

	omsorgstjeneste og en løsning for helhetlig samhandling, samt hvordan forprosjektet vil organiseres og gjennomføres.	Én innbygger – én journal
	Forslag til vedtak: NUIT tar saken til orientering.	
19/19	Ny e-helseorganisering	Orientering
	Direktoratet for e-helse vil orientere om status i arbeidet knyttet til ny e-helseorganisering, herunder det pågående samarbeidet med Norsk Helsenett og pågående arbeid i programmet NEO.	Vedlegg 3: Toppnotat Ny e-helseorganisering
	Forslag til vedtak: NUIT tar saken til orientering.	
20/19	Etablering av områdestyring	Drøfting
	Direktoratet for e-helse vil orientere om og drøfte etablering av områdestyring og sektorsammensatte styrer for områder.	Vedlegg 4: Toppnotat Etablering av områdestyring
	Forslag til vedtak: NUIT tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse om å ta med innspill i det videre arbeidet med etablering av områdestyring.	
21/19	Nasjonal arkitekturstyring	Orientering
	Styrking av Nasjonal arkitekturstyring er beskrevet i tildelingsbrev til Direktoratet i 2018 og 2019. Direktoratet for e-helse vil gi en status for arbeidet og orientere om videre planer i 2019. Det er ønskelig med tilbakemelding på planen som er lagt og innspill til prioritering av den nasjonale arkitekturstyrings innsats.	Vedlegg 5: Toppnotat Nasjonal arkitekturstyring
	Forslag til vedtak: NUIT tar saken til orientering, og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill i den videre prosessen med å utvikle Nasjonal arkitekturstyring.	
22/19	Nasjonal e-helsestrategi og strategisk plan	Drøfting
	Direktoratet for e-helse har gjennom den nasjonale styringsmodellen for e-helse etablert en felles strategi og handlingsplan for e-helse i samarbeid med sentrale aktører i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet arbeider med en prioritering av innsatsområdene for 2020 som ønskes drøftet med utvalget.	Vedlegg 6: Toppnotat Nasjonal e-helsestrategi og strategisk plan Vedlegg 6A: Toppnotat nasjonal e-helsestrategi og strategisk plan
	Forslag til vedtak: NUIT tar saken til etterretning og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill framkommet i møtet i det videre arbeidet.	
23/19	Felles grunnmur	Drøfting
	Direktoratet for e-helse vil legge frem status og konsekvenser av Plan for Felles grunnmur for digitale tjenester og behovet for fordeling av tiltaksansvar og finansiering av tiltakene for NUIT. Det er ønskelig å drøfte videre prosess slik at framdriften kan sikres og at konsekvensene av prioritering blir belyst.	Vedlegg 7: Toppnotat Felles grunnmur Vedlegg 7A: Tiltak og mål for Felles grunnmur
	Forslag til vedtak: NUIT tar saken til orientering, og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill framkommet i møtet i den videre prosessen med å sikre eierskap til og finansiering av tiltakene i Felles grunnmur. NUIT-medlemmene gjennomgår egen portefølje for å vurdere om	

	de kan ta gjennomføringsansvar for noen av tiltakene i plan for Felles grunnmur.	
24/19	Nasjonal e-helseportefølje	Drøfting
	Direktoratet for e-helse presenterer i denne saken statusrapport for pågående prosjektet i nasjonal e-helseportefølje. Målet er å gi aktørene i Nasjonal styringsmodell felles forståelse av omfang, risiko, utfordringer og sentrale avhengigheter, samt forutsetninger for realisering av gevinster. Rapporten baserer seg på innrapportering til nasjonal e-helseportefølje per 12. april 2019.	Vedlegg 8: Toppnotat Nasjonal e-helseportefølje Vedlegg 8A: Statusrapport portefølje – april 2019 Vedlegg 8B: Flerårlig plan nasjonal e-helseportefølje 2019-2023
	Forslag til vedtak: NUIT tar status for nasjonal e-helseportefølje 2019 til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill framkommet i møtet i det videre arbeidet med prioritering 2020.	
25/19	Digitaliseringsprogrammet Enklere digitale tjenester - EDiT	Orientering
	Hesledirektoratet vil orientere om Digitaliseringsprogrammet EDiT (enklere digitale tjenester). Programmet er rettet mot digitalisering av tjeneste innen helserefusjonsområdet. Hovedmålet er å automatisere rettigheter og saksbehandling så langt det lar seg gjøre, slik at pasienter kan fokusere minst mulig på økonomiske sider av behandlingen.	Vedlegg 9: Toppnotat Digitaliseringsprogrammet Enklere digitale tjenester - EDiT
	Forslag til vedtak: NUIT tar saken til orientering og programmet tar med innspill inn i det videre arbeidet.	
26/19	Helseplattformen	Orientering
	NUIT vil orienteres om status for arbeidet i Helseplattformen. Helseplattformen vil utdype utvalgte tema i sin presentasjon i møtet omkring status for anskaffelse, etablering av Helseplattformen AS og videre planer for innføring.	Vedlegg 10: Toppnotat Helseplattformen
	Forslag til vedtak: Saken tas til orientering.	
27/19	Eventuelt	

Referat fra møte i NUIT

<i>Møte</i>	1/2019	
<i>Dato</i>	13.februar 2019	
<i>Tid</i>	10:00 – 15.00	
<i>Sted</i>	Direktoratet for e-helse, Verkstedveien 1 Skøyen, Oslo Møterom 4117	
Medlemmer		
<i>Til stede</i>	Christine Bergland (Direktoratet for e-helse) Ole Johan Kvan (Helse Sør-Øst RHF) Rune Simensen (Helse Sør-Øst RHF) Erik M. Hansen (Helse Vest RHF) Bjørn Einar Kolstad (Helse Midt-Norge RHF) Bjørn Nilsen (Helse Nord RHF) Roger Schäffer (Folkehelseinstituttet) Egil Johannesen (Fastlegerepresentant) Jan-Arild Lyngstad (Helsedirektoratet)	Kari Støfringsdal (Flora kommune) Runar Nygård (Oslo kommune) Wenche P. Dehli (Kristiansand kommune) Astrid Øksenvåg (KS) Heidi Slagsvold (KS) Helge Garåsen (Trondheim kommune) Halvar F. Bergby (Kreftforeningen)
<i>Ikke til stede</i>	Jan Erik Olsen (Nasjonal IKT, observatør)	
<i>Øvrige</i>	Tor Eid (HOD, observatør)	Rune Kavlie (Norsk Helsenett, observatør)
<i>Direktoratet for e-helse</i>	Karl Vestli Bodil Rabben Siv Ingebrigtsen Irene Olaussen Rune Røren Karin Skaare Mortensen	Marianne Bårtvedt van Os Alfhild Stokke Jon Stolpnessæter Georg Fredrik Ranhoff Sonja Turøy Brugman Camilla Smaadal

Sak	Tema	Sakstype
1/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
2/19	Godkjenning av referat fra møtet 21.november 2018	Godkjenning
3/19	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
4/19	Nasjonal e-helsestrategi og strategisk plan	Orientering
5/19	Nasjonal e-helseportefølje 2019	Drøfting
6/19	MF Helse	Orientering
7/19	Velferdsteknologisk knutepunkt	Orientering
8/19	Program for legemiddelområdet	Orientering
9/19	Veikart og planer for e-helsestandarder	Orientering
10/19	Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste	Orientering
11/19	NEO – nye e-helseorganisering	Orientering
12/19	Satsing på Felles språk	Orientering
14/19	Innspill til regjeringens Digitaliseringsstrategi	Orientering
13/19	Eventuelt	Orientering

Sak	Tema
1/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden
	NUIT kommenterte at det var mange orienteringssaker på agendaen. Det er ønskelig med flere drøftingssaker. Direktoratet for e-helse svarte at det er tidlig på året og at det derfor er mye å orientere om, men innspill fra møtet blir tatt med i det videre arbeidet. Direktoratet for e-helse ønsker å legge til rette for mer drøfting med NUIT-medlemmene fremover.
	Vedtak: NUIT godkjenner innkalling og dagsorden.

2/19	Godkjenning av referat fra møtet 21.11.2018
	Det kom et generelt innspill om at det er viktig å skille mellom hva som blir drøftet og hva som blir vedtatt i referatet. Direktoratet vil legge til rette for en balansert gjengivelse i referatene.
	Vedtak: NUIT godkjenner referat fra møtet 21.november 2018.
3/19	Orientering fra Direktoratet for e-helse
	<p>Karl Vestli, Direktoratet for e-helse, orienterte NUIT om følgende saker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan for felles grunnmur som ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet i desember. For å ta arbeidet videre, gjennomføres prosjektet "Modell for koordinert utvikling og forvaltning av felles grunnmur" i 2019. På spørsmål om hvordan sektoren kan påvirke prioritering av leveranser i Grunnmur, svarte Direktoratet for e-helse at dette vil skje i portefølje- og arkitekturstyringsprosessen. For å sikre finansiering er det viktig at HOD får et helhetlig bilde av hvor viktig grunnmuren er for å nå målene i Nasjonal e-helsestrategi. • Reseptformidlerforskriften er endret slik at leger ikke må ha samtykke fra pasient for å innhente legemiddelopplysninger i Reseptformidleren. I Direktoratet for e-helse handler mye av arbeidet om å informere sektoren og innbyggere om endringene. • I "Felles innsats for økt datakvalitet" er det løftet frem fire aksjonspunkter: 1) lage felles oversikt over testaktører, 2) informasjon til sektor, 3) workshop for ROS-analyse rundt problematikken med datakvalitet og test i produksjon og 4) samarbeid med Skatteetaten for å reservere enkelte fødselsnummer til testformål. Det ble gitt innspill om at kommunene og KS ønsker å bidra inn i dette arbeidet. • Rapporten Utviklingstrekk 2019 lanseres på seminar 1. mars med tema Utviklingstrekk e-helse 2019.
	Vedtak: NUIT tar sakene til orientering.
4/19	Nasjonal e-helsestrategi og strategisk plan
	<p>Direktoratet for e-helse ved Irene Olaussen orienterte NUIT om det pågående arbeidet med strategisk plan og kriterier for prioritering.</p> <p>Enkelte medlemmer i NUIT fremhevet at det er positivt at legemiddelfeltet er prioritert høyt, og at diskusjonene i foraene har vært nyttige og gitt resultater. Likevel påpeker noen kommuner at legemiddelområdet kun er en liten del av utfordringsbildet i helse- og omsorgssektoren. Det er nødvendig å se på gapet mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten i prioriteringsprosessen. Ulik modenhet i kommuner og spesialist kan medføre at disse ikke nødvendigvis har ønske eller mulighet til å prioritere de samme områdene på samme tid, selv om noe er ansett som nasjonale prioriteringer.</p> <p>Det ble påpekt at det ikke bare må legges vekt på å utvikle nye prosjekter og ny funksjonalitet, men at selve implementering er vel så viktig. Implementering av grunndata ble særlig nevnt. Direktoratet for e-helse svarte at det ble lagt stor vekt på dette ved innføring av de nasjonale løsningene e-resept og kjernejournal, og at dette vil bli tatt hensyn til fremover også.</p> <p>Direktoratet for e-helse ba om innspill til den foreslåtte involveringen fremover. Det ble kommentert at dialogmøtene med sektoren fungerer bra. Det ble imidlertid påpekt at dersom det legges opp til en tilslutning i NUIT-møtet 27.mai, må sektoren bli involvert utover de oppsatte dialogmøtene. Det er også ønskelig å gi innspill til konkrete områder, ikke bare på kriterier og prosess.</p>

	Direktoratet for e-helse informerte om at det bygges opp kompetanse på økonomisk analyse i direktoratet, og at det forhåpentligvis vil hjelpe oss å se totalbudsjettet og gevinster, og hvordan dette kan brukes i prioriteringene fremover.
	Vedtak: NUIT tar saken til orientering.
5/19	Nasjonal e-helseportefølje 2019
	<p>Siv Ingebrigtsen, Direktoratet for e-helse, orienterte om status for pågående prosjekter i den nasjonale e-helseporteføljen for 2019. Det ble gitt en presentasjon av omfang, risiko, utfordringer og sentrale avhengigheter, samt forutsetninger for å realisere gevinstene i porteføljen. Orienteringen baserte seg på Statusrapport for Nasjonal e-helseportefølje fra januar 2019.</p> <p>En endring i porteføljen fra tidligere er at NEO er tatt ut av Nasjonal e-helseportefølje, men Direktoratet for e-helse påpekte at dette vil ikke påvirke sektorens involvering i arbeidet fremover.</p> <p>Flere store prosjekter i nasjonal e-helseportefølje vil ha leveranser som skal innføres i kommunene fremover. Det ble kommentert at HelseID og nye e-helsestandarder bør synliggjøres i oversikten som ble vist, for å synliggjøre alt som skal innføres. Prioritering av innføring av grunnmursleveranser er sentralt for at kommunene ikke skal henge etter i IKT-utviklingen.</p> <p>I forbindelse med innføring av e-helsetiltak i kommunene er det uheldig at det ble besluttet å avvikle KomUt. KS orientert om at de jobber for å finne finansieringsløsninger for å kunne beholde kompetansenettverket i 2019, for så å finne en permanent finansieringsløsning fra 2020.</p> <p>Nasjonal arkitekturstyring er ansvarlig for oppfølging av Plan for felles grunnmur etter nedleggelse av Program FIA. Siden det mangler finansiering på dette området, vil Direktoratet for e-helse utfordre pågående program og prosjekt til å ta et fellesansvar for å gjennomføre planen. Til nå er ni av totalt 42 tiltak under planlegging.</p>
	Vedtak: NUIT tar status for nasjonal e-helseportefølje 2019 til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill framkommet i møtet i det videre arbeidet.
6/19	MF Helse
	<p>Rune Røren, Direktoratet for e-helse, presenterte saken. Skattedirektoratet moderniserer folkeregisteret og Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å koordinere overgangen for helsesektoren. Tiltaket ligger under det strategiske området Felles grunnmur.</p> <p>I diskusjonene ble det påpekt at PKI og HelseID er viktige forutsetninger for å innføre nytt folkeregister. Direktoratet svarte at Direktoratet og NHN forsøker å koordinere aktiviteter med hverandre. Det vil være behov for å følge dette tett opp.</p> <p>Helse- og omsorgsdepartementet har bedt om en forpliktende gevinstrealiseringsplan innen august 2019. Ved å forenkle prosess for å rapportere inn fødsel og død til folkeregisteret, fremhevet NUIT at det også er store gevinster knyttet til personvern.</p> <p>I planene for konsumentsporet i MF Helse ble det påpekt at det er legevakt og spesialisthelsetjenestens folkeregisterkopi som er prioritert. For kommunene er det viktig å ha tilgang til oppdatert folkeregister. Direktoratet for e-helse har forståelse for det og en nærmere kartlegging vil identifisere andre kritiske avhengigheter fremover.</p>
	Vedtak: NUIT tar saken til orientering og programmet tar med innspill inn i det videre arbeidet.
7/19	Velferdsteknologisk knutepunkt

	<p>Marianne Bårtvedt van Os, Direktoratet for e-helse, orienterte om status for utprøvingen av velferdsteknologisk knutepunkt.</p> <p>Kommunene kommenterte at det bør være en felles strategi for velferdsteknologi, slik at det ikke blir gjort dyre implementeringer og utprøvinger i hver enkelt kommune. Direktoratet for e-helse svarte at det er ønskelig at kommunene kan samle seg rundt arbeidet med Velferdsteknologisk knutepunkt og felles standarder.</p> <p>Det ble kommentert at det er en gjennomgående risiko at EPJ-leverandørene ikke leverer og at det er for liten kraft bak bestillerrollen, særlig i kommunene. Direktoratet for e-helse kommenterte at NUIT ble etablert for at sektoren kunne fremstå mer forutsigbare overfor leverandørene.</p> <p>Det ble kommentert at flere nasjonale løsninger og prosjekter har de samme behovene for informasjonsdeling, og bør derfor sees i sammenheng. Direktoratet for e-helses hovedbudskap i utredningen er nettopp at dette må sees i sammenheng med andre e-helseløsninger.</p>
	<p>Vedtak: NUIT tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse om å ta med innspill i det videre arbeidet med å utarbeide en anbefaling om å realisere et nasjonalt knutepunkt for velferdsteknologi.</p>
8/19	Program for legemiddelområdet
	<p>Karin Skaare Mortensen, Direktoratet for e-helse, orienterte om programmet Digitalisering av legemiddelområdet som er etablert for å koordinere initiativer på legemiddelområdet.</p> <p>Programmet består foreløpig av prosjekter som Direktoratet for e-helse er ansvarlig for; Pasientens legemiddelliste (PLL), Multidose og Kjernejournal og eResept i pleie- og omsorgsmeldinger (PLO). Alle disse komponentene vil tilbys i Sentral forskrivningsmodul.</p> <p>Prosjektet arbeider med en modell for å beregne kost og nytte ved å innføre tiltak knyttet til legemiddelområdet. Det ble påpekt at kommunesektoren ikke har infrastrukturen for å kunne ta i bruk løsningene. Det er viktig at man får verifisert disse kostnadene. Flere påpekte at ved beregning av kost-nytte må også kommunenes kostnader for "plunder og heft" i dagens løsninger inkluderes.</p> <p>Videre ble det påpekt at mye av arbeidet på legemiddelområdet også handler om å rydde i legemiddelopplysninger i dagens løsninger. Det er viktig å være tydelig på hvem som har ansvaret for å sikre kvalitet i informasjonen av legemidler hos den enkelte pasient.</p>
	<p>Vedtak: Programmet tar med seg innspill i det videre arbeidet.</p>
9/19	Veikart og planer for e-helsestandarder
	<p>Direktoratet for e-helse ved Jon Stolpnessæter og Georg Fredrik Ranhoff orienterte om Direktoratet for e-helses strategi for videre arbeid med e-helsestandarder. Arbeidet med nasjonale innføringsplaner av meldingsstandarder, og strategisk arbeid for økt bruk av internasjonale standarder i Norge, ble drøftet. Arbeidet skal i størst mulig grad rettes inn mot sektorens behov.</p> <p>I diskusjonen knyttet til de ulike formene for elektronisk samhandling (meldingsutveksling, dokumentutveksling, dokumentdeling og datadeling) ble det påpekt at det er viktig å fokusere på behovene og forløpene i helsesektoren. Her ble det etterlyst en diskusjon rundt generisk arkitektur. Direktoratet for e-helse svarte at vi har som mål å komme dit. Det er samtidig viktig å komme bort fra dagens situasjon med meldinger i</p>

	<p>ulike versjoner i ulike faser. Målet er at meldingene innen et par år er i en ordinær vedlikeholdsfase.</p> <p>I diskusjonen rundt internasjonalt standardiseringsarbeid ble det påpekt at det er behov for også å prioritere å få etablert standarder for bildedeling.</p>
	<p>Vedtak: NUIT ber om at innspill som kom frem i møtet tas med i det videre arbeidet med e-helsestandarder.</p>
10/19	Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste
	<p>Direktoratet for e-helse orienterte om resultatet fra ekstern kvalitetssikring av konseptvalgutredning for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. KS1-rapporten støtter i stor grad Direktoratet for e-helses vurderinger, og det er støtte til konsept 7 som konseptvalg. Rapporten med vedlegg er tilgjengelig på ehelse.no.</p> <p>Det ble stilt spørsmål om hvilke forutsetninger ekstern kvalitetssikrer har for å vurdere de prissatte virkningene i KVVU-rapporten. Enkelte medlemmer i NUIT er også bekymret for om alle kostnadene i prosjektet er tatt med. Direktoratet for e-helse svarte at det er en del av kvalitetssikringen å undersøke om alle kostnader er tatt med i vurderingen. Det er modeller for å beregne usikkerheter. De største kostnadene er til innføring og opplæring i kommunene. Kostnader til lokal infrastruktur (skjermer, tastatur, osv.) er holdt utenfor, men blant annet sentral infrastruktur er med i beregningen.</p> <p>Videre ble det påpekt at det er nødvendig at kommunene øker IKT-budsjettene sine for å komme over på mer moderne løsninger. Det ble påpekt at det i kommunikasjonsstrategien er viktig å vise at det også er dyrt å fortsette med dagens IKT-løsninger i kommunene.</p>
	<p>Vedtak: NUIT tar saken til orientering.</p>
11/19	NEO – ny e-helseorganisering
	<p>Karl Vestli og Robert Nystuen fra Direktoratet for e-helse orienterte om status på arbeidet med ny e-helseorganisering. Dette gjelder pågående prosesser sammen med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), rapport om direktoratets myndighetsrolle og videre prosess.</p> <p>Direktoratet skal sammen med NHN levere en rapport som svarer ut "<i>Tillegg til tildelingsbrev nr.15: Ny e-helseorganisering- tydeliggjøring av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse</i>". Rapporten skal leveres til HOD 26. februar. Et sammendrag av rapporten ble sendt ut med saksunderlaget.</p> <p>Da det er flere departement som styrer sektoren som helhet er det viktig at det synliggjøres i den nasjonale styringsmodellen for e-helse.</p> <p>Det ble stilt spørsmål om hvem som får oppgaven med å påse at tjenesteleverandøren følger opp dataansvaret. Direktoratet for e-helse svarte at de ulike alternativene er vurdert grundig, og at man mener det beste alternativet er at dataansvaret ligger hos tjenesteleverandøren. HOD arbeider med lovendringer som gir direktoratet en styrket myndighetsrolle.</p> <p>Det kom innspill på at styringsform og områdestyre bør tydeliggjøres i rapporten. Det ble påpekt at styringen av helsesektoren er kompleks. Det blir viktig å lage modellene så enkle som mulig og få frem hvordan den nye e-helseorganiseringen skal fungere. Det blir viktig å kommunisere hvorfor det er behov for å gjøre denne endringen.</p>

	<p>Det savnes en beskrivelse av hvordan sektoren vil involveres i arkitekturstyringen. Videre ble det påpekt at det er like viktig at det legges til rette for at aktørene kan iverksette informasjonssikkerhetstiltak, som det er å utvikle standarder og krav. Direktoratet for e-helse informerte om at dette står mer detaljert beskrevet i rapporten.</p>
	<p>Vedtak: NUIT tar saken til orientering. Direktoratet tar med seg innspillene fra møtet i det videre arbeidet.</p>
12/19	Satsing på Felles språk
	<p>Direktoratet for e-helse ved Alfhild Stokke orienterte om programmets planer for perioden 2019 til 2023. Bakgrunnen er behovet for bedre samhandling i sektoren. Det vil bli mer effektivt dersom data registreres én gang på et klinisk, relevant språk, og at data kan hentes inn og deles automatisk der det er mulig. Et sterkt bidrag og en forutsetning for dette er Én innbygger – én journal, Helseplattformen og Helse-dataprogrammet.</p> <p>Det ble stilt spørsmål om det er vurdert hvor godt egnet HealthTerm er til metadata. Direktoratet for e-helse svarte at det må settes krav til hvilke metadata som skal inn i HealthTerm. Det er et fagverktøy som er komplisert å bruke, men for å forvalte kodeverk er metadata helt nødvendig.</p>
	<p>Vedtak: NUIT tar programmets planer til orientering. Programmet tar med seg innspillene som kom frem i møtet.</p>
14/19	Innspill til regjeringens Digitaliseringsstrategi
	<p>Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Direktoratet for e-helse om å komme med innspill til regjeringens digitaliseringsstrategi. Det er ønskelig at NUIT drøfter og gir innspill til foreslåtte prioriterte satsingsområder i strategien. Konkret:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det andre satsingsområder som bør vektlegges? • Hvilke ambisjoner og eventuelle tiltak bør inngå i de enkelte områdene? <p>Direktoratet for e-helse ba NUIT sende skriftlige svar til nasjonalt.portefoljekontor@ehelse.no innen fredag 22.februar.</p> <p>I neste NUIT-møte vil det bli gitt en oppdatert status på dette området.</p>
	<p>Vedtak: NUIT tar saken til orientering.</p>
13/19	Eventuelt
	<p>Det ble kommentert at dokumentene ble sendt ut noe sent og spredt denne gang. Det er også ønskelig å få tilsendt presentasjonene fra møtet. I tillegg ble det kommentert at det kunne vært færre saker på agendaen, og at det kan åpnes opp for mer dialog.</p> <p>Direktoratet for e-helse sender vanligvis ut dokumentene ti dager før møtet, og alle presentasjoner og saksunderlag blir lagt ut på ehelse.no. Direktoratet for e-helse arbeider med korte frister og ber derfor om forståelse for at dokumentene ble sendt ut senere enn vanlig denne gang. Presentasjonene vil sendes til medlemmene.</p>

Til Møte 2/19
Dato 27.05.2019
Saksnummer 18/19
Type Orientering

Fra Karl Vestli
Saksbehandler Anita Lindholt

Sak 18/19: Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste – oppdrag om forprosjekt

Forslag til vedtak

NUIT tar saken til orientering.

Hensikt med saken

Orienterer om oppdrag om forprosjekt for etablering av en felles journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste og en løsning for helhetlig samhandling, samt hvordan forprosjektet vil organiseres og gjennomføres.

Oppdrag om forprosjekt

I juli 2018 leverte Direktoratet for e-helse, i tett samarbeid med aktører i sektoren, en anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet om konseptvalg for en felles journal- og samhandlingsløsning (K7). Anbefalingen er nå vedtatt og Direktoratet for e-helse fikk 26. april i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre et forprosjekt for etablering av en felles journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste og en løsning for helhetlig samhandling. Tiltaket omfatter kommunene utenfor Midt-Norge og samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Forprosjektet skal levere sine anbefalinger januar 2020 og deretter kvalitetssikres i tråd med statens prosjektmodell (KS2).

Det vises til ehelse.no for fullstendig oppdragsbrev. <https://ehelse.no/strategi/n-innbygger-n-journal/nasjonalt-journallosning-for-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste>

Organisering og plan for gjennomføring

Direktoratet arbeider med å etablere en plan og forslag til hvordan forprosjektet skal gjennomføres. Dette skal drøftes i Prosjektstyre 22. mai og i Nasjonalt e-helsestyre 19. juni. Direktoratet vil i møtet presentere foreløpig plan og organisering.

26Til Møte 2/19
Dato 27.05.2019
Saksnummer 19/19
Type Orientering

Fra Christine Bergland
Saksbehandler Robert Nystuen

Ny e-helseorganisering

Forslag til vedtak

NUIT tar saken til orientering.

Hensikt med saken

Det vises til orienterings sak 11/19 og tidligere saker om etablering av Nasjonal tjenesteleverandør og ny e-helseorganisering.

Direktoratet for e-helse ønsker å orientere om status i arbeidet knyttet til ny e-helseorganisering, herunder det pågående samarbeidet med Norsk Helsenett og pågående arbeid i programmet NEO.

Bakgrunn

HOD ønsker at det etableres en nasjonal tjenesteleverandør fra 01.01.2020 og at myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse tydeliggjøres. Direktoratet for e-helse skal sammen med Norsk Helsenett SF forberede etablering av nasjonal tjenesteleverandør med utgangspunkt i Norsk Helsenett (NHN).

På bakgrunn av dette gav HOD Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett følgende oppdrag: *Forberede overføring av oppgaver og ansatte knyttet til drift, forvaltning og vedlikehold knyttet til av eksisterende nasjonale løsninger (e-resept, kjernejournal, helsenorge.no mv.) og tilhørende oppgaver (test og godkjenning mv.) fra Direktoratet for e-helse til Norsk Helsenett SF med sikte på implementering fra 1. januar 2020.*

Programmet NEO er opprettet og skal sørge for en godt koordinert og samordnet prosess frem mot 01.01.2020 på tvers av organisasjonene. Programmet skal legge grunnlaget for at Direktoratet for e-helse fremstår med en tydeligere og styrket myndighetsrolle fra 01.01.2020, og har en tydelig ansvarsfordeling og grensesnitt til Norsk Helsenett som tjenesteleverandør av nasjonale e-helseløsninger. Videre skal programmet sikre en vellykket sammenslåing av to organisasjoner som fortsatt ivaretar drift, forvaltning og utvikling av nasjonale e-helseløsninger på en god måte og er godt forberedt til å videreutvikle et profesjonelt nasjonalt leverandørapparat. Det er opprettet fire felles arbeidsstrømmer i programmet innenfor HR, teknisk transisjon, økonomi og samhandling/grensesnitt. Programmet er inne i planleggingsfasen og det vil orienteres om status for arbeidet i møtet.

Til Møte 2/19
Dato 27.05.2019
Saksnummer 20/19
Type Drøfting

Fra Inga Nordberg
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

Etablering av områdestyring

Forslag til vedtak

NUIT tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse om å ta med innspill i det videre arbeidet med etablering av områdestyring.

Hensikt med saken

Orientere om og drøfte etablering av områdestyring og sektorsammensatte styrer for områder.

Bakgrunn

Nasjonal styringsmodell for e-helse er etablert av Direktoratet for e-helse for å styrke gjennomføringsevnen av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren og for å bidra til sterkere nasjonal styring. Styringsmodellen skal sikre sterk forankring av nasjonale valg innen e-helse på tvers i helse- og omsorgssektoren. Den skal også bidra til en koordinert gjennomføring slik at gevinster i større grad kan hentes ut.

Nasjonal styringsmodell har tre utvalg; Nasjonalt e-helsestyre, Prioriteringsutvalget (NUIT) og Fagutvalget (NUFA). For enkelte nasjonale løsninger er det i tillegg etablert sektorsammensatte produktstyrer som anbefaler målbidde og veikart, prioriterer større endringsbehov og foreslår nye prosjekter til nasjonal e-helseportefølje.

De nasjonale utvalgene er understøttet av tre styringsprosesser på nasjonalt nivå, som sørger for felles strategisk retning for e-helse samt koordinering og forankring i sektoren. Strategiprosessen setter rammer og mål, mens porteføljestyingsprosessen og forvaltningsstyringsprosessen sørger for realisering av strategien. Nasjonal arkitekturstyring inngår i alle tre prosessene.



De nasjonale styringsprosessene har gradvis blitt etablert og profesjonalisert. Forvaltningsstyringsprosessen er i dag den minst modne av prosessene. Det er etablert produktstyrer for helsenorge og e-helsestandarder/meldingsutvekslingen, men det er ikke gjennomført en helhetlig vurdering og etablering av produktstyrer.

Fra diskusjoner både internt og i nasjonal styringsmodell ser vi at det er en svært ulik forståelse av begrepet forvaltningsstyring. Forvaltningsstyringsprosessen er den nasjonale prosessen som skal sikre at forvaltningen av nasjonale løsninger blir ivarettatt ut fra en strategisk og helhetlig prioritering, uavhengig av eier. Begrepet blir av flere forstått som den operative forvaltningsstyringen av en løsning. For å unngå videre misforståelser, vil direktoratet vurdere å endre navn på den nasjonale prosessen.

I beslutningsunderlag for ny e-helseorganisering og nasjonal tjenesteleverandør anbefales det at nasjonale løsninger styres gjennom sektorsammensatte produktstyrer. Det anbefales at alle nasjonale løsningene, som skal forvaltes av nasjonal tjenesteleverandør og/eller være samfinansiert, skal ha relevante sektorsammensatte produktstyrer. Sektors behov for forvaltning av de nasjonale løsningene skal håndteres gjennom løpende prioritering innenfor gitte rammer i de sektorsammensatte styrene.

For å sikre en mer helhetlig styring og koordinering foreslår direktoratet å etablere styrer for områder, som videreutvikling av dagens produktstyrer som kun omfatter enkeltløsninger. Et område kan omfatte en eller flere nasjonale løsninger, tjenester, plattformer etc. som hører sammen og gir en helhet, for eksempel i en verdikjede. Områdestyrene skal sørge for at sektoren har medbestemmelse i prioriteringsbeslutninger innen området, og bidra med å anbefale strategisk retning for området. Dette gir også en mer effektiv tidsbruk for sektoren, som skal delta i styrene.

På et overordnet nivå foreslås områdestyrets mandat til:

- Anbefale strategisk retning for området, i tråd med nasjonal e-helsestrategi og strategisk plan
- Prioritere sektorens behov for forvaltning/videreutvikling innenfor overordnede rammer gitt av nasjonal styringsmodell
- Prioritere større utviklingstiltak for området, og foreslå dette som nye prosjekt i nasjonal e-helseportefølje; til behandling i porteføljestyingsprosessen.

Primært vil det være behov for å etablere områdestyrer som inkluderer de nasjonale løsningene som planlegges overført til ny nasjonal tjenesteleverandør; Helsenorge, e-resept, Kjernejournal og grunnadataplattformen.

I tillegg er det behov for et sektorsammensatt styre som bidrar i prioritering av tiltak i plan for Felles grunnmur for digitale tjenester, og i strategiske og prinsipielle valg i utvikling og forvaltning av grunnmuren. Felles grunnmur skal legge til rette for enkel og sikker samhandling på tvers av virksomheter og forvaltningsnivå. Sammenfallende behov skal ha felles løsninger, som bidrar til raskere, sikrere og mer kostnadseffektiv digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Tiltakene skal løse felles behov én gang,

framfor at aktørene løser de hver for seg. Plan for Felles grunnmur ble utarbeidet i 2018, basert på sektorenes samlede og felles behov. Planen inneholder tiltak for å utvikle Felles grunnmur i perioden 2019-2023. Det forutsettes at tiltakene vurderes og prioriteres årlig gjennom nasjonal porteføljestygingsprosess.

Legemiddelområdet er et annet eksempel på et område. Direktoratet for e-helse har i tildelingsbrevet for 2019 fått i oppdrag å *"Sørge for en overordnet koordinering av e-helsetiltak på legemiddelområdet. Helsedirektoratet, Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene og KS skal involveres i arbeidet"*.

Områdestyring ble presentert i NUFA 24. april. I et gruppearbeid ble NUFA-medlemmene invitert til å gi innspill til inndeling i områder. Gruppene har brukt ulike begrep, men oppsummert er majoriteten av forslagene fra NUFA en inndeling i disse områdene:

- Innbyggertjenester
- Digitalisering av legemiddelområdet
- Helsedata, inkl. registerfeltet
- Felles grunnmur
- EPJ

Direktoratet foreslår en gradvis etablering av områdestyrene, og at det kun opprettes noen utvalgte sektorsammensatte styrer innledningsvis. Områdene og områdestyrene kan utvides eller justeres over tid, og nye områder kan etableres slik at alle sentrale områder dekkes.

Direktoratet for e-helse vil gjøre en vurdering av de eksisterende produktstyrene for hels norge og e-helsestandarder (meldingsutvekslingen). Disse kan utvides til å bli områdestyrer, eller fortsette som separate råd for sin løsning, på et mer operativt nivå. Tjenesteleverandøren vil også ha behov for god sektorinvolvering i forvaltning av de nasjonale løsningene. Mandat for og styrenes sammensetning vil bli vurdert opp mot behovene.

Direktoratet ønsker innspill fra NUIT vedrørende direktoratets forslag om å etablere områdestyring, dette gjelder både innhold, inndeling i områder, områdestyrenes mandat mv. I tillegg ønskes innspill på rekkefølge for etablering av områdestyrer; hva ser NUIT som mest kritisk å få på plass.

Etter at NUIT har gitt sine innspill, vil direktoratet drøfte områdestyring videre både internt og i nasjonal styringsmodell, inntil endelig beslutning fattes i Nasjonalt e-helsestyre.

Til	Møte 2/19
Dato	27.05.2019
Saksnummer	21/19
Type	Orientering

Fra	Inga Nordberg
Saksbehandler	Hans Löwe Larsen

Nasjonal arkitekturstyring

Forslag til vedtak

NUIT tar saken til orientering, og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill i den videre prosessen med å utvikle Nasjonal arkitekturstyring.

Hensikt med saken

Hensikten med dette saken er å gi en status for arbeidet, og orientere om de videre planene i 2019. Det er ønskelig med tilbakemelding på planene som er lagt og innspill til prioritering av den nasjonale arkitekturstyringens innsats.

Bakgrunn

I Direktoratet for e-helses hovedinstruks omtaler direktoratets rolle slik:

- *Direktoratet har nasjonal myndighet og premissgiverrolle på e-helseområdet*
- *Som myndighet skal etaten ivareta en forutsigbar IKT-utvikling gjennom strategisk styring og nasjonal samordning i hele helse- og omsorgssektoren*

I Direktoratet for e-helses tildelingsbrev til Direktoratet i 2018 spesifiseres det at

- Myndighetsrollen skal styrkes innenfor arkitektur

Dette er fulgt opp i Prop. 1 S (2018-19):

- **Myndighetsrolle:** Direktoratet for e-helse har ansvaret for å utrede og foreslå felles nasjonale arkitekturprinsipper, kodeverk, terminologier og standarder på IKT-området i helse- og omsorgssektoren.

- **Nasjonal arkitekturstyring og standardisering:**

Direktoratet for e-helse har ansvar for å utarbeide anbefalinger som underlag for å innføre nasjonale krav, og utarbeide nasjonale retningslinjer på e-helseområdet

På bakgrunn av dette har vi igangsatt et arbeid for å etablere en nasjonal arkitekturstyring med sterk forankring på tvers i helse- og omsorgssektoren. Plan for hvordan Direktoratet for e-helse vil legge opp dette arbeidet har vært fått innspill fra NUFA i sak 38/18 i 2018. Rapporten "Nasjonal arkitekturstyring i helse- og omsorgssektoren" gir en overordnet beskrivelse av planen og ble publisert i desember 2018. Denne rapporten peker på at

"Nasjonal arkitekturstyring skal integreres i nasjonal styringsmodell for e-helse, understøtte prosessene for strategi, porteføljestyling og forvaltningsstyring, og ha en god involvering og forankring i sektoren.

Nasjonal arkitekturstyring har som formål å bidra til en koordinert og enhetlig IKT-utvikling i helse- og omsorgssektoren som understøtter den ønskede strategiske retningen for e-helse. Riktige arkitekturvalg skal styrke gjennomføringsevnen og gi bedre samlet måloppnåelse. Nasjonal arkitekturstyring har ansvar for å se IKT-utviklingen i et helhetlig og langsiktig perspektiv.

.....

Nasjonal arkitekturstyring skal utøves basert på fastsatte arkitekturprinsipper, referansearkitekturer, standarder, målbilder og veikart og annet nasjonalt styringsgrunnlag. Dette inngår i felles grunnmur for digitale tjenester. Nasjonal arkitekturstyring vil ha ansvar for at relevant styringsgrunnlag utarbeides og forvaltes, samt å gi sektoren informasjon og veiledning i bruk av disse. Arkitekturstyringen skal også bistå med arkitekturvalg på områder der det ikke er fastsatt styringsgrunnlag, eller der det er uenighet om tolkningen av eksisterende styringsgrunnlag.

Arkitekturstyringen skal understøtte strategiprosessen ved å bidra med å se IKT-utviklingen i et helhetlig perspektiv, vurdere hvordan teknologisk utvikling påvirker muligheter og rammer for digitalisering i helsesektoren og identifisere nødvendige tiltaksområder.

Arkitekturstyringen skal understøtte den nasjonale porteføljestylingprosessen ved å bidra til økt nasjonal samordning av løsningsvalg og en mer enhetlig IKT-utvikling i sektoren.

Arkitekturstyringen vil ha et spesielt ansvar for å se IKT-utviklingen i et langsiktig perspektiv."

Under vil vi løfte fram noen leveranser fra nasjonal arkitekturstyring så langt,

- Første runde på innsamling og presentasjon av styringsgrunnlag er gjennomført (fra www.ehelse.no):

Styringsgrunnlag

Direktoratet for e-helse utarbeider styringsgrunnlag som gir rammer og retningslinjer for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren. Målgruppene for dokumentene er virksomheter, leverandører og prosjekter.

Referanse- og målarkitekturer

[Samhandlingsarkitekturer i helse- og omsorgssektoren](#)

[Referansearkitektur for meldings- og dokumentutveksling](#)

[Referansearkitektur for dokumentdeling](#)

[Referansearkitektur for datadeling](#)

[Målarkitektur for dokumentdeling](#)

Anbefalinger og veiledninger

[Anbefaling om bruk av AMQP](#)

[Anbefaling om bruk av SMART on FHIR](#)

[Retningslinjer for logging ved data- og dokumentdeling](#)

[Veileder for utvikling av datadelingsgrensesnitt](#)

[Krav til sikkerhetsbillett ved deling av helseopplysninger](#)

[Anbefaling av tillitsmodell for data- og dokumentdeling](#)

- Strukturert deltagelse i nasjonal porteføljestyringsprosess
- Gjennomgang av prosjekter i nasjonal portefølje med mål om å avdekke behov og avhengigheter knyttet til Felles grunnmur og samhandlingsevne
- Arbeidsmøter med HN, HSØ gjennomført. Møter er avtalt med øvrige RHF-er, Helsedirektoratet, KS og FHI.
- Temasesjoner i NUFA, blant annet "NUFA on FHIR"

Området for nasjonal arkitekturstyring er stort og omfattende, og vi anbefaler at det primære fokus for arkitekturstyringen er å sikre samhandlingsevnen mellom aktørene i sektor, informasjonsflyten mellom dem og etablering av et nasjonalt veikart

Sentrale oppgaver videre i 2019 vil være:

- Oppfølging og rapportering rundt pågående utvikling i 2019 (primært arkitekturråd)
- Fokus på samhandlingsbehov og nødvendig innsats i sektor for å styrke dette området
- Etablering av samarbeid i nasjonal strategiprosess
- Arbeid sammen med Nasjonal tjenesteleverandør for å klargjøre Nasjonal Arkitekturstyring og vårt felles ansvar
- Rundreise med møter og avklaringer hos sentrale aktører i sektor for å finne gode former for dialog og gode møteplasser
- Tett samarbeid med standardisering rundt internasjonalt arbeid og felles utvikling av styringsgrunnlag.
- Modell for koordinert utvikling og forvaltning av Felles grunnmur
- Oppdrag fra HOD (blant annet innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan)

Til Møte 2/19
Dato 27.05.2019
Saksnummer 22/19
Type Drøftingssak

Fra Karl Vestli
Saksbehandler Irene Olausen

Nasjonal handlingsplan for e-helse – prioritering av innsatsområder for 2020

Forslag til vedtak

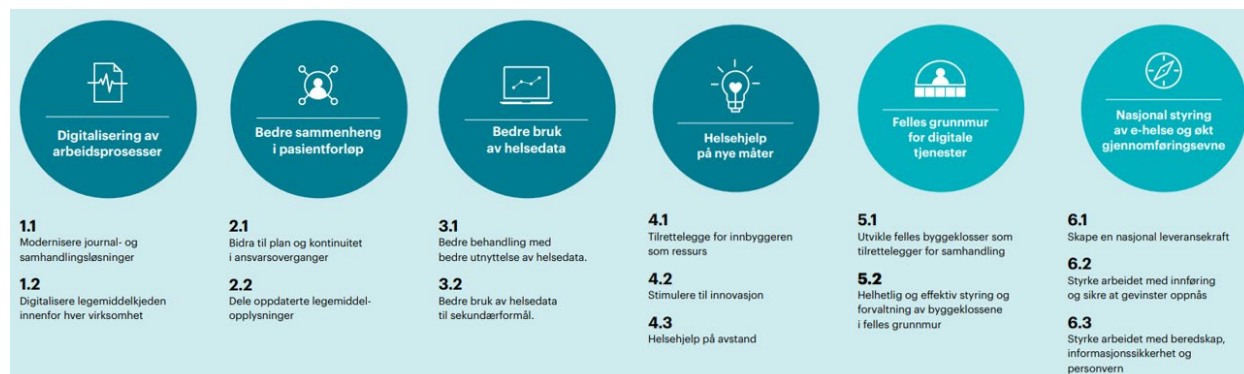
NUIT tar saken til etterretning og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill framkommet i møtet i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse har gjennom den nasjonale styringsmodellen for e-helse etablert en felles [strategi](#) og [handlingsplan](#) for e-helse i samarbeid med sentrale aktører i helse- og omsorgssektoren. Handlingsplanen beskriver innsatsen som er nødvendig for å realisere det strategiske målbildet for e-helseutviklingen. Direktoratet arbeider nå med en prioritering av innsatsområdene for 2020 som ønskes drøftet med utvalget i møtet 27. mai (figur 6).

Bakgrunn

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 arbeidet med prioritering lagt til grunn etablerte faglige kriterier for prioritering i helse- og omsorgssektoren ([Lønning-utvalget](#), [Blankholm-utvalget](#)). Disse vektlegger *Nytte*, *Alvorlighet*, og *Ressurs*. 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 porteføljen og prosessen for prioritering og finansiering av konkrete tiltak.

Målet med prosessen har vært å få opp bredden i den faglige og politiske diskusjonen rundt e-helseutviklingen. Samtidig har en ønsket å ivareta behovet for å sikre gode rammebetingelser for å legge grunn for helhetlige og langsiktige prioriteringer.

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 inneværende) politiske føringer som fremkommer gjennom offentlige dokumenter som er lansert og under arbeid.**
- 3. Relevante utviklingstrekk fremkommet gjennom Rapport Utviklingstrekk 2019.**

Ved å kombinere aktørenes innspill med en gjennomgang av faglige og politiske utviklingstrekk har vi utarbeidet et grunnlag for å drøfte prioriterte områder i planen for 2020. Vedlagt ligger en oppsummert fremstilling av hovedpunkter i kildegrunnlaget. Hovedpunkter betegnes her som perspektiver på nytte og alvorlighet knyttet til e-helseutviklingen.

Hovedpunktene fra kildegrunnlagene er plassert inn i gjennom boblediagram med en stigende x-akse som representerer *nytte* og en stigende y-akse som representerer *alvorlighet*. Hvert innsatsområde er representert av en boble i diagrammet med farge basert på hvilket strategisk område det tilhører (figur 2). Dette er illustrert gjennom flere boblediagram, et for sektoren, et for politikken, samt et der disse innspillene er samlet (figur 3, 4, 5).

Digitalisering av arbeidsprosesser

- o 1.1 Modernisere journal- og samhandlingsløsninger
- o 1.2 Digitalisere legemiddelkjeden innenfor hver virksomhet

Bedre sammenheng i pasientforløp

- o 2.1 Bidra til plan og kontinuitet i ansvarsoverganger
- o 2.2 Dele oppdaterte legemiddelopplysninger

Bedre bruk av helsedata

- o 3.1 Bedre behandling med bedre utnyttelse av helsedata
- o 3.2 Bedre bruk av helsedata til sekundærformål

Helsehjelp på nye måter

- o 4.1 Tilrettelegge for innbyggeren som ressurs
- o 4.2 Stimulere til innovasjon
- o 4.3 Helsehjelp på avstand

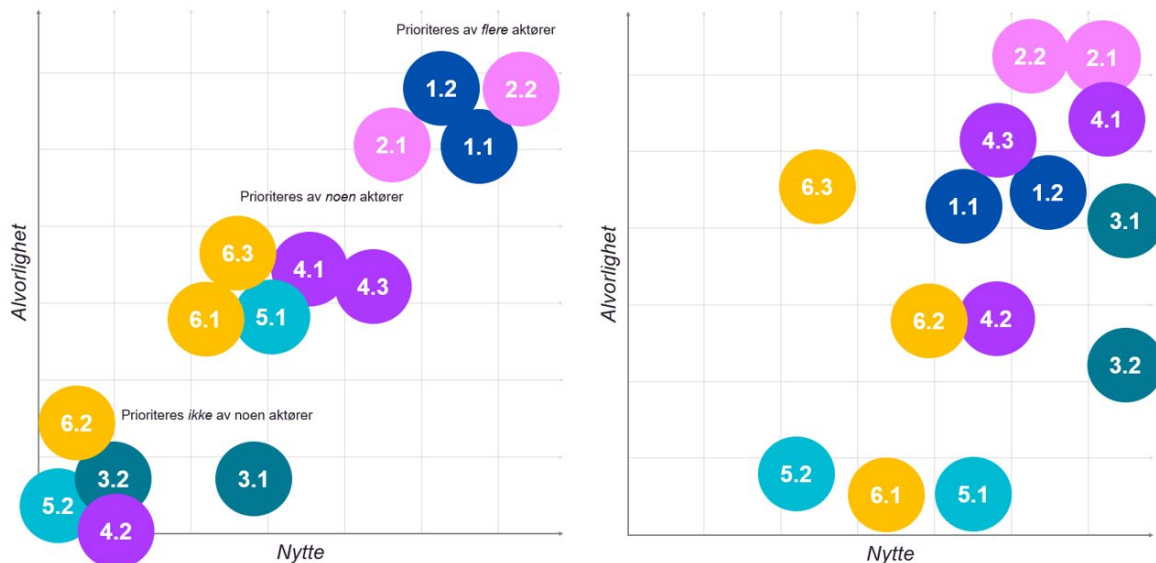
Felles grunnmur for digitale tjenester

- o 5.1 Utvikle felles byggeklosser som tilrettelegger for samhandling
- o 5.2 Helhetlig og effektiv styring og forvaltning av byggeklossene i felles grunnmur

Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne

- o 6.1 Skape en nasjonal leveransekraft
- o 6.2 Styrke arbeidet med innføring og sikre at gevinster oppnås
- o 6.3 Styrke arbeidet med beredskap, informasjonssikkerhet og personvern

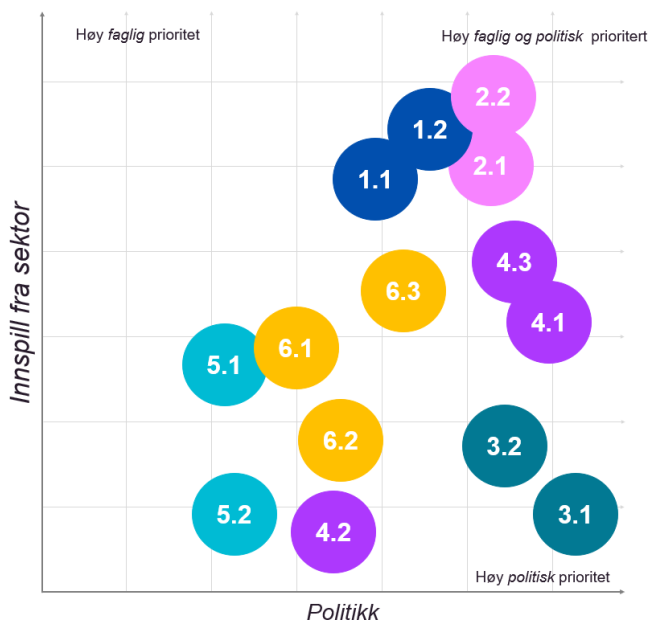
Figur 2: Fargeinndeling av innsatsområdene i henholdt til overordnet strategisk satsingsområde.



Figur 3 og 4: Figur 3 viser innspill fra sektoren og figur 4 viser politikkutvikling.

Sett under ett (figur 5) viser resultatene fra figur 3 og 4 at det er innsatsområdene 1.1 *Modernisere journal- og samhandlingsløsninger*, 1.2 *Digitalisere legemiddelkjeden innenfor hver virksomhet*, 2.1 *Bidra til plan og kontinuitet i ansvarsoverganger* og 2.2 *Dele oppdaterte legemiddelopplysninger* som oppnår høyest prioritet. Innsatsområdene 4.1 *Tilrettelegge for innbyggeren som ressurs*, 4.3 *Helsehjelp på avstand* og 6.3 *Styrke arbeidet med beredskap, informasjonssikkerhet og personvern* ligger også relativt høyt. Mens innsatsområdene 3.1 og 3.2 som omhandler *Bedre bruk av helsedata* er prioritert i kontekst av politikkutvikling.

Samlet gir dette et bilde (figur 5) av hvordan prioriteringer for e-helseutviklingen fremkommer gjennom faglige og politiske diskusjoner.



Figur 5: Prioriterte innsatsområdene basert på sektoren og politikk.

Utover faglige og politiske perspektiver (figur 5) har direktoratet vektlagt innsatsen som går på rammebetingelser og forutsetninger som en del av prioriteringen. Resultatet av dette fremgår i figur 6. Her vurderes innsatsområdene 5.1 *Utvikle felles byggeklosser som tilrettelegger for samhandling*, 6.1 *Skape en nasjonal leveransekraft*, og 6.2 *Styrke arbeidet med innføring og sikre at gevinster oppnås* prioritert opp sett i forhold til figur 5.



Figur 6: Prioriteringer fremkommet gjennom prosessen.

Vedtak på tilsluttende saker

Sak	Tema	Vedtaksformulering
21/18	Nasjonal handlingsplan for e-helse 2019-2022 (versjon 0.8)	NUIT tilslutter seg saken og ber om at følgende innarbeides i videre behandling: <ul style="list-style-type: none"> • Begrepet handlingsplan endres til strategisk plan. • Planen må vise prioritering mellom innsatsområdene for at den skal fungere som et tilstrekkelig verktøy for realisering av nasjonal e-helsestrategi. • Eksisterende prioriteringer i planen, det vil si initiativ som allerede er igangsatt, må tydeliggjøres. • Innspill til tematiske og språklige justeringer innarbeides i planen.

Nasjonal handlingsplan for e-helse – prioritering av innsatsområder for 2020

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 politiske føringer som fremkommer gjennom offentlige dokumenter som er lansert og under arbeid.**
- 3. Relevante utviklingstrekk som fremkommer gjennom arbeidet med Rapport Utviklingstrekk 2019.**

Ved å kombinere aktørenes innspill med en gjennomgang av faglige og politiske utviklingstrekk har vi utarbeidet et grunnlag for å drøfte prioriterte områder i planen for 2020.¹ Under følger en oppsummert fremstilling av hovedpunktene i kildegrunnet.

1 Innspill fra sektoren

I vårens dialogmøter med NUIT/NUFA medlemmer ble aktørene bedt om å vurdere hvilke innsatsområder i planen de mener burde prioriteres for 2020.

Alle de fire regionale helseforetakene (RHFene) viste til pågående arbeid på innsatsområdene 1.1. og 1.2 med modernisering av EPJ-systemer og eKurve løsning som deres høyest prioriterte områder. De tre RHFene utenom Helse Midt RHF viser også til *Felles plan for EPJ/PAS* med prioriteringer på kort og mellomlang sikt. Utover modernisering av EPJ/PAS er prioriteringen her innenfor satsningsområdet *Bedre sammenheng i pasientforløp*, og knytter seg til pasientens legemiddelliste, en felles nasjonal løsning for kritisk informasjon basert på Kjernejournal, deling av journalinformasjon på tvers av virksomheter, samt videreutvikling av helsenorge.no som en del pasientens helsetjeneste. Fremover blir det viktig å klargjøre hva som skal være RHFenes bidrag til en helhetlig nasjonal EPJ og samhandlingsløsning.

Videre ble det vist til RHFenes innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan. Disse innspillene blir gjennomgått under i vurderingen av relevant politikikutvikling på e-helseområdet. Disse perspektivene må ses i sammenheng med aktørenes innspill i dialogmøtene for en helhetlig vurdering av RHFenes prioriteringer. RHFene peker også selv på viktigheten av å se arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan i regi HOD og strategiarbeidet i Direktoratet for e-helse i en sammenheng, særlig når vi kommer til prosjekter og implementering.

Helse Vest RHF

Helse Vest RHF mente innsatsområde 2.1 og 2.2, herunder tiltak knyttet til pasientens legemiddelliste og tilgjengeliggjøring av kritisk informasjon via Kjernejournal burde prioriteres i 2020. Det ble vist til dokumentasjon av alvorlighet ved feil og mangler ved informasjonssystemer på legemiddelområdet og gevinstpotensialet knyttet til økt pasientsikkerhet ved innføring av digital støtte.

Helse Midt RHF

Helse Midt trakk frem flere viktige nasjonale prosjekter og aktiviteter, men poengterte at det viktigste som burde gjennomføres nasjonalt av Direktoratet for e-helse er samhandling mellom helsepersonell.

¹ Eksisterende politiske dokumenter som St.mld. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal* er en del av vurderingsgrunnet, men gjennomgangen for dette dokumentet har tatt for seg politikk under utvikling/ny politikk for å avdekke eventuelle nye politiske prioriteringer.

Helse Nord RHF

Helse Nord mente prioriteringene burde dreie rundt utvikling som er tjeneste- og pasientnært og gir direkte verdi for sluttbrukeren. Digitale innbyggertjenester under 2.1 særlig viktig. Det ble pekt på behov knyttet til utvikling av grunnmur 5.1, viktigheten av innsatsområde 6.3 omhandlende informasjonssikkerhet, beredskap og personvern. Det ble i den sammenheng også pekt på behovet for å nedprioritere Helsedataprogrammet, da dette bør komme i annen rekke, og en først må fokusere på komponentene i grunnmur og modernisering av systemer som høster data inn, altså det grunnleggende som er utgangspunktet og skal legge til rette for en mer fremtidsrettet forvaltning av helsedata.

Helse Sør-Øst RHF

Helse Sør Øst RHF savner en tydeligere prioritering av innsatsen rundt data- og dokumentdeling. Dette er løsninger som kan gi stor helsegevinst på kort sikt. Samhandlingsløsninger bør generelt prioriteres som en del av grunnmur, ikke som en del av Akson og hva vi faktisk mener med samhandlingsløsning må defineres tydelig. I den sammenheng må koplingen til etablerte løsninger som Kjernejournal og helsenorge.no komme klart frem, og dette må etableres raskt. Det oppnår vi ikke ved følge samme tidsplan og styringsmodell som for nasjonal kommunal løsning.

Folkehelseinstituttet

FHI mener det bør gjøres et arbeid for å tydeliggjøre overfor HOD hvordan prioriteringene og investeringene i e-helse potensielt vil endre helse- og omsorgstjenesten i fremtiden. Videre påpekte FHI at det er utfordrende at vi mangler felles finansieringskilder/modeller, det gjør det uklart hva som er den reelle betydningen av prioriteringene. FHI mener legemiddelområdet bør ha prioritet. Det ble ytret ønske om at FHI og direktoratet samarbeider om det å gi befolkningen innsikt i sine helsedata. Etaten viste også til behovet for digitaliseringstiltak knyttet til forebygging. Grunnmurskomponentene, spesielt grunndata, burde prioriteres høyt da dette er et område med stor nytteverdi.

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet mener hele det strategiske området Helsehjelp på nye måter, med tiltaksområder som medisinsk avstandsoppfølging og persontilpasset medisin, burde løftes og prioriteres i strategien. Grunnmursarbeidet er også særlig viktig, og det er viktig å inngå samarbeid om skjæringsfeltet mellom de to etatene på helsefaglig standardisering.

KS og kommuner

Legemiddelområdet, herunder både digital støtte til legemiddelhåndtering innad i virksomheter og informasjonsutveksling på tvers av virksomheter, ble sammen med grunnmur, spesielt data og dokumentdeling, trukket frem som de områdene som burde prioriteres høyest nasjonalt. Videre ble det påpekt at man burde prioritere etter hvilke aktiviteter som bygger opp under den nye samhandlingsløsningen.

KS sitt veikart for e-helse i kommunesektoren viser at de prioriterte innføringsaktivitetene i kommunene frem til 2023 er DigiHelse, Velferdsteknologi, Modernisert folkeregister, Kjernejournal, PLL med e-resept og multidose, Helseplattformen og EIEJ konsept 7.

2. Ny politikk

Nasjonal e-helsestrategi skal bidra til å realisere overordnede helse- og omsorgspolitiske mål. Å kontinuerlig vurdere hvordan nytte og alvorlighet knyttet til e-helseutviklingen fremkommer i politikktutvikling er derfor sentralt for prioritering. Her har vi gjort en gjennomgang av politikktutviklingen så langt i 2019. Her er det blant annet Nasjonal helse- og sykehusplan, Helsenæringsmeldingen og Folkehelsemeldingen som er vurdert. Det er særlig det pågående arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan som er interessant ift. prioritering av handlingsplan for e-helse. Interessante perspektiver er oppsummert under:

RHFenes innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

Behov for å prioritere pasientgrupper, herunder kronikere og pasienter med langvarige og komplekse tilstander, såkalte «storforbrukere» av helsetjenester (de 5% av befolkningen som konsumerer 50% av helsetjenestene). Behov for å styrke samhandlingen og forbedre kvaliteten i tjenesteytingen for disse pasientgruppene, slik at en ivaretar helhetlige behov på en sammenhengende måte for sårbare pasientgrupper med komplekse behov. Relevant for e-helse både i forhold til *Bedre sammenheng i pasientforløp* for å bidra til helhetlig oppfølging av komplekse tilstander og *Helsehjelp på nye måter* i form av mer forebyggende og tilrettelagt oppfølging, også i hjemmet, slik at det er mulig å fortsette å leve livet med en tilstand.

Omorganisering av helsetjenesten som et svar på bærekraftsutfordringene for velferdstjenestene frem mot 2035. Det søkes å forbedre kvalitet, helhet og sammenheng for sårbare pasientgrupper med komplekse behov og samtidig sikre bærekraftige helsetjenester gjennom nye arbeidsformer og bedre samarbeid innen og mellom virksomheter og nivåer og sektorer. Samhandlingsløsninger mellom helsetjenester med fokus på deling av data er nøkkelen for denne omorganiseringen, men det skisseres ikke hvordan teknologiaspektet skal understøtte en omorganisering av tjenesten. Dette er relevant både i forhold til det å modernisere EPJ systemer og utvikle samhandlingsløsninger for digital samhandling mellom virksomhetenes systemer. Det er også relevant å se på hvordan digitalisering kan bidra til å muliggjøre nye måter å organisere helse- og omsorgstjenester på, som teambasert oppfølging.

Det er nødvendig å **etablere grunnleggende byggeklosser som legger til rette for fremtidige analysemetoder** som helsedatanalyse, kunstig intelligens, persontilpasset medisin, «big data» og robotisering. Slik helseanalyse medfører problemstillinger omhandlende innbyggeres krav til samtykke eller reservasjonsrett mot deling av helsedata. Dette vil være en del av **innbyggeres tilgang til egne helsedata** og deres deltakelse i beslutninger om egen helse. Teknologien må muliggjøre håndtering og forvaltning av helsedata på en måte som understøtter ønskede hensyn til personvern og konfidensialitet samt tilgjengelighet og integritet

Teknologi gir nye muligheter for forebygging, tidlig intervensjon, diagnostikk, behandling, oppfølging, samhandling og mestring. Det er behov for å utforske og prøve ut flere muligheter for bruk av teknologi som medisinsk avstandsoppfølging og hjemme-monitorering, E-poliklinikk (E-mestring, digital dialog, pasientportalløsninger), bruk av virtuelle samarbeidsløsninger, samt bruk av strukturerte spørreskjema (eks PROM, PREM) og andre løsninger som PROMS for oppfølging.

Det trengs **innovasjon og omstilling i helse- og omsorgstjenesten** som gir tilbud av høy kvalitet, med lavere ressursbruk. Behov for ny tjenesteutforming og andre nye og effektive måter å organisere tjenestetilbudet på.

Det forventes at **personvern og bruk av persondata / helsedata** i fremtiden vil være en pågående debatt, hvor enkeltindividets rett til privatliv og styring av egne data vil være fremtredende. I hvilken grad helsetjenesten vil få anledning til å benytte helsedata til fremtidig analyse vil således avhenge av tillitsforholdet mellom borger og tjeneste. Datasikkerhet vil derfor være et strategisk viktig område i dette arbeidet.

Ny teknologi og nye måter å organisere helsetilbudet på kan medføre at **ansvarsforhold blir uklare i forhold til nåværende lovgivning**. Det vil være behov for å jobbe med regelverksutvikling i et strategisk øyemed. Flere sentrale problemstillinger knyttet til lovgivning og ansvarsavklaring vil forekomme:

- Lover og forskrifter som regulerer behandling av helseopplysninger, herunder deling av helseopplysninger mellom virksomheter, stiller implisitte komplekse krav til teknologiløsninger som medfører svært tidkrevende og kostbart utviklingsarbeid.
- Lover og forskrifter understøtter i liten grad bruk av teknologier som komplekse helseanalyser som beslutningsstøtte for helsepersonell i helsehjelp, inkludert analyser av helsedata fra sammenlignbare pasienter.
- Lover og forskrifter gir ikke rett til digitalt innsyn i egen journal, for pasient og pårørende, og da heller ikke en plikt for virksomheter til å tilby dette.

Bruk av teknologi er en av de største driverne for **økende helseutgifter**. Nye måter å yte helsehjelp på, med bruk av moderne teknologi, er til fordel for pasienten men gir ofte ingen ekstra inntekter, bare ekstrautgifter (til teknologinnføringen). **Finansieringsmodellene** bør videreutvikles i tråd med helhetlig forløpstenkning, faglig innovasjon og mulighet for satsning på forebyggende tiltak og tverrfaglig samarbeid. Lovverk og finansieringsmodeller må være arenanøytrale og uavhengig av yrkesgruppe. Det ligger implisitt i dokumentet at det ønskes en sterkere **styring**, og at dette også gjelder kommunene. Dermed aktualiseres behovet for å satse på utvikling av nye styrings- og finansieringsmodeller som går på tvers av etablerte strukturer.

Granavolden-plattformen

Regjeringsplattformen støtte opp under utviklingen som skisseres i RHFenes innspill med mer bruk av medisinsk avstandsoppfølging og nye organisasjonsformer med delt ansvar på tvers av fag og nivåer, tilrettelagt rundt pasienten, og i pasientens hjem.

Helsenæringsmeldingen

Den teknologiske utviklingen har betydning for utviklingen av den norske helse- og omsorgstjenesten, og den har betydning for utviklingen av norsk næringsliv. Den teknologiske framgangen, blant annet digitalisering og muliggjørende teknologier, vil over tid endre næringslivet. E-helse får stadig større betydning for helse- og omsorgstjenestene både i Norge og internasjonalt. Pasientens helsetjeneste må utvikles innenfor bærekraftige rammer. Næringslivet er en del av løsningen. Et attraktivt hjemmemarked for helsenæringen vil danne grunnlag for økt verdiskaping og flere lønnsomme arbeidsplasser i norsk økonomi. Allikevel er det uklart om hvor langt det offentliges ansvar går i å utvikle og sørge for nye løsninger, særlig på e-helseområdet, og den offentlige helse- og omsorgstjenestens håndtering av offentlige anskaffelser er til tider krevende.

Folkehelsemeldingen

Folkehelsemeldingen understøtter regjeringens ønske om å videreføre og videreutvikle et effektivt, systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Meldingen trekker frem tre områder hvor regjeringen må forsterke innsatsen: tidlig innsats for barn og unge, forebygging og ensomhet, mindre sosial ulikhet innenfor helse. Meldingen understreker at bruk av teknologiske løsninger og innovasjoner vil kunne føre til god folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester. Det er et stort potensial for mer forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet innenfor dette området. Meldinger understreker også at kunnskaps- og forskningsinstitusjoner er viktige medspillere i arbeidet med å utvikle og ta i bruk teknologi og nye løsninger for innbyggerne, spesielt den eldre delen av befolkningen.

3. Relevante perspektiver fra Rapport utviklingstrekk 2019

Teknologi innen **kunstig intelligens og helseanalyse** kan gjøre helsetjenesten mer bærekraftig og bidra til økt pasientsikkerhet, men det er behov for å se på problemstillinger innen personvern, etikk, informasjonssikkerhet og infrastruktur før potensialet kan realiseres fullt ut. Får å få gevinster ved bruk av kunstig intelligens og helsedata må personvernprinsippet om dataminimering håndteres i en tidlig fase av prosjektene for hvilke

personopplysninger det er behov for og hvordan det skal håndteres. Det vil stilles større behov til lovverk for håndtering av personopplysninger og økt fokus på etikk.

Ivaretagelse av **personvern og informasjonssikkerhet** er en forutsetning for digitalisering. Innbyggerne må kunne utøve egne personvernrettigheter på en enkel og helhetlig måte. De må ha **tillit** til at helse- og omsorgssektoren sikrer konfidensialitet, tilgjengelighet, robusthet og integritet for helse- og personopplysninger. Innbyggerne vil i økende grad forvente å ha tilgang til og råderett over egne helsedata – både data som de produserer selv ved bruk av forbrukerteknologi og apper, samt data som produseres og registreres av helsetjenesten. Innbyggerne vil forvente å få innsikt i dataene og hvordan disse brukes til det beste for seg selv og sine pårørende. Tillit gjennom godt personvern og informasjonssikkerhet er avgjørende for innbyggerens bruk av digitale tjenester.

Til Møte 2/19
Dato 27.05.2019
Saksnummer 23/19
Type Drøfting

Fra Inga Nordberg
Saksbehandler Hans Löwe Larsen

Felles grunnmur for digitale tjenester

Forslag til vedtak

NUIT tar saken til orientering, og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill fremkommet i møtet i den videre prosessen med å sikre eierskap til og finansiering av tiltakene i Felles grunnmur. NUIT-medlemmene gjennomgår egen portefølje for å vurdere om de kan ta gjennomføringsansvar for noen av tiltakene i plan for Felles grunnmur.

Hensikt med saken

Plan for Felles grunnmur for digitale tjenester ble utarbeidet i 2018, basert på sektorenes samlede og felles behov. Planen inneholder tiltak for å utvikle Felles grunnmur i perioden 2019-2023. Det forutsettes i denne at tiltakene vurderes og prioriteres årlig gjennom nasjonal porteføljestyringsprosess og at gjennomføringsansvar fordeles. Direktoratet ønsker å synliggjøre status, konsekvenser av planen og behov for fordeling av tiltaksansvar og finansiering av tiltakene knyttet til Felles grunnmur. Det er ønskelig å drøfte videre prosess slik at framdriften kan sikres og at konsekvensene av prioritering blir belyst.

Bakgrunn

Felles grunnmur for digitale tjenester skal legge til rette for effektiv og sikker samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Felles grunnmur består av kodeverk og terminologi, felles grunndata, felleskomponenter, felles krav og retningslinjer og felles infrastruktur. Dette er byggeklosser som løser felles behov én gang. Felles grunnmur skal bidra til raskere, sikrere og mer kostnadseffektiv digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Vedlagt er en kort beskrivelse av Felles grunnmur med beskrivelse av resultatmålene og alle tiltak i 2020.

Plan for Felles grunnmur er et målbilde og veikart for tiltak for å sikre samhandlingsevne på tvers av forvaltningsnivå og virksomheter. 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. Tiltakene er definert på bakgrunn av felles behov i sektoren. Under etablering av planen ble det gjennomført en bred forankringsprosess med sentrale aktører og interessenter i sektoren for å sikre at det var enighet om behovene, målene og tiltakene i planen. Tiltakene understøtter pågående initiativ som Helseplattformen i Helse Midt-Norge, Felles plan for PAS/EPJ i spesialisthelsetjenesten i Sør-Øst, Vest og Nord,

Helsedataprogrammet, Pasientens legemiddelliste samt anbefalt investeringstiltak for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. For flere av initiativene, eksempelvis Pasientens legemiddelliste og Helseplattformen, er behovet for realisering tidskritisk. Det innebærer at prosjektene må dekke behovene hver for seg dersom de ikke løses i felles tiltak, eller at risiko for manglende samhandlingsevne blir høy.

Tiltakene i planen ble prioritert og lagt ut i et veikart med milepæler for perioden 2019-2023 ut fra kjennskapen man hadde til initiativene. Dette må kvalitetssikres årlig etter hvert som man får konkretisert behovene til initiativene. Dette er første år der vi tar utgangspunkt i veikartet og gjennomfører en vurdering og konkretisering av tiltakene gjennom nasjonal porteføljestyingsprosess.

De nødvendige tiltakene er tilrettelagt for å kunne gjennomføres av ulike aktører og program i samarbeid med direktoratet. Tiltakene skal løse felles behov én gang, framfor at aktørene løser de hver for seg.

Pågående aktiviteter i 2019

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

For dokumentdeling og datadeling har det blitt etablert et nytt prosjekt for å videreføre arbeidet som startet i FIA programmet, 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 grunndataplattformen og etablerer tjenesten Person.

Program Kodeverk og Terminologi 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, administrativ 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 grunndataplatteform og utvikling av tjeneste for Person er i gang.

Innenfor dokumentdeling, datadeling og Virksomhet- og Personell-delen av felles grunndata er det planlagt tiltak i 2019 som ikke er igangsatt, eller de gjennomføres med mindre omfang enn planlagt. 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)	1/1				
Dokumentdeling		2019	2020	2021	2022	2023
RM3-M1	Felles krav og retningslinjer for dokumentdeling er publisert	1/3				
RM3-M2	Felles grunndata for tilgangsstyring på tvers tilgjengelig som tjeneste					
RM3-M3	Felleskomponenter for dokumentdeling er satt i produksjon					
RM3-M4	Test- og godkjenningsordning for dokumentdeling er etablert					
Datadeling		2019	2020	2021	2022	2023
RM4-M1	Felles krav og retningslinjer for datadeling er publisert	1/2				
RM4-M2	Felleskomponenter for datadeling er satt i produksjon					
RM4-M3	Test og godkjenningsordning for datadeling er etablert					
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	1/3				
RM5-M3	Felles krav og retningslinjer for felles grunndata er publisert					
RM5-M4	Akseptabel risiko på dagens grunddataplattform er oppnådd (Ny)	1/1				
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					
RM7-M2	Videreutvikling av felleskomponenter og testmiljø for tilgjengeliggjøring av data og tjenester satt i produksjon					

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 grunddataplattform (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 grunddataplattform 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*.

Plan for 2020

Det er ikke etablert en finansieringsmodell for Felles grunnmur. Gjennomføringsstrategien er inntil dette er på plass at aktiviteten på området fordeles på ulike ansvarlige og at tiltakene finansieres av de som har behovet først, eller samfinansieres.

Veikartet for Felles grunnmur er laget ut fra behovene vi kjenner i sektoren. For å ha mulighet til å realisere gevinstene fra grunnmuren er det derfor viktig å forsøke å opprettholde den opprinnelige planen. Ut fra veikartet gir dette 25 tiltak i 2020. Fem av disse tiltakene skyldes etterslep fra 2019. Liste over samtlige tiltak for 2020 ligger i vedlegget til dette saksnotatet. Det krever også at vi går gjennom tiltakene for å se hvilke som gir størst effekt og hva som eventuelt kan utsettes med en mindre alvorlig konsekvens. Dette er en vurdering som må gjennomføres i parallell med porteføljestyringsprosessen inn mot 2020.

Alle tiltakene i veikartet ble estimert ultimo 2018 som grunnlag for en kost-nyttevurdering. Når man skal iverksette tiltaket må man revidere estimatet. I 2020 har vi lagt til grunn at MF Helse finansierer og gjennomfører modernisert grunndataplattform og tjeneste for Person i samme størrelsesorden som for 2019. Det er også lagt til grunn at Program for Kodeverk og terminologi gjennomfører en egen prosess for finansiering, og er derfor holdt utenfor dette notatet.

Finansieringsbehovet er beregnet ut i fra estimerte investeringskostnader per tiltak. Den totale investeringskostnaden for 2020 er estimert til omtrent 200MNOK. Størrelsen på behovet og gapet mellom det vi i dag kjenner av planlagte tiltak og det beregnede behovet gjør at vi må grundigere inn i konsekvensene ved å ikke gjennomføre, og å få en tydelig prioritering av tiltakene.

Tiltakene for 2020 er i hovedsak innenfor dokumentdeling, datadeling og felles grunndata (felles tjenester for Personell og Virksomhet). For felles grunndata er det også behov for å gjøre investeringer på dagens plattform for å sikre tilstrekkelig tilgjengelighet og robusthet i perioden med overgang til modernisert grunndataplattform. Videreutvikling av felleskomponenten HelseID er også et behov som er konkretisert og løftet i 2019.

Konsekvenser dersom milepælene i planen ikke nås

Milepælene i plan for Felles grunnmur ble definert slik at de støtter opp under sektorens behov i pågående og planlagte initiativ. Behovet for realisering er i utgangspunktet tidskritisk. 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. De samlede drifts- og investeringskostnadene vil bli vesentlig høyere og man opparbeider seg teknisk gjeld.

For data- og dokumentdeling er det viktig at tiltakene startes i forkant av at sektoren tar dette i bruk. Dette gjelder spesielt felles krav og retningslinjer som må etableres for å sikre en koordinert og enhetlig utvikling fra start. Utvikling av felleskomponenter bør gjennomføres i samarbeid med prosjekter som skal ta felleskomponenten i bruk.

For dokumentdeling pågår det prosjekter i Helse Sør-Øst for å tilgjengeliggjøre journaldokumenter for helsepersonell via Kjernejournal. Det vil gjennomføres en pilot i løpet av 2019. Målet er at dokumentdeling skal bli en standardisert samhandlingsform, som alle aktører i sektoren kan benytte. For

å nå dette målet er det avgjørende at tiltakene for Felles grunnmur gjennomføres nå. Dokumentdeling løser ikke alle samhandlingsbehovene, men er et viktig første steg.

Datadeling på tvers av virksomheter og systemer er en "ny" samhandlingsform i helsesektoren. Det er flere prosjekter og programmer som har eller planlegger initiativ knyttet til datadeling, eksempelvis Helseplattformen, Helsedataprogrammet, Heliks, Velferdsteknologisk knutepunkt, MF Helse og Kodeverk og terminologi. Helseplattformen har et spesifikt behov relatert til tett integrasjon med Kjernejournal for kritisk info, dette kan være en god "case" for datadeling i en nasjonal sammenheng. Innenfor datadeling bør det sammen med sektoren enes om funksjonelle områder som bør prioriteres for datadeling det vil si enes om de områdene som har høyest nytte med håndterbar kompleksitet. Felles behov knyttet til datadeling må løses på en enhetlig måte. Dette gjelder spesielt informasjonssikkerhet, personvern, tilgangsstyring, juridiske avklaringer, standardisering, felles avtalemodeller, felleskomponenter og standardisering og andre felles krav og retningslinjer. Dersom dette ikke løses felles, må hver enkelt aktør håndtere behovene på egenhånd.

For å dekke samhandlingsbehovene på tvers er det viktig at utviklingen skjer koordinert, og blir prioritert i forhold til behovene. Uten denne felles og koordinerte innsatsen vil utviklingen ta mye lengre tid, koste mer og gi mindre nytte i helsetjenesten.

Modernisert grunddataplattform og felles tjeneste for Person gjennomføres og finansieres som en del av MF Helse. Det er imidlertid identifisert behov for å etablere felles tjenester for Personell og Virksomhet også. FRESK er et eksempel på et program som har rapportert sterk avhengighet til etablering av enhetlig virksomhetsstruktur. Grunndata er en forutsetning for etablering av data- og dokumentdeling som nye samhandlingsformer. Dersom tiltakene på grunndata ikke gjennomføres vil det få konsekvenser for mange andre tiltak.

Foreløpig vurdering er at man bør prioritere tiltak innenfor områdene grunndata, HelseID, dokumentdeling og datadeling og at man bør få fram en prioritert liste innenfor disse områdene. Tiltak knyttet til høy risiko i dagens grunddataplattform må prioriteres høyt, Dette gjelder også styrking av HelseID.

Videre prosess

Aktørene oppfordres til å gjennomgå egen portefølje for å vurdere om de kan ta gjennomføringsansvar for noen av tiltakene i felles plan for Felles grunnmur. Som en del av prosessen for å avdekke behovet for samfinansiering, vil Direktoratet for e-helse fram mot neste NUIT-møte ha dialog med de ulike aktørene 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.

Vedlegg

Tiltak og mål for Felles grunnmur

Felles grunnmur for digitale tjenester

Felles grunnmur for digitale tjenester skal legge til rette for effektiv og sikker samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Byggeklosser som inngår i Felles grunnmur skal løse felles behov fra e-helseløsninger, brukere, virksomheter og politiske føringer der det er klare fordeler med å etablere, forvalte og drifte byggeklosser i fellesskap.



Tiltak for Felles grunnmur i 2020

Under er en beskrivelse av tiltak som er planlagt for Felles grunnmur i 2020. Flere av tiltakene strekker seg over flere år. Noen av tiltakene er revidert basert på oppdatert status. Det er også lagt til nye tiltak, dette gjelder for risikoløst dagens grunddataplattform og tiltak for å videreutvikle og bredde HelseID.

Resultatmål 1: Koordinert utvikling og forvaltning av Felles grunnmur

Følgende tiltak ligger på plan for 2020:

- **RM1-T3 Utarbeide målarkitektur for felleskomponenter og avklare anvendelse av felles arkitekturprinsipper** Det skal utarbeides en felles målarkitektur for felleskomponenter i grunnmuren. Derneft bør det avklares hvordan sektoren skal anvende de nasjonale arkitekturprinsippene og om det i tillegg er behov for egne arkitekturprinsipp for helse- og omsorgssektoren.
- **RM1-T4 Etablere en plan for hvordan internasjonale standarder skal benyttes i forskjellige samhandlingsmodeller og bruksområder** Morgendagens helsetjeneste vil basere samhandlingen på forskjellige teknologier og e-helsestandarder, tilpasset spesifikke behov. Samhandling vil inkludere for eksempel meldingsutveksling, dokumentdeling og datadeling. Utviklingen byr på utfordringer og muligheter, og det er avgjørende at sektoren enes om en felles plan for hvordan standarder skal brukes for forskjellige teknologier. Det må gjennomføres vurderinger av standarder mot ulike samhandlingsmodeller og bruksområder, samt utarbeides retningslinjer for hvilke bruksscenarioer som har nytte av de forskjellige samhandlingsmodellene.

Resultatmål 2: Dagens samhandling er styrket på prioriterte områder

Følgende tiltak ligger på plan for 2020:

- **RM2-T1 Innføre prioriterte e-helsestandarder for å oppnå enhetlig meldingsutveksling.** Det inkluderer innføring av standarder for Tjenestebasert adressering, Henvisning 2.0 og helsefaglig dialog, samt krav om bruk av siste gjeldende versjon av standardene i forskrift.
- **RM2-T2 (NY) Videreutvikle og bredde HelseID.** 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. Tiltaket er inkludert som en del revidering av planen.

Resultatmål 3: Dokumentdeling er en standardisert samhandlingsform

Følgende tiltak ligger på plan for 2020:

- **RM3-T1 Etablere nasjonale krav og retningslinjer for enhetlig innføring av dokumentdeling.** Dokumentdeling er en samhandlingsform som ikke er standardisert. Ved å etablere krav til informasjonssikkerhet, e-helsestandarder, arkitekturprinsipper, veiledere og retningslinjer for praktisk bruk, vil dokumenter deles på en enhetlig og sikker måte. Det er også behov for å utrede om lover og forskrifter er til hinder for dokumentdeling, eksempelvis når det gjelder forhold rundt innbyggers personvern og medbestemmelsesrett.
- **RM3-T2 Felles modell for tilgangsstyring for dokumentdeling** Data- og dokumentdeling krever Identitets- og tilgangsstyringen for personell og innbygger må håndteres. Det har blitt utredet en modell for tilgangsstyring og det jobbes med en felles avtalemmodell for data- og dokumentdeling. Disse modellene må prøves ut, forankres, besluttes og operasjonaliseres. Dette bør gjøres gjennom etablering av et tillitsanker.
- **RM3-T3 Bistand til innføring av dokumentdeling på prioriterte områder** Erfaring fra innføring av meldingsutveksling tilsier at helse- og omsorgssektoren har behov for rådgivning når dokumentdeling skal tas i bruk, selv om innføringsansvaret primært ligger i hver enkelt virksomhet.
- **RM3-T4 Etablere og videreutvikle felleskomponenter for dokumentdeling** Det er behov for å videreutvikle det nasjonale koblingspunktet for felles dokumentdeling med tilhørende komponenter og tjenester. For å sikre at dokumentdeling blir tatt i

bruk av alle aktører og få en tjeneste som skalerer er det også identifisert behov for nasjonalt dokumentregister og pasientinformasjonslokalisator.

- **RM3-T5 Standarder og tjenester for logging og logganalyse på tvers av virksomhetsgrenser** Ved utlevering av helseopplysninger til medarbeidere internt i en virksomhet er det klare krav til hva som skal logges og hvordan slik utlevering bør overvåkes. For utlevering av helseopplysninger på tvers av virksomheter blir det vesentlig vanskeligere å oppdage misbruk på tvers av mange virksomheter. Klarere standarder og tjenester for logging og overvåkning av misbruk er derfor kritisk for tilliten til deling mellom virksomheter og for en vellykket innføring av nye samhandlingsformer.
- **RM3-T6 Etablere innholdsstandarder for dokumentdeling** I tillegg til krav og retningslinjer til arkitekturen og tjenestene som skal til for å tilby data- og dokumentdeling, vil det være behov for etablering av innholdsstandarder som brukes til utveksling over disse samhandlingsformene. Det vil være snakk om mange forskjellige innholds- og tjenestetypene. Noen av disse kan standardiseres nasjonalt og noen standarder vil være nært knyttet til enkeltsystemer og leverandører.
- **RM3-T7 Etablere nasjonal personverntjeneste for dokumentdeling** Videreutvikle og innføre personvernkomponenten i hele sektoren som en nasjonal personverntjeneste for å registrere/utlede innbyggers fullmakter, sperringer, samtykker og reservasjoner knyttet til dokumentdeling på tvers av virksomheter. I første omgang må det utredes hvordan personvern skal håndteres ved dokumentdeling.
- **RM3-T8 Gjennomføre grunndataløft for å understøtte tilgangsstyring på tvers** Innføring av dokumentdeling er avhengig av grunndata med høy kvalitet og tilgjengelighet. Grunndataene skal understøtte tilgangsstyring på tvers av virksomhetene, som for eksempel informasjon om helsepersonellens autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven.
- **RM3-T9 Etablere test- og godkjenningsordning for dokumentdeling** En vellykket innføring av dokumentdeling er avhengig av at alle aktører som skal koble seg til hverandre tolker og implementerer standardene likt. Det er store innføringsgevinster knyttet til enklere testløsninger som gjør det mulig for leverandører og andre aktører å teste opp mot hverandre tidlig, enkelt, billig og ofte. Gode test- og godkjenningsordninger vil være et svært viktig tiltak for denne utviklingen.

Resultatmål 4: Dokumentdeling er en standardisert samhandlingsform

Følgende tiltak ligger på plan for 2020:

- **RM4-T1 Etablere nasjonale krav og retningslinjer for enhetlig innføring av datadeling** Datadeling er en samhandlingsform som foreløpig ikke er standardisert. Det er behov for å etablere felles krav og retningslinjer slik at datadeling blir tatt i bruk på en enhetlig og sikker måte. Det er også behov for å utrede om lover og forskrifter understøtter datadeling på en entydig og tilstrekkelig måte.
- **RM4-T4 Etablere felles retningslinjer for enhetlig innføring av internasjonale e-helsestandarder, inkludert utarbeidelse av basisprofiler** Det bør utarbeides veiledninger (beste praksis), retningslinjer for bruk samt grunnleggende profiler av internasjonale standarder (basisprofiler). Tiltaket er startet i 2019 og bør videreføres i 2020.
- **RM4-T5 Etablere og videreutvikle felleskomponenter for datadeling** Effektiv innføring av datadeling krever felles utviklings- og testmiljøer, felles registre og tilgangsstyringskomponenter samt felles forvaltningsregime av API-er og HelseID. For 2020 er en felles API- management løsning den felleskomponenten som bør startes med.

Resultatmål 5: Enkel og sikker tilgang på felles grunndata med høy kvalitet er etablert

Følgende tiltak ligger på plan for 2020:

- **RM5-T1 Modernisert grunndataplattformen for økt sikkerhet, tilgjengelighet og kapasitet** Grunndataplattformen må moderniseres for å støtte økt av bruk tjenestene. I tillegg må tjenestene ha tilstrekkelig tilgjengelighet, kvalitet og sikring. Dette tiltaket gjennomføres som en del av MF Helse og må videreføres i 2020.
- **RM5-T2 Etablere en enhetlig forvaltningsmodell for felles grunndata** Felles grunndata har i dag en komplisert styringsmodell med mange involverte. Tiltaket vil sikre en enhetlig forvaltningsmodell av felles grunndata innenfor områdene person, personell og virksomhet. Tiltaket vil styrke én inngang inn til felles grunndata. Flere aktiviteter gjennomføres i 2019, men må videreføres i 2020.
- **RM5-T3.1 Etablere felles tjeneste for Person, med FHIR-standard og relevante kodeverk** Etablering av felles tjeneste for Person gjennomføres som en del av MF Helse i 2019. Tiltaket må videreføres i 2020.
- **RM5-T3.2 Etablere felles tjeneste for Personell og Virksomhet, med FHIR-standard og relevante kodeverk** Etablering av felles tjeneste for Personell og Virksomhet er ikke påbegynt. En tjeneste for dette er en forutsetning for samhandling på tvers av virksomheter og forvaltningsnivå.
- **RM5-T4 Etablere felles grunndata om virksomheter, inkludert modernisert enhetsregister (enhetlig virksomhetsstruktur)** Det er behov for oppdatert og omforent grunndata for bedrifter, virksomheter, enheter, helsetjenester og fastleger med tilhørende adresseoversikt. Målet med tiltaket er å heve omfanget i eksisterende grunndata til et nivå der de enkelte brukerne ikke vil ha behov for lokalt tilpassede registre og oversikter, slik at felles grunndata blir en sannhetskilde.
- **RM5-T6 Utrede sektorens behov for utvidelse av grunndata** Når dialogen med sektoren og andre aktuelle aktører øker vil nye og endrede behov for felles grunndata oppstå. Eksempler på dette er behov for historikk i felles grunndata, og sensitive informasjonstjenester som dekker behovet for innbyggers innsynsrett og helhetlig oversikt over deres deltakelse (Oppføringsregisteret) på tvers av nasjonale helseregistre og biobanker. Det kan også være behov for andre informasjonstjenester og eventuelt utvidelse av eksisterende innhold i felles grunndata.
- **RM5-T7 Utarbeide nasjonale krav og retningslinjer for grunndata** I tillegg til nasjonale e-helsestandarder for data- og dokumentdeling, vil det være behov for etablering av nasjonale krav og retningslinjer for grunndata som brukes til de forskjellige samhandlingsformene.
- **RM5-T8 Risikoløft (NY) – dagens grunndataplattform** 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.

Resultatmål 6: En felles standardisert terminologi for deling av helsefaglige opplysninger er etablert

Tiltakene for kodeverk og terminologi er ikke tatt med i denne saken, da det er en egen finansieringsprosess for Program for kodeverk og terminologi.

Resultatmål 7: Tilrettelagt for innovasjon og næringsutvikling

Følgende tiltak ligger på plan for 2020:

- **RM7-T5 Utrede juridiske hindringer for deling av helseopplysninger mot et økosystem av eksterne aktører og leverandører** Det har blitt gjort et forarbeid

rundt eksponering av APIer ut mot leverandørøkosystem. Forarbeidet viser at det er juridiske hindringer i en slik deling da det juridiske grunnlaget for deling avviker på ulike tjenesteområder. En nærmere utredning er nødvendig for å avklare om det er felles juridiske hindringer som må justeres, forklares eller hvordan løsninger må tilpasses lovverket. Tiltaket dekker ikke spesifikke tjenesteområder utenfor Felles grunnmur, men utredningen vil også være nyttig for disse.

Beskrivelse av resultatmål for Felles grunnmur



Tiltakene i plan for utvikling av Felles grunnmur støtter opp under de respektive resultatmålene.

Resultatmål 1: Koordinert utvikling og forvaltning av Felles grunnmur

Byggeklossene i Felles grunnmur har flere eiere og utvikles og forvaltes i dag uavhengig av hverandre. IKT-politiske målsettinger, strategiske tiltak, og behovene til sektor blir da i varierende grad fanget opp og prioritert i et helhetlig perspektiv. Dette bidrar til en fragmentert utvikling av Felles grunnmur der det tar lang tid å gjennomføre nye initiativer og endringer, og hvor utnyttelsen av ressursene er ineffektiv. Med dette som utgangspunkt er det krevende å få på plass effektiv og helhetlig samhandling gjennom hele pasientforløpet, styrke arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern og legge til rette for innovasjon og næringsutvikling. Ved etableringen av Felles grunnmur er det derfor et mål å få på plass et helhetlig og effektivt regime som sikrer en koordinert utvikling og forvaltning av byggeklossene i Felles grunnmur. Etableringen må ta for seg:

- Forholdet til nasjonal styringsmodell for e-helse, herunder portefølje-, arkitektur- og forvaltningsstyring
- Samordning med nasjonale felleskomponenter, prinsipper og føringer (tverrsektorielt)
- Prosessbeskrivelser med tydelige kontakt-, ansvars- og beslutningspunkter
- Krav og forpliktelser ved drift, utvikling og videreutvikling av byggeklossene
- Finansieringsprinsipper

Resultatmålet er nådd når:

- Prosesser, roller og ansvar for utvikling og forvaltning av byggeklossene i Felles grunnmur er etablert og tatt i bruk. Det vil si at sektoren har én kanal for innmelding av behov til Felles grunnmur og at det er etablert prosesser for å prioritere og beslutte endringer.
- Byggeklossene i grunnmur er underlagt et sett med felles prinsipper som samordner og koordinerer endringer på tvers av grunnmuren og behovene i sektoren.
- Felles arkitekturprinsipper for helse- og omsorgssektoren er avklart, målarkitektur for felles komponenter er definert og det er etablert en plan for hvordan internasjonale standarder skal tas i bruk.

Resultatmål 2: Dagens samhandling er styrket på prioriterte områder

Dagens samhandling mellom virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten er i hovedsak basert på meldingsutveksling. Dette er en samhandlingsform som er godt utbredt, blant annet for sending av henvisning og epikrise mellom fastlege og sykehus. For at meldingsutvekslingen skal være effektiv og helhetlig gjennom hele pasientforløpet forutsettes det at virksomheten både kan sende og motta meldinger i henhold til gjeldende e-helsestandarder. Dette er regulert gjennom Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten¹. Per i dag er ikke forskriften oppdatert med tanke på dagens behov og bruk av meldingsstandarder. Hovedutfordringen knyttet til meldingsutveksling er først og fremst å få alle aktørene til å ta i bruk prioriterte standarder, og at manuelle rutiner opprettholdes på tross av at meldingsutvekslingen fungerer nærmest feilfritt.

Resultatmålet er nådd når:

- Tjenestebasert adressering, Henvisning 2.0 og helsefaglig dialog er innført i sektoren. Aktørene i sektoren vil selv stå for implementering og innføring av endringene.

Resultatmål 3: Dokumentdeling er en standardisert samhandlingsform

Gjennom blant annet arbeidet med *Én innbygger – én journal*² har det kommet frem at helsepersonell ikke har tilstrekkelig tilgang på nødvendige pasient- og brukeropplysninger gjennom pasientforløpet, og at samhandlingen er lite effektiv. Som del av anbefalt etablering av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste er det forutsatt inkludert helhetlig løsning for samhandling som understøtter og styrker evnen til å samarbeide med spesialisthelsetjenesten, andre kommunale tjenesteområder og innbyggeren selv.

For å bidra til mer effektiv og helhetlig samhandling er det nødvendig å ta i bruk nye elektroniske samhandlingsformer. Dokumentdeling er en samhandlingsform som har til hensikt å tilby personell med tjenstlig behov og innbyggere:

¹ Helse- og omsorgsdepartementet. 2015. *Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten*. FOR-2015-07-01-853² Direktoratet for e-helse. 2015. *Utredningen av Én innbygger – én journal*,

² Direktoratet for e-helse. 2015. *Utredningen av Én innbygger – én journal*,

Direktoratet for e-helse. 2017. *Veikart for Én innbygger – én journal*,

Helse- og omsorgsdepartementet. 2012-2013. *Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal*

- En oppdatert oversikt over utvalgte dokumenter som finnes om pasienten, eksempelvis epikriser, prøvesvar og bilder, og hvor dette er lagret.
- En løsning som gir umiddelbart innsyn i dokumenter om pasienten.

Dokumentdeling tas i bruk på stadig nye områder. Eksempelvis inngår det i helseregionenes felles plan for neste generasjon PAS/EPJ³. Hovedutfordringen i dag er at dokumentdeling tas i bruk på ulike måter. På sikt kan dette føre til at dokumentdelingen ikke vil fungere på en enhetlig måte i sektoren, noen som igjen vil medføre unødvendig store kostnader for å rydde opp i etterkant. For å sikre at dokumentdelingen bidrar til mer effektiv og helhetlig samhandling, er det nødvendig å standardisere dokumentdeling som samhandlingsform i sektoren. Dokumentdeling gjennom kjernejournal skal prøves ut i et samarbeid mellom Direktoratet for e-helse og Helse Sør-Øst RHF i løpet av 2019. Andre aktører, som kommuner og fastleger, har også behov og utfordringer som må kartlegges.

Det er en forutsetning for digitaliseringen at innbyggeren har tillit til at pasient- og brukeropplysninger behandles på en sikker måte. Ivaretagelse av innbyggers personvern og medbestemmelsesrett, samt sikring av informasjon, blir med innføring av alternative samhandlingsformer mer kompleks. Samtidig blir trusselbildet mer krevende i takt med den teknologiske utviklingen. Innbyggeren skal blant annet ha innsyn i hvem som har hatt tilgang til hvilke personopplysninger, og alle e-helseløsninger som behandler denne type opplysninger har innebygd personvern.

Resultatmålet er nådd når:

- Dokumentdeling er etablert som en standardisert samhandlingsform slik at leverandører av e-helseløsninger kan implementere støtte for dette i sine IKT-systemer. Dette betyr at virksomhetene og leverandørene kan utvikle sine løsninger basert på felles krav, retningslinjer og dra nytte av felleskomponenter som løser felles behov én gang. I tillegg kan løsningene baseres på en felles modell for tilgangsstyring med felles grunndata.
- Det er tydelig hvordan krav til informasjonssikkerhet og innbyggers personvern og medbestemmelsesrett skal ivaretas i henhold til Normen.
- En test- og godkjenningsordning som sikrer ensartet implementering, effektivisert innføring og redusert sannsynlighet for feil i drift er etablert.

Resultatmål 4: Datadeling er en standardisert samhandlingsform

Datadeling er deling av og samarbeid om strukturerte data gjennom felles ressurser/tjenester. Helseplattformen i Midt-Norge og Pasientens legemiddelliste er eksempler på satsinger som forutsetter at datadeling tas i bruk for å understøtte mer avansert samhandling og deling av strukturerte pasient- og brukeropplysninger mellom IKT-systemene. Deling av kritisk informasjon mellom virksomheter gjennom nasjonal kjernejournal er et eksempel på datadeling. Løsning for helhetlig samhandling knyttet til anbefalt etablering av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste vil også kunne benytte datadeling som en av mekanismene for å oppnå samhandling med spesialisthelsetjenesten, andre kommunale tjenesteområder og innbyggeren selv. Andre eksempler er deling av opplysninger som innbygger selv har produsert (for eksempel fra velferdsteknologisk utstyr og skjema) og samarbeid rundt helseopplysninger som egenbehandlingsplaner.

³ Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF. 2017. *Felles plan neste generasjon PAS/EPJ – Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF v 1.1*, og 2018. *Felles plan – 2018 Neste generasjons PAS/EPJ – Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF v 0.95*

Felles grunnmur skal tilby et rammeverk for standardisert deling av og samarbeid om strukturerte data som leverandører av e-helseløsninger kan benytte seg av for utvikling av nye tjenester. Det er viktig å forstå at det rettslige grunnlag for datadeling må avklares i hvert enkelt tilfelle, og vil derfor ikke bli adressert gjennom rammeverket.

Resultatmålet er nådd når:

- Det er etablert et felles rammeverk for datadeling som leverandører av e-helseløsninger kan benytte seg av for utvikling av nye tjenester. Rammeverket inkluderer blant annet krav og retningslinjer, tilgangsstyring, felleskomponenter og et forvaltingsregime for APIer.
- Utvikling av tjenester og nye bruksområder basert på datadeling kan skje i e-helseløsningene som ligger utenfor Felles grunnmur.
- Nye aktører og løsninger gjennomgår en test- og godkjenningsordning som sikrer en ensartet implementering, effektivisert innføring og redusert sannsynlighet for feil i drift.

Resultatmål 5: Enkel og sikker tilgang på felles grunndata med høy kvalitet er etablert

For samhandling forutsettes pålitelig tilgang på felles grunndata med høy kvalitet. Eksempler på slike grunndata er Adresseregisteret som er helt grunnleggende for at meldingsutvekslingen skal fungere, og Helsepersonellregisteret som benyttes som kilde for tilgang til kjernejournal. Innføring av mer effektive og helhetlige samhandlingsformer, og styrking av informasjonssikkerhet og personvern, vil sette ytterligere krav til pålitelig tilgang til grunndata med høy kvalitet. Dagens grunndata har ikke gjennomgående tilfredsstillende kvalitet eller tilgjengelighet, og det er behov for å gjennomføre flere tiltak. Målet er å videreutvikle og styrke felles grunndata slik at den blir brukt av virksomhetene. Dette innebærer å utvide med flere typer data, samt å heve kvaliteten og øke bruken på felles grunndata som allerede finnes i grunndataplattformen.

Resultatmålet er nådd når:

- Felles grunndata leverer tjenester for person, personell og virksomhet med tilstrekkelig tilgjengelighet og kapasitet som gjør at grunndata kan benyttes som felles kilde. Det vil si at det ikke behov for at virksomheter har lokale kopier, med påfølgende behov for vedlikehold, og at grunndata kun oppdateres ett sted.
- Tjenestene har en kvalitet som gjør at de kan benyttes for å understøtte dokument- og datadeling, og at tjenestene kan videreutvikles for å understøtte sektorens behov.

Resultatmål 6: En felles standardisert terminologi for deling av helsefaglige opplysninger er etablert

Helsepersonell og pasienter har behov for tilgang til korrekt, nødvendig og relevant informasjon, uavhengig av hvor pasienten har fått helsehjelp tidligere. Det har tidligere ikke eksistert en felles terminologi for helsesektoren i Norge. Konsekvensen av dette er at ulike enheter benytter separate terminologier og kodeverk. Dette hindrer samhandling. En felles standardisert terminologi kan bidra til å understøtte behovet for økt samhandling og gi bedre kvalitet på helsefaglig dokumentasjon.

Program for kodeverk og terminologi ved Direktoratet for e-helse har utarbeidet et konsept for anvendelse av felles standardisert terminologi, med SNOMED CT som valgt terminologi. Terminologien beskrives som et *felles språk* for å lette kommunikasjonen. Et felles språk,

som definerer hvordan de ulike begrepen skal forstås, og hvilke ord som best beskriver begrepet presist for de forskjellige brukerne, vil være et viktig bidrag til å formidle informasjon i helse- og omsorgssektoren. Felles språk vil også bidra til at data bare registreres én gang på et klinisk relevant språk og på riktig nivå, eller innhentes automatisk der det er mulig.

Et felles språk er en helt nødvendig forutsetning for å kunne realisere tverrfaglige behandlingsplaner og strukturert journal, som utviklingen nasjonalt og internasjonalt går mot.

Resultatmålet er nådd når:

- Felles språk er tilgjengelig for bruk i sektoren, støttet av en forvaltningsorganisasjon som kan gi bistand under innføring. Dette vil gi sektoren et sett med byggeklosser som kan tas i bruk i løsninger som benyttes direkte i helsehjelpen, og av løsninger som benyttes til virksomhetsstyring, statistikk, forskning og finansieringsordninger.

Resultatmål 7: Tilrettelagt for innovasjon og næringsutvikling

Resultatmål 1 til 6 etablerer Felles grunnmur som en forutsetning for forbedringer i samhandling mellom aktørene, og legger til rette for en modernisering av dagens samhandling. Stortinget ønsker en innovativ og lønnsom helsenæring som kan bidra til mer effektiv ressursbruk, økt verdiskaping, nye lønnsomme arbeidsplasser i privat sektor og bedre helsepolitisk måloppnåelse gjennom å utnytte mulighetene den teknologiske og medisinske utviklingen gir. Dersom innholdet i grunnmuren og andre e-helseløsninger er godt tilrettelagt for innovatører, kan det være en kilde til økt innovasjon og næringsutvikling. Resultatmål 7 handler om å gjøre byggeklossene i Felles grunnmur tilgjengelige for et bredere utvalg av brukere og aktører, slik at innovasjon i norsk e-helse enklere kan kobles til utviklingen i internasjonal e-helse.

Ny teknologi kan gi store gevinster hvis den utnyttes riktig, blant annet gjennom individuelt tilrettelagt behandling, digital kommunikasjon og nye forretningsmodeller og tjenester.

For å tilrettelegge for innovasjon og nye samarbeidsformer på tvers av aktører i sektoren, bør det legges til rette for et økosystem bestående av Felles grunnmur, e-helseløsninger og innovative aktører. Økosystemet bør omfatte samarbeid med det offentlige, industrien, forskning og utdanning.

Et økosystem må bidra til økt kravforståelse, åpne endringsprosesser og kunne tilby funksjoner og selvbetjeningsløsninger som er attraktive og gjør det mulig for innovatører å utvikle løsninger uten tidkrevende involvering fra det offentlige. Arkitektur, retningslinjer og standarder for felleskomponenter bør være lett tilgjengelig for alle. Det bør tilrettelegges for enkel tilgang til testmiljøer og -data gjennom standardiserte grensesnitt som gjør det mulig å teste ny funksjonalitet.

Et levedyktig økosystem må involvere en hel rekke aktører og tjenester, og går derfor utover arbeidet med grunnmuren. Resultatmål 7 dekker prioriterte tiltak i Felles grunnmur for økt innovasjon og næringsutvikling, men tar ikke med alle nødvendige fremtidige tiltak frem til et anvendelig økosystem. Utover resultatmålet må det arbeides videre med insentiver, finansiering, møteplasser for brukermedvirkning og felles styring, samt arrangering av jevnlig utviklersammenkomster, såkalte "hackathons".

Resultatmålet er nådd når:

- Det foreligger tydelige krav og retningslinjer for hvordan leverandører kan bruke byggeklossene i Felles grunnmur.
- Det er lagt til rette for at e-helseløsninger kan gjøre sine data tilgjengelig gjennom en felles API-løsning og det finnes et test- og godkjenningstilgjengeliggjøringsmiljø der nye og endrede

løsninger kan testes sammen med andre. APIene må utvikles og tilgjengeliggjøres av eksterne virksomheter og leverandør av e-helseløsninger.

Til	Møte 2/19
Dato	27.05.2019
Saksnummer	24/19
Type	Drøfting

Fra	Inga Nordberg
Saksbehandler	Siv Ingebrigtsen

Nasjonal e-helseportefølje 2019

Hensikt med saken

1. Orienterer om status for pågående portefølje
2. Orienterer om første innmelding til porteføljen 2020
3. NUIT drøfter hvordan vi kan håndtere grunnmursleveranser i porteføljen 2020

Forslag til vedtak

NUIT tar status for nasjonal e-helseportefølje 2019 til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill framkommet i møtet i det videre arbeidet med prioritering 2020.

Bakgrunn

I denne saken presenteres statusrapport for pågående prosjekter i nasjonal e-helseportefølje. Målet med statusrapporten er å gi aktørene i Nasjonal styringsmodell felles forståelse av omfang, risiko, utfordringer og sentrale avhengigheter, samt forutsetninger for realisering av gevinster. Rapporten baserer seg på innrapportering til nasjonal e-helseportefølje per 12. april 2019.

Ved innrapportering til porteføljen 12. april 2019 ble aktørene i tillegg bedt om å innrapportere prosjektkandidater til porteføljen for 2020. Noen prosjekter avsluttes eller stoppes i 2019 og noen nye prosjekter er meldt inn som kandidater til porteføljen i 2020. Neste rapporterings- og innmeldingsfrist til nasjonal e-helseportefølje er 10.10.2018. NUIT skal etter planen gi sin innstilling til 2019-porteføljen 10. november, med tilslutning i Nasjonalt e-helsestyre 2. desember.

Tiltak i Felles grunnmur mangler i utgangspunktet dekning for investeringsbehov. Tiltakene kan realiseres gjennom prosjekter som er prioritert i porteføljestyringsprosessen eller som selvstendige tiltak. Jf. saksnummer 23/19 Felles grunnmur.

Vedlegg

1. Statusrapport portefølje – april 2019
2. Flerårlig plan for nasjonal e-helseportefølje 2019–2023

1. Status for pågående portefølje

Vedlegg 1 gir en utfyllende beskrivelse av status på pågående portefølje. 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, men fremdeles mangler budsjett for 10% av prosjektene i porteføljen, herunder Helseplattformen.

Aktørene rapporterte denne gang inn på en justert rapporteringsmal. Justeringen var nødvendig for å gi et økt presisjonsnivå for eksempel på kostnader, gevinster og avhengigheter. Ca. 80 % av prosjektene i porteføljen oppgir nå totale prosjektkostnader, og ca. 40 % oppgir kvantifiserbare gevinster.

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.

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
- Ibruktage og prioritering blant interessenter/mottakere av prosjektene
- Avhengigheter til andre e-helseløsninger og prosjekter

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. De fleste av disse er under kontroll, men grunnmurs-avhengighetene som har rød status¹ dreier seg om autentisering med HelseID og RESH² som grunnlag for tilgangsstyring.

Det vil fremover være et særskilt behov for å sikre finansiering av grunnmursleveranser fremover, og det er ønskelig å utvikle felleskomponentene i sammenheng med konkrete anvendelser. Grunnmuren vil øke samhandlingen og gjennomføringsevnen for alle aktørene i sektoren, og man vil unngå å bygge mer teknisk gjeld.

En samlet plan for porteføljen 2019-2023 er utarbeidet for å synliggjøre hva som er planlagt framover, se vedlegg 2. Denne planen gir en oversikt over hvilken varighet prosjektene i porteføljen har, og hvilken prosjektfase de er i. En flerårig porteføljeplan er nyttig blant annet for å kunne prioritere grunnmursleveranser.

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.

¹ Rød status: Uklart hvem som skal oppfylle avhengigheten eller helt uvisst når den kan oppfylles

² RESH: Register for enheter i spesialisthelsetjenesten

Innrapporterte endringer i 2019 og 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. Tabellen under viser en oversikt over prosjekter som har kommet inn i porteføljen så langt i 2019, og prosjekter som vil være kandidater for prioritering til porteføljen 2020:

	Ut	Inn
Endringer til 2019 porteføljen ved rapportering april	KS <ul style="list-style-type: none"> Fødselsepikrise (snart fullført) SLV <ul style="list-style-type: none"> Pasientsikkerhetsvarsel til innbygger og fastlege Helsedirektoratet <ul style="list-style-type: none"> Internettassistert behandling for angst og depresjon i kommunen 	Helsedirektoratet <ul style="list-style-type: none"> Pakkeforløp kreft Pakkeforløp Hjerneslag fase 2 Nøkkelregister for DSA³ Direktoratet for e-helse <ul style="list-style-type: none"> Grunndata - Risikoløft Velferdsteknologisk knutepunkt⁴
Endring i 2020 sammenlignet med 2019	Helsedirektoratet <ul style="list-style-type: none"> Antibiotikastyring – indikasjonsbasert beslutningsstøtte og rapportering 	Helse Sør-Øst <ul style="list-style-type: none"> Medikamentell kreftbehandling Helse Nord <ul style="list-style-type: none"> Digitale pasienttjenester i Nord Helse Midt-Norge <ul style="list-style-type: none"> Innføring av digital patologi Helsedirektoratet <ul style="list-style-type: none"> Pilotprosjekt ParkinsonNet i Norge En vei inn Direktoratet for e-helse <ul style="list-style-type: none"> Forprosjekt Meldingsversjon 2.6 (E-resept) Forprosjekt modernisering av reseptformidleren (E-resept)

2. utfordringer i porteføljen

Det er blitt gjennomført en analyse av utfordringsbildet basert på rapportering av status, risiko, avhengigheter og forutsetninger.

Mange prosjekter rapporterer om utfordringer, eller mulige utfordringer, med å få nødvendig forankring for gjennomføring og innføring. Direktoratet for e-helse har i denne forbindelsen innledet et samarbeid med KS for å diskutere tiltak når det gjelder utfordringer med bredding i kommunal sektor. Nasjonalt porteføljekontor ønsker generelt å jobbe videre med å kartlegge årsakene til forankringsutfordringer i porteføljen. Det er sannsynligvis ulike virkemidler som bør anbefales/benyttes i de ulike prosjektene, avhengig av årsaksforholdene bak utfordringene.

Det er også mange prosjekter som trenger videreutvikling av EPJ-leverandørene, og som opplever at de ikke får nødvendig prioritet. Dette kan ha sin årsak i kapasiteten i leverandørmarkedet. Direktoratet jobber

³ DSA: Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet

⁴ Tidligere rapportert som del av Velferdsteknologiprogrammet i Helsedirektoratet

med å sikre god informasjonsflyt mellom leverandører, nasjonale prosjekter og brukerrepresentanter, samt følge med på markedssituasjonen generelt.

Den tredje viktigste rapporterte årsaken til utfordringer i prosjektene, er avhengighet til leveranser relatert til nasjonale løsninger, felleskomponenter eller standarder. Her er det viktig å få kartlagt sammenhengen mellom leveranseplanen for porteføljen og plan for grunnmursleveranser og nasjonale løsninger. Nasjonal arkitekturstyring i Direktoratet for e-helse har fått eierskapet til plan for utvikling av felles grunnmur og vil i 2019 utarbeide en modell for koordinert utvikling og forvaltning av felles grunnmur. Inntil det er avklart hvordan denne koordineringen skal skje, benyttes rapporterte avhengigheter i prosjektene i nasjonal e-helseportefølje som grunnlag for drøfting av sammenhenger mellom prosjekter i porteføljen og grunnmursleveranser.

I 2019 gjennomføres det tiltak innenfor de fleste områder (resultatmål) i Plan for felles grunnmur, men i mindre skala enn opprinnelig planlagt. Innen områdene dokumentdeling, datadeling og virksomhet- og personell i felles grunndata er det planlagt tiltak i 2019 som ikke er igangsatt, eller de gjennomføres med mindre omfang enn planlagt. Dette skyldes i all hovedsak manglende finansiering.

Den totale investeringskostnaden for grunnmursleveranser i 2020 er estimert til 182MNOK, og er basert på estimerte investeringskostnader per tiltak. Investeringskostnaden skal dekke planlagte aktiviteter på til sammen 25 tiltak, hvorav 5 tiltak skyldes etterslep fra 2019.

Det er behov for å planlegge hvordan sektoren sammen kan realisere planen.

I porteføljen for 2020 er det flere programmer og prosjekter som har behov for byggeklosser fra Felles grunnmur. Helse Sør-Øst gjennomfører en pilot i løpet av 2019 for å tilgjengeliggjøre journaldokumenter for helsepersonell via Kjernejournal (dokumentdeling). På dette området er det behov for videreutvikling av dokumentdeling for å forbedre funksjonalitet og teknisk løsning samt håndtere utvidelser til andre helseregioner. Når det gjelder datadeling, så er det behov for å få gjennomført tiltakene i grunnmuren på dette området for å få til en god løsning på kritisk info i Kjernejournal. Programmet FRESK har rapportert sterk avhengighet til etablering av enhetlig virksomhetsstruktur (felles grunndata) til bruk i tilgangsstyring. MF Helse moderniserer deler av grunndataplattformen og etablerer tjenesten Person. Program Digitalisering av legemiddelområdet har rapportert sterk avhengighet til videreutvikling og innføring av HelseID. Dette er eksempler på kandidater som kan vurderes for helt eller delvis finansierings- eller gjennomføringsansvar for grunnmursleveranser.

NUIT drøfter hvordan vi får prioritert grunnmurstiltak inn i porteføljen.

Statusrapport

Nasjonal e-helseportefølje

Mai 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 porteføljestyringsprosess 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 totalkostnader 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.

Prosjektenes 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.

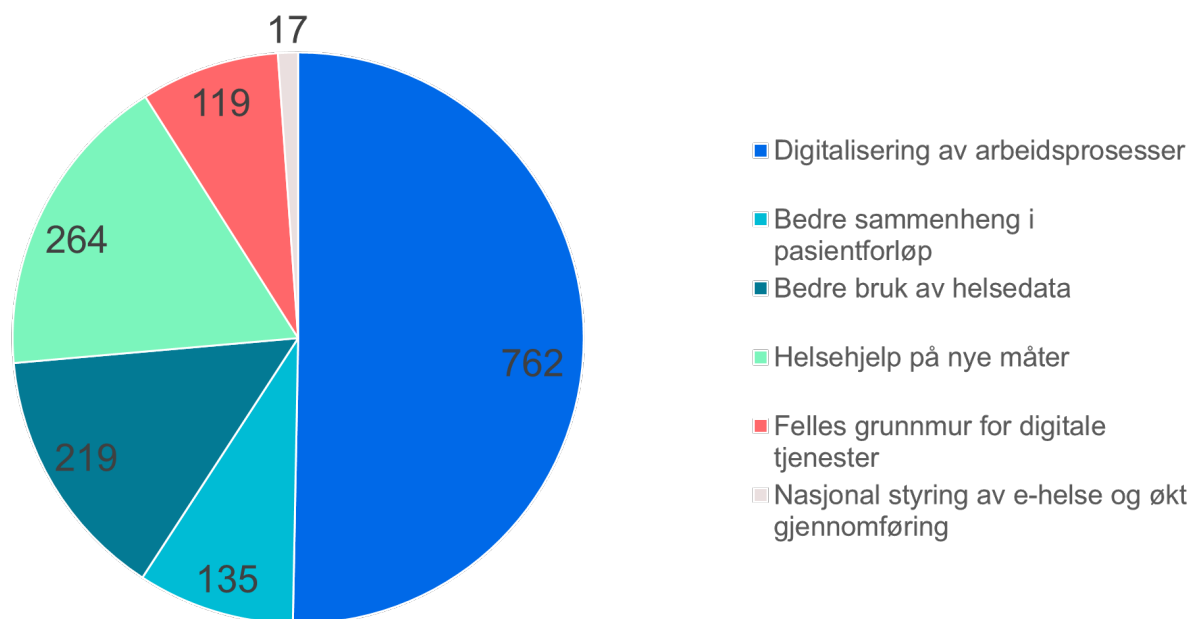
Behov for investeringer i grunnmur

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 ambulansjournal 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

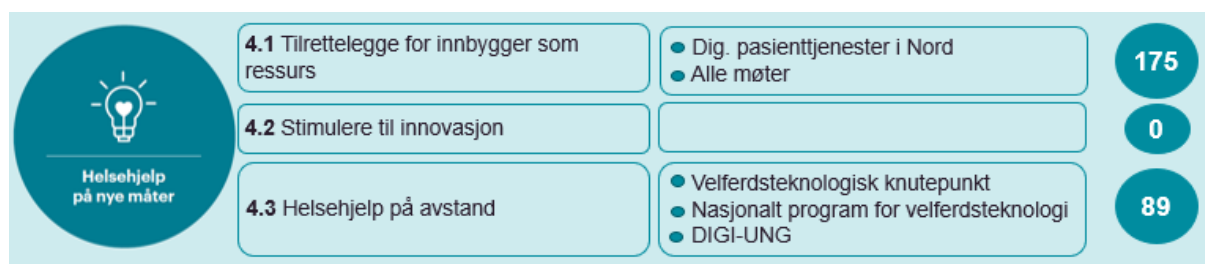
Strategisk område	Innsatsområde	Eksempler på prosjekter	Omfang
 <p>Bedre bruk av helsedata</p>	3.1. Bedre behandling med bedre utnyttelse av helsedata	<ul style="list-style-type: none"> Oppfølgingsteam Regional EPJ Journalinnsyn 	75
	3.2 Bedre bruk av helsedata til sekundærfomål	<ul style="list-style-type: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

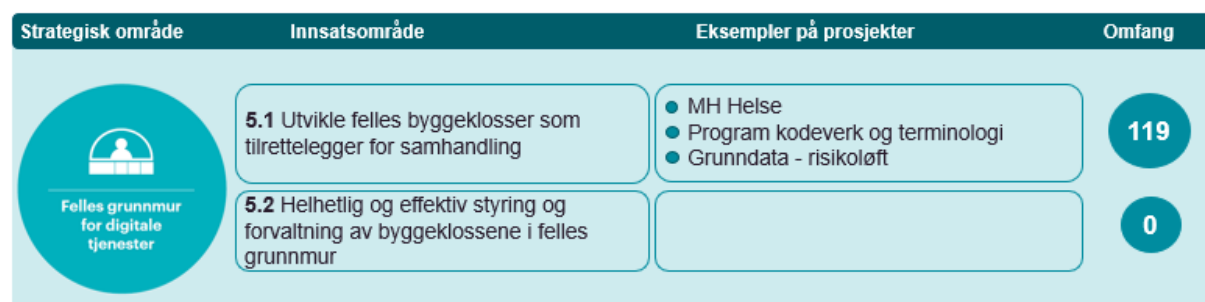
laboratoriedatabase og Nasjonalt infeksjonsregister. Prosjektene har ikke avklart finansiering for 2019.

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,

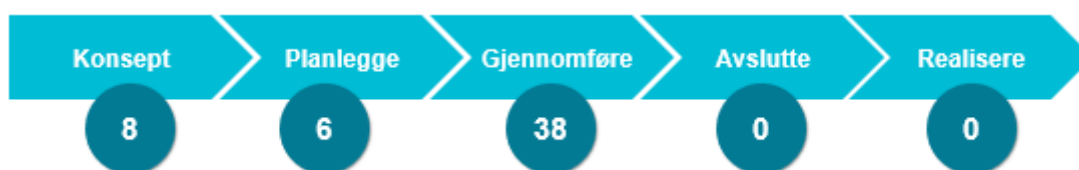
Prosjektet *SAFEST Realisering* melder rød risiko knyttet til økonomi som følge av økte kostnadsestimater. Dette kan få konsekvenser knyttet til leveranser, planer og sikring av medvirkning.

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.

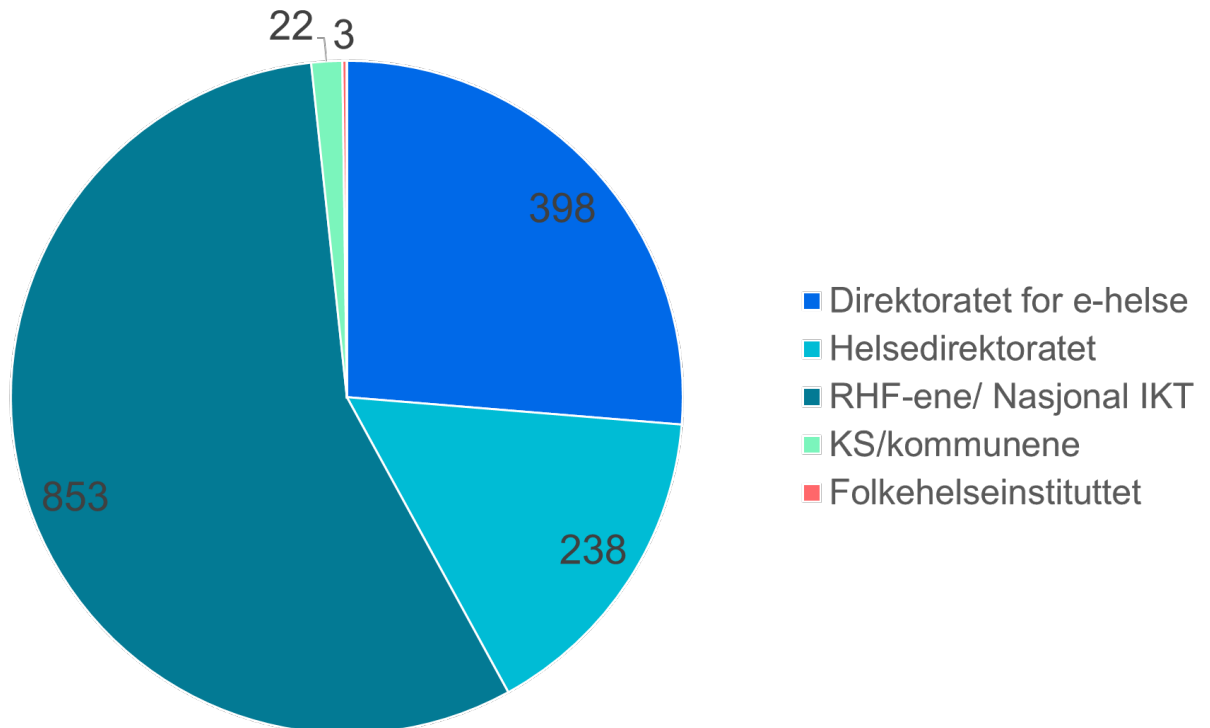
3.4 Omfang i 2019

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 ferdigstilling 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.

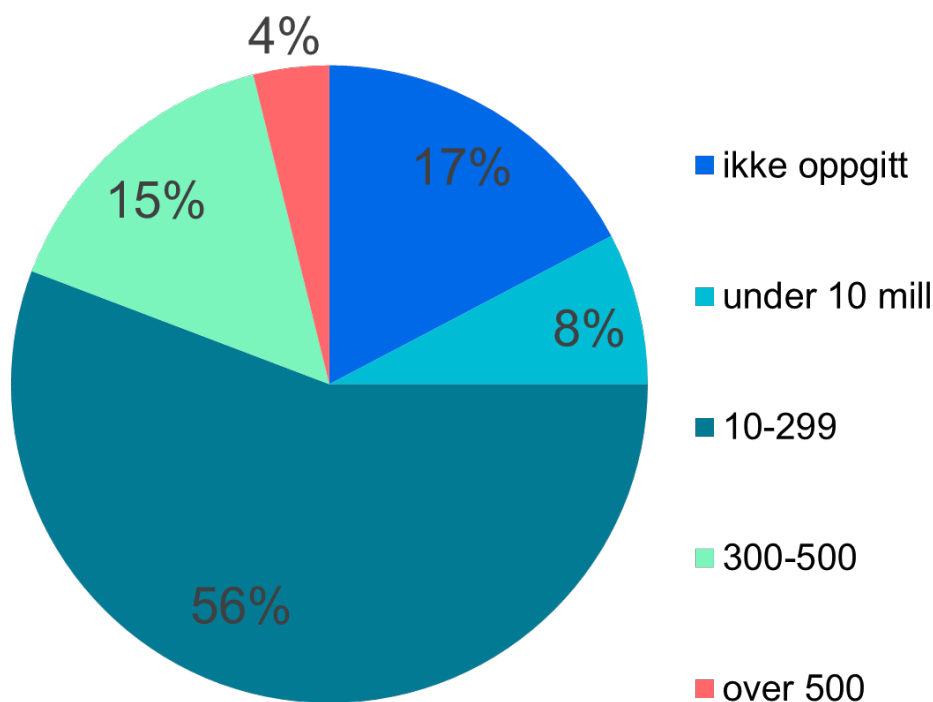
- 17 % av prosjektene har *ikke* rapportert totale prosjektkostnader (24 % i januar 2019)
- 56 % av prosjektene har *ikke* rapportert årlige forvaltningskostnader (64 % i januar)

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.

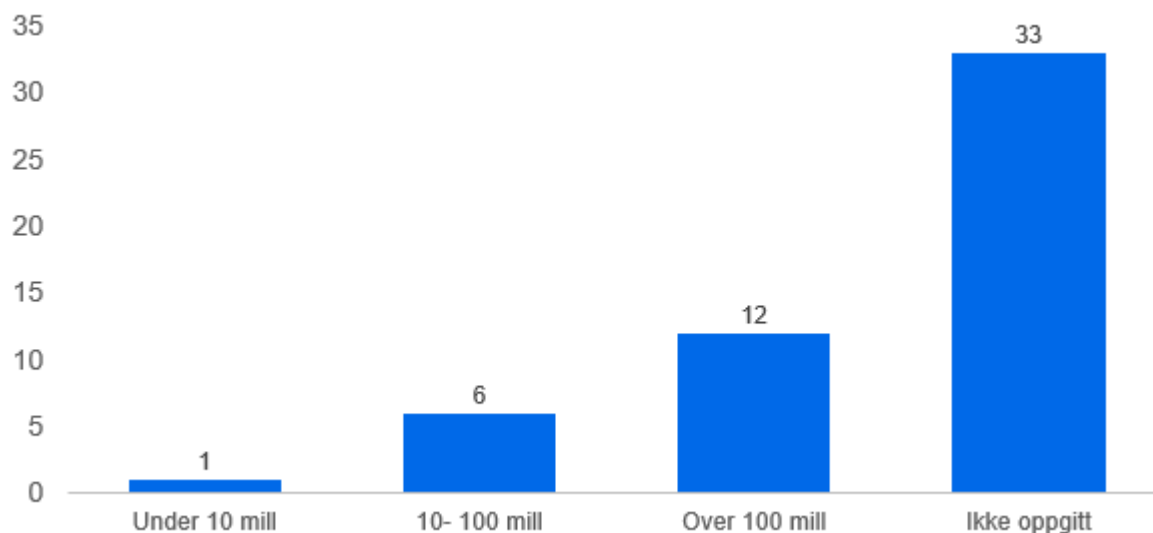
En sentral del av videreutvikling av nasjonal porteføljestyling, er økt fokus på gevinstene som porteføljens prosjekter skal bidra til å realisere og forutsetninger for dette. Data-grunnlaget har blitt betydelig bedre i løpet av de siste årene, og man forventer også her en videre forbedring. Det er av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

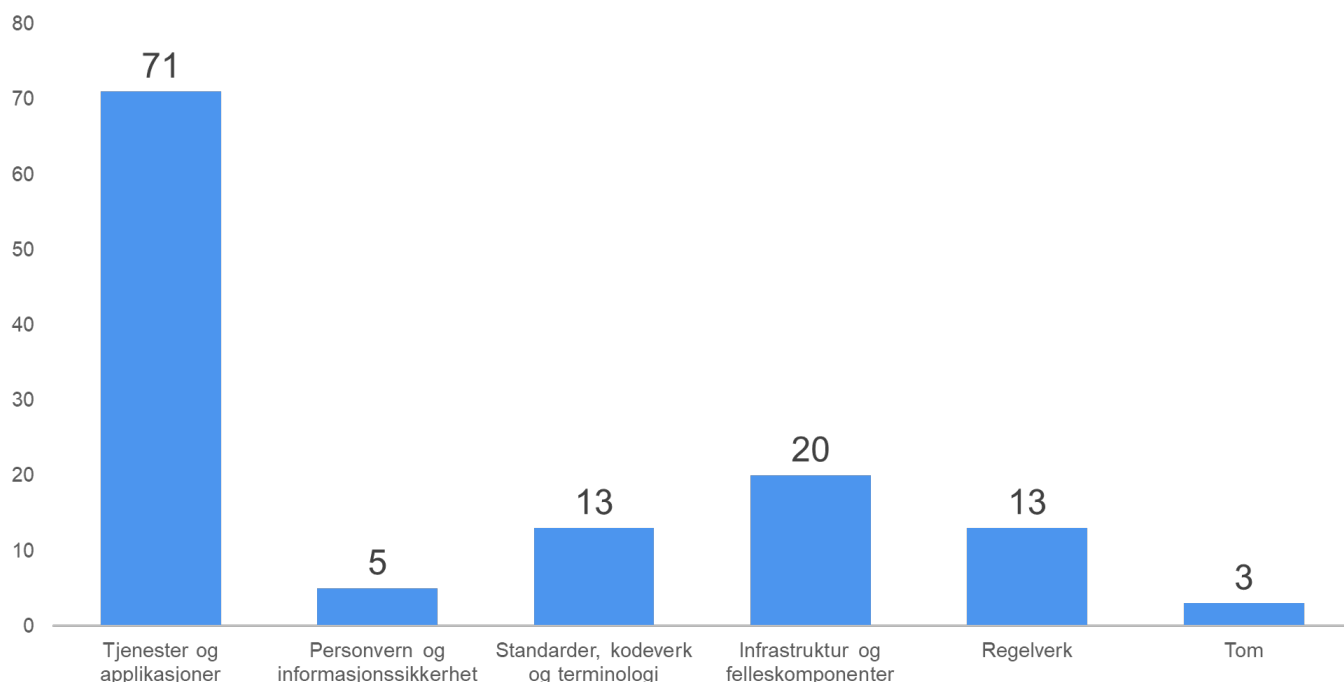
- Regional EPJ-Journalinnsyn (Helse Sør-Øst)
- Regional kurve og medikasjon (Helse Sør-Øst)
- Alle møter (Helse Vest RHF)
- DigiHelsestasjon (Oslo kommune)
- DigiUNG (Helsedirektoratet)
- Enklere digitale tjenester (Helsedirektoratet)
- Program for kodeverk og terminologi (Direktoratet for e-helse)
- 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:

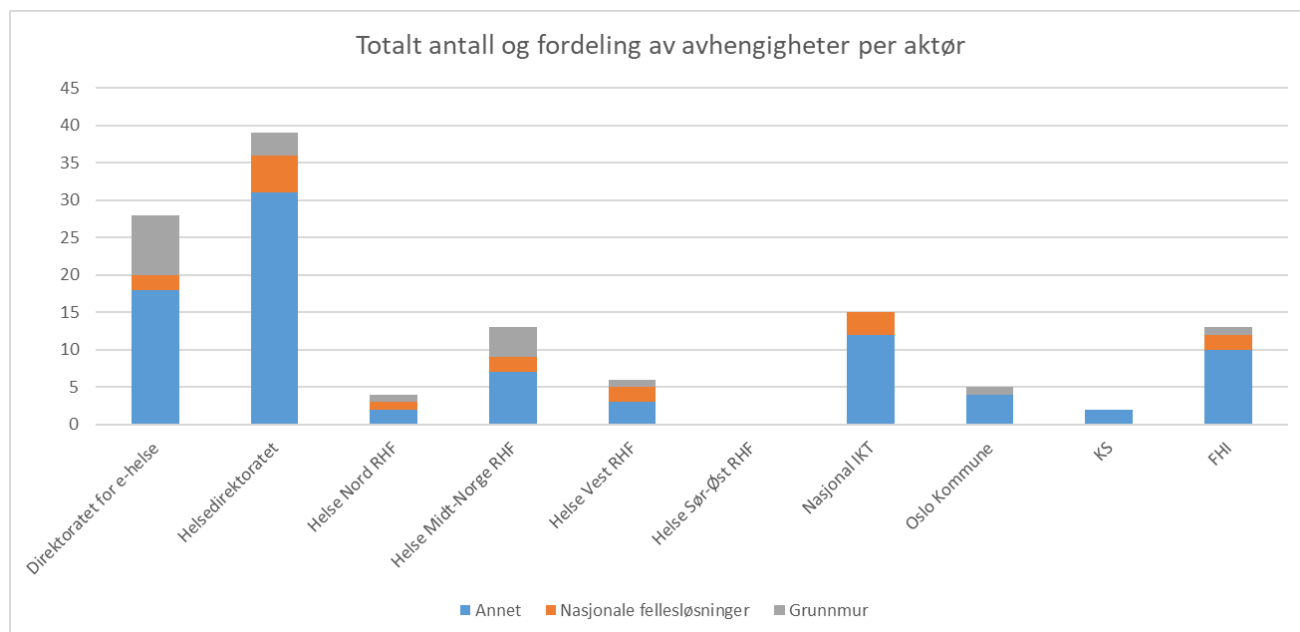
- 47 – Program for kodeverk og terminologi
- 100 – MF Helse – Felles samarbeidsprogram for modernisering av Folkeregisteret
- 101 – Robust mobilt helsenett
- 178 – Grunndata – Risikoløft

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 HelseID
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:

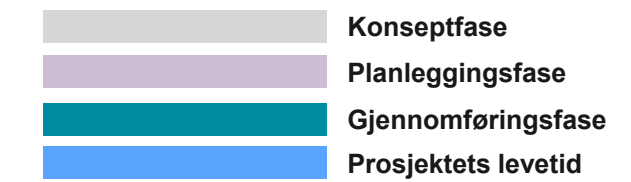
- **Videreutvikle og bredde HelseID (RM2-T2).** Tiltaket inkluderer videreutvikling av HelseID for å kunne integrere flere identitetstilbydere, gi økt grad av selvbetjening og automatisering samt dekke prosjektspesifikke behov. I tillegg inkluderer tiltaket integrasjon av prosjekter og virksomheter som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

Samlet plan for nasjonal e-helseportefølje –

Sortert etter strategisk område



LEVERANSEPLAN FOR PROSJEKTER I NASJONAL PORTEFØLJE



Bedre bruk av helsedata

Bedre sammenheng i pasientforløp

Digitalisering av arbeidsprosesser

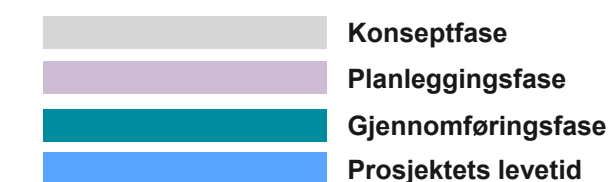
Felles grunnmur for digitale tjenester

Helsehjelp på nye måter

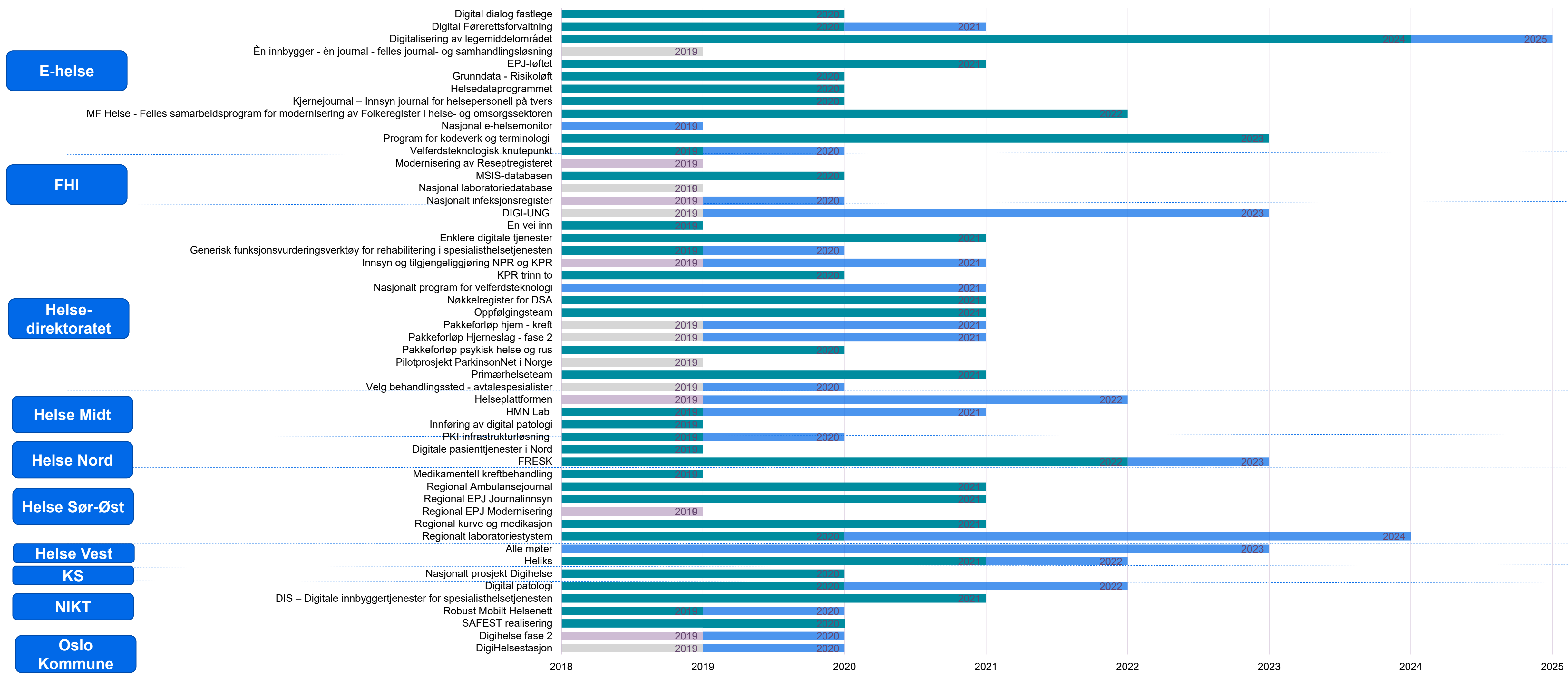
Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne

Felles plan for nasjonal e-helseportefølje –

Sortert etter aktør



LEVERANSEPLAN FOR PROSJEKTER I NASJONAL PORTEFØLJE



Til Møte 2/19
Dato 27.05.2019
Saksnummer 25/19
Type Orientering

Fra EDiT, Helsedirektoratet
Saksbehandler Programleder Hans Martin Hovengen og
ass. programleder Jon Georg Lund

Digitaliseringsprogrammet EDiT (Enklere Digitale Tjenester)

NUIT tar saken til orientering og programmet tar med innspill inn i det videre arbeidet

Hensikt med saken

Helfo står overfor store strukturelle endringer. Det er nødvendig med en omfattende digitalisering av tjenestene innenfor helserefusjonsområdet, der samhandlingen innbyggere og helseaktører har med Helfo skal bli vesentlig enklere, raskere og riktigere. Hovedmålet er å automatisere rettigheter og saksbehandling så langt det lar seg gjøre, slik at pasienter kan fokusere minst mulig på økonomiske sider av behandlingen. Tiltakene treffer alle behandlere med takstoppgjør, kommunene, i noen grad RHF/HF, og understøtter særlig det strategiske satsingsområdet innen e-helse: *Digitalisering av arbeidsprosesser*. EDiT bidrar også i Sentral forskrivningsmodul (*Bedre sammenheng i pasientforløp*). Tjenester overfor helseaktørene planlegges som *SMART on FIHR* for å sikre bedre realisering av egne tjenester, og samtidig bidra til et mer fremtidsrettet grensesnitt med EPJ (*Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne*).

Bakgrunn

Helsedirektoratet eier og forvalter alle Helfos IKT-løsninger. EDiT består av mange ulike produkter, organisert som 4 prosjekter med Helsedirektoratet som programeier og -leder. En vesentlig del er også å være prosessdriver for endringer i lov, forskrifter og rundskriv for å sikre full digitalisering. Programmet går over 3 år og avsluttes juli 2021. Dette finansieres med naturlig avgang i Helfo, effektiviseringer og prøveordningen for utvidede budsjettfullmakter i staten.

Til Møte 2/19
Dato 27.05.2019
Saksnummer 26/19
Type Orientering

Fra Per Olav Skjesol
Saksbehandler Per Olav Skjesol

Helseplattformen

Forslag til vedtak

Saken tas til orientering

Hensikt med saken

Hensikten med saken er å orientere NUIT om status for arbeidet i Helseplattformen. Helseplattformen vil utdype utvalgte tema i sin presentasjon i møtet omkring status for anskaffelse, etablering av Helseplattformen AS og videre planer for innføring.

Bakgrunn

Helsetjenesten i Midt Norge skal anskaffe og implementere nytt pasientadministrativt system og ny elektronisk pasientjournal. Programmet eies av Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. Programmet går nå fra anskaffelsesfase til implementeringsfase. Det vil i møtet orienteres om følgende saker:

- Gjennomført anskaffelse
- Etablering av Helseplattformen AS
- Etablering av beslutningsstruktur og faglig involvering
- Vurdering av siste tids medieomtaler og hva det betyr for Helseplattformen samt
- De viktigste utfordringene i tiden fremover.