellom helsepersonell som bruker forskjellige journalløsninger, (2) samhandling mellom helsepersonell og annet samarbeidende personell i kommunale og statlige tjenester (f.eks. NAV, skole/barnehage, barnevern og PPT), (3) samhandling med innbygger, (4) håndtering av velferdsteknologiske løsninger og responscenter.

Bilagene tar utgangspunkt i de arbeidsdokumentene som ble sendt ut ultimo juni. I tillegg vil det utarbeides en mer leservennlig versjon av vedlegget hvor tjenestedesign vil bli benyttet for å illustrere for helsepersonell hvordan de nye løsningene vil understøtte deres arbeidshverdag.

Vedlegget til sentralt styringsdokument, samt de to bilagene vil bli sendt ut til referansekommuner, KS kjerneteam, KS Fagråd arkitektur, KS Fagråd for informasjonssikkerhet og personvern, Helsedirektoratet, fylkesmannen, fag- og profesjonsforeninger og Funksjonshemmedes fellesorganisasjon for en ny innspillsrunde primo desember, med en frist for innspill medio januar.

I tillegg vil det være nødvendig å gjennomføre prosesser knyttet til å:

- a. Å avklare arkitekturvalg i KS fagråd arkitektur, KS fagråd for informasjonssikkerhet og personvern, samt arkitekturfunksjonen i referansekommunene. Dette er en prosess som vil bli gjennomført gjennom november og desember.
- b. Å avklare funksjonelt ambisjonsnivå for samhandling med spesialisthelsetjenesten, spesielt for leveranse 1. Planlagt møte med fagdirektørene i spesialisthelsetjenesten (18. november).
- c. Å avklare teknisk gjennomførbarhet av ambisjonsnivået for samhandling i leveranse 1. Dette omfatter både å vurdere konsekvenser for spesialisthelsetjenesten av å realisere ambisjonsnivået, samt å avklare hvilken løsningsstrategi som skal ligge til grunn for å realisere ambisjonsnivået.

### **Kort beskrivelse av løsningsomfanget for felles journalløsning, integrasjon med administrative systemer og håndtering av identiteter og tilganger**

I denne fasen har det vært viktig for prosjektet å få beskrevet det funksjonelle omfanget i felles journalløsning slik at det kan danne grunnlag for kostnadsestimering og prosjektstrategi, samt gi rammen for anskaffelsesfasen. Beskrivelsen i det sentrale styringsdokumentet vil ikke være den endelige beslutningen for hvilket løsningsomfang som vil anskaffes og siden leveres til virksomhetene i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det endelige løsningsomfanget er resultatet av flere aktiviteter og beslutninger de neste årene, gjennom utarbeidelse av konkurransegrunnlag, gjennomføring av leverandørdialog/forhandlinger i en anskaffelse, påfølgende realisering og implementering av valgt løsning, og gjennom senere forvaltning, drift og videreutvikling.

Under følger en kort oppsummering av anbefalt løsningsomfang for felles journalløsning, integrasjon med administrative systemer og håndtering av identiteter og tilganger. For mer utfyllende beskrivelse se vedlegg.

- **Ambisjonene for funksjonalitet i felles journalløsning er høye, og det er identifisert tydelige behov for at felles journalløsning skal understøtte helsepersonell i å gi koordinerte helse- og omsorgstjenester.**

Felles journalløsning skal i størst mulig grad benyttes av alle lovpålagte kommunale helse- og omsorgstjenester i kommuner utenfor Midt-Norge. Dette innebærer at løsningen må understøtte alle offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune, for alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1). I tillegg skal journalløsningen kunne støtte utførelse av offentlig tannhelsetjeneste. Tjenester kan, etter loven, ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere.

Oppgaver og prosesser som er nødvendige for å yte, administrere eller kvalitetssikre helse- og omsorgshjelp til den enkelte skal dekkes i sin helhet av funksjonalitet i felles journalløsning. Funksjonaliteten vil brukes av majoriteten av helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og må tilpasses hver helsepersonellgruppe for å passe de oppgavene og arbeidsprosessene den

enkelte gruppen utfører. Dette omfatter å planlegge og utføre helsefremmende arbeid og forebygging, å håndtere ulykker og andre akutte hendelser, å håndtere effektiv og sikker kommunikasjon med pasient, samt å vurdere, diagnostisere, behandle og pleie pasient.

Felles journalløsning skal også understøtte oppgaver og arbeidsprosesser knyttet til å administrere helse- og omsorgshjelp, herunder opprettelse og forvaltning av ulike typer av team, som f.eks. primærhelseteam, og oppfølgingsteam, prioritering og planlegging av oppgaver og aktiviteter, støtte til oppgave- og ansvarsoverføring mellom helsepersonell som bruker felles journalløsning, støtte til koding og avstemming, samt å håndtere tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Felles journalløsning må kunne integreres med kommunenes administrative systemer. De administrative systemene understøtter oppgaver knyttet til håndtering av brukerstyr og hjelpemidler, bestilling av mat og renhold, håndtering av økonomiske oppgjør, fakturering og brukerbetaling, administrering av arbeids- og vaktlister, timebooking og kalenderfunksjonalitet, samt håndtering av pasientrettede avvik. Det er viktig at det er mulig for journalløsningen å kunne utveksle nødvendig informasjon med økonomi- og fakturasystemer, betalingssystemer, lønn- og personalsystemer, avvikssystemer, kjøkkensystemer og andre administrative systemer i kommunene og virksomhetene. Enkelte av disse oppgavene og prosessene vil kunne understøttes delvis av felles journalløsning, men hoveddelen av prosessen vil måtte understøttes av andre systemer.

- **Det er ønskelig å bruke en plattformtilnærming i etableringen av felles journalløsning for å sikre fleksibilitet, innovasjon og næringsutvikling i tilknytning til kjernefunksjonaliteten i journalløsningen.**

Felles journalløsning vil omfatte alle tjenestene og fellesfunksjonene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Innføringen av løsningen vil skje over lang tid og levetiden vil være lang. Det er derfor viktig at det etableres en løsning som vil være mulig å videreutvikle ettersom behovene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten endrer seg, og ikke minst der ny teknologi vil komme på markedet og blir moden for bruk i helse- og omsorgstjenesten.

For å tilrettelegge for fremtidig fleksibilitet, innovasjon og tjenesteutvikling anbefales det at det i anskaffelsen stilles krav om å kunne tilby åpne plattformer som gjør det mulig for kunden å kunne nyttiggjøre seg ny innovasjon uavhengig av leverandørens egne produktplaner. Dette er fokus i mange land der man ønsker å drive leverandører til å tilby åpne grensesnitt basert på internasjonale standarder. Et eksempel er rammeverket som implementeres av NHS Digital i Storbritannia, gjennom initiativet "The GP IT Futures programme". Formålet med dette rammeverket er å sikre at leverandører av allmenlegesystemer tilbyr åpne grensesnitt for å understøtte nødvendig innovasjon i allmenlegetjenesten. En lignende lovgivning er under vurdering i USA.

- **For å sikre at tilganger i felles journalløsning blir styrt på tvers av virksomheter, anbefales det at det anskaffes en løsning for identitets- og tilgangsstyring fremfor å kun stille krav til leverandørene av journalløsningen.**

Prosjektet har analysert behovet for å sikre en helhetlig forvaltning av tilganger som gis helsepersonell når de skal bruke journal- og samhandlingsløsningene. Mange virksomheter har i dag egne løsninger for å styre tilganger på tvers av løsninger. Andre virksomheter (f.eks. mindre fastlegekontor) gjør dette direkte i journalløsningen. Virksomhetene er pålagt å følge Normen, men bruker i dag ulike fortolkninger av denne med resultatet at det kan være variasjon i hvordan tilganger styres. Ved en anskaffelse av en felles journalløsning og en samhandlingsløsning er det behov for at tilganger og rettigheter harmoniseres på tvers av disse ulike løsningene.

Det anbefales at det anskaffes en ny løsning for identitetsstyring for å administrere identiteter/brukere og rettigheter for alle brukere som skal bruke felles journalløsning. Administrasjon av brukere håndteres av en egen komponent som kalles IGA (Identity Governance

and Administration, eller identitetsstyringsløsning). En IGA tilbyr en løsning for å understøtte arbeidsflyt rundt oppretting, vedlikehold og fjerning av brukere. Dette understøtter behovet om en desentralisert administrasjon av brukere.

### Kort beskrivelse av løsningsomfanget for helhetlig samhandling

Her følger en kort oppsummering av anbefalt løsningsomfang for helhetlig samhandling. For mer utfyllende beskrivelse se vedlegg.

- **Samhandling i helse- og omsorgstjenesten vil i størst mulig grad basere seg på gjenbruk og videreutvikling av eksisterende nasjonale samhandlingsløsninger.**  
Gjennom de siste ti årene er det etablert nasjonale løsninger for å understøtte digital samhandling mellom helsepersonell og innbygger (helsenorge.no), mellom helsepersonell (kjernejournal) og for å håndtere resepter (e-resept). Eksisterende nasjonale samhandlingsløsninger vil være avgjørende for å realisere samhandlingen frem mot 2022/2023.

Dagens strategi med Helsenorge.no som innbyggerens vei inn til sikre digitale helsetjenester vil videreføres. Innbyggertjenester vil ikke være avgjørende for valg av leverandør(er) på felles journalløsning. Hvordan og hvilke innbyggertjenester som leveres av prosjektet vil svares ut i senere faser, og vil måtte replanlegges i anskaffelsesfasen, når det blir tydeligere hvilke løsninger for innbyggertjenester de ulike leverandørene tilbyr.

Innføringen av pasientens legemiddelliste og multidose vil være avhengig av utvikling og innføring av Sentral forskrivningsmodul (SFM), samt innføring av kjernejournal til de virksomhetene som håndterer legemidler. En ny felles journalløsning vil bruke disse samhandlingsløsningene for å realisere pasientens legemiddelliste. Det er ønskelig at funksjonaliteten fra SFM er tett integrert i helsepersonells arbeidsflate.

Innsyn i journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten bruker komponenter i kjernejournal for å realisere funksjonaliteten. Kjernejournalforskriften vil danne et utgangspunkt for å realisere ny samhandlingsfunksjonalitet. Etablerte grensesnitt og funksjonalitet i helsepersonellportalen i kjernejournal skal i størst mulig grad videreføres.

- **Behovene for helhetlig samhandling mellom innbygger, helsepersonell og andre kommunale og statlige tjenester er omfattende**

Kartleggingen av behovene viser at ambisjonsnivået for samhandling mellom de ulike aktørene er omfattende. En analyse av behovene opp mot løsninger som er tilgjengelig i dag viser at de fleste av tjenestene enten ikke eksisterer, eller de har et middels til stort behov for forbedring.

I dialogen med helsepersonell fremkommer det at informasjonen må være tilgjengelig direkte gjennom helsepersonells arbeidsverktøy slik at det i minst mulig grad skal være nødvendig å etterarbeide informasjonen (klippe og lime) eller aktivt etterspørre informasjon man har bruk for hyppig. Unntaket er informasjonstjenestene som innebærer en tydelig oppgave- og ansvarsoverføring, hvor sende og motta er en egnet samhandlingsform.

Prosjektet har gjennomført et antall møter med utvalgte klinikere i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten for å identifisere informasjonsbehovene som de mener bør prioriteres i leveranse 1 av samhandlingsløsningene i tiltaket. I denne fasen er det nødvendig å indikere omfanget av samhandlingsfunksjonalitet som skal være tilgjengelig samtidig med at felles journalløsning innføres til de første kommunene.

Det endelige omfanget av hvilken samhandlingsfunksjonalitet som vil inngå i leveranse 1 vil kunne endres gjennom en faglig vurdering av en rekke kriterier:

- a. En vurdering av hvorvidt funksjonaliteten understøtter helsepolitiske mål
  - b. En vurdering av kostnad og nytte
  - c. Evnen til de virksomheter som ikke bruker felles journalløsning til å kunne ta i bruk den prioriterte samhandlingsfunksjonaliteten.
  - d. Løsningsforslag som blir mottatt av leverandørene til å kunne realisere ny samhandlingsfunksjonalitet.
  - e. Sektorens evne til å bli enig om innhold og terminologier på informasjonen som skal inngå i samhandlingsfunksjonaliteten og hvilke prosesser som må utvikles i den enkelte virksomhet til å kunne ta i bruk ny samhandlingsfunksjonalitet.
- **Ambisjonene for samhandling og behovet for gjenbruk av informasjonstjenester på tvers av innbygger, helsepersonell og andre kommunale og statlige aktører kan ikke løses gjennom å videreføre dagens prosjekt- og produktorienterte løsningsstrategi.**

Det er gjennomført en analyse for å kartlegge hvorvidt det er behov for å se på samhandling på tvers av de tre dimensjonene (1) samhandling mellom helsepersonell med forskjellige journalløsninger, (2) samhandling mellom helsepersonell og innbygger, og (3) samhandling mellom virksomheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste og andre statlige og kommunale tjenester. Analysen viser at majoriteten av informasjonstjenestene skal understøtte alle tre dimensjonene. Ingen av informasjonstjenestene er dedikert til kun en av dimensjonene. Dette peker mot at fremtidig samhandlingsplattform i større grad må tilgjengeliggjøre tjenester på tvers av dimensjonene, og i mindre grad utvikles for ett formål.

Prosjektet har i samarbeid med en intern arbeidsgruppe i Direktoratet for e-helse vurdert hvordan eksisterende nasjonale løsninger understøtter utviklingen av informasjonstjenestene beskrevet for leveranse 1 og i hvilken grad de understøtter en utvikling mot ambisjonsnivå for tiltaket (2030). Gruppen vurderer at ambisjonene for samhandling og behovet for gjenbruk av informasjonstjenester på tvers av innbygger, helsepersonell og andre kommunale og statlige aktører ikke kan løses gjennom å videreføre dagens prosjekt- og produktorienterte løsningsstrategi. Det er behov for å etablere en mer helhetlig plattformtilnærming i tråd med anbefalingene fra ekstern kvalitetssikrer. Det er vurdert tre hovedstrategier for realisering av en helhetlig samhandlingsplattform:

- A. I alternativ A sier vi at de tekniske delene av dagens e-helseløsninger skal benyttes til å oppfylle samhandlingsbehovet. Vi gir åpning for en videreutvikling av e-helseløsningene, men ikke for at det tas i bruk andre tekniske komponenter.
- B. I alternativ B sier vi at de tekniske delene av dagens e-helseløsninger skal benyttes til å oppfylle samhandlingsbehovet, men åpner for at den kan berikes med nyanskaffede tekniske komponenter til definerte formål. Dette alternativet låser oss allerede ved inngangen av anskaffelsesfasen til å definere hvilke deler av dagens e-helseløsninger som skal benyttes, hvilke som skal erstattes, og hva som er nye. Det vil etableres en stegvis transformasjon mot en helhetlig plattform, der eksisterende løsninger dekomponeres for å etablere felleskomponenter som er tilgjengelige på tvers av applikasjoner.
- C. I alternativ C er kravene til å bruke dagens e-helseløsninger myket opp. Her forplikter vi oss til å legge fram god dokumentasjon på dagens løsninger, slik at leverandører kan gi tilbud der dagens e-helseløsninger eventuelt kombineres med nye tekniske løsninger eller byttes ut. I løpet av anskaffelsesperioden kreves det at vi her har en god prosess slik at vi får gjort en god vurdering av helheten i samhandlingsløsningen for å få en endringsvennlig, robust og vedlikeholdbar samhandlingsløsning som står seg i mange år. Gjennom analysen i anskaffelsesfasen ser vi det som sannsynlig at samhandlingsløsningen vil inkludere noen komponenter som er realisert i dagens løsninger (eks. felleskomponent i Helsenorge), meldingsutveksling og løsninger for e-resept og datadeling og dokumentdeling. Kjernejournal er en del av dagens samhandlingsløsning og vil være en del av leverandørenes vurdering i dette alternativet. Gjennom prosessen kan det



dermed godt hende at vi ender med en løsning som er skissert i alternativ B, men med anbefaling for hvordan funksjonalitet (felleskomponenter) i eksisterende løsninger migreres stegvis til ny arkitektur.

Forutsatt ambisjonsnivået for samhandling mener prosjektet at alternativ A ikke er realistisk, ettersom nye informasjonstjenester vil være avhengig av utstrakt bruk av datadeling og nye tekniske kapabiliteter som det er mest hensiktsmessig å anskaffe i markedet.

Både alternativ B og C vil kreve en gjennomgang og beskrivelse av dagens samhandlingsløsninger for å identifisere mulighetene for å gjenbruke eksisterende løsninger for å realisere en helhetlig samhandlingsplattform. I alternativ B bør en slik gjennomgang gjøres i forkant av at sentralt styringsdokument leveres. I alternativ C vil dette arbeidet kunne gjennomføres som en del av forberedelsen til en anskaffelse.

Prosjektet vil videre arbeide med å beskrive de ulike alternativene med utgangspunkt i det funksjonelle ambisjonsnivået som er beskrevet. Beskrivelsene vil omfatte følgende:

- Beskrivelse av en hvordan alternativene understøtter en stegvis tilnærming for realisering av funksjonelt ambisjonsnivå, fra dagens situasjon frem mot 2030.
- Beskrivelse av prosessen for å avklare anskaffelsesstrategi inkludert beslutningspunkter der anskaffelser må vurderes
- Beskrivelse av hvordan den stegvise utviklingen må styres.

Til Møte 4/19  
Dato 07.11.2019  
Saksnummer 45/19  
Type Drøfting

Fra Karl Stener Vestli  
Saksbehandler Sara-Charlotte Kallevig

### Nasjonal e-helseportefølje - status 2019 og innspill til 2020

Forslag til vedtak:

NUFA tar status på porteføljen 2019 til orientering og ber om at innspill til denne og porteføljen for 2020 tas med i det videre arbeidet.

#### Hensikt med saken

Hensikten med saken er å gi NUFA en kort orientering om status på porteføljen 2019, samt å orientere om legemiddelområdet og felles grunnmur, strategisk viktige områder å prioritere i 2020, og få innspill til definering av porteføljen for 2020. Helsedirektoratet vil også orientere om sin portefølje for 2020 for innspill til videre arbeid.

#### Bakgrunn

Det henvises til sak 27/19 Nasjonal e-helseportefølje - Status og informasjon om arbeid med leveranseplan for porteføljen og 28/19 Felles grunnmur for digitale tjenester - revidering av plan for Felles grunnmur 2020.

#### 1. Status nasjonal e-helseportefølje

Porteføljekontoret utarbeider *Statusrapport for nasjonal portefølje* tre ganger i året. Målet med rapporten er å gi aktørene i nasjonal styringsmodell felles forståelse av den nasjonale porteføljen, og rapporten fokuserer på omfang, risiko, avhengigheter og forutsetninger.

Høstens rapport skal være ferdigstilt 9.november og inkluderes i saksunderlaget til NUIT-møtet den 19.november. Den er basert på innrapporteringen mottatt i oktober fra aktørene i sektoren. Uken før innrapporteringen gjennomførte porteføljekontoret møter med den enkelte aktør, der aktøren gikk gjennom sine prosjekter med særlig fokus på leveranser for 2020 og avhengigheter til andre prosjekter, nasjonale e-helseløsninger eller grunnmursleveranser. De leveransene i nasjonal portefølje det meldes inn flest avhengigheter til i porteføljen er HelselD, Sentral forskrivingsmodul og dokumentdeling, og det er de store strategiske prosjektene som melder inn disse avhengighetene.

Det var ingen store endringer i høstens innmelding til porteføljen, men vi ser en stadig gradvis forbedring av de innrapporterte dataene. Flere prosjekter meldes inn og selve rapportene er også mer konkrete.

Prosjektene til Nasjonal IKT HF er nå fordelt på de regionale helseforetakene. Fordelingen er som følger:

- SAFEST Realisering – Helse Midt-Norge
- Robust mobilt helsenet – Helse Nord
- Interregional digital patologi – Helse Vest
- Digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten – Helse Vest

Nye prosjekter i porteføljen:

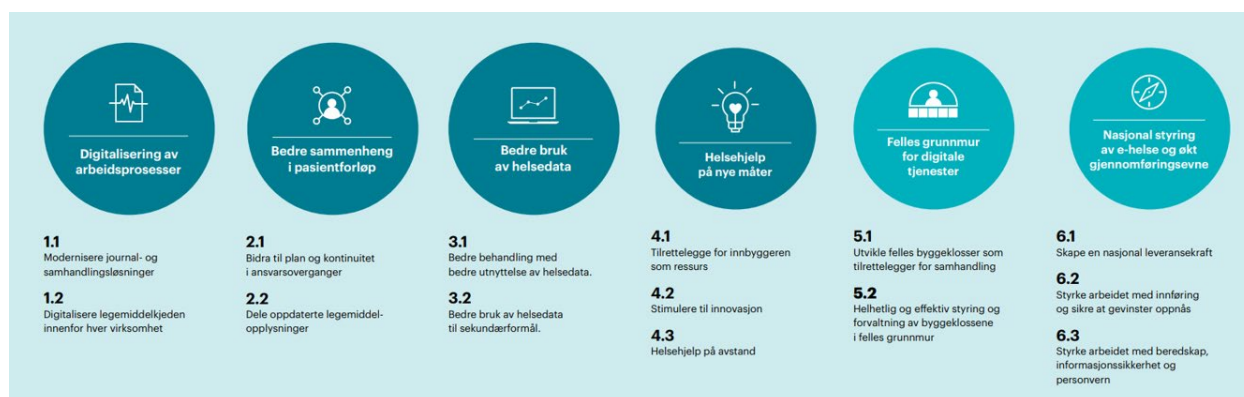
- Kjernejournal dokumentdeling (Helse Sør-Øst)
- Klinisk legemiddelsamhandling (Helse Sør-Øst)
- Digital behandlings- og egenbehandlingsplan (Helsedirektoratet). Prosjektet var tidligere en del av Primærhelseteam
- Digital patologi Helse Vest (Helse Vest)

## 2. Porteføljedefinisjon 2020

Den nasjonale porteføljen for 2020 vil være godt gjenkjennelig fra 2019. Porteføljen vil fortsatt inkludere de viktige pågående strategiske initiativene som Digitalisering av legemiddelområdet, Helseplattformen, Regional EPJ Modernisering, HELIKS, FRESK, for modernisering av journalsystemene i spesialisthelsetjenesten, og Akson, forprosjekt for samhandlingsløsning og modernisering av journalsystem i kommunene.

I porteføljedefineringsprosessen benyttes den strategiske prioriteringen for 2020 som ble lagt frem i NUIT i sak 22/19.

Den strategiske prioriteringen tok utgangspunkt i innsatsområde som ble tilsluttet i Nasjonal e-helsestyre i sak 51/18:



Innsatsområdene i strategien fikk en prioritert rekkefølge, og ble samlet i fem grupper:

Pri.	Gruppe	Innsatsområde
1	<b>Legemiddelområdet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.2: Digitalisere legemiddelkjeden innenfor hver virksomhet</li> <li>• 2.2: Dele oppdaterte legemiddelopplysninger</li> </ul>
2	<b>Samhandlingsløsninger</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.1 Modernisere journal- og samhandlingsløsninger</li> <li>• 2.1 Sikre planlegging og kontinuitet i ansvarsoverganger</li> </ul>

3	<b>Informasjonssikkerhet</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>6.3: Styrke arbeidet med informasjonssikkerhet, beredskap og personvern</li></ul>
4	<b>Gjennomføring / operasjonisering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>5.2: Helhetlig og effektiv styring og forvaltning av byggeklossene i felles grunnmur</li><li>6.1: Skape en nasjonal leveransekræft</li><li>6.2: Styrke arbeidet med innføring og sørge for at gevinster oppnås</li></ul>
5	<b>Kvalitet og tjenesteutvikling</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>3.1: Bedre behandling med bedre utnyttelse av helsedata</li><li>3.2: Bedre bruk av helsedata til sekundære formål</li><li>4.1: Tilrettelegge for innbyggeren som ressurs</li><li>4.2: Stimulere til innovasjon</li><li>4.3: Helsehjelp på avstand</li></ul>

Det foreligger ikke tilstrekkelig finansiering til alle de innmeldte prosjektene fra Direktoratet for e-helse slik at de kan gjennomføres som ønsket i 2020. Det er ønskelig å få innspill fra NUFA på planer for prioriterte områder for 2020.

#### Øremerkede midler i Direktoratet for e-helses portefølje

Tre av prosjektene som eies av Direktoratet for e-helse har fått øremerkede midler i forslag til Statsbudsjett 2020. Disse er:

- Modernisering av folkeregisteret for helse og omsorgstjenesten (MF Helse)
- Helsedataprogrammet
- Program for kodeverk og terminologi

Øremerkede midler til disse prosjektene utgjør 335 mill. av direktoratets budsjett. Øremerkede midler til direktoratets prosjekter i 2019 utgjør til sammenlikning 126 mill.

Modernisering av folkeregisteret vil være en sentral oppgave for hele sektoren i både 2020 og 2021. Målet er at alle skal over på modernisert folkeregister innen 31. desember 2021.

Bedre bruk av helsedata er et sentralt politisk mål som ligger til grunn for både Helsedataprogrammet og Program for kodeverk og terminologi som jobber med felles språk basert på SNOMED CT.

#### Prioriterte områder i Direktoratet for e-helse

Prosjekter som bidrar på legemiddelområdet og samhandlingsløsninger har høy prioritert i 2020. På disse områdene er det stor pågående aktivitet, og det er mange avhengigheter på tvers av aktørene. To sentrale tiltak er Digitalisering av legemiddelområdet og Felles grunnmur, og nedenfor ligger en beskrivelse av disse tiltakenes planer for 2020 og avhengigheter.

##### *Digitalisering av legemiddelområdet*

Legemiddelprogrammet skal bidra til å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler i tråd med sektorens behov, og med fokus på innsatsområde #2.2 *Dele oppdaterte legemiddelopplysninger* fra strategi- og handlingsplan 2019-22.

Programmet har to hovedleveranser:

- Utvikling, test og godkjenning av Sentral forskrivningsmodul (SFM)
- Utprøving og innføring av de nasjonale e-helseløsningene

Hovedleveransene har underliggende delleveranser, og de er satt sammen for å realisere pasientens legemiddelliste. Pasientens legemiddelliste gjør det mulig for helsepersonell med tjenstlig behov å ha oversikt over pasientens legemiddelopplysninger til enhver tid.

Se vedlegg 9A for utdypende beskrivelse av planer, hvilke prosjekter/aktører som har avhengigheter til deres leveranser og vurdering av konsekvenser dersom legemiddelområdet ikke blir prioritert i 2020.

#### *Samhandlingsløsninger / Felles grunnmur*

Plan for Felles grunnmur for digitale tjenester ble ferdigstilt ved utgangen av 2018, og er et veikart som skal revideres årlig. Revisjon gjøres i samarbeid og dialog med sentrale initiativ og aktører i sektoren og behandles i den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Utvalgene har bedt om at tiltak som understøtter Digitalisering av legemiddelområdet og Helseplattformen særlig prioriteres for 2020. Planen omfatter tiltak som støtter Helseplattformen i Midt-Norge, tiltak i felles plan for EPJ/PAS i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord, Helseprogrammet, Pasientens legemiddelliste og Akson.

Se vedlegg 9B for utdypende beskrivelse av planer, hvilke prosjekter/aktører som har avhengigheter til deres leveranser og vurdering av konsekvenser dersom grunnmur ikke blir prioritert i 2020.

Grunnmurtiltak er ikke rapportert inn som prosjekter og vil bli prioritert blant direktoratets totale oppgaveportefølje.

#### Helsedirektoratets portefølje for 2020

Helsedirektoratet er fag- og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet og får størsteparten av sin oppgaveportefølje tildelt gjennom årlige tildelingsbrev. Tildelingsbrevene kommer foreløpig i november og endelig i ultimo desember. I tillegg kommer en rekke større og mindre oppdrag som tillegg gjennom året. Som en konsekvens av dette kan det skje vesentlige endringer i Helsedirektoratets portefølje av prosjekter innen e-helse gjennom året. De fleste og de største av Helsedirektoratets aktiviteter innen e-helse er prosjekt som går over flere år og som dermed gir en god indikasjon på forventet aktivitet i 2020. Midlene Helsedirektoratet mottar for å drive større utviklingsløp fremkommer i hovedsak over 21. poster i statsbudsjettet. Dette betyr det kan ligge vesentlige øremerkinger og føringer for hvordan midlene disponeres i det konkrete prosjektutviklingsarbeidet.

Helsedirektoratets andel av NUIT-porteføljen er betydelig, både i antall og finansiell størrelse. Per nå har Helsedirektoratet 15 prosjekter og programmer i nasjonal portefølje. Når det gjelder de strategiske områdene i den nasjonale strategien for e-helse viser kartlegging at Helsedirektoratets prosjekt primært treffer:

- Helsehjelp på nye måter
- Bedre bruk av helsedata
- Bedre sammenheng i pasientforløp

En viktig pådriver for Helsehjelp på nye måter er Helsedirektoratets program for Velferdsteknologi. Dette er et program som er i en moden fase. Videre er det prosjekt som tester ut nye arbeidsformer med fokus på "team" der det er identifisert et stort behov for og tatt initiativ til IKT-støtte for samhandling. Det er òg en rekke initiativ på gang som vil tilby lavterskel helsehjelp via nye kanaler. Noen eksempler på dette er prosjektene Digi-Ung og Internettassistert behandling for angst og depresjon.

Som eier av sentrale nøkkelregistre for helsedata har Helsedirektoratet en rekke initiativ innen Bedre bruk av helsedata. Prosjekt som KPR trinn to, Innsyn og tilgjengeliggjøring – NPR og KPR og Nøkkelregister

for DSA er eksempler på hvordan Helsedirektoratet jobber strukturert med å tilgjengeliggjøre og forbedre helsedata.

Innen Bedre sammenheng i pasientforløp er utviklingen av ulike pakkeforløp det som driver utviklingen. Pakkeforløp psykisk helse og rus har implementert flere diagnoserettede forløp i helsetjenesten på tvers av primær og spesialist. Pakkeforløp hjem – kreft er under utvikling og det samme er Pakkeforløp hjerneslag. Disse prosjektene bidrar òg til et aspekt ved den helhetlige grunnmuren i helsetjenesten gjennom å standardisere monitoreringsfunksjonalitet for å innhente styringsdata fra pakkeforløpene.

Helsedirektoratets prosjekter i porteføljen har viktige avhengigheter mot en rekke aktører. Spesielt vil vi trekke frem leverandører av EPJ-system da tiltakene som er rettet mot pasienter og brukere gjennom helsepersonell i stor grad vil måtte implementeres i et pasientjournalssystem. Våre tiltak treffer òg helsetjenesten, både primær og spesialist, i stor grad. Vi ser også at mange brukerreiser i stor grad går på tvers av sektorer så vi samhandler også med sektorer som barn/unge og familie, justis, samferdsel og arbeid.

#### 4. Videre prosess

Direktoratet vil legge frem nasjonale portefølje 2020 for innstilling i NUIT 19.november basert på innspillene som kommer i NUFA og videre avklaring rundt finansering. Nasjonalt e-helsestyre tilslutter nasjonal portefølje i møtet den 2.desember.

#### Vedtak i tilknyttede saker

Sak	Tema	Vedtaksformulering
22/19	<b>Nasjonalt handlingsplan og nasjonal e-helseportefølje</b> -prioritering av innsatsområder for 2020 og status og utfordringer i pågående prosjektportefølje	Nasjonalt e-helsestyre ber Direktoratet for e-helse ta med innspill framkommet i møtet i det videre arbeidet.  Det er referatført fra møtet 19. juni 2019 at Nasjonalt e-helsestyre støtter direktoratets forslag til prioriteringer av innsatsområdene for 2020.

#### Vedlegg

Vedlegg 9A og 9B inneholder en vurdering av prioriteringene for 2020 for programmet Digitalisering av legemiddelprogrammet og Felles grunnmur.

Vedlegg 9C inneholder en oversikt over prosjektene i nasjonal e-helseportefølje.

## Vedlegg 9A: Digitalisering av legemiddelområdet 2020

Programmet Digitalisering av legemiddelområdet drives på et minimumsnivå i 2019, og det forventes økte budsjetter og større aktivitet i 2020. Legemiddelprogrammet skal bidra til å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler i tråd med sektorens behov, og med fokus på innsatsområde #2.2 *Dele oppdaterte legemiddelopplysninger* fra strategi- og handlingsplan 2019-22.

Programmet har to hovedleveranser:

- Utvikling, test og godkjenning av Sentral forskrivningsmodul (SFM)
- Utprøving og innføring av de nasjonale e-helseløsningene




Hovedleveransene har underliggende delleveranser, og de er satt sammen for å realisere pasientens legemiddelliste. Pasientens legemiddelliste gjør det mulig for helsepersonell med tjenstlig behov å ha oversikt over pasientens legemiddelopplysninger til enhver tid.

De to neste underkapitlene beskriver status på delleveransene med konsekvenser ved en nedprioritering.



## Utvikling, test og godkjenning av Sentral forskrivningsmodul (SFM)

Utviklingen av SFM som et virkemiddel for å oppnå målene for legemiddelområdet, har tre sentrale delleveranser.







Delleveranse	Status	Konsekvens ved nedprioritering
1. <b>SFM Basis API</b> for leverandører som utvikler egen GUI  Plan at API-et godkjennes Q1 2020 og er klar til bruk i Helseplattformen		Stor risiko for forsinkelser i Helseplattformen. Helseplattformen må endre strategi for e-resept integrasjon og bruke eksisterende RF-grensesnitt i stedet for SFM.  Akson har en fremtidig avhengighet til leveransen
2. <b>Brukergrensesnitt - SFM GUI</b> som effektivt og kvalitetsmessig understøtter helsepersonell i deres arbeid med legemidler.  Planen er at versjon 1.1 ferdigstilles Q3 2020 og da er klar for utprøving.		Gevinstene identifisert med SFM vil ikke kunne hentes ut, f.eks. opprettholdelse av myndighetskrav, pasientsikkerhet og gjennomføringsevne.  Sykehjem og hjemmetjenesten vil i liten grad komme på e-resept og PLL.  Enkelte leverandører på fastlegemarkedet vil ikke få funksjonalitet for multidose og PLL, noe som medfører at PLL med stor sannsynlighet ikke vil bli realisert.
3. <b>SFM Datadelings API</b> for å utveksle data mellom EPJ og SFM.  Plan som SFM GUI		Denne leveransen er som følge av SFM GUI. Datadelings API-et kan benyttes av andre løsninger som har behov for å hente ut legemiddellisten, eksempelvis medisinskap. Denne muligheten blir borte ved nedprioritering

## Utprøving og innføring av de nasjonale e-helseløsningene

For å kunne samhandle og dele pasientens legemiddelopplysninger på tvers av virksomheter, er det behov for trinnvise og koordinerte løp på følgende områder:

- Test og godkjenningssløp av EPJ-leverandørenes integrasjon mot de nasjonale løsningene for SFM og Kjernejournal
- Utprøving- og innføringsløp lokalt, regionalt og nasjonalt av multidose i e-resept, SFM Kjernejournal og pasientens legemiddelliste

Test, godkjenning-, utprøving- og innføringsløpene har seks sentrale delleveranser som leveres koordinert igjennom fire forskjellige prosjekter

Delleveranse	Prosjekt/ status	Plan 2020	Konsekvens ved nedprioritering
I. Innføre innbyggerrettet ordning for reservasjonsrett og innsyn i legemiddelliste.	PLL 	Utprøving ny EPJ-leverandør alle apotek	Leverert 1.1.2019
II. Prøve ut og <b>innføre</b> «multidose i e-resept»	Multidose i e-resept 	Innføring for Apotek1 og Plenario  Utprøving og innføring <ul style="list-style-type: none"> <li>• NMD og Plenario</li> <li>• Boots og Plenario</li> </ul>	Bruk av multidose melding mellom fastlege og apotek blir ikke tatt i bruk. Nytteverdi knyttet til pasientsikkerhet og mer effektiv samhandling bortfaller. Bruk av papir og faks vil vedvare.  Multidose melding er en forutsetning for PLL, og ibruttakelse av multidose i e-resept er en fordel før innføring av PLL ved at legemiddellister blir ryddet.  Forsinker innføring av PLL
III. Prøve ut og <b>innføre</b> kjernejournal i kommunal pleie og omsorgstjeneste	LK-SHT 	30 kommuner har tatt i bruk KJ og dekker 20% av innbyggerne	Innføringstakten reduseres og nytteverdi vil tas ut senere.  Forsinker innføring av PLL
IV. Prøve ut SFM GUI hos fastleger	SFM 	To EPJ-leverandører har igangsatt utprøving	Leverandører på fastlegemarkedet vil ikke få funksjonalitet for multidose og PLL, og de kan tape markedsandeler.  Leverandørene må benytte FM som har planlagt "End of life" 31.12.2021.  Forsinker innføring av PLL
V. Prøve ut og <b>innføre</b> e-resept med SFM GUI i kommunal pleie og omsorgstjeneste	SFM og LK-SHT 	En EPJ-leverandører er godkjent for utprøving	Sykehjem og KAD vil i liten grad komme på e-resept og PLL.  Forsinker innføring av PLL.
VI. Prøve ut og <b>innføre</b> «Pasientens legemiddelliste».	PLL og LK-SHT 	Begrenset utprøving igangsettes Q4 i Bergen	Forsinker verdifull kunnskap og erfaringsinnhenting  Oppfyller ikke oppdrag fra HOD om PLL  Risiko for at Helse Vest og Bergen kommune ikke vil prioritere arbeid med PLL framover og være utprøvkandidat  Ikke hensiktsmessig å utarbeide veileder  Sektoren tror ikke lenger på at PLL vil realiseres  Forsinker innføring av PLL

## 🏥 Direktoratet for e-helse

Det er en fordel for gjennomføringen av Akson at Pasientens legemiddelliste, multidose og Sentral forskrivningsmodul er ferdig etablert og innført i alle kommuner og spesialisthelsetjenesten

## Vedlegg 9B: Felles grunnmur 2020

Plan for Felles grunnmur for digitale tjenester ble ferdigstilt ved utgangen av 2018, og er et veikart som skal revideres årlig. Revisjon gjøres i samarbeid og dialog med sentrale initiativ og aktører i sektoren og behandles i den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Utvalgene har bedt om at tiltak som understøtter Digitalisering av legemiddelområdet og Helseplattformen særlig prioriteres for 2020<sup>1</sup>. Planen omfatter tiltak som støtter Helseplattformen i Midt-Norge, tiltak i felles plan for EPJ/PAS i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord, Helsedataprogrammet, Pasientens legemiddelliste og Akson.

### Tiltak som understøtter Digitalisering av legemiddelområdet og Helseplattformen

Tiltakene som understøtter Digitalisering av legemiddelområdet og Helseplattformen er prioritert. I tillegg er tiltak som sektoren allerede har prioritert, eller tiltak som er nødvendig for å ivareta helhetlig og effektiv styring og forvaltning av byggeklossene i felles grunnmur, løftet frem.

For Digitalisering av legemiddelområdet trekkes HelseID frem som kritisk for Sentral forskrivningsmodul. HelseID skal brukes for autentisering av system og brukere (virksomhet og helsepersonell). Etablering av styringsmodell for identitets- og tilgangsstyring er et viktig element for å støtte innføringen for legemiddelområdet og for samhandling for øvrig.

For realisering av Helseplattformen pekes det på tiltak knyttet til dokumentdeling, datadeling og grunndata. Dokumentdeling vil være en sentral samhandlingsform i transisjonsperioden frem til ny løsning i regionen er tatt i bruk, mens datadeling vil være foretrukket samhandlingsform etter at den nye løsningen er tatt i bruk. Videre vil Persontjenesten på en modernisert grunndataplattform være sentral for Helseplattformen.

### Tiltak knyttet til dokumentdeling, datadeling og grunndata er høyt prioritert av sektoren for 2020

**Dokumentdeling** som samhandlingsform etterspørres av flere aktører. Erfaringer fra tidligere viser at det er behov for en koordinert og standardisert tilnærming til nye samhandlingsformer for å lykkes med innføring og bredding. Det gjenstår fortsatt arbeid knyttet til krav og retningslinjer for bruk av dokumentdeling for å sikre enhetlig samhandling i sektoren. Videre løftes HelseID, styringsmodell for identitets- og tilgangsstyring og personvern samt logging (etterprøve tjenstlig behov) frem som viktige tiltak før å etablere helhetlige løsninger. Det er også behov for bistand til utprøving og innføring av dokumentdeling.

En rekke aktører oppgir at deres helsepersonell har en rekke funksjonelle behov som bør realiseres med samhandlingsformen **datadeling**. Dette gjelder f.eks. delt behandlingsplan, innbyggertjenester i helsenorge.no, pasientens legemiddelliste og innsamling til ulike registre. Det er behov for å etablere et felles rammeverk for standardisert deling av og samarbeid om strukturerte data. Ytterligere arbeid med standardisering og arkitektur løftes også frem. API-management er trukket frem av flere aktører som et viktig virkemiddel for deling av data på tvers. Som for dokumentdeling

---

<sup>1</sup> Tiltak knyttet til kodeverk og terminologi har ikke vært en del av prosessen da program Kodeverk og Terminologi gjennomfører en separat prosess for prioritering

er det nødvendig å løfte frem HelseID, styringsmodell for identitets- og tilgangsstyring og personvern samt logging for å etablere helhetlige løsninger.

Felles **grunndata** er en grunnleggende tjeneste for å øke samhandlingsevnen og digitalisere helsesektoren. Etablering av grunndata om person på ny grunndataplattform vil være sentralt for å unngå doble utviklingskostnader for Helseplattformen. Flere trekker frem viktigheten av å forbedre datakvaliteten på grunndata, og med økt bruk og avhengighet til grunndata blir tilgjengelighet og robusthet viktigere. Det løftes også frem at eksisterende grunndataplattform må ha tilstrekkelig robusthet frem til modernisert grunndataplattform erstatter dagens plattform.

#### **Videre prosess – finansiering og gjennomføring av tiltak i samarbeid med sektoren i 2020**

Tiltakene i veikartet har ulike eiere og ulike finansieringskilder. Mange av tiltakene som sektoren har prioritert høyt mangler både eier og finansiering. Det er positivt at flere av de regionale helseforetakene har meldt seg som kandidater til å være samarbeidspart for ett eller flere av tiltakene. Manglende finansiering er på nåværende tidspunkt den største risikoen for den videre utviklingen av grunnmuren.

Videre prosess innebærer å utarbeide flere og mer konkrete forslag til leveranser i dialog og samarbeid med aktørene som har meldt seg til å være samarbeidsparter i tillegg til avklaring av finansieringen.

Til Møte 4/19  
Dato 07.11.2019  
Saksnummer 46/19  
Type Orientering

Fra Christine Bergland  
Saksbehandler Alfhild Stokke

## Felles språk i helse- og omsorgssektoren

### Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering.

### Hensikt med saken

Program for kodeverk og terminologi – Felles språk er en satsing som vil ha påvirkning på alle aktører i helse- og omsorgssektoren. Nå er et mål bilde for Felles språk publisert og det er foreslått finansiering over statsbudsjettet.

Saken gir en oppdatering på Felles språk.

### Bakgrunn

#### Hva er Felles språk?

Det er behov for en felles forståelse av informasjonen som deles mellom de som møter pasienten. Med Felles språk kan vi bidra til at data kan forstås og følger pasienten gjennom et pasientforløp.

Med **Felles språk** menes en helsefaglig terminologi som skal brukes til strukturert dokumentasjon av informasjon knyttet til helsehjelp, samt relasjonene som binder den til andre kodeverk og registervariabler. Informasjon som benyttes i pasientforløp skal kunne gjenbrukes etter å ha vært registrert én gang, og de forskjellige terminologier og kodeverk skal benyttes til det formål de er tiltenkt.

Felles språk legger til rette for samhandling gjennom pasientforløpet. Informasjon kan dras videre gjennom forløpet. Dette legger til rette for gjenbruk av informasjon gjennom pasientforløpet. Videre kan informasjon dokumentert i journal enklere kunne brukes i rapportering og forskning.

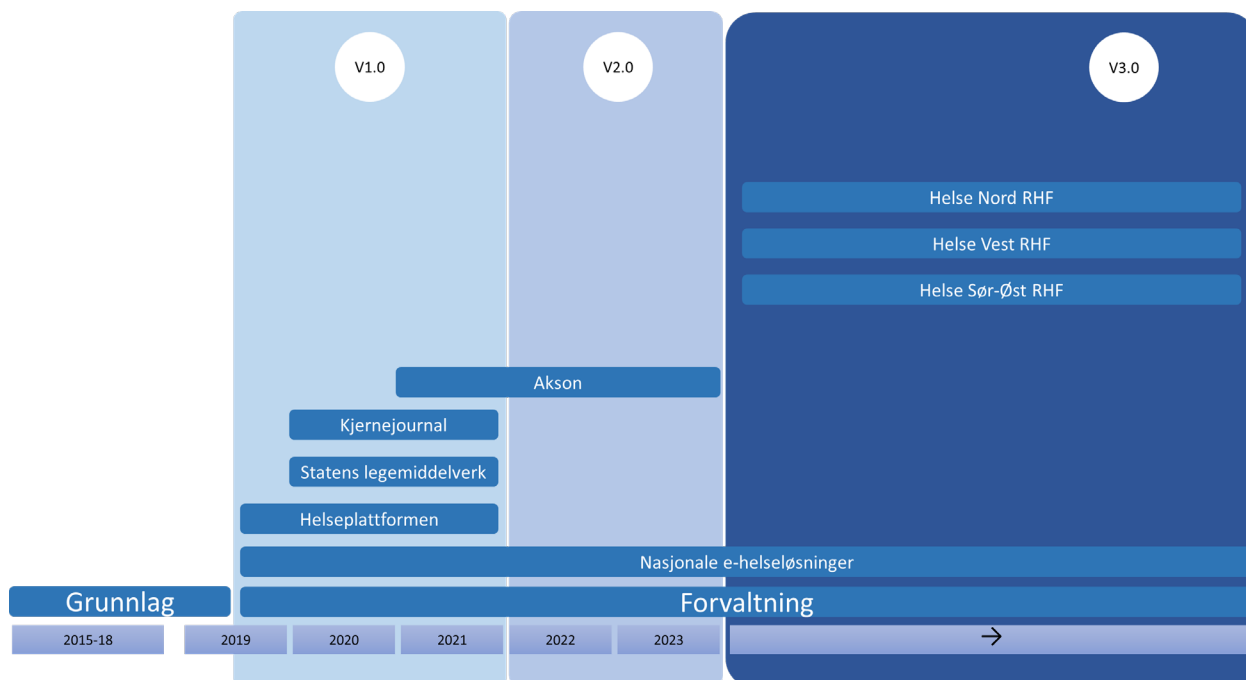
#### Hva skjer i Program kodeverk og terminologi?

Programmet skal mottatt midler over statsbudsjettet på 84 MNOK, samt støtte fra sektoren, så totalt budsjett for 2020 er 101 MNOK. Programperioden er planlagt å vare fire år, fra 2020 til 2023.

I denne programperioden skal det etableres koblinger mellom Felles språk (hovedsakelig SNOMED CT) og nasjonale kodeverk og registre som eksempelvis ICD-10 og ICPC. Oversettelse av terminologier og begrep kvalitetssikres i versjon 1 av fagressurser i Helse Midt-Norge, og dernest av ytterligere aktører som tar i bruk Felles språk.

Hovedvekten av arbeidet i versjon 1 av Felles språk er rettet mot å understøtte Helseplattformen. Ambisjonen er at all ekstern kommunikasjon fra Helseplattformen skal kunne skje via Felles språk.

Det er skissert opp et veikart for utvikling av Felles språk gjennom tre versjoner, se Figur 1. Versjon 1 lages til Helseplattformen. Versjon 2 er en videreutvikling som gjøres i samarbeid med Akson. Versjon 3 lages i samarbeid med de regionale helseforetakene.



Figur 1- Veikart for Felles språk

## Utfordringer

Innføring av en ny terminologi på tvers av hele helse- og omsorgssektoren er ikke uten risiko. De viktigste er:

- EPJ som tar i bruk Felles språk kan oppleves som lite effektiv for sluttbrukere
- Manglende forankring av Felles språk i sektoren
- Mapping er mer komplisert og ressurskrevende enn antatt
- SNOMED CT har ikke tilstrekkelig innhold til å dekke hele behovet til Felles språk alene
- Lav kvalitet på SNOMED CT oversettelse til norsk
- Ambisjonene er større enn ressurstilgang og kompetanse tillater

For å adressere disse risikoene er det identifisert kritiske suksessfaktorer

- Godt samarbeid med Helseplattformen med felles prioriteringer
- Piloten blir et godt fundament for å støtte behov fra de tre andre regionale helseforetakene, Akson m.fl.
- Eksterne aktører harmoniserer registervariabler og støtter Felles språk slik det blir enklest mulig å ta i bruk Felles språk.

- Høste tidlig erfaring i pilot på grad av måloppnåelse for Felles språk og bruke slike erfaringer i en styrt beslutningsprosess.
- Formidle gode historier om praktisk bruk av Felles språk slik at aktørene ser mulighetene ved Felles språk.
- Forstå de viktigste behovene til interessentene, at Felles språk best mulig ivaretar disse og at interessentene forstår de avveininger og prioriteringer som fortløpende må gjøres.