

Agenda for møte i NUFA		
<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 Randi Brendberg, Helse Nord RHF Timoleon Papas, Nasjonal IKT Bente Saltnes Nedrebø, Nasjonal IKT Heidi Slagsvold, KS 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>Observatører</i>	Tor Eid, Helse- og omsorgsdepartementet	
<i>Stedfortreder</i>		

Sak	Tema	Sakstype
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	

Sak	Onsdag 4. september Strategi-, portefølje- og forvaltningsprosessen	Saksunderlag
	Start dag 1	10:00
25/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 24.–25. april 2019	Godkjenning
	Forslag til vedtak: NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referat fra møte 24.–25. april 2019	Vedlegg 1: Referat fra NUFA 24.–25. april 2019
26/19	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
	Direktoratet for e-helse vil orientere om aktuelle saker.	
	Forslag til vedtak: NUFA tar sakene til orientering.	
27/19	Nasjonal e-helseportefølje og strategisk plan	Orientering

	<p>Direktoratet for e-helse orienterer NUFA om status og felles utfordringer knyttet til den pågående porteføljen samt pågående tiltak for å redusere risiko og konsekvenser.</p> <p>Det vil også orienteres om arbeid med å etablere en leveranseplan for nasjonal e-helseportefølje som et styringsverktøy for å realisere nasjonal e-helsestrategi.</p>	<p>Vedlegg 2: Topppnotat Nasjonalt e-helseportefølje</p> <p>Vedlegg 2A: Statusrapport portefølje april 2019</p> <p>Vedlegg 2B: Flerårig plan Nasjonal e-helseportefølje</p>
	<p>Forslag til vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber om at innspill framkommet i møtet tas med i det videre arbeidet.</p>	
28/19	Felles grunnmur	Drøfting
	<p>Direktoratet for e-helse legger frem saken for å sikre innspill til det videre arbeidet med revidert plan for Felles grunnmur for 2020. Det bes om innspill på prioritering av tiltak for 2020, med særlig fokus på avhengigheter i nasjonal e-helseportefølje.</p>	<p>Vedlegg 3: Topppnotat Grunnmur</p> <p>Vedlegg 3A: Vedlegg Revidering av plan for Felles grunnmur 2020</p>
	<p>Forslag til vedtak: NUFA drøfter prioritering av tiltak på Felles grunnmur, og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill framkommet i møtet i den videre prosessen med revidering av plan for 2020.</p>	
29/19	Akson	Drøfting
	Sakspapirer ettersendes.	<p>Vedlegg 4: <i>Topppnotat Akson ettersendes</i></p>
	<p>Forslag til vedtak:</p>	
30/19	Medisinsk avstandsoppfølging	Drøfting
	<p>Direktoratet for e-helse ønsker å orientere om status, mulighetsrom og drøfte kandidater for nasjonale tiltak for informasjonsflyt i medisinsk avstandsoppfølging.</p>	<p>Vedlegg 5: Medisinsk avstandsoppfølging</p>
	<p>Forslag til vedtak: 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.</p>	
31/19	CEF digital eHDSI	Drøfting
	<p>Direktoratet for e-helse vil orientere NUFA om EU sin utlysning om prosjektfinansiering for tilknytning til grensekryssende utveksling av pasientopplysninger.</p> <p>Det er ønskelig at NUFA drøfter konsekvenser ved å delta/ikke delta i EU sitt CEF Digital – prosjekt for grensekryssende e-helsetjenester.</p>	<p>Vedlegg 6: Topppnotat CEF Digital</p>
	<p>Forslag til vedtak: NUFA drøfter konsekvenser ved å delta/ikke delta i EU sin utlysning om midler til grensekryssende utveksling av pasientopplysninger og</p>	

	ber Direktoratet for e-helse ta med innspill framkommet i møtet i det videre arbeidet.	
32/19	Evaluering nasjonale utvalg - workshop	Drøfting
	Direktoratet for e-helse ønsker innspill til hvordan spesielt NUFA kan videreutvikles med tanke på mandat, organisering og gjennomføringen av møtene i NUFA, samt eventuelle forslag til justering av medlemssammensetning.	Vedlegg 7: Topppnotat Evaluering nasjonale utvalg Vedlegg 7A: Mandat nasjonale utvalg - sammenstilt Vedlegg 7B: Sammensetning nasjonale utvalg
	Forslag til vedtak: NUFA ber Direktoratet for e-helse ta med innspill fremkommet i møtet i det videre arbeidet.	
	Slutt dag 1	17:00
	Middag	18:30

Sak	Torsdag 5. september Tema: Personvern, informasjonssikkerhet og beredskap	Saksunderlag
	Start dag 2	08:30
	Velkommen ved Karl Vestli, Direktoratet for e-helse.	
33/19	Tema: Personvern, informasjonssikkerhet og beredskap	Orientering/ Drøfting
	Direktoratet for e-helse vil sette fagfeltene personvern, informasjonssikkerhet og beredskap på dagsorden på NUFA. Dette er et av innsatsområdene i "Plan for e-helse 2019–2022". Saken vil bli fremlagt som 4 faglige innlegg med påfølgende drøfting av ulike tema i grupper.	Vedlegg 8: Topppnotat Fagdag personvern, informasjonssikkerhet og beredskap
	Forslag til vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill fra drøftingen i videre arbeid.	
34/19	Normen	Drøfting
	Direktoratet for e-helse orienterer om ny versjonen av Norm fra informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren, Normen, som nå er på høring og legger frem utvalgte spørsmål for NUFA. Det ønskes diskusjon og tilbakemeldinger. Saken vil bli fremlagt som innlegg med påfølgende drøfting av ulike tema i grupper.	Vedlegg 9: Topppnotat Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgstjenesten
	Forslag til vedtak: NUFA ber Direktoratet for e-helse om å ta med innspill fremkommet i møtet i det videre arbeidet.	
35/19	Eventuelt	
	Slutt dag 2	14:00

Referat fra møte i NUFA		
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)	
<i>Dato</i>	24.-25. april 2019	
<i>Tid</i>	24. april kl. 10:00 – 25. april kl.14:15	
<i>Sted</i>	Thon Hotel Arena, Lillestrøm	
<i>Medlemmer</i>	Inga Nordberg, Dir. for e-helse Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF Geir Granerud, Helse Vest RHF Kristian Onarheim, Helse Midt RHF Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF Randi Brendberg, Helse Nord RHF Timoleon Papas, NIKT Bente Saltnes Nedrebø, NIKT Heidi Slagsvold, KS 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
<i>Ikke til stede</i>	Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF Tor Eid (Observatør), HOD	Sverre Ur, Diabetesforbundet
<i>Observatører</i>		
<i>Stedfortreder</i>		
<i>Andre</i>	Anette Jørve Ingjer, Helsedirektoratet Arne Repål, Sykehuset i Vestfold	
Direktoratet for e-helse	Sonja Turøy Brugman Tone Haadem Titland Siv Ingebrigtsen Sara-Charlotte Kallevig Elin Høyvik Kindingstad Kjersti Skavik Alfhild Stokke Espen Møller Hilde Lyngstad	Karl Vestli Michelle Jensen Ole Kristian Losvik Karoline Gårdsmoen Irene Olaussen Helge Blindheim Kari Grimholt Jon-Torgeir Lunke Ida Ørvik

Sak	Tema	Sakstype
13/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden og referat fra møte 30. - 31. januar 2019	Godkjenning
14/19	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
15/19	Nasjonal e-helseportefølje	Drøfting
16/19	Plan for arbeid med veileder for tidligfaseplanlegging store IKT-prosjekt i RHF	Orientering
17/19	Regionale utviklingsplaner	Orientering
18/19	Nasjonal områdestyring av e-helse	Drøfting
19/19	Medisinsk avstandsoppfølging	Orientering
20/19	"NUFA snakker felles språk"	Orientering
21/19	Tema psykisk helse og digitale verktøy	Drøfting
22/19	Strategiprosessen – orientering om pågående arbeid	Orientering
23/19	Utviklingstrekkrapporten 2020	Orientering
24/19	Eventuelt	

Sak	Onsdag 24. april – Strategi-, portefølje- og forvaltningsprosessen
13/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 30. jan - 31. jan 2019
	Ingen kommentarer til innkalling og dagsorden

	Ingen kommentarer til referat fra møte 30. jan – 31. jan 2019.
	Vedtak: NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referat fra møte 30. jan – 31. jan 2019.
14/19	Orientering fra Direktoratet for e-helse
	Inga Nordberg, Direktoratet for e-helse, orienterte om følgende aktuelle saker: <ul style="list-style-type: none"> • Én innbygger -én journal har levert konseptvalgutredning til HOD som det ventes en snarlig avgjørelse på. I mellomtiden arbeides det med forberedelser til et eventuelt oppdrag om å sette i gang et forprosjekt. • Ny e-helseorganisering, NEO: HOD har varslet høring på ny e-heslov. Sektoren vil bli involvert i arbeidet med å etablere finansieringsmodell for e-helse. • ICD10 revideres og det er forventet store endringer i ICD11. Direktoratet for e-helse er ansvarlig for å forvalte den norske versjonen. Det vil i løpet av 2019 utredes hvordan ICD11 skal tas i bruk i Norge. • De nasjonale utvalgene skal evalueres og medlemmene vil bli involvert. Forslag til mandat og eventuelt justert medlemssammensetning vil legges frem i løpet av høsten. • Nasjonal arkitekturstyring: Direktoratet for e-helse arbeider med å ferdigstille og publisere veiledere, anbefalinger og retningslinjer på ehelse.no. Det er ønskelig med tilbakemeldinger på disse. På sikt vil det være mulig å abonnere på nyhetsbrev.
	Vedtak: NUFA tar saken til orientering.
15/19	Nasjonal e-helseportefølje
	Sara-Charlotte Kallevig, Direktoratet for e-helse, orienterte om statusrapport for pågående prosjekter i Nasjonal e-helseportefølje og prosess for definering av Nasjonal e-helseportefølje 2020. Elin Høyvik Kindingstad, Direktoratet for e-helse, orienterte om status for Felles grunnmur og HelseID.
	<p>Det ble kommentert at kommunene opplevde at deres prosjekter ikke passet inn i kravene for å kunne være en del av en nasjonal portefølje. Finansiering er det ikke alltid en pott, men ressurser som legges inn og man har dermed ikke budsjetter slik et nasjonalt prosjekt krever. Det ble foreslått å monitoren aktiviteten i kommunene. KS informerte at de arbeider med å få oversikten over kommunale prosjekter, og at de i samarbeid med NUIT- og NUFA-medlemmer har startet et arbeid om å lage et veikart på tvers av sektor. Dette er viktig for å synliggjøre aktiviteten i kommunene.</p> <p>Videre ble det påpekt at det er krevende med gevinst- og risikoarbeid i kommunene, da det politiske bildet endrer seg raskt og planer må endres som følge av dette. Man arbeider med at beskrevet gevinstpotensial blir realisert.</p> <p>I forhold til Felles grunnmur ble NUFA-medlemmene bedt om å drøfte prioritering av tiltak i Felles grunnmur og konsekvenser ved å ikke gjennomføre ulike tiltak innen tre resultatmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Resultatmål 3: Dokumentdeling er en standardisert samhandlingsform – Resultatmål 4: Et felles rammeverk for standardisert deling av og samarbeid om strukturerte data – Resultatmål 5: Enkel og sikker tilgang på felles grunndata med høy kvalitet er etablert <p>Følgende innspill fremkom i diskusjonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Resultatmålene har ikke en entydig finansieringseier. Det er derfor viktig at NUFA i finansieringsdiskusjonen er tydelig på hva som faktisk trengs. Når porteføljen for 2020 legges frem vil det også foreligge et forslag til finansiering av tiltakene.

	<ul style="list-style-type: none"> – Direktoratet for e-helse har publisert en målarkitektur for dokumentdeling. I dialogen med leverandører blir det viktig å ha tydelige forventninger om at de følger anbefalingene i denne. Både NUFA og Direktoratet for e-helse må bidra til å overbringe disse forventningene til EPJ-leverandørene. – Det ble kommentert at det kreves høy kvalitet på grunndata dersom det skal være av verdi å bruke dem. Som følge av dette bør resultatmål 5 prioriteres. Dette ble støttet av kommunene. Kommunene påpekte at dersom kommunene skal kunne legge til rette for deling av data er det behov for å arbeide med kommunenes grunndata på organisasjon og personell. – Det er viktig å prioritere arbeidet med grunnmur og legemiddelfeltet. – Det ble kommentert at grunnmurskomponenter ikke bør utvikles isolert, men kobles til konkrete behov i sektoren. – I Dialogmøter har det kommet frem at RHF-ene har ulikt ambisjonsnivå ift strukturering av journal, noe som gir ulike muligheter for dokumentdeling. RHF-ene kommenterte at det vil være behov for felles tilnærming til hvordan man strukturerer data for å øke muligheten for datadeling. – Det ble forslått at resultatmål 4 muligens kunne realiseres raskere dersom man valgte å benytte/investere i API-management. <p>I forhold til HelseID og eID ble det orientert om at det arbeides med et veikart for hvordan HelseID skal videreutvikles mot 2023 og en revidert leveranseplan for 2019. Porteføljestyringen ønsker nå ut utarbeide en implementasjonsplan for nasjonal e-helseportefølje. Det er ønskelig å presentere analyser av forutsetninger og avhengigheter i porteføljen for NUIT i mai. Dette vil gi viktig input til prioritering av den nasjonale porteføljen i 2020.</p>
	<p><u>Vedtak:</u> NUFA tar status for nasjonal e-helseportefølje 2019 og en informasjon om definering av nasjonal e-helseportefølje 2020 og status på Felles grunnmur, til orientering og drøfter utvalgte tema knyttet til e-helseporteføljen.</p> <p>NUFA ber Direktoratet for e-helse ta med innspill framkommet i møtet i det videre arbeidet.</p>
16/19	Plan for arbeid med veileder for tidligfaseplanlegging store IKT-prosjekt i RHF
	<p>Helse Midt-Norge RHF har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å lede arbeidet med å utarbeide en veileder for tidligfaseplanlegging av IKT-prosjekter for de fire regionale helseforetakene.</p> <p>For å hjelpe digitaliseringen av helsetjenesten på vei, åpner Helse- og omsorgsdepartementet opp for at store IKT-prosjekter over 500 MNOK delvis kan finansieres ved lån. Dette er en ny måte å finansiere IKT-prosjekter på. Veilederen beskriver hvordan IKT-prosjekter i tidligfase skal styres og hvordan de ulike aktørene i helse- og omsorgssektoren skal involveres.</p> <p>Veilederen er spesialisthelsetjenesten sin veileder, og den er, i tillegg til å være godkjent av HOD, godkjent av alle de fire RHF-ene. Nasjonal IKT skal forvalte modellen videre.</p>
	<p><u>Vedtak:</u> NUFA tar saken til orientering.</p>
17/19	Regionale utviklingsplaner
	<p>RHF-enes representanter i NUFA orientert om regionenes utviklingsplaner, likheter og ulikheter samt avhengigheter til direktoratets aktiviteter/leveranser. Hvert RHF la frem sine respektive planer samt 14 felles prioriterte tiltak som er spilt inn til Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP).</p>

	<p>I diskusjonen ble det stilt spørsmål om RHF-ene er avhengig av aktivitet i kommunene for noen av tiltakene. RHF-ene ser at det er behov for et tett samarbeid med primærhelsetjenesten for å få til en felles innsats for å øke kvaliteten i registreringer knyttet til kritisk informasjon i kjernejournal.</p> <p>Videre ble det spurt om RHF-ene og kommunen samarbeider om å bli enige om hvilke pasienter man i fellesskap skal prioritere. Det er et systematisk arbeid på dette noe brukerorganisasjonene har utfordret RHF-ene på. Man vet at det brukes mest ressurser i siste leveår på grunn av at det ofte er vanskelig å avslutte behandling. Dette er et utfordrende område fordi det griper dypt inn i legeetikken. Kommuner og sykehus har konkrete prosjekt hvor man ser på hvordan man kan samarbeide bedre rundt konkrete pasientgrupper, slik som KOLS.</p> <p>I diskusjonen ble det påpekt at Helse Sør-Øst, i samarbeid med Direktoratet for e-helse, har påtatt seg et normerende arbeid gjennom arbeidet med dokument- og datadeling. Dette bør fremheves tydeligere, særlig i dialogen med HOD.</p> <p>Ift arbeid med Forskningstjenester i Helse Sør-Øst ble det stilt spørsmål om det er avhengighet til Helsedataprogrammet. Det er ikke en direkte avhengighet til løsninger, men at arbeidet i HDP er viktig særlig ift bedring av datakvalitet. Dette er viktig for å få ut effektene.</p> <p>Det ble diskutert at digitalisering ikke bare krever endringsledelse, men også organisasjonsendringer samt innføring og opplæring. Dette krever innsats over tid. Det er viktig å sikre at løsningene vi tar i bruk vil bidra til likeverdige tjenester. Det krever derimot at man er synkrone, noe man ikke har samarbeidet godt nok om.</p> <p>Avslutningsvis kom det innspill om at det med fire RHF-er, ca. 400 kommuner og ca. 4000 fastleger er viktig å få etablert faste arenaer for samarbeid mellom forvaltningsnivåene. Helsedirektoratet informerte om at det pågår et prosjekt Faglig dialog hvor man samler fastleger og leger i HF til faglige diskusjoner. Det ble derimot påpekt at kommunene er veldig ulike både ift ønsker om og ressurser til samarbeid. Det kan derfor være vanskelig å få alle kommuner til passe inn i en mal for samarbeid. NUFA mener derimot det er et interessant tema å se nærmere på.</p> <p>Temaet "Teknologi innspill" ble ikke lagt frem i møtet. Presentasjonen er tilgjengelig på ehelse.no og spørsmål kan rette til Helse Sør-Øst sin NUFA-representanter.</p>
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering.</p>
18/19	<p>Nasjonal områdestyring av e-helse</p> <p>Siv Ingebrigtsen og Hilde Lyngstad, Direktoratet for e-helse, informerte om arbeidet med ny e-helseorganisering og etablering av Nasjonal tjenesteleverandør. Styringen av løsninger som skal forvaltes av nasjonal tjenesteleverandør foreslås å skje gjennom sektorsammensatte styrever for områder, en videreutvikling av dagens produktstyrer. Det ble gjennomført gruppearbeid hvor NUFA ble bedt om å gi innspill til inndeling av områder innenfor nasjonal forvaltningsstyringsprosess.</p> <p>I diskusjonen før gruppearbeidet ble det stilt spørsmål om områdestyrenes mandat versus systemeiers rolle. Direktoratet for e-helse svarte at det foreslås å legge dataansvaret til nasjonal tjenesteleverandør som gjør at systemeierskapet vil være hos nasjonal tjenesteleverandør.</p> <p>Følgende avklaringer ble gjort i møtet.</p>

- Det vil etableres strategier og veikart for områdene, som understøttes av produktstrategier for løsningene. Strategiene vil fortsatt bli forankret i nasjonal styringsmodell.
- Tjenesteleverandør utfører endringer. Det vil etableres retningslinjer for hvor store endringer sektoren kan bestille direkte hos tjenesteleverandør.
- Finansieringsmodell er enda ikke besluttet. I 2020 vil tjenesteleverandør fakturere Direktoratet for e-helse for forvaltningskostnader. Nye løsninger vil finansieres direkte fra Direktoratet for e-helse
- Det ble stilt spørsmål ved hva som skjer med e-helsestandarder, som har et eget produktstyre i dag. E-helsestandarder inngår i Felles grunnmur, og må vurderes som en del av denne.
- Gevinst og nytte-arbeid vil også legges til områdestyrene.

Det ble påpekt at mange av tiltakene griper inn i deler av helsetjenesten som ikke er direkte styrt av HOD. I tillegg vil områdestyrene måtte fatte beslutninger for komplekse områder, noe som vil kreve bred innsikt. Direktoratet for e-helse svarte at det vil være mer koordinering enn styring av et område. Det er også tenkt at det skal være kriterier for hvem som styrer hva, og at områdestyrene ikke må fatte detaljerte beslutninger, men prioritere blant behovene i helse- og omsorgssektoren. Det ble påpekt at det skal fortsette å foreligge strategier og veikart for ulike løsninger som vil bidra inn i arbeidet med prioriteringer. Nasjonal e-helsestrategi vil også være viktig for prioriteringer.

I gruppearbeidet ble medlemmene bedt om å legge innsatsområdene fra strategisk plan og løsninger som er i drift inn i områder for forvaltningsstyring. Resultatet ble som følger:

Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C	Gruppe D	Gruppe E
- Felles grunnmur - Legemidler - Bruker-medvirkning - Deling av helsedata, EPJ - Helseregister	- Innbygger-tjenester - Legemidler - Felles grunnmur - Samhandling og forløp	- EPJ - Samhandling - Innbygger - Legemiddel - Felles grunnmur - Helsedata	- Legemidler - Innbygger-tjenester - Felles grunnmur - Sekundærbruk av data - e-helse-standarder	- Avstandsoppfølging - EPJ - Felles grunnmur, grunndata - Sekundærbruk av data

Vedtak:

NUFA ber Direktoratet for e-helse ta innspill fremkommet i møtet med i videre arbeid med å definere og etablere områder innenfor nasjonal forvaltningsstyringsprosess.

19/19

Medisinsk avstandsoppfølging

Espen Møller, Direktoratet for e-helse, orienterte om foreløpig rapport for nasjonal tilrettelegging for medisinsk avstandsoppfølging som oversendes HOD 25. april. Det ble også orientert om videre organisering av arbeidet med spesielt fokusert på å identifisere problemstillinger vedrørende informasjonsflyt, informasjonssikkerhet, personvern og tekniske løsninger for medisinsk avstandsoppfølging.

Det er behov for samhandling og informasjonsflyt på tvers mellom ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten. Det er også behov for løsninger som er arenaflaksible. Videre ser man at man har organisatoriske utfordringer knyttet til forvaltning av teknisk utstyr og IKT. I dag kan forvaltningen ligge hos en IKT-avdeling, MTU-avdeling eller hos leverandører. Det er viktig å se hvordan dette spiller sammen og hvordan vi kan løse forvaltningen mest hensiktsmessig.

I diskusjonen ble det bekreftet at denne beskrivelsen er virkeligheten i et sykehus. Det ble derfor spurt om det ligger i prosjektets oppdrag å utrede muligheten for etablering av et nasjonalt nav for forvaltningen og sikre datastrømmen. Direktoratet for e-helse svarte at denne problemstillingen ligger innenfor oppdraget.

	<p>Videre ble det påpekt at det med tanke på sikkerhet er viktig at man stiller krav til hva som skal til for å kunne ta i bruk ulikt medisinskteknisk utstyr.</p> <p>Det ble påpekt at illustrasjonene knyttet til samhandling og behov for informasjonsflyt samt sammenhenger i forvaltningen ift medisinsk avstandsoppfølging i stor grad sammenfaller med det som er avdekket i arbeidet med Velferdsteknologisk knutepunkt. Velferdsteknologisk knutepunkt er vurdert som en nasjonal komponent, og det ble spurt om det er vurdert gjenbruk av løsningen. Direktoratet for e-helse bekreftet at det er planer om å se disse i sammenheng og på tvers av forvaltningsnivåene. Helsedirektoratet informerte om at de har levert en rapport knyttet til dette arbeidet hvor de anbefaler at Helsedirektoratet leder og koordinerer disse områdene.</p> <p>Det ble også påpekt at man må ha ulik tilnærming når vi samler data fra utstyr som helsetjenesten selv gir ut til pasienten og data fra forbrukerelektronikk. Ved innsamling av data fra forbrukerelektronikk må man sikre at dataene er generert i kvalitetssikrede løsninger. Man må også definere dataansvaret for de innsamlede dataene samt definere punkt for kontakt og ansvar. Det ble påpekt slike løsninger vil kreve et helt annet fokus på informasjonssikkerhet i alle ledd.</p>
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Helsedirektoratet, Statens legemiddelverk og Direktoratet for e-helse ta med seg innspill i det videre arbeidet.</p>
20/19	"NUFA snakker felles språk"
	<p>Kjersti Skavik og Alfhild Stokke, Direktoratet for e-helse presenterte saken. Visjonen for et økosystem for terminologi ble etablert i 2018. Det innebar bl.a. å ta i bruk SNOMED CT. Nå utarbeides et mål bilde og veikart som konkretiserer arbeidet for å nå visjonen. Arbeidet er organisert i program Kodeverk og Terminologi. Programmet ønsker NUFA sine innspill til arbeidet.</p> <p>I diskusjonen var det fokus på at man oppnår en forbedret situasjon for klinikere. Det er betenkelig at nytten ikke er evaluert når planen er å rulle dette ut i hele sektoren. Direktoratet for e-helse svarte at det er startet et arbeid med en samfunnsøkonomisk analyse for innføring av SNOMED CT hvor sekundærformål inngår. Det er en alternativkostnad ved ikke å innføre dette, men det vil kreve et stort løft før man kan hente ut gevinster. Erfaringer fra andre land viser at det er behov for en viss modning før man får gevinster.</p>
	<p>Vedtak: NUFA er orientert om definisjonen av felles språk, innretning på målbildet og hovedtiltakene i veikartet. Innspill fra NUFA tas med i det videre arbeidet med dokumentet.</p>

Sak	Torsdag 25. april – Psykisk helse og digitale verktøy
21/19	Tema psykisk helse og digitale verktøy
	<p>Karl Vestli, Direktoratet for e-helse, ønsket velkommen.</p> <p>Michelle Jensen, Direktoratet for e-helse, innledet med bakgrunn for hvorfor temaet psykisk helse og digitale verktøy er satt på agendaen. Området løftes på grunn av at Direktoratet for e-helse ønsker å vurdere hvilke behov og muligheter det er for nasjonal innsats på dette området. Dette har sin bakgrunn i utfordringsbildet disse lidelsene representerer, graden av politisk prioritering av området, ressurs- og samfunnsutfordringer, økte forventninger til helsehjelp og potensialet til digitale verktøy i dette feltet. Det ble vist til ulike eksempler på digitale løsninger innen dette feltet.</p>

	<p>I diskusjonen ble det stilt spørsmål om rus er inkludert i arbeidet. Direktoratet for e-helse svarte at rus og psykisk helse ser disse i sammenheng der det er hensiktsmessig. Det ble påpekt at det kan hentes noen erfaringer fra prosjekt Primærhelseteam i Helsedirektoratet, hvor det tas i bruk videokonferanse. Det ble også foreslått at pålogging til innbyggertjenester i denne målgruppen bør skje gjennom helsenorge.</p>
	<p>Inspirasjon og faglig påfyll</p>
	<p><u>Organisering av oppfølging for personer med psykiske helseproblemer</u> Anette Jørve Ingjer, Helsedirektoratet, ga en kort orientering om organisering av oppfølging for personer med psykiske helseproblemer. Det ble vist hvordan tjenestene er organisert i dag og hvordan ansvar er fordelt mellom spesialist- og primærhelsetjeneste. Tre ulike hovedforløp ble beskrevet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Milde kortvarige lidelser 2. Kortvarige alvorlige lidelser eller langvarige midlere lidelser 3. Langvarige alvorlige sammensatte lidelser <p>Det ble vist at Norge bruker mye av BNP på helsetjenester. Selv om budsjettene øker har man ikke klart å finne ut av om kvaliteten øker tilsvarende.</p>
	<p><u>Presentasjon av "Digitale verktøy i psykisk helse – konseptoversikt"</u> Ole Kristian Losvik, Direktoratet for e-helse, orienterte om prosjektet Digitale verktøy i psykisk helse og status for dette prosjektet. Behovsanalyse for kartleggingen av digitale verktøy som er gjennomført i dette prosjektet ble presentert sammen med målbildet og utfordringsbildet knyttet til sikkerhet og kvalitet i verktøyene.</p> <p>I diskusjonen ble følgende tema berørt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er læringstiltakene som ble beskrevet gjennom læringsressurser som skal legges ut på helsenorge ment som behandling? Svaret på dette er at læringsressursene er en form for behandling. - Det ble stilt spørsmål ved om det at økt fokus på milde lidelser fører til sykeliggjøring av befolkningen. Svaret på dette er at det er viktig å tilby verktøy som bidrar til egenmestring av lidelser. - Det ble spurt om kommunikasjonen gjennom digitale brev er asynkron eller synkron. Svaret på det er at man på helsenorge ønsker å legge til rette for begge deler. - Det ble påpekt at ansvarslinjene mellom informasjon og hjelp til selvhjelp ser ut til å være glidende. Her er det behov for avklaring av ansvaret for pasienten. <p>Det ble også påpekt at det er viktig at kommuner og helseforetak jobber sammen for å sikre en helhetlig tilnærming til pasientene. Her kan digitale verktøy være en del av samhandlingen. Det ble diskutert at myndighetene må tydeliggjøre både tekniske og helsefaglige krav for løsningene. Det ble gitt innspill om at det er behov for kartlegging av hva som er selvhjelp og hva som er helsehjelp, og hvor stort ansvar myndighetene skal ta innenfor selvhjelp.</p> <p>Det ble foreslått at Nasjonalt senter for e-helseforskning kan bidra med kunnskapsopsummeringer innenfor dette feltet, spesielt på hvilke metoder det er evidens for.</p>
	<p><u>Internettassistert behandling – eMestring</u> Arne Repål, Sykehuset i Vestfold, orienterte om eMeistring og innføring av internettassistert behandling i spesialisthelsetjenesten. eMeistringsmiljøet oppstod i Helse Vest og hentet mye av sitt materiale fra Karolinska universitetet i Sverige. Data fra løsningen kan integreres i DIPS. For å sikre kvalitet er det etablert utdanningsprogram for e-terapeuter. Forskning på dette området ble beskrevet. Det ble også forklart hva det vil si å være en e-terapeut, og hva det vil si å være en pasient i denne behandlingsformen.</p> <p>Det ble stilt spørsmål om hvordan primærhelsetjenesten kobles inn i oppfølging av pasienter som gjennomfører denne behandlingen. eMeistring ønsker å etablere et slikt</p>

	<p>samarbeid, men mangler p.t. finansiering. Kommunene har stilt seg positive til det. Videre ble det påpekt at det sees et potensiale for bruk av slike verktøy også innen somatikken. Det ble stilt spørsmål om takstsystemet er tilpasset bruk av dette verktøyet. Per nå er de økonomiske incentivene ikke på plass. Det jobbes derfor med å motivere fastlegene til å henvise til denne type behandling, og det bør vurderes innført endringer i takstsystemet som gjør det attraktivt for fastleger å selv ta i bruk denne type systemer/behandling.</p>
	<p>Utvalgets innspill til strategiarbeidet på psykisk helse</p>
	<p>Utvalget gav innspill til området psykisk helse og digitale verktøy gjennom diskusjon kategorisert i fire undertemaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styring • Helsefaglig • Innbygger • Teknolog/arkitektur <p>Formålet med diskusjonen var å belyse behov og muligheter for strategisk innsats på området. Innspillene i diskusjonen blir tatt med videre i strategiarbeidet.</p>
	<p>Forslag til vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill fra møtet i videre arbeid.</p>
22/19	<p>Strategiprosessen – orientering om pågående arbeid</p>
	<p>Irene Olausen orienterte om pågående arbeid i strategiprosessen knyttet til prioriteringskriterier. Gjennom dialogmøter har det blitt gitt innspill til prioritering og til kriteriene. Ny politikk og utviklingstrekk vil også gi innspill til prioritering av strategisk plan. Videre arbeides det med strategisk kommunikasjon hvor det skal beskrives historier knyttet til strategien og innsatsområdene.</p> <p>Det ble gitt innspill på at det er ønskelig at utvalget imøteser felles kommunikasjonsmaterieell som taler til et bredt publikum, som for eksempel en kort informasjonsvideo.</p>
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering</p>
23/19	<p>Utviklingstrekkrapporten 2020</p>
	<p>Ida Ørvik orienterte om arbeidet med Utviklingstrekkrapporten 2020 og ba NUFA om innspill til materiale knyttet til kriteriene for empiri. Empiri vil hentes inn løpende frem til juni. Neste rapport blir den tredje rapporten i rekka hvor det er en fast ramme med følgende tema; digitalisering, overordnede mål for helse- og omsorgssektoren og e-helse i tall. De resterende tematiske kapitlene varierer fra år til år. Disse velges på bakgrunn av tre overordnede kriterier:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nye politiske føringer 2. Nytt på forsknings- og utviklingsfeltet 3. Nytt på praksisfeltet. <p>Direktoratet for e-helse ved Divisjon strategi har det redaksjonelle ansvaret for rapporten. De vil gjennomføre et studieprogram hvor man reiser rundt for å innhente informasjon om hva som skjer i praksisfeltet. Det vil være en kvalitetssikring og forankring i NUFA samt evaluering av rapport og prosess.</p> <p>NUFA gav innspill til tema som er relevant som tema for neste rapport. Innspillene ble notert og vil tas med i arbeidet med neste Utviklingstrekkrapport.</p> <p>NUFA bes sende andre innspill til Direktoratet for e-helse ved Ida Ørvik; Ida.orkvik@ehelse.no.</p>
	<p>Vedtak: Direktoratet for e-helse tar med seg innspillene fra NUFA videre inn arbeidet med rapport Utviklingstrekk 2020.</p>

24/19	Eventuelt
	Ingen saker til eventuelt.

Til Møte 3/19
Dato 04.09.2019
Saksnummer 27/19
Type Orientering

Fra Inga Nordberg
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

Nasjonal e-helseportefølje - Status og informasjon om arbeid med leveranseplan for porteføljen

Forslag til vedtak:

NUFA tar saken til orientering og ber om at innspill framkommet i møtet tas med i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

1. Orienterer NUFA om status og felles utfordringer knyttet til den pågående porteføljen samt pågående tiltak for å redusere risiko og konsekvenser.
2. Orienterer NUFA om arbeid med å etablere en leveranseplan for nasjonal e-helseportefølje som et styringsverktøy for å realisere nasjonal e-helsestrategi.

Bakgrunn

Det henvises til sak 24/19 fra NUIT 27. mai 2019 om status for Nasjonal e-helseportefølje og 22/19 fra NEHS 19. juni 2019 om sammenhengen mellom prioritering av innsatsområdene i Nasjonal handlingsplan og e-helseportefølje.

1. Status nasjonal e-helseportefølje

Vedlegg 2A Statusrapport portefølje – april 2019 gir en utfyllende beskrivelse av status på pågående portefølje. Statusrapporten er en standard rapport som utarbeides på bakgrunn av hver innrapportering til nasjonal portefølje og vil videreutvikles framover. Målet med rapporten er å gi aktørene i Nasjonal styringsmodell felles forståelse av omfang, risiko, utfordringer og sentrale avhengigheter, samt forutsetninger for realisering av gevinster. Porteføljen består av 52 prosjekter, og de prosjektene som har rapportert budsjett, har et samlet budsjett i 2019 på 1,5 milliarder. Kvaliteten på de innrapporterte dataene blir stadig bedre ved at prosjektene i større grad rapporterer inn etterspurt informasjon, men fremdeles mangler budsjett for 10% av prosjektene i porteføljen.

Porteføljen som helhet viser en tilfredsstillende overordnet status ved at det ikke er for mange som rapporterer gul eller rød status eller risiko. Det er tre prosjekter melder rød status, hvorav Nasjonal IKT sitt prosjekt SAFEST Realisering er mest kritisk, da flere prosjekter innenfor legemiddelområdet har avhengigheter til dette prosjektet. Som et tiltak for å håndtere prosjektets status er det planlagt behandling av sak om finansiering av prosjektet i AD-møtet i slutten av august.

Fordeling av risiko for Nasjonal e-helseportefølje er relativt uendret og de vanligste rapporterte årsakene til gul risiko er som tidligere usikkerhet rundt:

- Leveranseevne hos EPJ-leverandørene og andre leverandører som prosjektene er avhengige av
- Tilgang til ressurser og finansiering
- Ibrukttagelse og prioritering blant interessenter/mottakere av prosjektene
- Avhengigheter til andre e-helseløsninger og prosjekter

En samlet plan for porteføljen 2019-2025 er utarbeidet for å synliggjøre hva som er planlagt framover, se vedlegg 2B. Denne planen gir en oversikt over hvilken varighet prosjektene i porteføljen har, og hvilken prosjektfase de er i. En flerårlig porteføljeplan er nyttig blant annet for å kunne få tidlig nok innsikt i avhengigheter og forutsetninger og for å kunne ha gode planer for innføring.

Prosjekter som ikke har fastsatt sluttdato, er enten av den typen prosjekt som planlegges år for år, slik som EPJ-løftet og DIS - Digitale innbyggertjenester for spesialisthelsetjenesten, eller prosjekter i konsept- eller planleggingsfasen som ikke har en endelig gjennomføringsplan. Prosjekter som har rapportert budsjett for 2019 og 2020 er lagt inn i den flerårige planen.

Av prosjektene som har oppgitt sluttdato, har 60 % en planlagt varighet ut over 2020. Flere av disse prosjektene har ikke spesifisert leveranser etter 2020. For å få et mer presist bilde mellom leveranser og avhengigheter til andre tiltak, vil det være hensiktsmessig at prosjektene i porteføljen har prosjektplaner som detaljeres lengre enn ett til to år frem i tid.

Aktørene har også meldt inn nye prosjekter for 2020. Helt overordnet ser det ikke ut til at det blir store endringer i porteføljen fra 2019 til 2020, verken med hensyn til antall prosjekter eller budsjettmessig omfang. Videre prioritering av porteføljen vil baseres på prioritering av innsatsområdene, samt betraktninger rundt risiko, nytte, avhengigheter og forutsetninger.

Felles utfordringer i pågående porteføljen

Det er blitt gjennomført en analyse av utfordringsbildet av porteføljekontoret i samarbeid med arkitekturmiljøet i direktoratet basert på rapportering av status, risiko, avhengigheter og forutsetninger.

Mange av prosjektene i porteføljen er avhengig av leveranser relatert til nasjonale e-helseløsninger og felles grunnmur. Manglende leveransekraft i grunnmursarbeidet gjør det vanskelig å oppnå bedre og mer effektiv samhandling på tvers. Majoriteten av avhengighetene til Felles grunnmur har høy kritikalitet, og må innfris innen starten av 2020. De fleste av disse er under kontroll, men grunnmurs-avhengighetene som har rød status dreier seg om autentisering med HelseID og RESH som grunnlag for tilgangsstyring. Direktoratet for e-helse jobber sammen med NHN for å styrke forvaltning og videreutvikling av HelseID.

Det vil fremover være et særskilt behov for å sikre finansiering av grunnmursleveranser, og det er ønskelig å utvikle felleskomponentene i sammenheng med konkrete anvendelser. Det henvises til sak 28/19.

Mange prosjekter rapporterer om utfordringer, eller mulige utfordringer, med å få nødvendig forankring for gjennomføring og innføring. Direktoratet for e-helse har som en respons på denne risikoen innledet et samarbeid med KS for å diskutere tiltak når det gjelder utfordringer med bredding i kommunal sektor, for eksempel bredding av eID som er en forutsetning for flere andre løsninger. Konkret er det avholdt to møter med KS og Difi med formål om å bredde eID i kommunesektoren.

40 % av prosjektene i porteføljen rapportere om behov for videreutvikling av EPJ-løsningene og mange opplever dette som en flaskehals. Direktoratet jobber med å sikre god informasjonsflyt mellom

leverandører, nasjonale prosjekter og brukerrepresentanter, samt å følge med på markedssituasjonen generelt.

Den pågående porteføljens utfordringer ble også behandlet i NUIT (sak 24/19). *NUIT er spesielt opptatt av koordinering opp mot EPJ-leverandører i kommunal sektor. Kommuner har gitt signaler om at KS skal ta en rolle i dette arbeidet.*

2. Leveranseplan for nasjonal e-helseportefølje som et styringsverktøy for å realisere nasjonal e-helsestrategi

Oppdatert Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 og tilhørende Plan for e-helse 2019-2022 ble presentert NUIT 21. november 2018 ([sak 21/18](#)) og Nasjonalt e-helsestyre 6. desember 2018 ([sak 51/18](#)). Utvalgene ga sin tilslutning til strategidokumentene, men etterspurte samtidig en prioritering av innsatsområdene i planen (figur 1) for å gjøre den mer handlingsrettet.



Figur 1: Innsatsområdene i Nasjonal handlingsplan for e-helse.

Direktoratet har i 2019 arbeidet med prioritering og lagt til grunn etablerte faglige kriterier for prioritering i helse- og omsorgssektoren ([Lønning-utvalget](#), [Blankholm-utvalget](#)). Disse vektlegger *Nytte*, *Alvorlighet*, og *Ressurs*. I gjennomgangen av ulike perspektiver på strategisk prioritering har en vektlagt synspunkter knyttet til de to første kriteriene; *Nytte* og *Alvorlighet*. I tillegg er det gjort en vurdering av *Avhengighet* på tvers av innsatsområder. Kriteriet knyttet til *Ressurser* (kost/nytte/gevinst) vurderes i neste fase gjennom arbeidet med den nasjonale porteføljens prosessen for prioritering og finansiering av konkrete tiltak.

Vi har sett hen til tre kilder for å vurdere hvilke innsatsområder som bør prioriteres i handlingsplanen:

1. Innspill fra sektoren som fremkommet gjennom dialogmøter med NUIT/NUFA medlemmer.
2. Nye (og innværende) politiske føringer som fremkommer gjennom offentlige dokumenter som er lansert og under arbeid.
3. Relevante utviklingstrekk.

Gjennom en sammenstilling av de ulike kildegrunnlagene, og basert på kriteriene *Nytte*, *Alvorlighet*, og *Avhengigheter*, har Direktoratet utarbeidet et forslag til strategisk prioritering av innsatsområdene i handlingsplanen for 2020 (se figur 1 for forklaring av innsatsområdene):

1. **Legemiddelområdet: 1.2 og 2.2.**
2. **Samhandlingsløsninger: 1.1, 2.1 og 5.1.**
3. **Informasjonssikkerhet: 6.3.**
4. **Gjennomføring/Operasjonalisering: 5.2, 6.1 og 6.2.**
5. **Kvalitet og tjenesteutvikling: 3.1, 3.2, 4.1, 4.2 og 4.3.**

Dette ble presentert i NUIT-møtet 27. mai ([sak 22/19](#)) og utvalget stilte seg bak forslaget til prioritering med noen innspill. Videre ble forslaget lagt fram i NEHS 19.juni (sak 22/19) og Nasjonalt e-helsestyret støttet prioriteringene med noen innspill. Direktoratet tar med seg innspillene både fra NUIT og NEHS i det videre arbeidet.

Denne prioriteringen vil være et utgangspunkt for videre prioritering av den nasjonale e-helseporteføljen for 2020. I tillegg vil prosessen for definering av porteføljen for 2020 koordineres med arbeid med redegjørelse av de viktigste avhengighetene til tiltakene i e-helseporteføljen i prosjekt Akson og innspill fra Direktoratet til prioritering av tiltak i Nasjonal helse- og sykehuseplan 2020-2023.

Vedtak på tilsluttende saker

Sak	Tema	Vedtaksformulering
22/19	Nasjonal handlingsplan og nasjonal e-helseportefølje -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.



Direktoratet for
e-helse

Vedlegg 2A

Statusrapport

Nasjonal e-helseportefølje

April 2019



Tittel:

Statusrapport nasjonal e-helseportefølje

Utgitt:

Mai 2019

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

nasjonalt.portefoljekontor@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo

Tlf.: 21 49 50 70

Forord

Nasjonal porteføljestyingsprosess er ett av virkemidlene for å oppfylle nasjonal e-helsestrategi 2017-2022. Denne rapporten gir en oversikt over pågående prosjekter og programmer¹ i nasjonal e-helseportefølje.

Den nasjonale e-helseporteføljen består av prosjekter som understøtter nasjonal e-helsestrategi, har avhengigheter til prosjekter i porteføljen og/eller er avhengig av nasjonal innsats. Prosjekter med høy grad av strategisk tilknytning, høy nytte og akseptabel risiko, prioriteres i porteføljen.

Målet med denne rapporten er å gi aktørene i Nasjonal styringsmodell et helhetsperspektiv og skape en felles forståelse av omfanget og potensialet for gevinstrealisering i den pågående porteføljen. Rapporten skal også gi innsikt i risiko, utfordringer og sentrale avhengigheter, samt forutsetninger for å realisere gevinster. Dette vil være et utgangspunkt for diskusjoner og anbefalinger relatert til nasjonal e-helseportefølje.

Rapporten utarbeides som underlag til NUIT (Prioriteringsutvalget) tre ganger årlig og som orientering til Nasjonalt e-helsestyre og NUFA (Fagutvalget). Denne rapporten baserer seg på innrapportering til nasjonal e-helseportefølje per 12. april 2019.

Underlaget for rapporten er i hovedsak innrapportering fra aktørene og møter med porteføljekontakter hos aktørene. Rapporten utarbeides av nasjonalt porteføljekontor og nasjonalt arkitekturkontor i Direktoratet for e-helse.

Innrapporteringen av prosjekter til porteføljen fra aktørene er samlet [her](#) og oversikt over nasjonal e-helseportefølje (exceloversikt i PDF) er [her](#).

¹ I denne rapporten benyttes "Prosjekt" som en samlebetegnelse for både prosjekt og program.

Innhold

1	Sammendrag	6
2	Porteføljens knytning mot nasjonal e-helsestrategi	8
3	Status for nasjonal e-helseportefølje	11
3.1	Overordnet status.....	11
3.2	Risiko	11
3.3	Porteføljen fordelt på fase i Prosjektveiviseren	12
3.4	Omfang i 2019.....	12
3.5	Prosjektenes total kostnad	15
3.5.1	Totalt prosjektkostnader	16
3.5.2	Årlige forvaltningskostnader	16
4	Gevinster	18
5	Avhengigheter og forutsetninger	21
6	Status på Felles grunnmur	24

1 Sammendrag

Porteføljens omfang øker

Siden forrige rapportering i januar 2019 er det tre prosjekter som har gått ut av porteføljen og fem som har kommet til. Porteføljen består nå av 52 prosjekter med et innrapportert samlet budsjett på 1,5 mrd. 10 % av prosjektene i porteføljen rapporterer ikke inn budsjett, herunder Helseplattformen. Det totale forbruket på e-helse i 2019 er høyere enn det som er rapportert, anslagsvis nærmere 2 mrd. Forskjellen skyldes både at ikke alle prosjektene har rapportert inn budsjett samt at det trolig også er prosjekter som ikke er rapportert til porteføljen.

Mer presise data

Kvaliteten på det som rapporteres inn om prosjektene blir stadig bedre. Det må likevel jobbes videre med å sikre innrapportering av relevante prosjekter og øke kvaliteten på dataene. Aktørene rapporterte denne gang inn på en justert rapporteringsmal. Justeringen var nødvendig for å øke presisjonsnivå på for eksempel på kostnader, gevinster og avhengigheter.

Flere oppgir totale kostnader

Det er positivt at innrapporteringsgraden nå har økt. 4 av 5 prosjekter i porteføljen oppgir totale prosjektkostnader. Dette indikerer at det har vært en modning hos aktørene som gir mer fokus på total kostnader enn tidligere. Det er fortsatt et behov for å øke kjennskapen til hvilke forvaltningskostnader prosjektene vil pådra seg ved fullført leveranse. Dette er viktig for å forstå de totale økonomiske implikasjonene av prosjektene i porteføljen. Det er en positiv trend at andelen som oppgir forvaltningskostnader er økende.

Digitalisering av arbeidsprosesser er fremdeles størst

Med hensyn til omfang innen de strategiske områdene ser vi i denne rapporteringen en ytterligere økning av området *Digitalisering av arbeidsprosesser*. Området er størst med over 50 % av porteføljens omfang og har et budsjett på nesten 800 mill kroner.

Status og utfordringer i porteføljen

Porteføljen som helhet viser en tilfredsstillende overordnet status, men tre prosjekter melder rød status, hvorav Nasjonal IKT sitt prosjekt *SAFEST Realisering* er mest kritisk, da flere prosjekter innenfor legemiddelområdet har avhengigheter til dette prosjektet.

Mange prosjekter rapporterer om utfordringer eller risiko knyttet til forankring av gjennomføring av prosjektene eller realisering av prosjektenes gevinster ved innføring av løsningene.

Prosjektene avhengigheter til andre prosjekter, leveranser, aktører og leverandører påvirker i stor grad prosjektets risiko, da det ofte er knyttet usikkerhet til om avhengigheter blir oppfylt til rett tid og med tilfredsstillende kvalitet. Prosjektene spesifiserer hvilke aktører de forventer skal levere det prosjektet er avhengig av. Flest prosjekter melder avhengighet til Direktoratet for e-helse (grunnmursleveranser og felles nasjonale løsninger), EPJ-leverandørene og Helsedirektoratet. Disse tre aktørene forventes å levere omtrent 50% av alle avhengighetene som er innrapportert. Når avhengighetene ikke innfris, opprettes ofte kompensierende løsninger for å løse prosjektets behov der det er mulig. Kompenserende løsninger kan bidra

til en kompleks arkitektur som er krevende og kostbar å vedlikeholde, og kan være et hinder for felles måloppnåelse.

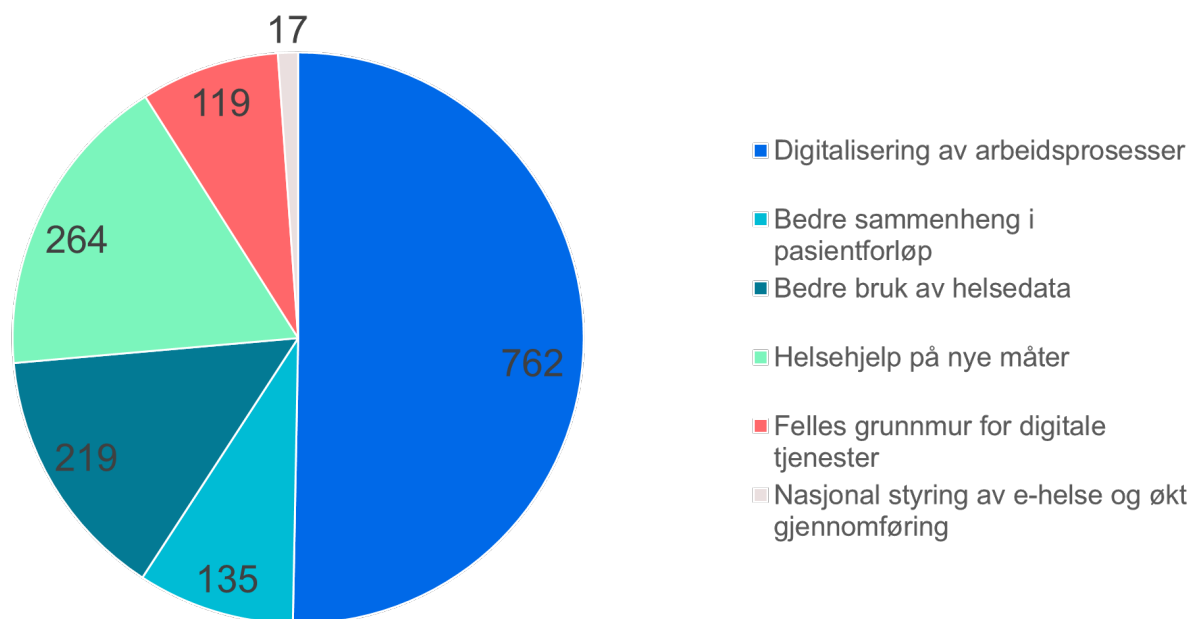
Behov for investeringer i grunnmur

Denne innrapporteringen er den første hvor aktørene melder inn totalkostnader som går med til grunnmursleveranser. Aktørene er også bedt om å melde inn avhengigheter til felles grunnmur. Budsjettet for de viktigste grunnmursprosjektene i 2019 er på 119 mill. Dette utgjør 8 % av nasjonal portefølje. 17 % av avhengighetene som er meldt inn i porteføljen er knyttet til Felles grunnmur. Majoriteten av avhengighetene til Felles grunnmur har høy kritikalitet og må innfris innen starten av 2020.

2 Porteføljens knytning mot nasjonal e-helsestrategi

Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 er et viktig styringsdokument for e-helseutviklingen i helse- og omsorgssektoren. Strategisk tilknytning er et av prioriteringskriteriene for nasjonal e-helseportefølje.

Nasjonal e-helsestrategi er inndelt i seks strategiske områder. Aktørene har selv vurdert hvilket strategisk område prosjektene bidrar sterkest på. Samlet rapportert budsjett på 1,5 mrd. for 2019 fordeler seg slik:




Figur 1: Budsjett 2019 per strategisk område (i mill. kroner)

Det strategiske området *Digitalisering av arbeidsprosesser* har størst innsats i den pågående porteføljen med over 50 % av porteføljens omfang. Strategisk plan detaljerer e-helsestrategien. I planen er innsatsområdet knyttet til mobilisering av innbyggeren som ressurs flyttet fra det strategiske området *Bedre sammenheng i pasientforløp* til det strategiske området *Helsehjelp på nye måter*. Dette fører til at *Bedre sammenheng i pasientforløp*, som ved forrige rapportering hadde et omfang på 22 % av porteføljen, nå har et lavere omfang på 9 %. *Helsehjelp på nye måter*, som tidligere hadde kun 8 % av porteføljen, har nå 17 % og er nest størst i porteføljen.

At porteføljen samlet sett øker i omfang skyldes blant annet at innsatsområdet *Bedre bruk av helsedata* og *Digitalisering av arbeidsprosesser* har blitt større. Førstnevnte øker fra 118 mill. fra forrige rapportering til 219 mill. ved denne rapporteringen. Sistnevnte øker fra 680 mill. til 762 mill.


Prosjektet *Regional EPJ Journalinnsyn* i Helse Sør-Øst, som tidligere inngikk i *Digitalisering av arbeidsprosesser*, inngår nå i *Bedre bruk av helsedata* og er en viktig årsak til økningen der. Økningen totalt sett skyldes hovedsakelig økte budsjetter fra eksisterende prosjekter i porteføljen. Dette gjelder særlig for prosjektene fra Helse Nord RHF som nå rapporterer et budsjett summert til 149 mill. for 2019.

Digitalisering av arbeidsprosesser

Strategisk område	Innsatsområde	Eksempler på prosjekter	Omfang
 <p>Digitalisering av arbeidsprosesser</p>	1.1 Modernisere journal- og samhandlingsløsning	<ul style="list-style-type: none"> Helseplattformen Regional ambulansejournal Regionalt laboratoriesystem 	655
	1.2 Digitalisere legemiddelkjeden innenfor hver virksomhet	<ul style="list-style-type: none"> Regional kurve og medikasjon Medikamentell kreftbehandling 	107


Målet om én gjennomgående og modernisert journalløsning for hele helsetjenesten er den viktigste driveren for dette området. Direktoratet for e-helse sitt prosjekt *Én innbygger – én journal - felles journal- og samhandlingsløsning*, *Helseplattformen* i Helse Midt Norge og RHF-enes prosjekter knyttet til oppgradering til DIPS Arena ved prosjektet *Heliks* i Helse Vest, *FRESK* i Helse Nord-Norge og *Regional EPJ modernisering* i Helse Sør-Øst representerer viktige strategiske prosjekter.

Bedre sammenheng i pasientforløp

 <p>Bedre sammenheng i pasientforløp</p>	2.1 Bidra til plan og kontinuitet i ansvarsoverganger	<ul style="list-style-type: none"> Pakkeforløp hjem - kreft Pakkeforløp Hjerneslag Pakkeforløp psykisk helse og rus 	70
	2.2 Dele oppdaterte legemiddel-opplysninger	<ul style="list-style-type: none"> Digitalisering av legemiddelområdet SAFEST 	65

Direktoratet for e-helse sitt prosjekt *Digitalisering av legemiddelområdet* er størst i omfang innenfor dette området. *Digitalisering av legemiddelområdet* inneholder en rekke prosjekter med mål om å øke pasientsikkerheten.

Bedre bruk av helsedata

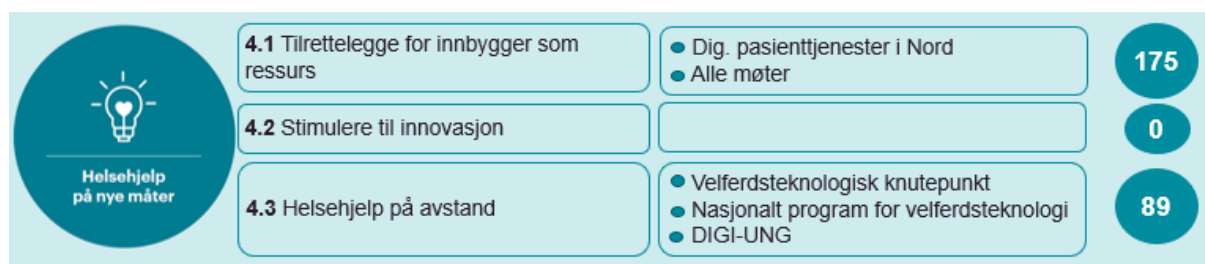
Strategisk område	Innsatsområde	Eksempler på prosjekter	Omfang
 <p>Bedre bruk av helsedata</p>	3.1. Bedre behandling med bedre utnyttelse av helsedata	<ul style="list-style-type: none"> Oppfølgingsteam Regional EPJ Journalinnsyn 	75
	3.2 Bedre bruk av helsedata til sekundærfomål	<ul style="list-style-type: none"> Helsedataprogrammet Modernisering av reseptregisteret Nasjonal laboratoriesdatabase 	144

Helsedataprogrammet som eies av Direktoratet for e-helse er størst innenfor området, og skal gi enklere tilgang og bedre grunnlag for analyse av helsedata.² Øvrige prosjekter er Folkehelseinstituttets sine prosjekter *Modernisering av reseptregisteret*, *Nasjonal*

² *Helsedataprogrammet* finansierer 10 mill. kroner av *Program for kodeverk og terminologi*, disse midlene er satt på det strategiske området *Felles grunnmur for digitale tjenester*. *Helsedataprogrammet* finansierer også 2 millioner av Helsedirektoratets prosjekt *Innsyn og tilgjengeliggjøring NPR og KPR* som også inngår i innsatsområde 3.2.

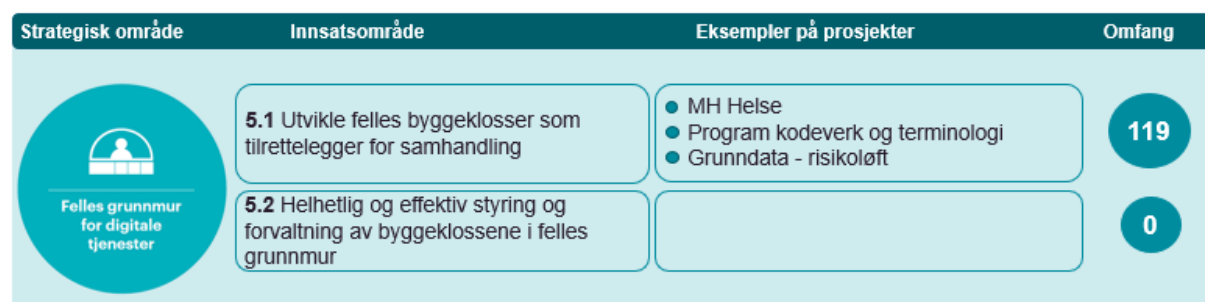
laboratoriedatabase og Nasjonalt infeksjonsregister. Prosjektene har ikke avklart finansiering for 2019.

Helsehjelp på nye måter



Nasjonalt program for velferdsteknologi er driveren på dette området, og skal hjelpe innbyggerne å klare seg selv i eget hjem og bidra til å sikre livskvalitet og trygghet for brukerne. Direktoratet for e-helse har denne gangen rapportert inn *Velferdsteknologisk knutepunkt* som eget prosjekt på dette området, som tidligere ble rapportert inn som en del av *Nasjonalt program for velferdsteknologi*. Dette er for å synliggjøre at prosjektet finansieres og styres av Direktoratet for e-helse. Samarbeidsprosjektet mellom Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet, Statens Vegvesen og Politidirektoratet om *Digital Førerrettsforvaltning* ligger også i dette innsatsområdet.

Felles grunnmur for digitale tjenester



Program for kodeverk og terminologi og *MF Helse* er viktige prosjekter på dette området. *Program for kodeverk og terminologi* har viktige grensesnitt mot øvrige prosjekter i porteføljen, som Helseplattformen. *MF Helse* vil få påvirkning på en stor del av forvaltningen og prosjektene i helsesektoren gjennom å koordinere og gjennomføre helse sin del av det nye folkeregisteret som lanseres av Skatteetaten ved nyttår 2021.

Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne



Prosjektene på området er *Nasjonal e-helsemonitor* (Direktoratet for e-helse), *KPR trinn to* (Helsedirektoratet) og *MSIS-databasen*. Dette strategiske området gjennomføres i liten grad som prosjekter og vil derfor være mindre synlig i porteføljen.

3 Status for nasjonal e-helseportefølje

3.1 Overordnet status

Overordnet status gir en oversikt over hvor godt prosjektene går i forhold til planen.

Porteføljen som helhet viser en tilfredsstillende overordnet status. Noen flere prosjekter i porteføljen melder grønn overordnet status enn gul.³ Tre prosjekter melder rød status.

De tre prosjektene som melder rød status er

- Helse Sør-Øst RHF sitt prosjekt *Regionalt laboratoriesystem*
- Helsedirektoratets sitt prosjekt *Pakkeforløp for psykisk helse og rus*
- Nasjonal IKT sitt prosjekt *SAFEST Realisering*

Førstnevnte er ett år forsinket på grunn av forsinket etablering av regional plattform. Prosjektet *Pakkeforløp for psykisk helse og rus* har oppgitt at deres løsning for monitorering kan bli forsinket, og at det er en risiko for lav datakvalitet på grunn av usikkerhet til omfang og kvalitet for inndata-leveranse til tjenesten.

SAFEST Realisering rapporterer rødt fordi prosjektet *SAFEST Gjennomføring*⁴ som står for utvikling og leveranse av løsningen, har rapportert et revidert budsjett som er 60 % høyere enn det opprinnelige estimatet. Det er en bekymring for den nasjonale porteføljen at prosjektet *SAFEST Realisering* rapporterer rød status, ettersom en rekke andre prosjekter har avhengigheter til dette prosjektet.

De viktigste årsakene til gul status er forsinkelser, manglende ressurser og manglende finansiering.

3.2 Risiko

Risiko er et av prioriteringskriteriene for nasjonal e-helseportefølje. Aktørene skal sikre at prosjektene de foreslår inn i nasjonal e-helseportefølje har akseptabel risiko.

Fordeling av risiko for Nasjonal e-helseportefølje er relativt uendret siden forrige rapportering. Status for 2019-porteføljen er at 69 % av porteføljen melder medium risiko. Tre prosjekter melder høy risiko og 12 prosjekter melder lav risiko.

Prosjektet *Primærhelseteam* melder rød risiko knyttet til avhengigheten til utvikling hos EPJ-leverandøren Infodoc. Det pågår dialog mellom EPJ-løftet og Infodoc, men avhengigheten er fortsatt ikke løst. Prosjektet meldte også rød risiko ved forrige rapportering.

Prosjektet *Pakkeforløp for psykisk helse og rus* melder rød risiko grunnet manglende forankring, uklare forventninger til hva prosjektet skal oppnå, utfordringer med tilgang på ressurser og usikkerhet om prosjektet vil nå sine mål.

³ Merk at det er stor forskjell på granularitet på statusrapporteringen fra store programmer til små prosjekter

⁴ SLVs prosjekt SAFEST Gjennomføring inngår ikke lenger i porteføljen). Prosjektet står for utvikling og leveranse av løsningen,

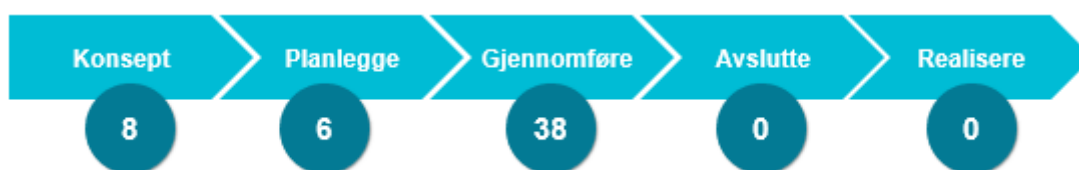
Prosjektet *SAFEST Realisering* melder rød risiko knyttet til økonomi som følge av økte kostnadsestimater. Dette kan få konsekvenser knyttet til leveranser, planer og sikring av medvirkning.

Prosjektet *Regionalt laboratoriesystem*, som har rød overordnet status, melder gul risiko på grunn av at prosjektet har etablert en revidert tidsplan. Prosjektet rapporterte rød risiko ved forrige rapportering.

De vanligste årsakene til gul status er manglende leveranseevne hos EPJ-leverandørene og andre leverandører som prosjektene er avhengige av, tilgang til ressurser og finansiering, risiko for manglende ibrukttagelse og prioritering blant interessenter/mottakere av prosjektene og avhengigheter til andre e-helseløsninger og prosjekter. De mange avhengighetene mellom prosjektene i sektoren setter store krav til koordinering på tvers av ulike aktører i en sektor med høy kompleksitet, både organisatorisk og juridisk. Samtidig har prosjektene begrensede virkemidler og må i stor grad basere seg på andre aktørers samarbeid for å få gjennomført prosjektene. Risiko knyttet til markedets evne til å implementere leveranser er også fremtredende.

3.3 Porteføljen fordelt på fase i Prosjektveiviseren

Det forventes at prosjektene i nasjonal e-helseportefølje følger Difi sin prosjektveiviser med faseinndelt prosjektgjennomføring. For program med prosjekter i ulike faser angis fasen hvor hovedtyngden av prosjektene er.



Figur 2: Prosjekter i 2019 fordelt på faser i Prosjektveiviseren

Figur 2 viser at størsteparten av den pågående porteføljen er i gjennomføringsfase. Dette er en naturlig konsekvens av at konsept- og planleggingsfasen er betydelig kortere enn gjennomføringsfasen, og flere prosjekter vil derfor være i gjennomføringsfasen enn i øvrige faser. De 14 prosjektene i konsept- og planleggingsfasen utgjør omtrent 6 % av porteføljens budsjettomfang for 2019.

Avslutningsfasen i prosjektene er normalt kort. Det vil derfor til enhver tid være få prosjekter i avslutningsfasen. Det er ved denne rapporteringen ingen prosjekter i denne fasen.

Nasjonal e-helseportefølje har foreløpig ikke fulgt opp prosjekter i realiseringsfasen. Det forventes at det er virksomhetene som følger opp gevinstuttak etter at prosjektene avsluttes.

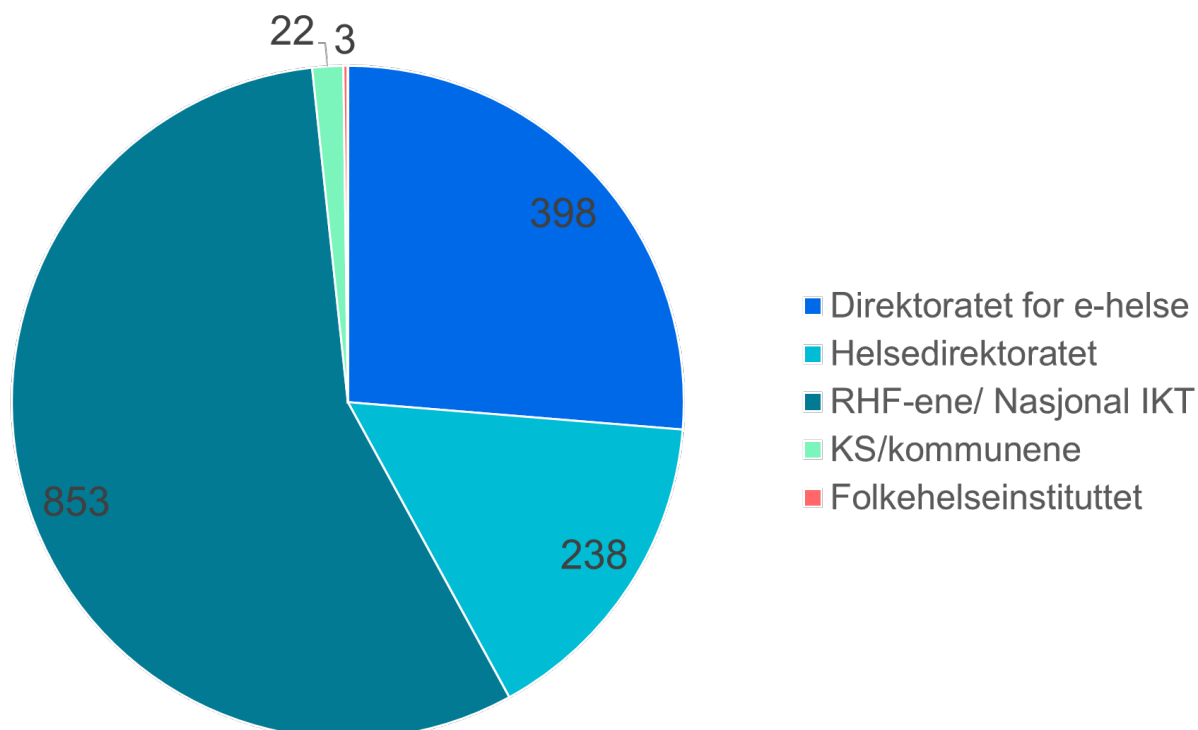
3.4 Omfang i 2019

Nasjonal e-helseportefølje består per januar 2019 av 52 prosjekter med et samlet budsjett på 1,5 mrd.

Samlet innrapportert budsjett i 2019 har økt fra 1,3 mrd. i januar 2019 til 1,5 mrd., som er en økning på omtrent 16 %. Den økende trenden som vi så i 2018 ser dermed ut til å fortsette. Antall prosjekter i porteføljen er svakt økende, men forholder seg noenlunde konstant omkring femti prosjekter (52 ved denne rapporteringen mot 50 ved forrige). Det forventes at

det totale forbruket på e-helse i 2019 er høyere enn det som er rapportert her. Det skyldes at ikke alle prosjektene har rapportert budsjett, samt at det også er prosjekter som ikke er rapportert til porteføljen.

Under vises budsjettet for porteføljen fordelt på hver aktør:



Figur 3: Innrapportert budsjett for 2019 per aktør oppgitt i mill. kroner

Porteføljens omfang er størst i de regionale helseforetakene og Nasjonal IKT, deretter kommer Direktoratet for e-helse og Helse Midt-Norge. Prosjekter som eies av KS/kommunene representerer kun 1,5 % av nasjonal e-helseportefølje. Det foregår likevel mye aktivitet i kommunene som følge av øvrige prosjekter i regi av nasjonale myndigheter, samt prosjekter som ikke er innmeldt til porteføljen.

Omfanget fortsetter å øke for RHF-ene og Nasjonal IKT, som nå ligger 147 mill. høyere i 2019-budsjettet enn ved forrige rapportering i januar 2019⁵. Innrapportert budsjett for 2019 fra RHF-ene/Nasjonale IKT på 853 mill. fordeler seg slik:

- Helse Sør-Øst: 294 mill. (seks prosjekter)
- Helse Vest: 216 mill. (to prosjekter)
- Helse Midt-Norge: 138 mill. (fire prosjekter – to oppgir budsjett)
- Helse Nord: 149 mill. (to prosjekter)
- Nasjonal IKT: 57 mill. (fire prosjekter)

Det er fem **nye** prosjekter i nasjonal e-helseportefølje ved denne rapporteringen.

⁵ Ett større prosjekt/program som ikke har oppgitt budsjett er Helseplattformen (Helse Midt-Norge).

ID	Prosjekt/program	Ansvarlig virksomhet	Budsjett 2019	Kommentar
174	Pakkeforløp kreft	Helsedirektoratet	0,5 mill.	<i>Pakkeforløp hjem for kreftpasienter</i> skal sikre forutsigbarhet for pasientene og kvalitet i utredning og behandling, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste.
175	Pakkeforløp Hjerneslag fase 2	Helsedirektoratet	0,5 mill.	Formålet med <i>Pakkeforløp hjerneslag</i> er at pasienter som rammes av hjerneslag skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp, samt forhindre uønskede tidsavbrudd mellom ulike aktørers oppgave - og ansvarsområder.
178	Grunndata– Risikoløft	Direktoratet for e-helse	7 mill.	Grunndata er en kritisk løsning med sterke koblinger til sektorens mange løsninger. Tiltak rettet mot å redusere risiko skal bidra til en akseptabel risiko på dagens plattform inntil modernisert grunndataplattform er utviklet og innført. Prosjektet gjennomføres nå som et tiltak i forvaltningen.
179	Velferdsteknologisk knutepunkt	Direktoratet for e-helse	16 mill.	Velferdsteknologisk knutepunkt integrerer velferdsteknologiske helseapplikasjoner med de kommunale fagsystemene (EPJ). Prosjektet er en del av Velferdsteknologiprogrammet. Prosjektet er tatt med for å synliggjøre den teknologiske komponenten som mange er avhengig av. Prosjektet har pågått over lengre tid.
180	Nøkkelregister for DSA	Helsedirektoratet	2 mill.	Formålet er forbedret og utvidet datainnhold hos NPR, hyppig og komplett publisering av oversikter for medisinsk strålebruk, og redusert dobbeltregistrering- og rapportering i tjenesten.

Tabell 1: Nye prosjekter i nasjonal e-helseportefølje

Tre prosjekter **går ut** av nasjonal e-helseportefølje.

ID	Prosjekt/program	Ansvarlig virksomhet	Budsjett 2019 (fra februar 2019-rapportering)	Kommentar
64	Fødselsepikrise til helsestasjon	KS	0,1 mill.	Etablere elektronisk meldingsutveksling som kanal for å formidle informasjon om fødsel, barn og mor fra fødeavdeling til helsestasjon. Prosjektet nærmer seg ferdigstillelse og tas derfor ut.
120	Pasientsikkerhetsvarsel til innbygger og fastlege	SLV	-	Etablere en varslingsløsning som målrettet og spesifikt kan varsle pasienter og deres fastleger ved legemiddelrelaterte hendelser som de berøres av, og som kan sette pasientsikkerheten i fare. Prosjektet mangler finansiering og tas derfor ut.
141	Internettassistert behandling for angst og depresjon i kommunen	Helse-direktoratet	6 mill.	Prosjektets formål er å styrke innholdet i behandlingstilbud i kommunale psykisk helsetjenester samt øke kapasitet og tilgjengelighet i kommunale lavterskel behandlingstilbud. Prosjektet mangler finansiering og tas derfor ut.

Tabell 2: Prosjekter som går ut av nasjonal e-helseportefølje

3.5 Prosjektenes totalkostnad

Kunnskap om forventet totalkostnad for et prosjekt er avgjørende for å kunne vurdere om prosjektets gevinster står i forhold til kostnaden. Det er også viktig for å forstå hvilke konsekvenser prosjektet har for kommende budsjetter, og for å forstå forvaltningsforpliktelsene som den enkelte aktør, og sektoren som helhet, pådrar seg.

Aktørene rapporterte for første gang i april 2018 på prosjektenes helhetlige kostnadsbilde, herunder totale prosjektkostnader og forventede årlige forvaltningskostnader. Datagrunnlaget som ble innhentet da var mangelfullt. Dette er ikke lenger situasjonen, da en betydelig andel av prosjektene nå rapporterer forventede totalkostnader av prosjektet.

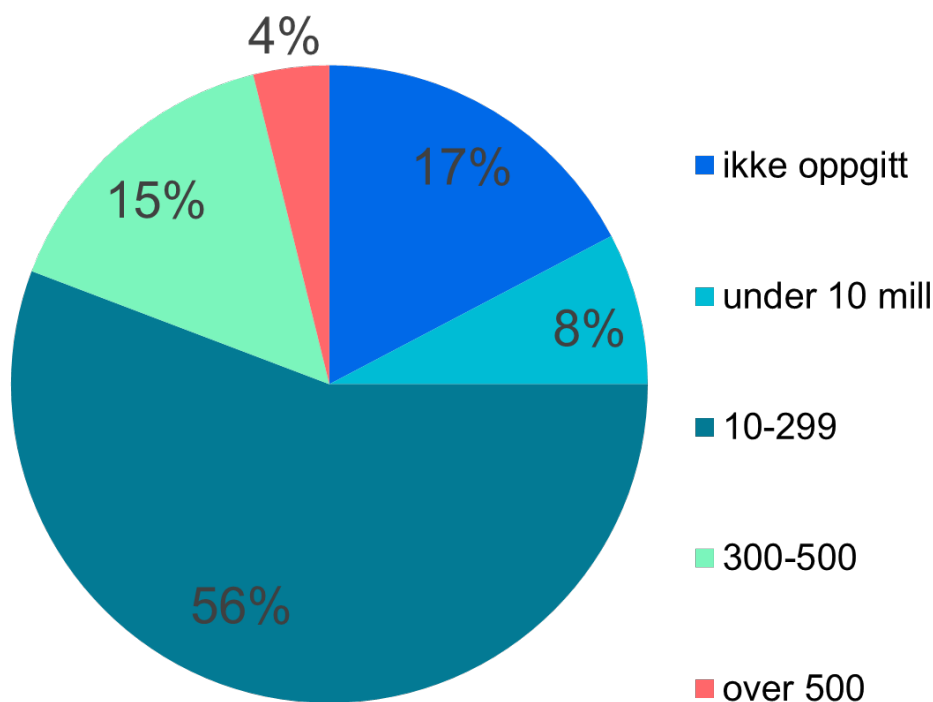
- 17 % av prosjektene har *ikke* rapportert totale prosjektkostnader (24 % i januar 2019)
- 56 % av prosjektene har *ikke* rapportert årlige forvaltningskostnader (64 % i januar)

Det er positivt at innrapporteringsgraden nå har økt såpass mye og at 4 av 5 av prosjektene i porteføljen nå oppgir totale prosjektkostnader. Dette indikerer at det har vært en modning hos aktørene og at det er mer fokus på totalkostnader enn tidligere. Det er fortsatt et behov for å øke kjennskapen til hvilke forvaltningskostnader prosjektene vil pådra seg ved fullført leveranse for å forstå de totale økonomiske implikasjonene av prosjektene i porteføljen. Det er likevel en positiv trend at andelen som ikke oppgir forvaltningskostnader er nedadgående.

3.5.1 Totale prosjektkostnader

Totale prosjektkostnader er definert som summen av påløpte kostnader fra prosjektets start og estimerte kostnader frem til planlagt sluttdato. De totale prosjektkostnadene som er innrapportert er 6 mrd. kroner, omtrent det samme som ble rapportert i januar. Denne størrelsen vil naturlig variere etter hvert som prosjektene får økt kunnskap om økonomiske implikasjoner av sine leveranser og fremtidig aktivitet.

Figur 4 viser at 15 % av prosjektene har totale prosjektkostnader på 300 - 500 mill. og 4 % av prosjektene har totale prosjektkostnader på over 500 mill. Majoriteten av prosjektene befinner seg innenfor intervallet 10-299 mill.



Figur 4: Prosentvis andel prosjekter i intervaller for total kostnad

3.5.2 Årlige forvaltningskostnader

Økt digitalisering gir økning i årlige forvaltningskostnader av e-helseløsningene. Det er viktig å kunne predikere denne utviklingen og å planlegge for den. Årlige forvaltningskostnader for den pågående porteføljen summerer seg til 269 mill., noe som er en nedgang siden forrige rapportering.⁶ Ettersom flere av prosjektene ikke har rapportert forvaltningskostnader, forventes det at forvaltningskostnadene i realiteten vil være betydelig høyere enn det som oppgis her.

Rapporteringen viser at flere prosjekter ikke har estimert årlige forvaltningskostnader. Dette kan skyldes at det kan være vanskelig å estimere dette eksakt når man ikke ennå vet

⁶ Dette skyldes blant annet at prosjekter som *Regional kurve og medikasjon* (Helse Sør-Øst RHF) ved denne rapporteringen ikke oppgir forventede årlige forvaltningskostnader, og at prosjektet *HELIKS* (Helse Vest RHF) var feilført ved forrige rapportering på området.

implikasjonene og det endelige omfanget som leveres i prosjektene. Det er uansett viktig å sannsynliggjøre et forventningsnivå på forvaltningskostnader av prosjektene. Det vil kunne gi beslutningstakere best mulig informasjon om de faktiske totalkostnadene av prosjekter som blir besluttet å starte opp.

4 Gevinster

Prosjektets samfunnsøkonomiske nytte er et av prioriteringskriteriene for å velge prosjekter til nasjonal e-helseportefølje. Her skal det tas hensyn til både positive og negative nytteeffekter, samt prosjektets totale kostnader, fremtidige forvaltningskostnader og løsningsenes levetid.

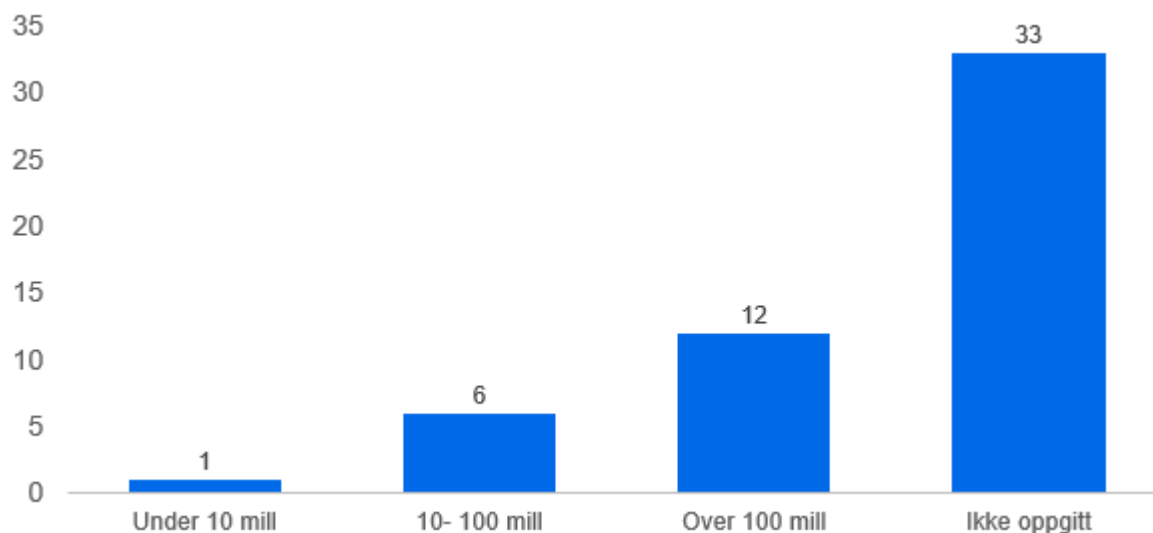
En sentral del av videreutvikling av nasjonal porteføljestyring, er økt fokus på gevinstene som porteføljens prosjekter skal bidra til å realisere og forutsetninger for dette. Data-grunnlaget har blitt betydelig bedre i løpet av de siste årene, og man forventer også her en videre forbedring. Det er av ulike grunner fremdeles en underrapportering av gevinster, særlig kvantifiserbare gevinster.

Nasjonalt porteføljekontor har definert gevinstmodenhet som et mål på hvor stor grad det arbeides med gevinstrealisering i prosjektene. Gevinstmodenhet er knyttet til følgende spørsmål:

- Er prosjektbegrunnelse og gevinstplan etablert?
- Er gevinstansvarlig og gevinster definert?
- Pågår gevinstrealisering?

Nesten alle prosjektene i plan- og gjennomføringsfase rapporterer middels til høy gevinstmodenhet.⁷ Dette tyder på at prosjektene arbeider strukturert med gevinster. Trenden med få prosjekter med lav gevinstmodenhet har vært konstant ved de siste rapporteringene, men vi ser ved denne rapporteringen at flere prosjekter går fra middels til høy gevinstmodenhet. Som tidligere nevnt, er det fortsatt potensiale for å følge opp porteføljens nytteverdi bedre, blant annet gjennom mer kvantifisering av gevinster i prosjektene.

⁷ Det er totalt 44 prosjekter som befinner seg i planleggingsfasen eller gjennomføringsfasen. Prosjekter får en lav, middels eller høy score på gevinstmodenhet avhengig om de har identifisert gevinstansvarlige, om det finnes en prosjektbegrunnelse, om gevinster er identifisert, om det finnes en gevinstplan og om det pågår gevinstrealiseringsaktiviteter.



Figur 5: Prosjektene fordelt i forhold til spesifiserte gevinstkategorier

Figur 6 viser at 19 prosjekter (37 %) i porteføljen rapporterer kvantifiserbare gevinster. De resterende 33 prosjektene (63 %) oppgir ikke gevinster eller oppgir ikke-kvantifiserbare gevinster eller at andre prosjekter må ta ut gevinsten fra prosjektet. Som tidligere skrevet, indikerer dette en umodenhet i kvantifisering av gevinster.

I justert rapporteringsmal er det flere felter til å spesifisere gevinster. Dette gir aktørene mulighet til å detaljere gevinstbildet mer enn tidligere. Tidligere ble aktørene bedt om å velge mellom kvantifiserbare og ikke-kvantifiserbare gevinster. Nå har malen separate felt for:

- kvantifiserbare gevinster
- ikke-kvantifiserbare gevinster
- spesifisering av ev. andre prosjekter som tar ut prosjektets gevinster

Justeringen gjør det mulig å sammenstille porteføljens gevinster på tvers av gevinstkategorier. Inntrykket er at det foregår et grundig gevinstarbeid i prosjektene som oppgir kvantifiserbare gevinster. Ikke-kvantifiserbare gevinster og identifisering av andre prosjekter som tar ut prosjektets gevinster inkluderes i dette arbeidet:

- 39 prosjekter oppgir og spesifiserer ikke-kvantifiserbare gevinster. Av disse prosjektene har 18 oppgitt kvantifiserbare gevinster i tillegg.
- Tilsvarende oppgir 21 prosjekter at andre prosjekter tar ut prosjektets gevinster, og 12 av disse har også kvantifiserbare gevinster.

Eksempler på ikke-kvantifiserbare gevinster:

- *Positiv effekt på samlet arbeidsbelastning for fastleger, færre pasienter på venterommet og mer effektiv kommunikasjon mellom pasient og legekontor* (Prosjekt 3 Digital dialog fastlege).
- *Bedre pasientinvolvering og pasientopplevelser via et bedre tilbud til pasientene med gode kommunikasjonsløsninger, digitale tjenester og god intern organisering. Forenklet hverdag for våre medarbeidere* (Prosjekt 51 Alle møter).

- *Reduksjon i antall tilfeller av feilmedisinering, økt kvalitet i pasientbehandlingen og redusert fare for pasientskader og dødsfall relatert til feilmedisinering (Prosjekt 102 SAFEST realisering).*

Det antas at gevinstpotensialet i porteføljen samlet sett er stort og det er trolig at de kvantifiserbare gevinstene overstiger de samlede kostnadene av porteføljen. 12 prosjekter, 23 % av porteføljen, oppgir en gevinst på mer enn 100 mill. Det er grunn til å tro at det er flere prosjekter i porteføljen som har gevinstpotensial på over 100 mill., men som av ulike grunner ikke rapporterer dette inn til nasjonal portefølje.

Prosjektene som rapporterer inn over 100 mill. i gevinster er:

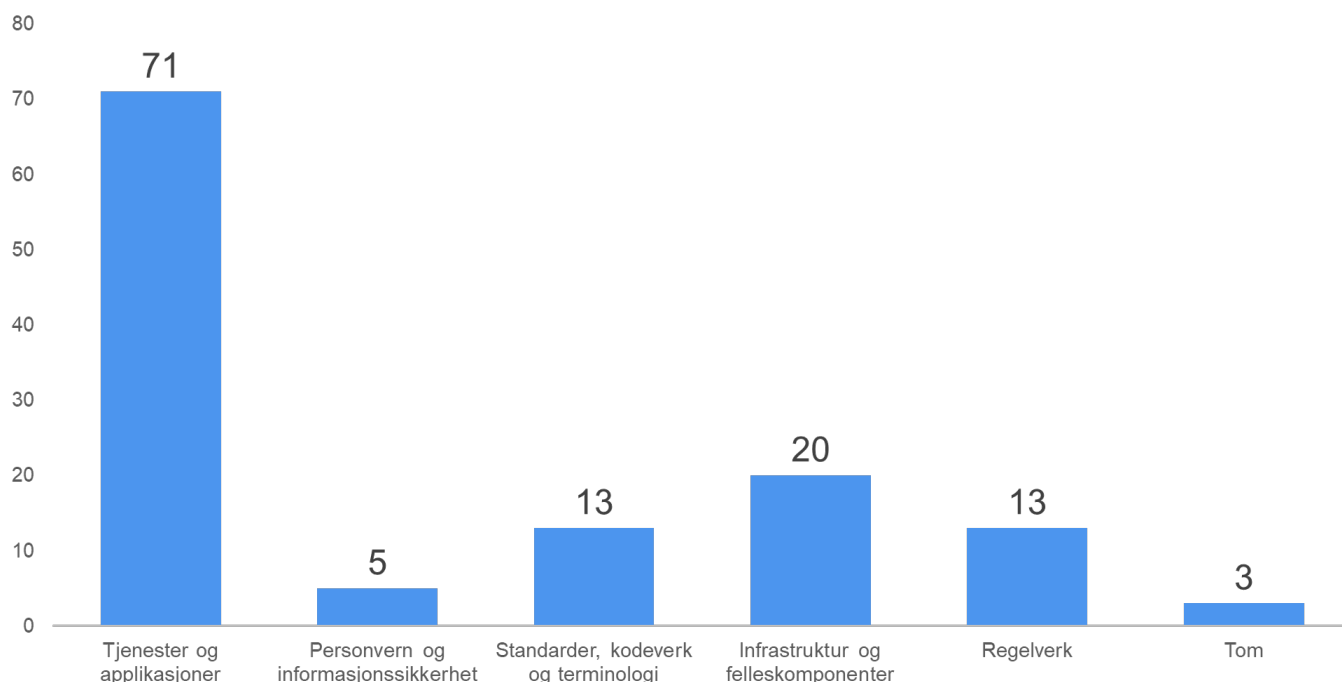
- Regional EPJ-Journalinnsyn (Helse Sør-Øst)
- Regional kurve og medikasjon (Helse Sør-Øst)
- Alle møter (Helse Vest RHF)
- DigiHelsestasjon (Oslo kommune)
- DigiUNG (Helsedirektoratet)
- Enklere digitale tjenester (Helsedirektoratet)
- Program for kodeverk og terminologi (Direktoratet for e-helse)
- Digitalisering av legemiddelområdet (Direktoratet for e-helse)
- Digital Førerrettsforvaltning (Direktoratet for e-helse)
- Kjernejournal – Innsyn for helsepersonell på tvers (Direktoratet for e-helse)
- Helsedataprogrammet (Direktoratet for e-helse)
- FRESK (Helse Nord RHF)

5 Avhengigheter og forutsetninger

Porteføljens prosjekter skal bidra til å realisere gevinster gjennom sine leveranser. Mange prosjekter har forutsetninger og avhengigheter til andre aktører eller prosjekter for å kunne levere, og at skisserte gevinster kan realiseres.

Avhengigheter påvirker i stor grad prosjektets risiko da det ofte er knyttet usikkerhet til om avhengigheter blir oppfylt til rett tid og kvalitet. Det er rapportert inn 125 avhengigheter i porteføljen, mot 114 ved forrige rapportering. Økningen antas å være en modning og dermed høyere bevissthet knyttet til avhengigheter hos aktørene. 75 av 125 avhengighetene som er rapportert inn er angitt med høy kritikalitet. Dette betyr at prosjektene i utgangspunktet ikke kan levere uten at avhengigheten innfris. Hvis avhengighetene ikke innfris, opprettes ofte kompensierende løsninger for å løse prosjekts behov. Dette er ikke ønskelig da det kan bidra til en kompleks, dyr og uhensiktsmessig teknisk arkitektur, og ikke til felles måloppnåelse.

Avhengighetene totalt er fordelt i kategorier som vist i figur 8.



Figur 6: Fordeling av avhengigheter i kategorier (totalt 125 avhengigheter)

Figuren viser at over 50 % av avhengighetene i pågående portefølje er relatert til *Tjenester og applikasjoner*. De resterende avhengighetene kategoriseres innen kategoriene *Personvern og informasjonssikkerhet*, *Standarder, kodeverk og terminologi*, *Infrastruktur og felleskomponenter* og *Regelverk*.

Det er rapportert inn 11 avhengigheter med rød status, det vil si at de er uavklarte. Disse avhengighetene er knyttet til:

1. Tilpasning av EPJ-systemer, ev. fagsystemer – 4 stk.
2. Nasjonale løsninger – 5 stk.
 - a. HelseID – 2 stk.

- b. Helsenorge – 1 stk.
 - c. Grunndata (RESH) – 1 stk.
 - d. Samhandling (Smart on FHIR) – 1 stk.
3. Kodeverk i NPR – 2 stk.

Behov for tilpasninger i EPJ-systemer, HelseID og grunndata (RESH) ble omtalt i statusrapporten tilgjengeliggjort i februar 2019. Under beskrives de andre uavklarte avhengighetene:

- **Helsenorge.no**
Helsedirektoratets prosjekt *Velg behandlingssted avtalespesialist* rapporterer at prosjektet trenger oppdateringer på helsenorge.no. Det er usikkerhet knyttet til arbeid og finansiering som må gjøres på Velg behandlingssted ved oppgradering av helsenorge.no. Avtalespesialistene vil ikke legges på Velg behandlingssted før Velg behandlingssted er oppgradert. Fristen på avhengigheten er satt til april 2019.
- **Samhandling (Smart on FHIR)**
Helsedirektoratets prosjekt *En vei inn* rapporterer at prosjektet på sikt trenger Smart on FHIR for å integrere med EPJ-systemene. Fristen for å innfri avhengigheten er satt til 2021, og gir dermed tid til å arbeide videre med å avklare avhengigheten.
- **Kodeverk i NPR**
Helsedirektoratets prosjekter *Pakkeforløp hjerneslag* og *Pakkeforløp psykisk helse og rus* trenger at nye koder og kodeverk som etableres gjennom pakkeforløpene etableres i NPR/KPR og at inndata fra tjenesten basert på kodeverkene holder rett kvalitet. *Pakkeforløp psykisk helse og rus* har satt frist til mai 2019 for å få på plass denne avhengigheten.

I justert rapporteringsmal er felt for innrapportering av avhengigheter endret. Målet er å få tydeligere beskrivelse av hva avhengighetene er og hvem som anses som ansvarlig for å levere avhengigheten. Avhengighetene skal nå spesifiseres med følgende informasjon:

- Hvem er prosjektet avhengig av?
- Hva er prosjektet avhengig av?
- Hva skal avhengigheten brukes til?

På bakgrunn av denne justeringen fremstår porteføljens avhengigheter tydeligere. De tre aktørene som flest prosjekter melder avhengighet til, tilsvarer ca. 50% av alle avhengighetene rapportert:

1. Direktoratet for e-helse: 25 %, totalt 33 avhengigheter hvorav 15 avhengigheter er knyttet til grunnmur, 13 er knyttet til nasjonale fellesløsninger og de resterende er kategorisert som annet.
2. EPJ-leverandørene: 13 % (16 avhengigheter)
3. Helsedirektoratet: 12 % (15 avhengigheter)

21 prosjekter rapporterer at de i høy grad forutsetter tilpasning i EPJ-systemer, i fastlegens EPJ, i kommunens EPJ eller i spesialisthelsetjenestens EPJ. Tabellen nedenfor lister opp disse prosjektene.

Prosjekt i nasjonal portefølje (Nr- Navn)	Krever i høy grad EPJ-utvikling hos fastlege	Krever i høy grad EPJ-utvikling i kommunen	Krever i høy grad EPJ-utvikling i spesialist-helsetjenesten
11- EPJ-løftet	x		
117- Enklere digitale tjenester	x		x
124- Pakkeforløp psykisk helse og rus	x		x
174- Pakkeforløp hjem - kreft	x	x	x
175- Pakkeforløp Hjerneslag - fase 2	x	x	x
160- Digitalisering av legemiddelområdet	x	x	x
169- KPR trinn to	x	x	x
178- Grunndata - Risikoløft	x		x
5- Nasjonalt program for velferdsteknologi		x	
179- Velferdsteknologisk knutepunkt		x	
100- MF Helse - Felles samarbeidsprogram for modernisering av Folkeregister i helse- og omsorgssektoren		x	x
123- DIGI-UNG		x	
145- DigiHelsestasjon		x	
172- DigiHelse fase 2		x	
51- Alle møter			x
161- Heliks			x
83- DIS – Digitale innbyggertjenester for spesialisthelsetjenesten			x
102- SAFEST realisering			x
114- Digital patologi			x
138- Oppfølgingsteam			x
168- Digitale pasienttjenester i Nord			x

Figur 7: Prosjekter som i høy grad forutsetter tilpasning av EPJ for at gevinstene skal realiseres

Leverandørenes evne til å gjøre tilpasninger i EPJ-er hos kommuner og fastleger er en viktig suksessfaktor for at planlagte gevinster fra porteføljen realiseres. Direktoratet for e-helse er bevisst på denne problemstillingen og har gjennom de siste årene hatt fokus på åpne prosesser og tett dialog med EPJ-leverandørmarkedet.

Det er nylig besluttet at Direktoratet for e-helse skal gjennomføre et forprosjekt på Nasjonal kommunal løsning (NKL). Leverandørene er allerede godt kjent med prosessen rundt målbildet Én innbygger – én journal, gjennom informasjonsmøter der forventninger og planer er lagt frem. Leverandørene er innforstått med det som skjer og har tatt dette med i sine strategier og vurderinger. Markedet har god evne til å tilpasse seg de rammebetingelsene som er gitt. Det er vesentlig at det fortsatt er en åpen og tett dialog, og at NKL er tydelig på sitt omfang og innhold i løsningen som skal anskaffes. En plan for involvering av markedet er allerede lagt. Videre vil Direktoratet for e-helse også koordinere innførings- og utviklingsaktiviteter hos fastleger gjennom EPJ-løftet og bidra til koordinering i kommunesektoren for innføring av nasjonale tiltak

6 Status på Felles grunnmur

Felles grunnmur skal benyttes på tvers av e-helseløsninger for å skape enkel og sikker elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren. Grunnmuren tilbyr kodeverk og terminologi, felles grunndata, felleskomponenter, felles krav og retningslinjer og felles infrastruktur.

I rapporteringen følges grunnmursutviklingen gjennom prosjektenes tilhørighet til innsatsområde 5.1 *Utvikle felles byggeklosser som tilrettelegger for samhandling*, prosjektenes innrapporterte totalkostnader som går med til grunnmursleveranser og avhengighet til grunnmur.

De prosjektene i porteføljen som i hovedsak bidrar til grunnmuren i 2019 er:

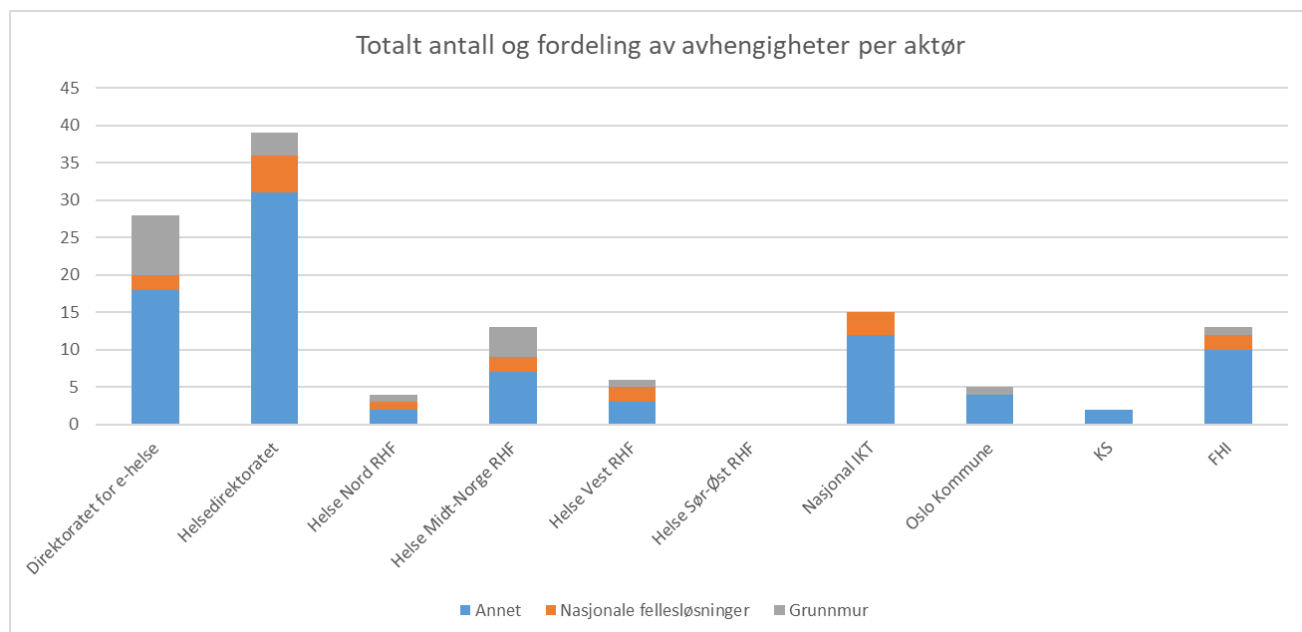
- 47 – Program for kodeverk og terminologi
- 100 – MF Helse – Felles samarbeidsprogram for modernisering av Folkeregisteret
- 101 – Robust mobilt helsenett
- 178 – Grunndata – Risikoløft

Budsjettet for disse prosjektene er 119 mill. i 2019. Dette utgjør 8 % av nasjonal portefølje. Totalkostnaden på disse grunnmursprosjektene er 690 mill.

Det gjennomføres ytterligere grunnmurstiltak som linjeaktiviteter i Direktoratet for e-helse for eksempel tiltak knyttet til meldingsutveksling, data- og dokumentdeling, grunndata, Normen, HelseID og en modell for koordinert utvikling og forvaltning av grunnmuren.

17 % av avhengighetene som er meldt inn i porteføljen er knyttet til Felles grunnmur. Majoriteten av avhengighetene til Felles grunnmur har høy kritikalitet, og må innfris innen starten av 2020.

Figuren nedenfor viser fordelingen av innmeldte avhengigheter. De grå områdene angir avhengigheter til grunnmur.



Figur 9: Antall avhengigheter per aktør

Status på grunnmuren

Det er nå aktivitet på følgende tiltak i grunnmuren:

ID	Tiltak
Resultatmål 1: Koordinert utvikling og forvaltning av byggeklossene i Felles grunnmur er etablert med prosesser, roller og ansvar	
RM1-T1	Utarbeide prosesser, roller og ansvar for utvikling og forvaltning av byggeklossene
RM1-T4	Etablere en plan for hvordan internasjonale standarder skal benyttes i forskjellige samhandlingsmodeller og bruksområder
Resultatmål 2: Dagens samhandling er styrket på prioriterte områder	
RM2-T1	Innføre prioriterte e-helsestandarder for å oppnå enhetlig meldingsutveksling
RM2-T2*	Videreutvikle og bredde HelselID
Resultatmål 3: Dokumentdeling er en standardisert samhandlingsform	
RM3-T1	Etablere nasjonale krav og retningslinjer for enhetlig innføring av dokumentdeling
Resultatmål 4: Et felles rammeverk for standardisering deling av og samarbeid om strukturerte data er etablert	
RM4-T1	Etablere nasjonale krav og retningslinjer for enhetlig innføring av datadeling
RM4-T5*	Etablere og videreutvikle felleskomponenter for datadeling
Resultatmål 5: Det er enkel og sikker tilgang på felles grunndata med høy kvalitet	
RM5-T1	Utvikle grunndataplattformen for økt sikkerhet, tilgjengelighet og kapasitet
RM5-T2	Etablere en enhetlig forvaltningsmodell for felles grunndata

ID	Tiltak
RM5-T3	Etablere felles tjeneste for virksomhet, person og personell, med FHIR-standard og relevante kodeverk
RM5-T4	Etablere felles grunndata om virksomheter, inkludert modernisert enhetsregister (enhetlig virksomhetsstruktur)
RM5-T8*	Risikoløft på dagens grunndataplattform
Resultatmål 6: En felles standardisert terminologi for deling av helsefaglige opplysninger er tilgjengelig for bruk i sektoren	
RM6-T1	Etablere grunnlag for felles språk
RM6-T2	Etablere forvaltning av felles språk

Det har i løpet av 2019 blitt identifisert behov for ytterligere tiltak i grunnmuren. Dette er:

- **Videreutvikle og bredde HelseID (RM2-T2).** Tiltaket inkluderer videreutvikling av HelseID for å kunne integrere flere identitetstilbydere, gi økt grad av selvbetjening og automatisering samt dekke prosjektspesifikke behov. I tillegg inkluderer tiltaket integrasjon av prosjekter og virksomheter som ønsker å ta i bruk HelseID. Tiltaket er viktig for å redusere forvaltningskostandene og øke kapasiteten for bredding av HelseID.
- **Risikoløft på dagens grunndataplattform (RM5-T8).** Dagens grunndata er en kritisk løsning med sterke koblinger til sektoren mange løsninger. Tiltak vil bidra til en akseptabel risiko på dagens plattform inntil modernisert grunndataplattform er utviklet og innført.

Det er noe aktivitet på disse tiltakene i 2019, men hovedtyngden av aktivitetene planlegges gjennomført i 2020.

Direktoratet for e-helse har igangsatt noe aktivitet knyttet til API-management på tiltak RM4-T5.



Direktoratet for
e-helse

Flerårlig plan nasjonal e-helseportefølje 2019-2025

Samlet plan for nasjonal e-helseportefølje

Sortert etter strategisk område

Digitalisering av arbeidsprosesser

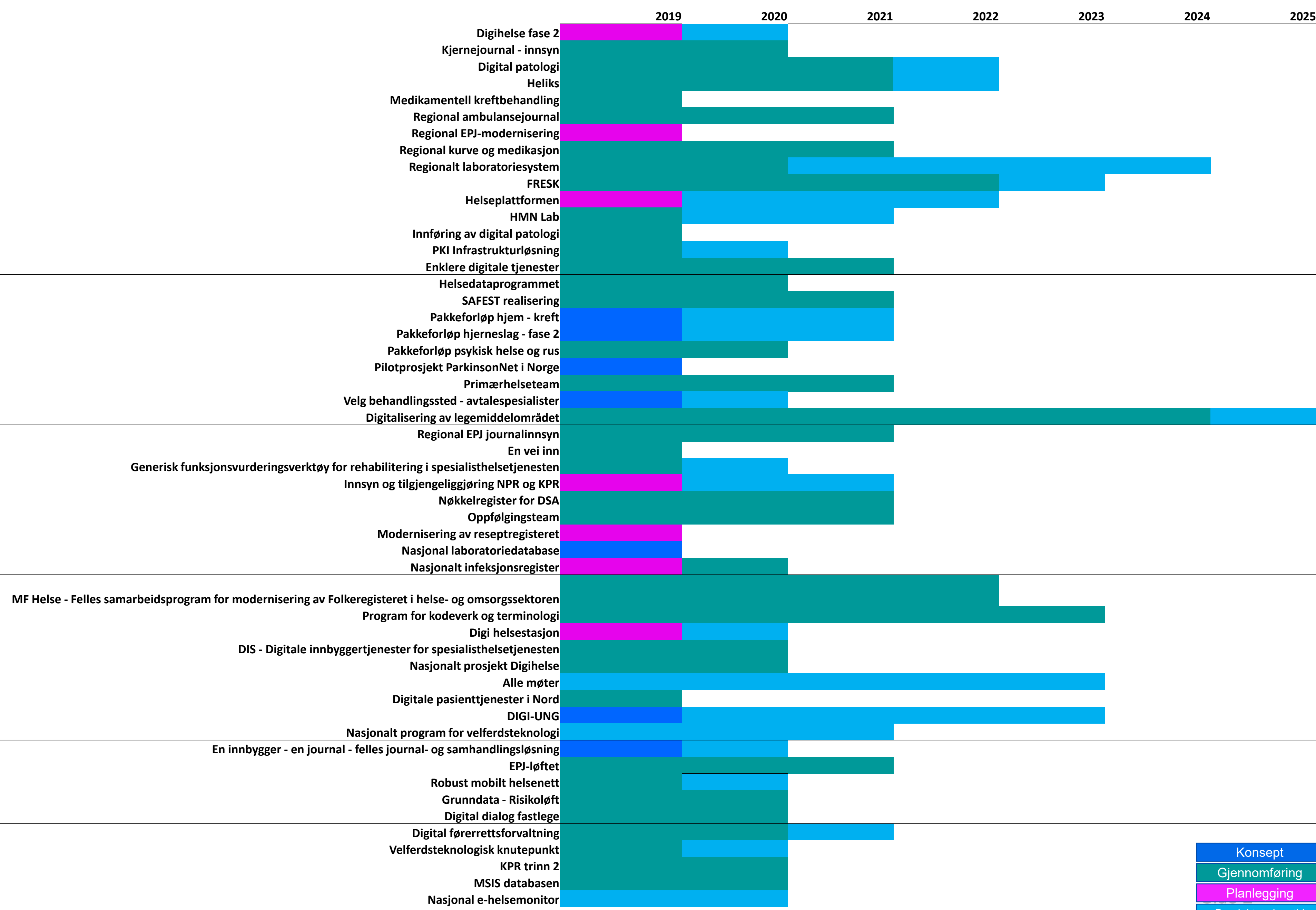
Bedre sammenheng i pasientforløp

Bedre bruk av helsedata

Helsehjelp på nye måter

Felles grunnmur for digitale tjenester

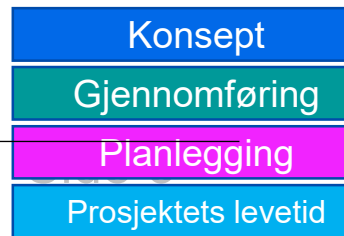
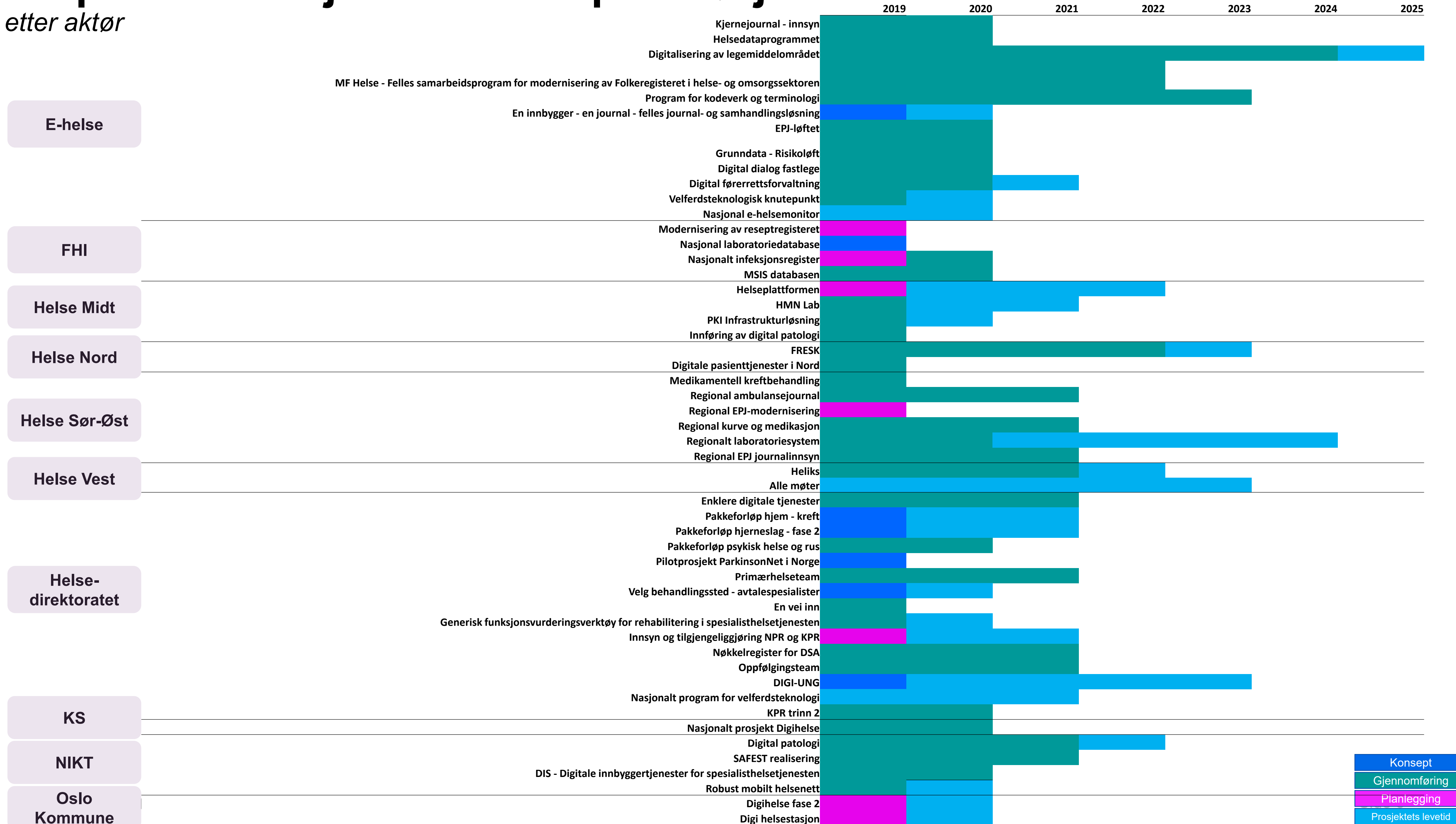
Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne



Konsept
Gjennomføring
Planlegging
Prosjektets levetid

Samlet plan for nasjonal e-helseportefølje

Sortert etter aktør



Til Møte 04.09.2019
Dato 22.08.2019
Saksnummer 28/19
Type Drøfting

Fra Hans Löwe Larsen
Saksbehandler Kjersti Skavik

Felles grunnmur for digitale tjenester - revidering av plan for Felles grunnmur 2020

Forslag til vedtak

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.

1 Hensikt med saken

Hensikt med saken er å sikre innspill til det videre arbeidet med revidert plan for Felles grunnmur for 2020. Det bes om innspill på prioritering av tiltak for 2020, med særlig fokus på avhengigheter i nasjonal e-helseportefølje.

2 Bakgrunn

Plan for Felles grunnmur for digitale tjenester ble utarbeidet i 2018, basert på sektorens samlede og felles behov. Planen inneholder tiltak for å utvikle Felles grunnmur i perioden 2019-2023. Det forutsettes i planen at tiltakene vurderes og prioriteres årlig gjennom nasjonal porteføljestyingsprosess og at gjennomføringsansvar fordeles. Arbeidet med revidering av plan for 2020 er pågående, og behandles i den nasjonale styringsmodellen i innværende år.

Direktoratet presenterte prosess for videre arbeid med revidert plan for Felles grunnmur 2020 for NUIT i mai. NUIT gav innspill i møtet til den videre prosessen med å sikre eierskap til og finansiering av tiltakene i Felles grunnmur. Medlemmene i NUIT fikk i oppgave å gjennomgå egen portefølje for å vurdere om de kan ta gjennomføringsansvar for noen av tiltakene i plan for Felles grunnmur.

Direktoratet orienterte om status, prioritering av tiltak og fordeling av gjennomføringsansvar som et ledd i den videre prosessen med etablering av Felles grunnmur i NEHS i juni. NEHS tok saken til orientering, og medlemmene i NEHS vedtok å følge opp NUITs vedtak fra mai og "går gjennom egen portefølje for å vurdere om de kan ta gjennomføringsansvar for noen av tiltakene i plan for Felles grunnmur".

3 Kort om Felles grunnmur for digitale tjenester

Felles grunnmur skal gi betydelig raskere, sikrere og mer kostnadseffektiv digitalisering av helse- og omsorgssektoren, og tilrettelegge for enkel og sikker samhandling på tvers av forvaltningsnivåene og bedre muligheter for innovasjon. Grunnmuren består av byggeklossene kodeverk og terminologi, felles grunndata, felleskomponenter, felles krav og retningslinjer og felles infrastruktur.

Tiltakene i planen understøtter en rekke pågående initiativ, som Helseplattformen i Helse Midt-Norge, Felles plan for PAS/EPJ i spesialisthelsetjenesten i Sør-Øst, Vest og Nord, Helsedataprogrammet og Digitalisering av legemiddelområdet. I det pågående arbeidet med Nasjonal Helse- og sykehusplan sammenfaller flere av forslagene til innsatsområder med planen for felles grunnmur. Tiltakene vil også understøtte og forberede for AKSON. NUIT har trukket frem Digitalisering av legemiddelområdet og Helseplattformen som de høyest prioriterte satsningene og har bedt om at disse må legges til grunn for prioritering av porteføljen 2020.

4 Prosess for arbeidet med revidering av plan for Felles grunnmur 2020

Den planlagte prosessen for revidering av planen foregår i samarbeid og dialog med sentrale initiativ og aktører i sektoren. Jfr. behandling av prosessen i NUIT og NEHS vil medlemmene i NUIT gå gjennom egen portefølje for å vurdere om de kan ta gjennomføringsansvar for noen av tiltakene i plan for Felles grunnmur. Direktoratet inviterer til dialog for å drøfte muligheten for å ta på seg ansvar for tiltak i plan for Felles grunnmur, og få en vurdering av konsekvensene dersom de fastsatte milepælene i planen ikke overholdes.

(Merk at tiltak knyttet til kodeverk og terminologi ikke inngår i den prosessen som er beskrevet her da det gjennomføres en egen finansieringsprosess i regi av program Kodeverk og Terminologi.)

I dialogen med sektoren vil følgende punkter være sentrale i prosessen med å revidere planen for 2020

1. Identifisere avhengigheter fra tiltakene i nasjonal e-helseportefølje
2. Identifisere, verifisere og prioritere tiltak
3. Vurdere gjennomføringsansvar og finansiering av tiltak
4. Beskrive konsekvenser av nedprioritering av tiltak

4.1 Avhengigheter til grunnmuren

Arkitekturkontoret har kartlagt avhengighetene til Felles grunnmur basert på innrapporteringen til nasjonal e-helseportefølje og ytterligere innmeldte behov fra Helseplattformen. Det er ønskelig at NUFA gir innspill på prioritering av tiltak for 2020, med særlig fokus på avhengigheter i nasjonal e-helseportefølje. Videre at NUFA drøfter i hvilken grad de innmeldte avhengighetene skal styre prioriteringen av tiltakene, og om kartleggingen gir et riktig bilde av de faktiske behovene i helse- og omsorgssektoren.

Avhengighetene som er innmeldt er kategorisert som følger:

- Grunndata – person
- Grunndata – personell
- Grunndata – virksomhet
- HelseID
- Dokumentdeling
- Datadeling
- Meldingsutveksling
- Kodeverk og terminologi
- Robust mobilt helsenett

4.2 Identifisering, verifisering og prioritering av tiltak

I gjennomføringen av planen for 2019 og arbeidet med revidert plan for 2020 er det enkelte innsatsområder og tiltak som utpeker seg som kandidater for høy prioritering i 2020. Foreløpig prioritering er basert på rapportering til nasjonal portefølje, analyse av avhengigheter og status fra prosjekter som gjennomfører grunnmurstiltak.

Innsatsområder og tiltak som utpeker seg som kandidater for høy prioritering i 2020:

- Innføringen av nye standarder for meldingsutveksling skal gi stor nytte for helsetjenesten, det er derfor viktig at innføring blir prioritert. Innføringen følger etablert prosess og vil ikke bli håndtert som en del av denne prosessen.
- Videreutvikling og mer effektiv forvaltning av HelseID løftes frem da flere prioriterte prosjekter er direkte avhengig av HelseID, blant annet Legemiddelprogrammet. For å få etablert identitets- og tilgangsstyring i sektoren er det viktig å enes om felles prinsipper og krav på tvers av aktørene for både tjenestetilbydere og brukerorganisasjoner.
- Koblingspunkt for dokumentdeling er tatt i bruk av Helsenorge.no og Kjernejournal, og benyttes av Helse Sør-Øst til å tilgjengeliggjøre dokumenter til innbygger. Utpøring av dokumentdeling via kjernejournal er planlagt. Det er viktig at tiltak som sørger for at utpøring og bredning av løsningen for deling av dokumenter via Kjernejournal prioriteres. Tiltakene må sørge for at det blir lav terskel for nye aktører som skal tilby deling av dokumenter mellom helsepersonell og til innbygger.
- Grunndata er et område som har blitt mer og mer viktig for å kunne oppnå økt samhandling mellom helsepersonell. Ferdigstilling av grunddataplattformen med tilhørende tjeneste for Person bør løftes frem. Videre bør det gjennomføres risikoreduserende tiltak på eksisterende grunddataplattform for å unngå driftsforstyrrelser i tjenestene (e-resept, kjernejournal, helsenorge, m.m). I tillegg trekkes behovet for etablering av en enhetlig virksomhetsstruktur med tilhørende tjeneste som en avhengighet for flere prosjekter og initiativer.
- Det er flere initiativ som jobber med datadeling, og for å sikre en koordinert utvikling bør tiltak på krav og retningslinjer for datadeling prioriteres. Dette innebærer videre arbeid med nasjonal arkitektur, retningslinjer og håndtering av informasjonssikkerhet og personvern, samt FHIR-profilering. Helseplattformen er et eksempel på program som har behov innenfor dette området. I tillegg er det et stort felles behov for API-management.

4.3 Vurdering av gjennomføringsansvar og finansiering av tiltak

Flere av tiltakene i planen er av en slik karakter at de krever en større investering for å sikre at de dekker nasjonale behov og kan inngå som en del av Felles grunnmur. Det er behov for å sikre mer transparent og forutsigbar finansiering av tiltakene i Felles grunnmur.

Som en del av prosessen med revidering av plan for Felles grunnmur 2020 er det også behov for å avklare gjennomføringsansvar for tiltakene i planen. Gjennomføringsansvaret kan deles inn i følgende hovedkategorier:

- Prosjekt som tar et helhetlig ansvar for gjennomføring og finansiering av grunnmurstiltak
- Prosjekt som tar ansvar for og finansierer delleveranser av grunnmurstiltak
- Samarbeidsprosjekter som bidrar med faglig ekspertise, piloterer nasjonalt, etc.

Alle typer gjennomføringsansvar er nødvendig for å realisere tiltakene i plan for Felles grunnmur, og alle innebærer et samarbeid med direktoratet.

4.4 Konsekvenser av nedprioritering av tiltak

For å nå målene for samhandling er det viktig at utviklingen skjer koordinert, og at enkelttiltak blir prioritert i henhold til behovene. Milepælene i plan for Felles grunnmur ble definert slik at de støtter opp under sektorens behov i pågående og planlagte initiativ. Dersom tiltakene i Felles grunnmur ikke gjennomføres

til planlagt tid, vil den enkelte aktør tilpasse sine egne løsninger uten tilstrekkelig hensyn til samhandling på tvers av virksomheter og forvaltningsnivåer. For flere av initiativene, eksempelvis Digitalisering av legemiddelområdet og Helseplattformen, er behovet for realisering tidskritisk.

Uten en felles og koordinert innsats vil utviklingen ta mye lengre tid, koste mer og gi mindre nytte i helsetjenesten. De samlede drifts- og investeringskostnadene vil bli vesentlig høyere og den tekniske gjelden vil øke ytterligere.

Vedlegg - Felles grunnmur for digitale tjenester - revidering av plan for Felles grunnmur 2020

Pågående aktiviteter i 2019 på felles grunnmur

Tiltakene for 2019 er hovedsakelig knyttet til resultatmålene for dokumentdeling, datadeling, felles grunndata og felles språk i Plan for felles grunnmur.

For dokumentdeling og datadeling er det etablert et nytt prosjekt for å videreføre arbeidet som startet i program Felles Infrastruktur og Arkitektur (FIA), med en egen arbeidsgruppe med representanter for sektoren. Det utarbeides blant annet implementeringsguider for dokumentdelingsstandarden XDS i tett samarbeid med Helse Sør-Øst, Helsenorge og Kjernejournal stiller med ressurser inn i dette arbeidet. Pilot for helsepersonells innsyn via Kjernejournal er et viktig første steg for å etablere dokumentdeling mellom helsepersonell. Det arbeides også med en felles avtalemodell for dokument- og datadeling for å håndtere tillit og tilgang på tvers. For datadeling vil det i løpet av 2019 utarbeides en målarkitektur for datadeling. Målarkitekturen skal anbefale hvordan en sikker deling og oppdatering av strukturert informasjon på tvers i sektoren, og med innbyggere, skal realiseres. Som en del av målarkitekturen arbeides det med felles behov knyttet til API management, samt retningslinjer for "åpne API".

Program Modernisering av Folkeregisteret i helsetjenesten (MF Helse) vil i 2019 anskaffe leverandør og starte moderniseringen av helsetjenestens kopi av folkeregisteret og prøve ut ny løsning for elektronisk melding om dødsfall ved flere sykehus og kommuner. I tillegg tilpasses dagens løsning for melding om fødsler (ATF) til nytt folkeregister, og behovet for felles hjelpenummer i helsetjenesten utredes. Som en del av dette gjennomfører prosjektet modernisering av grunddataplattformen og etablerer tjenesten Person.

Program Kodeverk og Terminologi (PKT) fokuserer i 2019 på tiltak knyttet til etablering av grunnlag for et felles språk, herunder terminologien SNOMED CT, administrative og helsefaglige kodeverk og helse- og kvalitetsregistervariabler. Etablering av dette grunnlaget inkluderer tilrettelegging og norsk utvidelse av SNOMED CT, kobling til kodeverk og registervariabler og etterfølgende harmonisering av disse. Selve oversettelsen av SNOMED CT gjøres i stor grad av Helseplattformen. Videre vil programmet fokusere på å sikre nasjonal forankring, samt etablere prosesser for harmonisering av registervariabler, administrative og helsefaglige kodeverk. Dette inkluderer etablering av et redaktøransvar og en styringsmodell med beslutningsstruktur for fastsettelse av hvordan SNOMED CT-termer skal benyttes og videreutvikle terminologien etter behov.

Direktoratet og NHN følger opp innføring av standarder for Tjenestebasert adressering, Henvisning 2.0 og helsefaglig dialog, samt krav om bruk av siste gjeldende versjon av standardene i forskrift.

Direktoratet er også i gang med å utarbeide en modell for koordinert utvikling og forvaltning av Felles grunnmur. Formålet med denne modellen er å sikre helhetlig og samordnet utvikling og forvaltning av byggeklossene i Felles grunnmur.

Overordnet status

Program Kodeverk og Terminologi har finansiering av felles språk for 2019, og leverer i henhold til planen. I dette programmet bidrar sektoren med ressurser og samfinansiering. MF Helse har finansiering slik at arbeidet med modernisert grunddataplattform og utvikling av tjeneste for Person er i gang.

Innenfor dokumentdeling, datadeling og Virksomhet- og Personell-delen av felles grunndata var det planlagte tiltak i 2019 som ikke er igangsatt, eller de gjennomføres med mindre omfang. Dette gjelder blant annet enhetlig virksomhetsstruktur i grunndata og utprøving av tillitstjenester og tilgangsstyring. Det

reduserte omfanget skyldes i all hovedsak manglende finansiering. Konsekvensene av utsettelsene er at tjenestene i grunnmuren blir tilgjengelig for sektoren senere enn planlagt, og det kan være at hele planen må forskyves da tiltak senere i planen har avhengigheter til det som er utsatt.

Figuren under viser veikartet fra plan for Felles grunnmur. Grønt indikerer at alle tiltakene innenfor milepælen er startet i henhold til plan. Gult indikerer at tiltakene er forsinket sammenlignet med plan. Det er også angitt hvor mange av de planlagte tiltakene som er igangsatt.

Koordinert utvikling og forvaltning		2019	2020	2021	2022	2023
RM1-M1	Koordinert utvikling og forvaltning av byggeklossene i felles grunnmur er innført	2/2				
Meldingsutveksling		2019	2020	2021	2022	2023
RM2-M1	Tjenestebasert adressering, helsefaglig dialog og henvisning 2.0 innført	1/1				
RM2-M2	HelseID er en skalerbar tjeneste (Ny)		1			
Dokumentdeling		2019	2020	2021	2022	2023
RM3-M1	Felles krav og retningslinjer for dokumentdeling er publisert	1/4				
RM3-M2	Felles grunndata for tilgangsstyring på tvers tilgjengelig som tjeneste		1			
RM3-M3	Felleskomponenter for dokumentdeling er satt i produksjon		3			
RM3-M4	Test- og godkjenningssordning for dokumentdeling er etablert		1			
Datadeling		2019	2020	2021	2022	2023
RM4-M1	Felles krav og retningslinjer for datadeling er publisert	1/5				
RM4-M2	Felleskomponenter for datadeling er satt i produksjon		2			
RM4-M3	Test og godkjenningssordning for datadeling er etablert				1	
Grunndata		2019	2020	2021	2022	2023
RM5-M1	Grunndataplattform med høy tilgjengelighet, sikkerhet og kapasitet satt i produksjon	1/1				
RM5-M2	Felles grunndata om person, personell og virksomhet etablert høy kvalitet og støttetjenester	1/5				
RM5-M3	Felles krav og retningslinjer for felles grunndata er publisert		1			
RM5-M4	Akseptabel risiko på dagens grunddataplattform er oppnådd (Ny)		1			
Felles språk		2019	2020	2021	2022	2023
RM6-M1	Systemstøtte satt i produksjon	1/1				
RM6-M2	Felles krav og retningslinjer publisert	1/1				
RM6-M3	Norsk versjon av SNOMED CT med noen relasjoner publisert	1/1				
RM6-M4	Felles språk og forvaltning etablert	1/1				
Tilrettelegge for innovasjon og næringsutvikling		2019	2020	2021	2022	2023
RM7-M1	Felles krav og retningslinjer for publisering og bruk av data		3			
RM7-M2	Videreutvikling av felleskomponenter og testmiljø for tilgjengeliggjøring av data og tjenester satt i produksjon				2	

Foreløpig har blitt identifisert behov for ytterligere konkrete tiltak i grunnmuren i 2020. Dette er:

- **Videreutvikle og bredde HelseID (RM2-T2).** Tiltaket inkluderer videreutvikling av HelseID for å kunne integrere flere identitetstilbydere, gi økt grad av selvbetjening og automatisering samt dekke prosjektspesifikke behov. I tillegg inkluderer tiltaket integrasjon av prosjekter og

virksomheter som ønsker å ta i bruk HelseID. Tiltaket er viktig for å redusere forvaltningskostandene og øke kapasiteten for bredding av HelseID.

- **Risikoløft på dagens grunndataplattform (RM5-T8).** Dagens grunndata er en kritisk løsning med sterke koblinger til sektoren mange løsninger. Tiltak vil bidra til en akseptabel risiko på dagens plattform inntil modernisert grunndataplattform er utviklet og innført.

Det er noe aktivitet på de to nye tiltakene i 2019, men hovedtyngden av aktivitetene planlegges gjennomført i 2020. De nye aktivitetene er knyttet til de nye milepælene RM2-M2 *HelseID er en skalerbar tjeneste* og RM5-M4 *Akseptabel risiko på dagens grunndataplattform er oppnådd*.

Til Møte 3/19
Dato 04.09.2019
Saksnummer 30/19
Type Drøfting

Fra Karl Vestli
Saksbehandler Espen Møller

Medisinsk avstandsoppfølging

Forslag til vedtak

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.

Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse ønsker å orientere om status, mulighetsrom og drøfte kandidater for nasjonale tiltak for informasjonsflyt i medisinsk avstandsoppfølging.

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet har varslet at medisinsk avstandsoppfølging blir et satsingsområde i Helse- og sykehusplan 2020-2023. I denne forbindelse har departementet initiert et arbeid for nasjonalt å tilrettelegge for økt bruk av medisinsk avstandsoppfølging i helsetjenestene.

Oppdraget om nasjonal tilrettelegging er gitt samlet til Statens legemiddelverk, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet, der Helsedirektoratet er gitt koordinerende rolle. Det forutsettes tett samspill med de regionale helseforetakene og kommunene. Oppdraget omfatter både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Arbeidet vil pågå ut 2019. Oppdraget er bredt anlagt og vil omfatte bl.a. juridiske, finansielle, normerende, e-helse, medisinsk utstyr relaterte problemstillinger.

Direktoratet for e-helse har ansvar for utredning av informasjonsflyt, og for informasjonssikkerhet og personvern. Utredningen leverer i august L3-leveranse, som i hovedsak beskriver utfordringer knyttet til å etablere nødvendig informasjonsflyt i medisinsk avstandsoppfølging. I desember skal neste leveranse – L4 – avleveres, og denne skal inneholde konkrete tiltak for å etablere informasjonsflyt i medisinsk avstandsoppfølging.

Til Møte 3/19
Dato 04.09.2019
Saksnummer 31/19
Type Drøfting

Fra Karl Vestli
Saksbehandler Georg F. Ranhoff

Overskrift

Forslag til vedtak

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.

Hensikt med saken

1. Orienterer NUFA om EU sin utlysning om prosjektfinansiering for tilknytning til grensekryssende utveksling av pasientopplysninger.
2. NUFA drøfter konsekvenser ved å delta / ikke delta i EU sitt CEF Digital – prosjekt for grensekryssende e-helsetjenester.

Bakgrunn

Direktoratet for e-helse fikk 3.6.2019 et brev fra Helse- og omsorgsdepartementet med tittelen **Ny vurdering av norsk deltakelse i EU-prosjekt om grensekryssende e-helsetjenester**. Europakommisjonen har nå en ny utlysningsrunde på prosjektmidler med søknadsfrist 14.november 2019.

Pasientrettighetsdirektivet er implementert i Norge, og inneholder mål om grensekryssende helsetjenester. EU-kommisjonen har lansert Connecting Europe Facility (CEF) for å finansiere utvikling av infrastruktur og tjenester som understøtter utveksling av informasjon over landegrensene innenfor flere tjenesteområder.

Målet for denne utlysningen er å støtte medlemsstatene i å tilknytte seg den europeiske digitale infrastrukturen for e-helse (eHealth DSI – Digital Services Infrastructure). Intensjonen er å gjøre medlemsstatene i stand til å utveksle e-resepter og oppsummerte pasientopplysninger. Det ønskede utkommet av tiltaket er at innbyggere i EUs medlemsstater og EØS-landene, skal kunne gjøre følgende når de er på reisefot i Europa:

- gå til et apotek å hente resepten sin på samme måte som de gjør det i hjemlandet
- oppleve at behandler har tilgang til oppsummerte pasientopplysninger når de må oppsøke helsehjelp i et annet land.

Norge har frem til nå deltatt i ekspertgrupper knyttet til CEF Digital i kraft av sin følge-med rolle. Ved de tidligere utlysningene er det blitt vurdert som ikke modent nok for norsk deltakelse.

Hovedargumentasjonen mot deltakelse i 2017 var at vekten fra EU sin side var lagt på nasjonale tilknytninger og at det var mindre fokus på reell innføring og gevinstrealisering i landene. Et viktig tilleggsmoment var at tiden ville jobbe for oss i betydningen at flere av forutsetningene for deltakelse ville komme på plass på sikt, som bruk av internasjonale standarder og økt bruk av nasjonale fellesløsninger.

I utlysningen fra kommisjonen formidler de at 22 av EUs 28 medlemsland pr nå har søkt om tilskudd, og gjennom det forpliktet seg til å etablere nasjonale kontaktpunkter og støtte én eller flere grensekryssende tjenester i eget land. På bakgrunn av at majoriteten av landene har meldt seg på ber Helse- og omsorgsdepartementet Direktoratet for e-helse om å gjøre en ny vurdering av om Norge bør søke tilskuddsmidler i 2019.

Direktoratet bes:

- Utrede vilkår for å anbefale norsk deltakelse
- Utarbeide en oversikt over planlagt fremdrift for de viktigste (for Norges del) av de 22 landene som har forpliktet seg til å delta i arbeidet.
- Gi en anbefaling om norsk deltakelse og om Norge skal søke om de aktuelle tilskuddsmidlene.

Frist for leveranse er 1. oktober 2019. Anbefalingene bør være forankret i helse- og omsorgssektoren før oversendelse.

Utlisningens premisser følger av utlysningsteksten og kan oppsummeres slik:

- CEF-tiltaket har en total ramme for prosjektstøtte på 5 millioner euro.
- Maksimalt nivå pr søknad fra hvert enkelt deltakerland skal ikke overstige 1 million euro. Da forventes det at begge aktivitetene (e-resept og oppsummerte pasientopplysninger) inkluderes i prosjektet.
- CEF-finansieringen kan maksimalt utgjøre 75% av de totale prosjektkostnadene.
- Ved tildeling av midler, har EU anledning til å tildele et lavere beløp enn det som er søkt om.
- Ved eventuell tildeling av prosjektstøtte vil 50% utbetales forskuddsvis og 50% ved prosjektets slutt.
- Prosjektets varighet skal ikke overstige 4 år (2020 til 2024).
- Søkere kan være medlemsstater i EU og EØS-land.

Vurderinger og videre arbeid

Direktoratet for e-helse samler

- erfaringer fra andre land som deltar eller vurderer deltakelse. Erfaringene gjort i de nordiske landene er særlig relevant, også gitt at vi nå gjennom Nordisk Ministerråd har styrket samarbeidet på standardisering.
- sektoren sine innspill på deltakelse
- omfang på arbeidet med etablering av teknisk løsning.

Vurderingspunkter:

- Hvilken tilnærming for deltakelse er mest relevant for Norge:
 - o Følge med
 - o Deltaker
 - o Initiativtaker
- Overordnet; konsekvenser på lengre sikt ved at Norge ikke deltar i CEF arbeidet nå?
- Hvilken verdi er det å ta i bruk europeiske/internasjonale standarder i samarbeid med de andre landene?

Til Møte 3/19
Dato 04.09.2019
Saksnummer 32/19
Type Drøfting

Fra Karl Vestli
Saksbehandler Sonja Turøy Brugman

Evaluering mandat og medlemssammensetning NUFA

Forslag til vedtak

NUFA ber Direktoratet for e-helse ta med innspill fremkommet i møtet i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Hensikten med saken er å få innspill til hvordan spesielt NUFA kan videreutvikles. Det ønskes innspill både på mandat, organisering og gjennomføringen av møtene i NUFA og eventuelle forslag til justering av medlemssammensetning. Innspillene vil tas med i arbeidet for å legge frem revidert mandat og eventuell justering av medlemssammensetning av de nasjonale utvalgene i styringsmodellen i løpet av høsten 2019.

Bakgrunn

Mandatene for de nasjonale utvalgene ble utarbeidet i 2016. Det er spesifisert at virketiden for mandatene i utgangspunktet er to år. Mandater og sammensetning skal også evalueres ved endringer i organisering av e-helsefeltet. Etablering av tjenesteleverandør og Direktoratet 2.0 aktualiserer derfor ytterligere behovet for en evaluering av utvalgene.

Samtidig arbeider Helse- og omsorgsdepartementet med en e-hesloven. Vi vet ikke hvilken konsekvens denne loven får for de nasjonale utvalgene sin rolle i e-helsearbeidet. Direktoratet for e-helse foreslår derfor å kun gjøre nødvendige tilpasninger i mandat og eventuelt justering av medlemssammensetning for at utvalgene skal kunne ivareta sin rolle med de organisatoriske endringene som kommer ved etablering av tjenesteleverandør og Direktoratet 2.0.

Videre foreslår direktoratet å avvente vurderingen av om det er behov for en grundigere evaluering av de nasjonale utvalgene til innholdet i e-hesloven er kjent.

Vedlegg

- Mandat nasjonale utvalgene – sammenstilt
- Sammensetning nasjonale utvalg.

Mandatene for de nasjonale utvalgene

Direktoratet for e-helse vil forslå noen endringer slik at ordlyden i mandatene til de tre utvalgene er mer harmonisert og tar inn i seg endringer som er skjedd på e-helseområdet i tiden fra etableringen i 2016. Dette gjelder spesielt under overskriftene "Bakgrunn" og "Formål" i mandatene. Konkrete forslag til endringer vil legges frem for de nasjonale utvalgene i november og desember.

De nasjonale utvalgene skal involveres i tre hovedprosesser; strategi-, porteføljestyling og forvaltningsstyringsprosessen som alle understøttes av arkitekturstyring.



Etter hvert som arbeidet med prosessene har videreutviklet seg, er NUFA blitt en viktig arena for drøfting og innspill til prosessene. Grunnen til dette er at medlemmene i NUFA favner både helsefag- og IKT-kompetanse fra hele sektoren. Direktoratet ønsker NUFA sine innspill til hvordan vi kan opprettholde og videreutvikle medlemssammensetning men også arbeidsformer i NUFA for at utvalget skal fortsette å spille en viktig rolle i nasjonal styring av e-helseområdet.

I møtet vil vi stille fem konkrete spørsmål som vi ber medlemmene om å forberede innspill på:

1. Hvordan synes du NUFA har fungert og fungerer i dag? Hva er mest positivt ved utvalget og hva er utfordrende.
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?
3. I hvilken grad er sammensetningen av NUFA hensiktsmessig? Er det aktører som bør styrkes, aktører som mangler, kompetanse som mangler, etc.?
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?
5. Er det tema vi burde berørt men som ikke er nevnt?

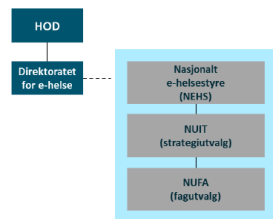
Vi vil bruke Slido til å samle medlemmene sine innspill til disse temaene.

MANDAT NASJONALE UTVALG - SAMMENLIGNING

BAKGRUNN

Nasjonalt e-helsestyre

Sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren er et av fire strategiske grep som trekkes frem i Meld. St. 9 Én innbygger – én journal (2012-2013). Mange selvstendige aktører i sektoren gjør det nødvendig å styrke samordningen av IKT-utviklingen.



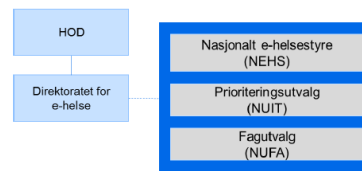
Figur: Nasjonal styringsmodell for e-helse

Figuren under viser nasjonal styringsmodell for e-helse. Styringsmodellen endrer ikke de til enhver tid etablerte styringslinjene fra Stortinget, regjeringen og departementer til etater, virksomheter og kommuner. Oppgaver som er beskrevet i punkt 3 må utføres innen rammen av dette og de enkelte aktørenes fullmakter.

NUIT

NUIT ble etablert i 2012 for å sikre prioritering av nasjonale IKT-tiltak i helse- og omsorgssektoren.

Sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren er et av fire strategiske grep som trekkes frem i Meld. St. 9 Én innbygger – én journal (2012-2013). Mange selvstendige aktører i sektoren gjør det nødvendig å styrke samordningen av IKT-utviklingen.



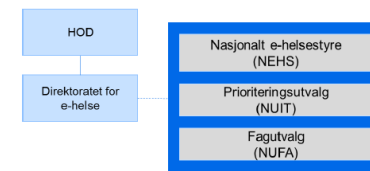
Figur: Nasjonal styringsmodell for e-helse

Figuren under viser nasjonal styringsmodell for e-helse. Styringsmodellen endrer ikke de til enhver tid etablerte styringslinjene fra Stortinget, regjeringen og departementer til etater, virksomheter og kommuner. Forane i styringsmodellen har en rådgivende funksjon overfor Direktoratet for e-helse.

NUFA

Fagutvalget og arkitekturutvalget ble i 2010 etablert som to separate utvalg, men har i praksis fungert som ett utvalg (NUFA) den senere tiden.

Sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren er et av fire strategiske grep som trekkes frem i Meld. St. 9 Én innbygger – én journal (2012-2013). Mange selvstendige aktører i sektoren gjør det nødvendig å styrke samordningen av IKT-utviklingen.



Figur: Nasjonal styringsmodell for e-helse

Figuren under viser nasjonal styringsmodell for e-helse. Styringsmodellen endrer ikke de til enhver tid etablerte styringslinjene fra Stortinget, regjeringen og departementer til etater, virksomheter og kommuner. Forane i styringsmodellen har en rådgivende funksjon overfor Direktoratet for e-helse.

	<p>Nasjonalt e-helsestyre er øverste organ i nasjonal styringsmodell og aktørene er her representert ved sine toppledere.</p> <p>NUIT er et prioriteringsutvalg for taktiske og strategiske problemstillinger med representasjon på ledernivå.</p> <p>NUFA er et fagutvalg hvor sentrale fagpersoner innen helsefag og arkitektur er representert for å gi råd og vurderinger.</p>	<p>Nasjonalt e-helsestyre er øverste organ i nasjonal styringsmodell og aktørene er her representert ved sine toppledere.</p> <p>NUIT er et prioriteringsutvalg for taktiske og strategiske problemstillinger med representasjon på ledernivå.</p> <p>NUFA er et fagutvalg hvor sentrale fagpersoner innen helsefag og arkitektur er representert for å gi råd og vurderinger.</p>
FORMÅL		
Nasjonalt e-helsestyre	NUIT	NUFA
<p>Formålet med Nasjonalt e-helsestyre er å styrke gjennomføringsevnen av IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten ved nasjonal styring og samordning og har en rådgivende funksjon overfor Direktoratet for e-helse. Nasjonalt e-helsestyre skal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bidra til at sektoren har relevante, forankrede, forpliktende og realistiske IKT-strategier og mål • Bidra til bedre måloppnåelse og raskere gevinstrealisering gjennom raskere utvikling og innføring av ny funksjonalitet og nye løsninger samt raskere realisering av endringer og tilpasninger i eksisterende løsninger • Bidra til bedre utnyttelse av ressurser og ny teknologi 	<p>Formålet med NUIT er å bidra til styrket gjennomføringsevne av IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten ved å anbefale strategivalg og prioritere gjennomføring av strategien. NUIT skal også følge opp gjennomføring av nasjonal e-helseportefølje, og innstille strategiske problemstillinger til Nasjonalt e-helsestyre.</p>	<p>Formålet med NUFA er å bidra til styrket gjennomføringsevne av IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten ved å gi faglige vurderinger og råd vedrørende nasjonal e-helsestrategi, nasjonal e-helseportefølje, nasjonal forvaltningsstyring, og sentrale faglige problemstillinger i utvalgte nasjonale prosjekter.</p> <p>NUFAs råd skal bidra til samordnet og effektiv realisering av pasientens og helse- og omsorgssektorens prioriterte behov.</p>

OPPGAVER OG ANSVAR		
Nasjonalt e-helsestyre	NUIT	NUFA
<p>Strategiprosess:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tilrå nasjonal e-helsestrategi og fireårige handlingsplaner, inkludert virkemidler for å sikre gjennomføring. 	<p>Strategiprosess:</p> <ul style="list-style-type: none"> Være strategisk rådgiver ved utarbeidelse og revisjon av nasjonal e-helsestrategi. 	<p>Strategiprosess:</p> <ul style="list-style-type: none"> Være faglig rådgiver vedrørende helsefag og arkitektur ved utarbeidelse og revisjon av nasjonal e-helsestrategi.
<p>Porteføljestyling:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tilrå prioriteringer i nasjonal e-helseportefølje, inkludert finansiering og leveranseplan Tilrå strategiske valg innen arkitektur, standarder, kodeverk og terminologi Beslutte omfang av nasjonal e-helseportefølje Beslutte prioriteringskriterier for nasjonal e-helseportefølje 	<p>Porteføljestyling:</p> <ul style="list-style-type: none"> Utarbeide årlig innstilling til prioritering av nasjonal e-helseportefølje for tilrådning i Nasjonalt e-helsestyre Følge opp gjennomføring av nasjonal e-helseportefølje, herunder å bidra til at aktørene etablerer planer for gevinstrealisering. Gi sin tilslutning til tiltak ved større avvik. 	<p>Porteføljestyling:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifisere og vurdere forutsetninger og avhengigheter i nasjonal e-helseportefølje. Gi råd basert på disse i forbindelse med prioritering og oppfølging av nasjonal e-helseportefølje i NUIT og Nasjonalt e-helsestyre
<p>Forvaltningsstyring:</p> <ul style="list-style-type: none"> Beslutte omfang av nasjonal forvaltningsstyringsmodell (hvilke nasjonale løsninger) mm Utpeke ledere for styringsorganer for nasjonale fellesløsninger i helsetjenesten 	<p>Forvaltningsstyring:</p> <ul style="list-style-type: none"> Drøfte strategiske problemstillinger knyttet til forvaltning av nasjonale løsninger i helsetjenesten, for eksempel fra produktstyrene, og innstille anbefaling til Nasjonalt e-helsestyre 	<p>Forvaltningsstyring:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gi råd til produktstyrene for nasjonale løsninger i helsetjenesten angående arkitekturvalg og helsefaglige konsekvenser når produktstyrene eller Direktoratet for e-helse ser behov for dette
<p>Andre oppgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> Behandle store satsningsforslag og IKT-konsekvenser av vedtatt politikk 	<p>Andre oppgaver:</p>	<p>Andre oppgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gi råd til Direktoratet for e-helse vedrørende nasjonale rammer som f.eks. felles

<ul style="list-style-type: none"> • Være styringsgruppe for forprosjekt én innbygger – én journal • Informere og forankre Nasjonalt e-helsestyres innstilling i egne virksomheter og styringslinjer 	<ul style="list-style-type: none"> • Bidra til at riktige prosjekter gjennomføres ved å gjøre en overordnet kvalitetssikring av utvalgte nasjonale prosjekter • Være strategisk diskusjonspartner for utvalgte nasjonale prosjekter • Være en forankringsarena for anbefalinger fra NUFA • Informere og forankre utvalgets innstilling i egne virksomheter 	<p>referansearkitekturer, infrastruktur, informasjonsmodell, standarder og kodeverk. Rådene skal bidra til IKT-løsninger som understøtter samhandling.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gi råd vedrørende sentrale faglige problemstillinger (helsefag og arkitektur) til utvalgte nasjonale prosjekter (spesielt prosjekter med sterke avhengigheter til andre initiativ). • Informere og forankre utvalgets innstilling i egne virksomheter
<p>Direktoratet for e-helse vedtar mandatet for Nasjonalt e-helsestyre.</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre vedtar mandat og sammensetning av representanter i NUIT og NUFA.</p>		
SAMMENSETNING		
Nasjonalt e-helsestyre	NUIT	NUFA
<p>Direktoratet for e-helse utpeker leder for Nasjonalt e-helsestyre.</p> <p>De respektive virksomhetene møter med sine toppledere og disse møter på vegne av sin organisasjon og/eller brukergruppe. KS utpeker medlemmer fra kommunesiden. Legeforeningen sin utpekte representant skal være fastlege.</p>	<p>NUIT ledes av Direktoratet for e-helse.</p> <p>NUITs sammensetning skal i hovedsak reflektere aktørene i Nasjonalt e-helsestyre.</p> <p>De respektive virksomhetene møter med medlemmer som har god innsikt i egen virksomhets portefølje og sektorens samlede behov for e-helseutvikling. Representanter bør komme fra både IKT- og helsefagsiden, og de bør ha lederansvar.</p>	<p>NUFA ledes av Direktoratet for e-helse.</p> <p>NUFAs sammensetning skal reflektere aktørene i Nasjonalt e-helsestyre og NUIT.</p> <p>I tillegg kan det være særskilte behov for ytterligere representasjon i NUFA for å sikre faglig tyngde innen spesifikke områder. NUFA skal ha representasjon fra både helsefagsiden og arkitektursiden.</p>

<p>Følgende er representert i Nasjonalt e-helsestyre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De regionale helseforetakene (fire medlemmer) • Kommuner (fire medlemmer) • KS (ett medlem) • Direktoratet for e-helse (ett medlem) • Helsedirektoratet (ett medlem) • Folkehelseinstituttet (ett medlem) • Pasient- og brukerforeninger (to medlemmer) • Legeforeningen (en fastlege) • Norsk Helsenett SF (observatør) • Helse- og omsorgsdepartementet (observatør) <p>Det er ikke anledning til å stille med stedfortredere i møtene til Nasjonalt e-helsestyre.</p>	<p>Medlemmene skal representere sin virksomhet/aktør i møtene, og har et ansvar for å forankre NUITs anbefalinger og råd i egen virksomhet (hos egen aktør).</p> <p>Det forventes at representantene i foraene i styringsmodellen er koordinerte internt i sin virksomhet eller hos sin aktør.</p>	<p>Medlemmene fra helsefagsiden må ha kunnskap om utfordringer, problemstillinger og muligheter knyttet til anvendelse av IKT-systemer som understøtter oppgaveløsning i egen virksomhet og nødvendig samhandling med andre instanser.</p> <p>Medlemmene fra arkitektursiden må ha god kunnskap om IT-arkitektur (prinsipper og løsninger) på nasjonalt nivå og for helse- og omsorgssektoren.</p> <p>Medlemmene skal representere sin kompetanse og sin virksomhet/aktør i møtene, og har et ansvar for å forankre NUFAs anbefalinger og råd i egen virksomhet (hos egen aktør).</p> <p>Mandatet til NUFA er bredt og vil ved behov organiseres i faggrupper som spesialiserer seg innenfor ulike felt.</p> <p>Det forventes at representantene i foraene i styringsmodellen er koordinerte internt i sin virksomhet eller hos sin</p>
SEKRETARIAT OG MØTEPLAN		
Nasjonalt e-helsestyre	NUIT	NUFA
<p>Direktoratet for e-helse har sekretariatsfunksjonen for Nasjonalt e-helsestyre, NUIT og NUFA. Dette ivaretas av Nasjonalt porteføljekontor.</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre skal avholde tre-fem møter hvert år, og disse skal være koordinert med møtene i NUIT og NUFA.</p>	<p>Direktoratet for e-helse har sekretariatsfunksjonen for Nasjonalt e-helsestyre, NUIT og NUFA. Dette ivaretas av Nasjonalt porteføljekontor.</p> <p>NUIT skal avholde tre-fem møter hvert år, og disse skal være koordinert med møtene i Nasjonalt e-helsestyre og NUFA.</p>	<p>Direktoratet for e-helse har sekretariatsfunksjonen for Nasjonalt e-helsestyre, NUIT og NUFA. Dette ivaretas av Nasjonalt porteføljekontor.</p> <p>NUFA skal avholde tre-fem møter hvert år, og disse skal være koordinert med møtene i Nasjonalt e-helsestyre og NUFA.</p>

Sekretariatsfunksjonen har ansvar for å utvikle et felles årshjul i god tid før inngangen til et nytt år.	Sekretariatsfunksjonen har ansvar for å utvikle et felles årshjul i god tid før inngangen til et nytt år.	Sekretariatsfunksjonen har ansvar for å utvikle et felles årshjul i god tid før inngangen til et nytt år.
FUNKSJONSTID		
Nasjonalt e-helsestyre	NUIT	NUFA
Funksjonstid for styret er i utgangspunktet 2 år, men kan forlenges. Mandatet og sammensetning av Nasjonalt e-helsestyre bør evalueres jevnlig og ved endringer i styringsmodeller eller organisering av e-helsefeltet.	Funksjonstid for NUIT er i utgangspunktet to år, men kan forlenges. Mandatet for NUIT bør evalueres jevnlig og ved endringer i styringsmodeller eller organisering av e-helsefeltet. Det er Nasjonalt e-helsestyre som beslutter endringer i mandatet for NUIT.	Funksjonstid for NUFA er i utgangspunktet to år, men kan forlenges. Mandatet for NUFA bør evalueres jevnlig og ved endringer i styringsmodeller eller organisering av e-helsefeltet. Det er Nasjonalt e-helsestyre som beslutter endringer i mandatet for NUFA.

Sammensetning Nasjonale utvalg – antall pr. aktør.

	Nasjonalt e-helsestyre	NUIT	NUFA
Direktoratet for e-helse	1	1	1
RHF	4	5	7
Nasjonal IKT	0	1 – observatør	
Kommuner	4	5	7
KS	1		
Helsedirektoratet	1	1	2
FHI	1	1	2
Pas- og brukerorg.	2	1	2
Legeforeningen	1	1	1
DIFI	1	0	1
NHN	1 – observatør	1 – observatør	1
HOD	1	1 - observatør	1 - observatør

Til Møte 3/19
Dato 05.09.2019
Saksnummer 33/19
Type Til orientering og drøfting

Fra Inga Nordberg
Saksbehandler Aasta Margrethe Hetland

Fagdag personvern, informasjonssikkerhet og beredskap

Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill fra drøftingen i videre arbeid.

Hensikt med saken

Formålet med dagen er å gi NUFA en orientering om fagfeltene personvern, informasjonssikkerhet og beredskap.

Ett av målene i "Plan for e-helse 2019–2022" er beskrevet som følger:

"Den nasjonale styringsmodellen har tilstrekkelig sikkerhets- og personvernkompetanse, som styrker ivaretagelse av beredskap, informasjonssikkerhet og personvern i den nasjonale porteføljen av e-helseløsninger og gir bedre forankring av nye, felles sikkerhetstiltak i sektoren."

Saken vil bli fremlagt som 4 faglige innlegg og deretter drøfting av temaene i innleggene i form av workshop i mindre grupper.

Bakgrunn

Helse- og omsorgssektoren blir i økende grad utsatt for digitale angrep, nye sårbarheter og et skiftende trusselbilde. Helse- og omsorgssektor er et tydelig eksempel på hvordan digitaliseringen endrer det offentlige tjenestetilbudet. I takt med digitaliseringen øker også avhengighetene mellom IKT, pasientbehandling og pasientsikkerhet. Utilgjengelighet av IKT-systemer er i dag en alvorlig trussel for helse- og omsorgssektoren. Trusselbildet på IKT-området generelt har endret seg mye de siste årene. Der hvor man tidligere primært så aktivitet som var knyttet til handlinger utført av enkeltindivider, mindre aktivistgrupper og tilsvarende, ser man nå både internasjonalt og nasjonalt et økende antall tilfeller av profesjonelle aktører med knytninger til fremmede stater.

Innbyggere må ha tillit til at helse- og omsorgssektoren sikrer konfidensialitet, tilgjengelighet, robusthet og integritet for helse- og personopplysninger. Videre må innbyggere kunne utøve egne personvernrettigheter på en enkel og helhetlig måte. Ivaretagelse av informasjonssikkerhet og personvern er en forutsetning for vellykket digitalisering av helse- og omsorgssektoren. "Plan for e-helse 2019–2022" peker på at styrking av innsatsen på dette området må skje gjennom en større og helhetlig satsning på felles tiltak i sektoren.

"Innebygget personvern" – Jenny Ellingsæter, Sopra Steria

Innebygd personvern er et sentralt krav i personopplysningsloven og betyr at det tas hensyn til personvern i alle utviklingsfaser av et system eller en løsning (jf. personvernforordningen artikkel 25). Dette skal sørge for at informasjonssystemene oppfyller personvernprinsippene, og at de ivaretar de registrertes rettigheter.

Målet med innlegget er å gi NUFA "operativ forståelse" av innebygd personvern og informasjonssikkerhet, som i sin tur kan sette NUFA bedre i stand til å ivareta dette perspektivet i den nasjonale porteføljen av e-helseløsninger.

Cybersikkerhet i min personlige infrastruktur - Marie Elisabeth Gaup Moe, Forskningsleder, Sintef

Vår avhengighet av systemer som styres av programvare øker raskere enn vår evne til å sikre systemene. Når alle våre "dingser" kobles på nett øker angrepsflaten og våre verdier blir sårbare for hacking. Dette utgjør ikke bare en trussel mot informasjonssikkerhet og personvern; også menneskers liv og helse trues når dingser som kan påvirke fysiske systemer i økende grad kobles opp mot Internett. Marie Moe er avhengig av et medisinsk implantat, en pacemaker som sørger for at hjertet hennes slår. Som sikkerhetsforsker ønsket hun å finne ut mer om informasjonssikkerheten i denne datamaskinen inne i sin egen kropp, men hun fikk ikke tilgang til å se koden som holder henne i live. Marie startet derfor et hacking-prosjekt for å finne ut av sikkerheten i sin egen personlige kritiske infrastruktur.

Målet med innlegget er å gi NUFA en praktisk forståelse av truslene mot medisinsk utstyr og IoT (Internett of Things) i helse.

Risikobildet i helsesektoren – fra HelseCERT – Gunnar A. Johansen, avdelingsdirektør HelseCert, Norsk helsenett

HelseCERT er helse- og omsorgssektorens nasjonale senter for cybersikkerhet. HelseCERTs oppgave er å øke sektorens evne til å oppdage, forebygge og håndtere alvorlige cyberangrep. HelseCERT skal også spre kunnskap om cybertrusler, råd og anbefalinger, og kontinuerlig monitorere trafikken i Helsenettet og trafikken i tilknytningen til Internett. HelseCERT er en avdeling i Norsk Helsenett og er lokalisert i Trondheim.

Målet med innlegget er å gi NUFA en oppdatering på situasjonsbildet i helsesektoren fra HelseCERT. Hvilke tiltak gjøres i sektoren og anbefalingene fra HelseCERT.

Overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering for IKT i helse- og omsorgssektoren – Jan Gunnar Broch, seniorrådgiver, Direktoratet for e-helse

De siste årene har det vært en rekke alvorlige IKT-hendelser i helse- og omsorgssektoren både i Norge og internasjonalt. Dataangrepet mot Helse Sør-Øst som ble kjent i 2018 er et eksempel på dette. På bakgrunn av trusselbildet, funn fra hendelser og øvelser og allerede foreslåtte tiltak beskrevet i tidligere rapporter og utredninger, foreslår Direktoratet for e-helse nå flere tiltak som vil kunne løfte sikkerhetsnivået i helse- og omsorgssektoren på kort- og mellomlang sikt.

Målet med innlegget er å gi NUFA innsikt i den overordnede risiko- og sårbarhetsvurdering for IKT i helse- og omsorgssektoren og tiltakene som foreslås. [Hele rapporten kan leses på ehelse.no](https://www.ehelse.no/rapporter/overordnet-risiko-og-saarbarhetsvurdering-for-ikt-i-helse-og-omsorgssektoren).

Til Møte 3/19
Dato 05.09.2019
Saksnummer 34/19
Type Drøfting

Fra Inga Nordberg
Saksbehandler Aasta Margrethe Hetland

Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse og omsorgstjenesten

Forslag til vedtak

NUFA ber Direktoratet for e-helse om å ta med innspill fremkommet i møtet i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Sekretariatet orienterer om ny versjonen av Norm fra informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren, Normen, som nå er på høring og legger frem utvalgte spørsmål for NUFA. Det ønskes diskusjon og tilbakemeldinger.

Kunnskap om Normen og hvordan Normen påvirker helse- og omsorgssektoren er viktig kompetanse for NUFA.

Saken vil bli fremlagt som innlegg og deretter drøfting i form av workshop i mindre grupper.

Bakgrunn

Normen er en bransjenorm som er utarbeidet og forvaltes av organisasjoner og virksomheter i sektoren. Normen skal bidra til tilfredsstillende informasjonssikkerhet og godt personvern hos den enkelte virksomhet og i sektoren generelt. Den skal bidra til at det etableres mekanismer hvor virksomhetene kan ha gjensidig tillit til at øvrige virksomheters behandling av helse- og personopplysninger gjennomføres på et forsvarlig sikkerhetsnivå.

Direktoratet for e-helse er sekretariat for Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse og omsorgstjenesten.

Normen er bindende for alle virksomheter som ved avtale har forpliktet seg til å følge Normen. I praksis er dette de fleste av sektorens mer enn 10 tusen virksomheter og deres leverandører og databehandlere, enten i form av medlemsvilkårene til Norsk helsenett eller som del av et annet avtaleverk.

[Vedlegg 9_ Sak 34-19_Toppnotat Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse og omsorgstjenesten](#)

Med bakgrunn i ny lovgivning, teknologisk utvikling og store enkelthendelser med mye oppmerksomhet, har det i de senere år vært et økt fokus på personvern og informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Som en følge av dette har man også fått et økt behov for oppdatert veiledning og en modernisert og oppdatert Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren.

Denne versjonen av Normen er resultatet av et langvarig revisjons- og utviklingsarbeid. Hovedmålene har vært å sikre at Normens krav er dekkende for nye krav i personvernforordningen og samtidig tilpasset nåtidens teknologi. Det har også vært et viktig mål å forenkle fremstillingene og gjøre Normen mer les- og brukervennlig.

Det er gjort flere endringer fra forrige versjon. Det er blant annet tatt inn nye krav, tekst er slettet og krav er presisert eller endret. Normens virkeområde er endret og kravet til forholdsmessighet kommer tydeligere frem. Det er gjort en gjennomgang og forenkling av teksten, samtidig som noe tekst er tatt ut og flyttet til veiledningsmateriellet.

Mer informasjon om de viktigste endringene versjon 6.0 av Normen finnes i vedlagte dokument "Høringsbrev - Utkast Normen versjon 6.0".

Vi ønsker spesielt å drøfte følgende spørsmål med NUFA:

1. Sikkerhetsarkitektur; For å ivareta endringer i trusselbildet rettet mot virksomheter i sektoren er begrepet sikkerhetsarkitektur introdusert og nye krav til informasjonssikkerhet innarbeidet. Kravene er harmonisert med Nasjonal Sikkerhetsmyndighet (NSM) sine grunnprinsipper for IKT-sikkerhet. Vi ønsker å drøfte om NUFA mener at kravene er dekkende. Er det viktige området som Normen ikke dekker? Er kravene for konkrete? Er det riktig å legge seg opp mot NSMs grunnkrav? Hvordan passer dette med nåtidens og fremtidens teknologi?
2. Tilgangsstyring; Normen har fra starten av vært ordrik på området Tilgangsstyring. Mener NUFA at Normen er dekkende på området? Er Normen for konkret? Hvordan passer dette med nåtidens og fremtidens teknologi?
3. Et av hovedmålene har vært å øke les- og brukervennlighet. Dette er gjort gjennom forenkling av tekst, fjerning av krav, språklig gjennomgang, profesjonsnøytralitet og generell språkvask. Vi ønsker tilbakemeldinger på dette.
4. Ved å gjennomgående bruke "skal" og "bør" samt peke på forholdsmessighet og "egnede" tiltak både i kap 1.4 og 3.1 forsøker Normen v6.0 å vise at virksomheten selv må vurdere og ta valg om hva som er egnede tiltak. Kommer dette tydelig nok frem? Er det f.eks. tydelig hvilke informasjonssikkerhetskrav som gjelder sekundærbruk og er det lettere for en liten virksomhet og forstå hvilke krav som gjelder for den?

Dokumenter knyttet til høringen av Utkast Normen Versjon 6.0. legges ikke ved, men er tilgjengelig på [Direktoratet for e-helse sine nettsider](#):

- Høringsbrev - Utkast Normen versjon 6.0
- Høringsutkast Normen v6.0
- Utkast_vedlegg_Oversikt over Normens krav
- Innspillsmal Normen v6.0.