

Møte i NUIT		
Møte	1/2019	
Dato	13.02.19	
Tid	10:00 – 15.00	
Sted	Direktoratet for e-helse, Verkstedveien 1 Skøyen, Oslo Møterom 4117	
Medlemmer	Christine Bergland (Direktoratet for e-helse) Helge Garåsen (Trondheim kommune) Ole Johan Kvan (Helse Sør-Øst RHF) Kari Støfringsdal (Flora kommune) Ulf Sigurdson (Helse Sør-Øst RHF) Endre Sandvik (Oslo kommune) Erik Hansen (Helse Vest RHF) Wenche P. Dehli (Kristiansand kommune) Per Olav Skjesol (Helse Midt-Norge RHF) Line Richardsen (KS) Bjørn Nilsen (Helse Nord RHF) Heidi Slagsvold (KS) Roger Schäffer (Folkehelseinstituttet) Egil Johannesen (Fastlegerepresentant) Halvar F. Bergby (Kreftforeningen) Jan-Arild Lyngstad (Hesledirektoratet)	
Observatører	Tor Eid (Helse- og omsorgsdepartementet) Rune Kavlie (Norsk Helsenett) Jan Eirik Olsen (Nasjonal IKT)	

Sak	Tema	Sakstype
1/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
2/19	Godkjenning av referat fra møtet 21.11.2018	Godkjenning
3/19	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
4/18	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 – ny e-helseorganisering	Orientering
12/19	Satsing på Felles språk	Orientering
13/19	Eventuelt	
14/19	Innspill til Regjeringens Digitaliseringsstrategi	Drøfting

Sak	Tema	Sakstype
1/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
	Forslag til vedtak: NUIT godkjenner innkalling og dagsorden.	Ingen vedlegg
2/19	Godkjenning av referat	Godkjenning
	Forslag til vedtak: NUIT godkjenner referat fra møtet 21. november 2018.	Vedlegg 1: Referat fra møtet 21. november 2018
3/19	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
	Direktoratet for e-helse orienterer om aktuelle saker.	Ingen vedlegg
	Forslag til vedtak: NUIT tar sakene til orientering.	
4/19	Nasjonal e-helsestrategi og strategisk plan	Orientering
	Som en del av Direktoratets <i>strategiprosess</i> for forvaltning av nasjonal e-helsestrategi har Direktoratet utarbeidet en plan for e-	Ingen vedlegg

	<p>helse for perioden frem til 2022, samt oppdatert inneværende strategi. Både den oppdaterte strategien og planen ble presentert NUIT 21. november 2018 (sak 21/18) og Nasjonalt e-helsestyre 6. desember 2018 (sak 51/18). Begge utvalgene tilsluttet seg saken og ba om at innspill fremkommet i møtet tas med i videre arbeid. Våren 2019 vil Direktoratet, i samarbeid med den nasjonale styringsmodellen, arbeide med å utvikle kriterier og prosess for prioritering av innsatsområdene i planen. Formålet er å gjøre planen handlingsrettet og egnet som et verktøy for prioriteringsdiskusjoner i den nasjonale e-helse porteføljen. Direktoratet ønsker med denne saken å orientere utvalget om det pågående arbeidet med strategiske kriterier og prosessen for prioritering.</p>	
	<p>Forslag til vedtak: NUIT tar saken til orientering.</p>	
5/19	Nasjonal e-helseportefølje 2019	Drøfting
	<p>Nasjonalt porteføljekontor presenterer 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 11. januar 2019.</p>	<p>Vedlegg 2: Toppnotat Nasjonal e-helseportefølje 2019</p> <p>Vedlegg 2A: Statusrapport nasjonal e-helseportefølje 2019</p> <p>Vedlegg 2B: Samlet rapportering nasjonal e-helseportefølje januar 2019</p> <p>Vedlegg 2C: Nasjonal e-helseportefølje januar 2019 (exceloversikt)</p>
	<p>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.</p>	
6/19	MF Helse	Orientering
	<p>NUIT har bedt om en orientering om MF Helse-programmet. Målet med saken er at NUIT forstår hva programmet skal utrette og hva status er på programmet.</p>	<p>Vedlegg 3: Toppnotat MF Helse</p>
	<p>Forslag til vedtak: NUIT tar saken til orientering og programmet tar med innspill inn i det videre arbeidet.</p>	
7/19	Velferdsteknologisk knutepunkt	Orientering
	<p>Hensikt med saken er å orientere om status for utprøvingen av velferdsteknologisk knutepunkt, og få innspill til hva som er viktig å vurdere og prioritere i det videre arbeidet.</p>	<p>Vedlegg 4: Toppnotat Velferdsteknologisk knutepunkt</p>
	<p>Forslag til vedtak: NUIT tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse om å</p>	

	ta med innspill i det videre arbeidet med å utarbeide anbefaling om realisering av et nasjonalt knutepunkt for velferdsteknologi.	
8/19	Program for legemiddelområdet	Orientering
	Direktoratet for e-helse har etablert et program for digitalisering av legemiddelområdet. Hensikten med denne saken er å orientere om programmet og drøfte forutsigbarhet for framtidig prioritering og finansiering.	Vedlegg 5: Toppnotat Program for legemiddelområdet
	Forslag til vedtak: Programmet tar med seg innspill i det videre arbeidet.	
9/19	Veikart og planer for e-helsestandarder 2018-2022	Orientering
	Hensikten med saken er å gi innsikt i Direktoratet for e-helses strategi for videre arbeid med e-helsestandarder. Det er ønskelig å få innspill fra NUIT til pågående arbeid med nasjonale innføringsplaner av meldingsstandarder, og strategisk arbeid for økt bruk av internasjonale standarder i Norge, slik at arbeidet i størst mulig grad rettes inn mot sektorens behov.	Vedlegg 6: Toppnotat Veikart og planer for e-helsestandarder 2018-2022
	Forslag til vedtak: NUIT ber om at innspill fremkommet i møtet tas med i det videre arbeidet med e-helsestandarder.	
10/19	Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste	Orientering
	Direktoratet for e-helse vil orientere om resultat fra ekstern kvalitetssikring av konseptvalgutredning for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Direktoratet for e-helse overleverte konseptvalgutredningen til Helse- og omsorgsdepartementet 6. juli 2018. Rapport med vedlegg er tilgjengelig på ehelse.no.	Vedlegg 7: Toppnotat Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste
	Forslag til vedtak: NUIT tar saken til orientering.	
11/19	NEO – ny e-helseorganisering	Orientering
	Saken ettersendes.	
12/19	Satsing på Felles språk	Orientering
	Direktoratet for e-helse vil orientere om programmets planer for perioden 2019 til 2023. Det ønskes innspill til videre prosess for realiseringen av et nasjonalt økosystem for terminologi – Felles språk.	Vedlegg 8: Toppnotat Satsning på felles språk
	Forslag til vedtak: NUIT tar programmets planer til orientering. Programmet tar med seg innspillene som fremkom i møtet.	
13/19	Eventuelt	
14/19	Innspill til Regjeringens Digitaliseringsstrategi	Drøfting
	Direktoratet for e-helse legger frem Regjeringens digitaliseringsstrategi til drøfting i NUIT. Innspill kan også sendes skriftlig til Nasjonal porteføljekontor innen 22. februar (nasjonalt.portefoljekontor@ehelse.no).	Vedlegg 9: Toppnotat Digitaliseringsstrategi Vedlegg 9A: Presentasjon om Digitaliseringsstrategien
	Forslag til vedtak: NUIT tar saken til etterretning og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill framkommet i møtet i det videre arbeidet	

- Vedlegg 1: Referat fra NUIT-møte 21.11.18
- Vedlegg 2: Toppnotat Nasjonal e-helseportefølje 2019
- Vedlegg 2A: Statusrapport nasjonal e-helseportefølje januar 2019
- Vedlegg 2B: Samlet rapportering nasjonal portefølje januar 2019
- Vedlegg 2C: Nasjonal e-helseportefølje 2019 (exceloversikt)
- Vedlegg 3: Toppnotat MF Helse
- Vedlegg 4: Toppnotat Velferdsteknologisk knutepunkt
- Vedlegg 5: Toppnotat Program for legemiddelområdet
- Vedlegg 6: Toppnotat Veikart og planer for e-helsestandarder 2018-2022
- Vedlegg 7: Toppnotat Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste
- Vedlegg 8: Toppnotat Satsning på Felles språk
- Vedlegg 9: Toppnotat Digitaliseringsstrategi
- Vedlegg 9A: Presentasjon om Digitaliseringsstrategien

Referat fra møte i NUIT

<i>Møte</i>	3/2018	
<i>Dato</i>	21.11 2018	
<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>	Ole Johan Kvan (Helse Sør-Øst RHF) Rune Simensen (Helse Sør-Øst RHF) Erik Hansen (Helse Vest RHF) Per Olav Skjesol (Helse Midt-Norge RHF) Bjørn Nilsen (Helse Nord RHF) Roger Schäffer (Folkehelseinstituttet) Egil Johannesen (Fastlegerepresentant) Jan-Arild Lyngstad (Helsedirektoratet)	Kari Støfringsdal (Flora kommune) Endre Sandvik (Oslo kommune) Wenche P. Dehli (Kristiansand kommune) Line Richardsen (KS) Heidi Slagsvold (KS) Helge Garåsen (Trondheim kommune)
<i>Ikke til stede</i>	Christine Bergland (Direktoratet for e-helse) Halvar F. Bergby (Kreftforeningen)	Ola Stenseth (Norsk Helsenett SF, observatør)
<i>Øvrige</i>	Tor Eid (HOD, observatør)	Jan Erik Olsen (NIKT, observatør)
<i>Direktoratet for e-helse</i>	Inga Nordberg Karl Vestli Siv Ingebrigtsen Irene Olaussen	Vidar Mikkelsen Sonja Turøy Brugman Camilla Smaadal

Sak	Tema	Sakstype
18/18	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
19/18	Godkjenning av referat fra møtet 30.05.2018	Godkjenning
20/18	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
21/18	Nasjonal handlingsplan for e-helse 2019-2022	Orientering/ tilslutning
22/18	Nasjonal e-helseportefølje 2019	Tilslutning
23/18	Nasjonal helse- og sykehusplan. Tilleggsoppdrag om medisinsk avstandsoppfølging	Orientering
24/18	Felles plan for EPJ i RHF-ene	Orientering
25/18	Plan for utvikling av felles grunnmur	Drøfting
26/18	Veikart og planer for e-helsestandarder	Orientering
29/18	Plan for arbeid med veileder for tidligfaseplanlegging av store IKT-prosjekter i RHF	Orientering
27/18	Orientering fra sektoren – KS sin styringsmodell	Orientering
28/18	Eventuelt	

Sak	Tema
18/18	Godkjenning av innkalling og dagsorden
	Ingen kommentarer til innkalling og dagsorden. Det er ønskelig å få NUIT-dokumentene med sidehenvisning for å gjøre saksdokumentene mer oversiktlig. Sekretariatet vil legge til rette for dette fremover.
	Vedtak: NUIT godkjenner innkalling og dagsorden.
19/18	Godkjenning av referat fra 30.5.18

	Referatet ble godkjent.
	Vedtak: NUIT godkjenner referat fra møtet 30.mai 2018.
20/18	Orientering fra Direktoratet for e-helse
	Karl Vestli, Direktoratet for e-helse, orienterte NUIT om aktuelle saker.
Nr. 1	Nasjonal tjenesteleverandør
	En mulig tidslinje for videre arbeid med ny e-helseorganisering ble presentert for NUIT. Direktoratet leverte i august 2018 en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet om ny e-helseorganisering. Etter at rapporten ble levert, har HOD gitt tilbakemelding på at regjeringen har tilsluttet seg videre arbeid med å etablere en nasjonal tjenesteleverandør fra 1.1.2020. Direktoratet for e-helse vil komme tilbake til sektoren med mer informasjon når oppdraget fra departementet er mer klart.
Nr. 2	Én innbygger – én journal
	Direktoratet for e-helse overleverte konseptvalgutredningen til Helse- og omsorgsdepartementet 6. juli 2018. Prosjektets hovedaktivitet i høst er å understøtte ekstern kvalitetssikrer og orientere sektoren om anbefalingen. Det er forventet at KS1-rapporten er klar innen desember 2018. Konseptvalgutredningen og KS1-rapporten vil være underlag for en eventuell regjeringsbehandling av konseptvalget og videre arbeid. Tidsplan og innretning for et ev. videre arbeid er til avklaring.
Nr. 3	Tilleggsoppdrag
	<p>Det ble orientert om relevante tilleggsoppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Direktoratet for e-helse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • E-konsultasjon (video, tekst og bilde). Det skal sees på tekniske muligheter for og konsekvenser av å innføre krav om at fastleger skal tilby e-konsultasjon. • Diagnosekoder for antibiotikareseptor. Det skal lages en felles rapport sammen med FHI. Formålet med arbeidet er å redusere antibiotikaforbruket i samfunnet. • Løsning for nyfødtscreening. Direktoratet for e-helse bistår Helse Sør-Øst med informasjonstiltak og teknisk løsning for nyfødtscreening, bl.a. for håndtering av samtykke. • Enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon. RHF-ene har fått i oppdrag å realisere de fire prioriterte kravområdene knyttet til SAFEST. Direktoratet for e-helse utfører en kartlegging knyttet til teknisk løsning. • Velferdsteknologisk knutepunkt. Prosjektet jobber med å videreføre løsningen i Oslo kommune til også å inkludere flere journalsystemer. <p>NUIT mener det er viktig å få på plass nasjonale standarder som går på tvers av hele sektoren i arbeidet med Velferdsteknologisk knutepunkt. Direktoratet for e-helse svarte at standardene skal videreutvikles og det skal vurderes om det er behov for et fysisk knutepunkt.</p> <p>NUIT påpekte at det er nødvendig med et moderne takstsystem som understøtter e-konsultasjon. I dag er det ingen insitamenter til å ta dette i bruk. Det ble videre kommentert at e-konsultasjon må brukes på en forsvarlig og fornuftig måte og sees i sammenheng med andre teknologiske løsninger.</p>
Nr. 4	Utviklingstrekkrapport 2019
	<p>Direktoratet for e-helse jobber med en ny utviklingstrekkrapport. Den skal publiseres i januar 2019. Rapporten skal beskrive og analysere e-helseutviklingen fremover. Målet er å bygge forståelse for digitalisering i sektoren og gi kunnskap rundt sentrale tema som teknologi og kunstig intelligens, helseanalyse og digitalisering av legemiddelområdet. Det vil åpnes opp for at sektoren kan gi innspill og kvalitetssikre tallgrunnlag.</p> <p>NUIT ønsker å legge til en kommentar om at det er behov for KomUT (Kommunal utbredelse) fremover og at arbeidet der skal videreføres.</p>

	<p>Vedtak: NUIT tar sakene til orientering.</p>
21/18	<p>Nasjonal handlingsplan for e-helse 2019-2022 (versjon 0.8)</p> <p>Irene Olaussen, ved Direktoratet for e-helse, orienterte om arbeidet med Nasjonal handlingsplan for e-helse 2019 – 2022. Dette skal være helse- og omsorgssektorens felles strategiske plan for IKT og digitalisering, og beskriver innsatsen som er nødvendig for å realisere målbildet i Nasjonal e-helsestrategi 2017 – 2022. Versjon 0.8 av Handlingsplanen ble lagt frem for NUIT.</p> <p>NUIT ønsker å gi sin tilslutning til innsatsområdene i planen. Samtidig mener NUIT at man må vurdere om man skal kalle det en handlingsplan da det ikke foreligger konkrete prioriteringer innad i og mellom innsatsområdene.</p> <p>NUIT ønsker at det innledningsvis i planen beskrives eksisterende prioriteringer, altså initiativ som allerede er igangsatt. Videre ønsker NUIT at Direktoratet skal arbeide med å utvikle en prosess for prioritering og komme tilbake til NUIT med dette i løpet av 2019 slik at planen kan fungere som et verktøy for realisering av Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022.</p> <p>Det kom flere innspill knyttet til grunnmur. Det er vanskelig å skille hvilke samhandlingsbehov som skal løses gjennom Nasjonal journal- og samhandlingsløsning og hva som skal løses i arbeidet med grunnmur. Direktoratet svarte at det ikke er vanntette skott mellom innsatsområdene. Samhandlingsbehovet beskrevet i konseptvalgutredningen for Nasjonal journal- og samhandlingsløsning er i stor grad det som er beskrevet i grunnmursarbeidet. Det gjør at man i arbeidet med Nasjonal journal- og samhandlingsløsning vil få fratrukk av aktivitet dersom grunnmur løser behovene. Direktoratet for e-helse tar med innspillet for å tydeliggjøre strategidokumentene. NUIT presiserte videre at arbeidet med grunnmur skal løse sektorens felles behov. Bekymringen er at arbeidet med grunnmur ikke går raskt nok til å understøtte allerede vedtatte tiltak slik at den enkelte aktør selv må bygge grunnmursløsninger for å realisere tiltakene.</p> <p>NUIT mener planen også må omtale kultur- og organisasjonsendringer som skal til for å nå målene i strategien. Det påpekes at dette er et lederansvar, men det er varierende kompetanse på endringsledelse på dette feltet.</p> <p>NUIT mener at innsatsområde 4.1 under Helsehjelp på nye måter bør beskrive hvordan man skal legge til rette for den aktive innbyggeren fremfor å mobilisere innbyggeren.</p> <p>Videre mener NUIT at man i innsatsområde 6.2 under Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføring bør vurdere hvordan gevinster og gevinstoppnåelse omtales, slik at teksten ikke blir for instrumentell, men heller evner å engasjere helsepersonell og mobilisere til felles løft.</p>
	<p>Vedtak: NUIT tilslutter seg saken og ber om at følgende innarbeides i videre behandling:</p> <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.
22/18	<p>Nasjonal e-helseportefølje 2019</p>

Siv Ingebrigtsen, Direktoratet for e-helse, orienterte om status for pågående portefølje og definering av Nasjonal e-helseportefølje 2019.

Alle aktørene i helse- og omsorgssektoren har nå rapportert inn prosjekter/programmet til Nasjonal e-helseportefølje. Det er større modenhet i rapporteringen av gevinster, avhengigheter og forutsetninger. En stor andel av prosjektene er i plan- og gjennomføringsfase. Det betyr at sektoren må forberede seg på innføring og realisering av gevinster i årene som kommer.

For avhengigheter er det særlig tre områder som utpeker seg:

1. HelseID og utbredelse av e-ID (ev. bruk av PKI) for å forenkle bruken av nasjonale e-helseløsninger
2. EPJ-utvikling som kritisk forutsetning for å ta ut gevinster hos aktørene
3. utfordringer knyttet til innføring, eksemplifisert gjennom nasjonale e-helseløsninger som vil treffe kommunene de kommende årene.

Det har vært en prosess i de nasjonale utvalgene for å diskutere prioritering av Direktoratet for e-helse sine prosjekter som ikke har øremerkede midler. Det jobbes fremdeles med å øke samfinansieringen slik at ambisjonsnivået for alle områdene kan heves.

NUIT er bekymret for om leverandørmarkedet etter konseptvalget for Nasjonal journal- og samhandlingsløsning har kapasitet og vilje til å utvikle løsninger som er politisk ønsket og nødvendige. NUIT stilte spørsmål til hva det offentlige kan gjøre for å dempe denne usikkerheten.

Kommunene prioriterer i liten grad IKT-utvikling i sine budsjetter. NUIT mener det er nødvendig at kommunene etablere en samordnet bestillerfunksjon for å få økt kraft på nødvendig EPJ-utvikling på den nasjonale porteføljen. I dag er det ingen som har dette mandatet på vegne av kommunene.

Det er enighet i NUIT at grunnmur og legemiddelområdet må prioriteres høyt. Det er ulikt syn på prioriteringer av felles journal for kommunal Helse- og omsorgstjeneste. Kommunerepresentantene presiserte at det er behovet for nasjonal innsats for å modernisere EPJ i kommunene. Det ble kommentert at HOD ikke har besluttet tiltak med finansiering for felles journal for kommunene. Direktoratet må derfor finansiere dette selv.

Direktoratet påpekte at illustrasjonen av ambisjonsnivåene for områdene i prioriteringsdiskusjonen ikke gjenspeiler budsjettet. Dette gjør at bildet av prioriteringene ikke blir helt riktig. For å få gjennomført mer av grunnmurstiltakene jobbes det med å knytte grunnmursaktiviteter til prosjekter med egen finansiering. NUIT påpeker at hele diskusjonen understreker behovet for andre finansieringssystem som gir større rom for prioritering.

Helseplattformen ligger på kritisk linje for avhengighet til Program Kodeverk og terminologi (PKT) og mangler finansiering for å kunne etablere SNOMED CT som felles terminologi og nasjonale standard. NUIT mener derfor at status for PKT bør være gul. Direktoratet for e-helse tar dette innspillet inn i endelig portefølje for 2019. NUIT mener for øvrig at det er viktig med en felles innsats opp mot beslutningstakere for å fremheve grunnmur som en forutsetning for å oppnå gevinster i digitaliseringsarbeidet.

Avslutningsvis presenterte Jan-Arild Lyngstad, Helsedirektoratet, sin andel av nasjonal e-helseportefølje. NUIT mener det er viktig å involvere hele sektoren på et tidlig tidspunkt i

	<p>løsningene som utvikles. Eksempelvis er det uheldig at prosjektet Generisk funksjonsvurderings-verktøy for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er avgrenset til å gjelde spesialisthelsetjenesten.</p> <p>NUIT stilte seg bak vedtaket beskrevet under og ber Direktoratet ta følgende innspill med i det videre arbeidet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legemiddelområdet må prioriteres høyt • Det er ønsket høyere aktivitet på Grunnkursområdet • Kommunesektoren presiserte at modernisering av kommunal EPJ må prioriteres • Program Kodeverk og Terminologi må endre status til gul på grunn av uavklart finansieringsnivå • Det er behov for å jobbe videre med finansieringsmodeller og styringsmodell for å sikre større handlingsrom for reell prioritet og gjennomføringsevne.
	<p>Vedtak: NUIT tilslutter seg definering av Nasjonal e-helseportefølje 2019 med de innspill som kom frem i møtet. Innstillingen legges frem for tilslutning i Nasjonalt e-helsestyre 6. desember.</p>
23/18	Nasjonal helse- og sykehusplan: Tilleggsoppdrag om medisinsk avstandsoppfølging
	<p>Direktoratet for e-helse ved Karl Vestli orienterte om status og tilnærming til arbeidet med tilleggsoppdraget for medisinsk avstandsoppfølging.</p> <p>Nasjonal helse- og sykehusplan skal være regjeringens operative redskap for å realisere en bærekraftig helsetjeneste. Som en del av dette arbeidet skal Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Statens legemiddelverk levere en felles plan for hvordan medisinsk avstandsoppfølging kan tas i bruk i større grad, og av hele sektoren. Leveransen skal leveres til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. desember.</p> <p>I møtet ble det stilt spørsmål om hvor oppgaveglidning befinner seg i utredningsløpet. Direktoratet for e-helse svarte at dette hovedsakelig skjer i mulighetsanalysen, men at det også vil kunne være i kunnskapsgrunnlaget.</p> <p>Det ble påpekt at det er tydelig hvor spesialisthelsetjenesten kommer inn, men at kommunene er for lite synlig. Direktoratet for e-helse har planer om å involvere KS i arbeidet fremover.</p>
	<p>Vedtak: NUIT tar saken til orientering. Innspillene som fremkommer i møtet tas med i videre arbeid med tilleggsoppdraget om medisinsk avstandsoppfølging.</p>
24/18	Felles plan for EPJ i RHF-ene
	<p>Erik M. Hansen, Helse Vest RHF, orienterte om felles plan fra RHF-ene som ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 1. november.</p> <p>Planen er en oppfølging av oppdrag gitt i foretaksprotokollen til RHF-ene i 2018. Planen skal beskrive hvordan RHF-ene skal bidra til å realisere målbildet gitt i Én innbygger – én journal.</p> <p>De tre RHF-ene er enige om at de følgende nasjonale løsninger må prioriteres på kort og mellomlang sikt: pasientens legemiddelliste, Kjernejournal som nasjonal autorativ kilde for kritisk informasjon, standard for deling av journalinformasjon på tvers av virksomheter og videreutvikle helsenorge.no som plattform for innlemming av pasienter i helsetjenesten.</p> <p>NUIT mener planen gir tydelige prioriteringer og retning for arbeidet som skjer i de tre RHF-ene.</p>

	<p>NUIT ga innspill på at arbeidet med journalinnsyn basert på standarder har et stort potensial for å løse deler av samhandlingsbehovet i sektoren. Helseplattformen vil legge til rette for journalinnsyn med samme standard. NUIT mener det er viktig at kommunene også får utviklet dette i sine EPJ.</p>
	<p>Vedtak: NUIT tar saken til orientering.</p>
25/18	Plan for utvikling av felles grunnmur
	<p>Direktoratet for e-helse ved Vidar Mikkelsen informerte NUIT om arbeidet med plan for utvikling av felles grunnmur.</p> <p>Direktoratet for e-helse skal levere en plan for utvikling av felles grunnmur til Helse- og omsorgsdepartementet. Grunnmur er en viktig forutsetning for strategien, og 70 prosent av den nasjonale porteføljen rapporterer avhengigheter til porteføljen. Grunnmuren skal sikre at felles behov løses én gang.</p> <p>NUIT stiller seg bak behovet for en grunnmur som skal løse sektorens felles behov. Det ble samtidig påpekt at grunnmuren ikke nødvendigvis gir nytte isolert sett. Det er først når alt på toppen av grunnmuren (lett-IKT/applikasjoner) er på plass, vi ser nytteverdien av den. Det er viktig å se disse to dimensjonene sammen. Det kom forslag om å beskrive enkeltelementer fra grunnmuren, da det vil kunne vise nytteverdien bedre.</p> <p>Spesialisthelsetjenesten vil starte arbeidet med en egen grunnmursløsning ila 2019 (dokumentdeling i Kjernejournal). Det ble ytret bekymring for at kommunesektoren vil henge etter.</p> <p>NUIT presiserte videre at det er viktig at løsningene løftes opp nasjonalt for å gi de store gevinstene.</p> <p>Direktoratet for e-helse vil oppsummere planen for grunnmuren i Nasjonalt e-helsestyre.</p>
	<p>Vedtak: NUIT tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill framkommet i møtet i det videre arbeidet.</p> <p>NUIT stiller seg bak behovet for Felles grunnmur og støtter at planen brukes som et verktøy i nasjonal arkitekturstyring for videre prioritering og utvikling</p>
26/18	Veikart og planer for e-helsestandarder
	Saken ble utsatt til neste NUIT-møte.
29/18	Plan for arbeid med veileder for tidligfaseplanlegging av store IKT-prosjekter i RHF
	<p>Helse Midt-Norge RHF har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å lede arbeidet med å utarbeide en veileder for tidligfaseplanlegging av IKT-prosjekter for de fire regionale helseforetakene.</p> <p>For å hjelpe digitaliseringen av helsetjenesten på vei, åpner Helse- og omsorgsdepartementet opp for at store IKT-prosjekter delvis kan finansieres ved lån. Dette er en ny måte å finansiere IKT-prosjekter på. Veilederen skal beskrive hvordan IKT-prosjekter i tidligfase skal styres og hvordan de ulike aktørene i helse- og omsorgssektoren skal involveres.</p> <p>Veilederen er spesialisthelsetjenesten sin veileder, og den må godkjennes av alle de fire RHF-ene. Veilederen skal være klar for godkjenning hos Helse- og omsorgsdepartementet innen 30.november 2018.</p>
	<p>Vedtak: NUIT tar saken til orientering.</p>

27/18	Orientering fra sektoren – KS sin styringsmodell
	<p>Line Richardsen og Heidi Slagsvold fra KS informerte om modellen for styring og organisering av digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor.</p> <p>Kommunene og Fylkeskommunen har gitt KS en sentral rolle i å styre og koordinere digitaliseringsarbeidet i kommunene og har etablert en styringsmodell etter inspirasjon av Nasjonal styringsmodell.</p> <p>Det ble informert om følgende strategiske tiltak som er forankret i styringsmodellen, som for eksempel FIKS-plattformen.</p> <p>Det er også etablert finansieringsordningen DigiFin som gir støtte til utvikling av nasjonale komponenter og løsninger.</p>
	<p>Vedtak: NUIT tar saken til orientering.</p>
28/18	Eventuelt
	Ingen innspill ble gitt.

Referat fra møte i NUIT

<i>Møte</i>	3/2018	
<i>Dato</i>	21.11 2018	
<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>	Ole Johan Kvan (Helse Sør-Øst RHF) Rune Simensen (Helse Sør-Øst RHF) Erik Hansen (Helse Vest RHF) Per Olav Skjesol (Helse Midt-Norge RHF) Bjørn Nilsen (Helse Nord RHF) Roger Schäffer (Folkehelseinstituttet) Egil Johannesen (Fastlegerepresentant) Jan-Arild Lyngstad (Helsedirektoratet)	Kari Støfringsdal (Flora kommune) Endre Sandvik (Oslo kommune) Wenche P. Dehli (Kristiansand kommune) Line Richardsen (KS) Heidi Slagsvold (KS) Helge Garåsen (Trondheim kommune)
<i>Ikke til stede</i>	Christine Bergland (Direktoratet for e-helse) Halvar F. Bergby (Kreftforeningen)	Ola Stenseth (Norsk Helsenett SF, observatør)
<i>Øvrige</i>	Tor Eid (HOD, observatør)	Jan Erik Olsen (NIKT, observatør)
<i>Direktoratet for e-helse</i>	Inga Nordberg Karl Vestli Siv Ingebrigtsen Irene Olaussen	Vidar Mikkelsen Sonja Turøy Brugman Camilla Smaadal

Sak	Tema	Sakstype
18/18	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
19/18	Godkjenning av referat fra møtet 30.05.2018	Godkjenning
20/18	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
21/18	Nasjonal handlingsplan for e-helse 2019-2022	Orientering/ tilslutning
22/18	Nasjonal e-helseportefølje 2019	Tilslutning
23/18	Nasjonal helse- og sykehusplan. Tilleggsoppdrag om medisinsk avstandsoppfølging	Orientering
24/18	Felles plan for EPJ i RHF-ene	Orientering
25/18	Plan for utvikling av felles grunnmur	Drøfting
26/18	Veikart og planer for e-helsestandarder	Orientering
29/18	Plan for arbeid med veileder for tidligfaseplanlegging av store IKT-prosjekter i RHF	Orientering
27/18	Orientering fra sektoren – KS sin styringsmodell	Orientering
28/18	Eventuelt	

Sak	Tema
18/18	Godkjenning av innkalling og dagsorden
	Ingen kommentarer til innkalling og dagsorden. Det er ønskelig å få NUIT-dokumentene med sidehenvisning for å gjøre saksdokumentene mer oversiktlig. Sekretariatet vil legge til rette for dette fremover.
	Vedtak: NUIT godkjenner innkalling og dagsorden.
19/18	Godkjenning av referat fra 30.5.18

	Referatet ble godkjent.
	Vedtak: NUIT godkjenner referat fra møtet 30.mai 2018.
20/18	Orientering fra Direktoratet for e-helse
	Karl Vestli, Direktoratet for e-helse, orienterte NUIT om aktuelle saker.
Nr. 1	Nasjonal tjenesteleverandør
	En mulig tidslinje for videre arbeid med ny e-helseorganisering ble presentert for NUIT. Direktoratet leverte i august 2018 en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet om ny e-helseorganisering. Etter at rapporten ble levert, har HOD gitt tilbakemelding på at regjeringen har tilsluttet seg videre arbeid med å etablere en nasjonal tjenesteleverandør fra 1.1.2020. Direktoratet for e-helse vil komme tilbake til sektoren med mer informasjon når oppdraget fra departementet er mer klart.
Nr. 2	Én innbygger – én journal
	Direktoratet for e-helse overleverte konseptvalgutredningen til Helse- og omsorgsdepartementet 6. juli 2018. Prosjektets hovedaktivitet i høst er å understøtte ekstern kvalitetssikrer og orientere sektoren om anbefalingen. Det er forventet at KS1-rapporten er klar innen desember 2018. Konseptvalgutredningen og KS1-rapporten vil være underlag for en eventuell regjeringsbehandling av konseptvalget og videre arbeid. Tidsplan og innretning for et ev. videre arbeid er til avklaring.
Nr. 3	Tilleggsoppdrag
	<p>Det ble orientert om relevante tilleggsoppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Direktoratet for e-helse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • E-konsultasjon (video, tekst og bilde). Det skal sees på tekniske muligheter for og konsekvenser av å innføre krav om at fastleger skal tilby e-konsultasjon. • Diagnosekoder for antibiotikareseptor. Det skal lages en felles rapport sammen med FHI. Formålet med arbeidet er å redusere antibiotikaforbruket i samfunnet. • Løsning for nyfødtscreening. Direktoratet for e-helse bistår Helse Sør-Øst med informasjonstiltak og teknisk løsning for nyfødtscreening, bl.a. for håndtering av samtykke. • Enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon. RHF-ene har fått i oppdrag å realisere de fire prioriterte kravområdene knyttet til SAFEST. Direktoratet for e-helse utfører en kartlegging knyttet til teknisk løsning. • Velferdsteknologisk knutepunkt. Prosjektet jobber med å videreføre løsningen i Oslo kommune til også å inkludere flere journalsystemer. <p>NUIT mener det er viktig å få på plass nasjonale standarder som går på tvers av hele sektoren i arbeidet med Velferdsteknologisk knutepunkt. Direktoratet for e-helse svarte at standardene skal videreutvikles og det skal vurderes om det er behov for et fysisk knutepunkt.</p> <p>NUIT påpekte at det er nødvendig med et moderne takstsystem som understøtter e-konsultasjon. I dag er det ingen insitamenter til å ta dette i bruk. Det ble videre kommentert at e-konsultasjon må brukes på en forsvarlig og fornuftig måte og sees i sammenheng med andre teknologiske løsninger.</p>
Nr. 4	Utviklingstrekkrapport 2019
	<p>Direktoratet for e-helse jobber med en ny utviklingstrekkrapport. Den skal publiseres i januar 2019. Rapporten skal beskrive og analysere e-helseutviklingen fremover. Målet er å bygge forståelse for digitalisering i sektoren og gi kunnskap rundt sentrale tema som teknologi og kunstig intelligens, helseanalyse og digitalisering av legemiddelområdet. Det vil åpnes opp for at sektoren kan gi innspill og kvalitetssikre tallgrunnlag.</p> <p>NUIT ønsker å legge til en kommentar om at det er behov for KomUT (Kommunal utbredelse) fremover og at arbeidet der skal videreføres.</p>

	<p>Vedtak: NUIT tar sakene til orientering.</p>
21/18	<p>Nasjonal handlingsplan for e-helse 2019-2022 (versjon 0.8)</p> <p>Irene Olaussen, ved Direktoratet for e-helse, orienterte om arbeidet med Nasjonal handlingsplan for e-helse 2019 – 2022. Dette skal være helse- og omsorgssektorens felles strategiske plan for IKT og digitalisering, og beskriver innsatsen som er nødvendig for å realisere målbildet i Nasjonal e-helsestrategi 2017 – 2022. Versjon 0.8 av Handlingsplanen ble lagt frem for NUIT.</p> <p>NUIT ønsker å gi sin tilslutning til innsatsområdene i planen. Samtidig mener NUIT at man må vurdere om man skal kalle det en handlingsplan da det ikke foreligger konkrete prioriteringer innad i og mellom innsatsområdene.</p> <p>NUIT ønsker at det innledningsvis i planen beskrives eksisterende prioriteringer, altså initiativ som allerede er igangsatt. Videre ønsker NUIT at Direktoratet skal arbeide med å utvikle en prosess for prioritering og komme tilbake til NUIT med dette i løpet av 2019 slik at planen kan fungere som et verktøy for realisering av Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022.</p> <p>Det kom flere innspill knyttet til grunnmur. Det er vanskelig å skille hvilke samhandlingsbehov som skal løses gjennom Nasjonal journal- og samhandlingsløsning og hva som skal løses i arbeidet med grunnmur. Direktoratet svarte at det ikke er vanntette skott mellom innsatsområdene. Samhandlingsbehovet beskrevet i konseptvalgutredningen for Nasjonal journal- og samhandlingsløsning er i stor grad det som er beskrevet i grunnmursarbeidet. Det gjør at man i arbeidet med Nasjonal journal- og samhandlingsløsning vil få fratrukket av aktivitet dersom grunnmur løser behovene. Direktoratet for e-helse tar med innspillet for å tydeliggjøre strategidokumentene. NUIT presiserte videre at arbeidet med grunnmur skal løse sektorens felles behov. Bekymringen er at arbeidet med grunnmur ikke går raskt nok til å understøtte allerede vedtatte tiltak slik at den enkelte aktør selv må bygge grunnmursløsninger for å realisere tiltakene.</p> <p>NUIT mener planen også må omtale kultur- og organisasjonsendringer som skal til for å nå målene i strategien. Det påpekes at dette er et lederansvar, men det er varierende kompetanse på endringsledelse på dette feltet.</p> <p>NUIT mener at innsatsområde 4.1 under Helsehjelp på nye måter bør beskrive hvordan man skal legge til rette for den aktive innbyggeren fremfor å mobilisere innbyggeren.</p> <p>Videre mener NUIT at man i innsatsområde 6.2 under Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføring bør vurdere hvordan gevinster og gevinstoppnåelse omtales, slik at teksten ikke blir for instrumentell, men heller evner å engasjere helsepersonell og mobilisere til felles løft.</p>
	<p>Vedtak: NUIT tilslutter seg saken og ber om at følgende innarbeides i videre behandling:</p> <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.
22/18	<p>Nasjonal e-helseportefølje 2019</p>

Siv Ingebrigtsen, Direktoratet for e-helse, orienterte om status for pågående portefølje og definering av Nasjonal e-helseportefølje 2019.

Alle aktørene i helse- og omsorgssektoren har nå rapportert inn prosjekter/programmet til Nasjonal e-helseportefølje. Det er større modenhet i rapporteringen av gevinster, avhengigheter og forutsetninger. En stor andel av prosjektene er i plan- og gjennomføringsfase. Det betyr at sektoren må forberede seg på innføring og realisering av gevinster i årene som kommer.

For avhengigheter er det særlig tre områder som utpeker seg:

1. HelseID og utbredelse av e-ID (ev. bruk av PKI) for å forenkle bruken av nasjonale e-helseløsninger
2. EPJ-utvikling som kritisk forutsetning for å ta ut gevinster hos aktørene
3. utfordringer knyttet til innføring, eksemplifisert gjennom nasjonale e-helseløsninger som vil treffe kommunene de kommende årene.

Det har vært en prosess i de nasjonale utvalgene for å diskutere prioritering av Direktoratet for e-helse sine prosjekter som ikke har øremerkede midler. Det jobbes fremdeles med å øke samfinansieringen slik at ambisjonsnivået for alle områdene kan heves.

NUIT er bekymret for om leverandørmarkedet etter konseptvalget for Nasjonal journal- og samhandlingsløsning har kapasitet og vilje til å utvikle løsninger som er politisk ønsket og nødvendige. NUIT stilte spørsmål til hva det offentlige kan gjøre for å dempe denne usikkerheten.

Kommunene prioriterer i liten grad IKT-utvikling i sine budsjetter. NUIT mener det er nødvendig at kommunene etablere en samordnet bestillerfunksjon for å få økt kraft på nødvendig EPJ-utvikling på den nasjonale porteføljen. I dag er det ingen som har dette mandatet på vegne av kommunene.

Det er enighet i NUIT at grunnmur og legemiddelområdet må prioriteres høyt. Det er ulikt syn på prioriteringer av felles journal for kommunal Helse- og omsorgstjeneste. Kommunerepresentantene presiserte at det er behovet for nasjonal innsats for å modernisere EPJ i kommunene. Det ble kommentert at HOD ikke har besluttet tiltak med finansiering for felles journal for kommunene. Direktoratet må derfor finansiere dette selv.

Direktoratet påpekte at illustrasjonen av ambisjonsnivåene for områdene i prioriteringsdiskusjonen ikke gjenspeiler budsjettet. Dette gjør at bildet av prioriteringene ikke blir helt riktig. For å få gjennomført mer av grunnmurstiltakene jobbes det med å knytte grunnmursaktiviteter til prosjekter med egen finansiering. NUIT påpeker at hele diskusjonen understreker behovet for andre finansieringssystem som gir større rom for prioritering.

Helseplattformen ligger på kritisk linje for avhengighet til Program Kodeverk og terminologi (PKT) og mangler finansiering for å kunne etablere SNOMED CT som felles terminologi og nasjonale standard. NUIT mener derfor at status for PKT bør være gul. Direktoratet for e-helse tar dette innspillet inn i endelig portefølje for 2019. NUIT mener for øvrig at det er viktig med en felles innsats opp mot beslutningstakere for å fremheve grunnmur som en forutsetning for å oppnå gevinster i digitaliseringsarbeidet.

Avslutningsvis presenterte Jan-Arild Lyngstad, Helsedirektoratet, sin andel av nasjonal e-helseportefølje. NUIT mener det er viktig å involvere hele sektoren på et tidlig tidspunkt i

	<p>løsningene som utvikles. Eksempelvis er det uheldig at prosjektet Generisk funksjonsvurderings-verktøy for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er avgrenset til å gjelde spesialisthelsetjenesten.</p> <p>NUIT stilte seg bak vedtaket beskrevet under og ber Direktoratet ta følgende innspill med i det videre arbeidet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legemiddelområdet må prioriteres høyt • Det er ønsket høyere aktivitet på Grunnkursområdet • Kommunesektoren presiserte at modernisering av kommunal EPJ må prioriteres • Program Kodeverk og Terminologi må endre status til gul på grunn av uavklart finansieringsnivå • Det er behov for å jobbe videre med finansieringsmodeller og styringsmodell for å sikre større handlingsrom for reell prioritet og gjennomføringsevne.
	<p>Vedtak: NUIT tilslutter seg definering av Nasjonal e-helseportefølje 2019 med de innspill som kom frem i møtet. Innstillingen legges frem for tilslutning i Nasjonalt e-helsestyre 6. desember.</p>
23/18	Nasjonal helse- og sykehusplan: Tilleggsoppdrag om medisinsk avstandsoppfølging
	<p>Direktoratet for e-helse ved Karl Vestli orienterte om status og tilnærming til arbeidet med tilleggsoppdraget for medisinsk avstandsoppfølging.</p> <p>Nasjonal helse- og sykehusplan skal være regjeringens operative redskap for å realisere en bærekraftig helsetjeneste. Som en del av dette arbeidet skal Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Statens legemiddelverk levere en felles plan for hvordan medisinsk avstandsoppfølging kan tas i bruk i større grad, og av hele sektoren. Leveransen skal leveres til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1.desember.</p> <p>I møtet ble det stilt spørsmål om hvor oppgaveglidning befinner seg i utredningsløpet. Direktoratet for e-helse svarte at dette hovedsakelig skjer i mulighetsanalysen, men at det også vil kunne være i kunnskapsgrunnlaget.</p> <p>Det ble påpekt at det er tydelig hvor spesialisthelsetjenesten kommer inn, men at kommunene er for lite synlig. Direktoratet for e-helse har planer om å involvere KS i arbeidet fremover.</p>
	<p>Vedtak: NUIT tar saken til orientering. Innspillene som fremkommer i møtet tas med i videre arbeid med tilleggsoppdraget om medisinsk avstandsoppfølging.</p>
24/18	Felles plan for EPJ i RHF-ene
	<p>Erik M. Hansen, Helse Vest RHF, orienterte om felles plan fra RHF-ene som ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 1.november.</p> <p>Planen er en oppfølging av oppdrag gitt i foretaksprotokollen til RHF-ene i 2018. Planen skal beskrive hvordan RHF-ene skal bidra til å realisere målbildet gitt i Én innbygger – én journal.</p> <p>De tre RHF-ene er enige om at de følgende nasjonale løsninger må prioriteres på kort og mellomlang sikt: pasientens legemiddelliste, Kjernejournal som nasjonal autorativ kilde for kritisk informasjon, standard for deling av journalinformasjon på tvers av virksomheter og videreutvikle helsenorge.no som plattform for innlemming av pasienter i helsetjenesten.</p> <p>NUIT mener planen gir tydelige prioriteringer og retning for arbeidet som skjer i de tre RHF-ene.</p>

	<p>NUIT ga innspill på at arbeidet med journalinnsyn basert på standarder har et stort potensial for å løse deler av samhandlingsbehovet i sektoren. Helseplattformen vil legge til rette for journalinnsyn med samme standard. NUIT mener det er viktig at kommunene også får utviklet dette i sine EPJ.</p>
	<p>Vedtak: NUIT tar saken til orientering.</p>
25/18	Plan for utvikling av felles grunnmur
	<p>Direktoratet for e-helse ved Vidar Mikkelsen informerte NUIT om arbeidet med plan for utvikling av felles grunnmur.</p> <p>Direktoratet for e-helse skal levere en plan for utvikling av felles grunnmur til Helse- og omsorgsdepartementet. Grunnmur er en viktig forutsetning for strategien, og 70 prosent av den nasjonale porteføljen rapporterer avhengigheter til porteføljen. Grunnmuren skal sikre at felles behov løses én gang.</p> <p>NUIT stiller seg bak behovet for en grunnmur som skal løse sektorens felles behov. Det ble samtidig påpekt at grunnmuren ikke nødvendigvis gir nytte isolert sett. Det er først når alt på toppen av grunnmuren (lett-IKT/applikasjoner) er på plass, vi ser nytteverdien av den. Det er viktig å se disse to dimensjonene sammen. Det kom forslag om å beskrive enkeltelementer fra grunnmuren, da det vil kunne vise nytteverdien bedre.</p> <p>Spesialisthelsetjenesten vil starte arbeidet med en egen grunnmursløsning ila 2019 (dokumentdeling i Kjernejournal). Det ble ytret bekymring for at kommunesektoren vil henge etter.</p> <p>NUIT presiserte videre at det er viktig at løsningene løftes opp nasjonalt for å gi de store gevinstene.</p> <p>Direktoratet for e-helse vil oppsummere planen for grunnmuren i Nasjonalt e-helsestyre.</p>
	<p>Vedtak: NUIT tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill framkommet i møtet i det videre arbeidet.</p> <p>NUIT stiller seg bak behovet for Felles grunnmur og støtter at planen brukes som et verktøy i nasjonal arkitekturstyring for videre prioritering og utvikling</p>
26/18	Veikart og planer for e-helsestandarder
	Saken ble utsatt til neste NUIT-møte.
29/18	Plan for arbeid med veileder for tidligfaseplanlegging av store IKT-prosjekter i RHF
	<p>Helse Midt-Norge RHF har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å lede arbeidet med å utarbeide en veileder for tidligfaseplanlegging av IKT-prosjekter for de fire regionale helseforetakene.</p> <p>For å hjelpe digitaliseringen av helsetjenesten på vei, åpner Helse- og omsorgsdepartementet opp for at store IKT-prosjekter delvis kan finansieres ved lån. Dette er en ny måte å finansiere IKT-prosjekter på. Veilederen skal beskrive hvordan IKT-prosjekter i tidligfase skal styres og hvordan de ulike aktørene i helse- og omsorgssektoren skal involveres.</p> <p>Veilederen er spesialisthelsetjenesten sin veileder, og den må godkjennes av alle de fire RHF-ene. Veilederen skal være klar for godkjenning hos Helse- og omsorgsdepartementet innen 30.november 2018.</p>
	<p>Vedtak: NUIT tar saken til orientering.</p>

27/18	Orientering fra sektoren – KS sin styringsmodell
	<p>Line Richardsen og Heidi Slagsvold fra KS informerte om modellen for styring og organisering av digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor.</p> <p>Kommunene og Fylkeskommunen har gitt KS en sentral rolle i å styre og koordinere digitaliseringsarbeidet i kommunene og har etablert en styringsmodell etter inspirasjon av Nasjonal styringsmodell.</p> <p>Det ble informert om følgende strategiske tiltak som er forankret i styringsmodellen, som for eksempel FIKS-plattformen.</p> <p>Det er også etablert finansieringsordningen DigiFin som gir støtte til utvikling av nasjonale komponenter og løsninger.</p>
	Vedtak: NUIT tar saken til orientering.
28/18	Eventuelt
	Ingen innspill ble gitt.

Til Møte 1/19
Dato 13.02.2019
Saksnummer 5/19
Type Drøfting

Fra Inga Nordberg
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

Nasjonal e-helseportefølje 2019

Hensikt med saken

1. Orienterer NUIT om status for pågående portefølje.
2. NUIT drøfter risiko og sentrale utfordringer.

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.

Bakgrunn

Det henvises til sak 22/18 fra NUIT 21.11.2018 og sak 52/18 fra Nasjonalt e-helsestyre 6.12.2018 om definering av Nasjonal e-helseportefølje 2019.

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. Statusrapporten utarbeides som underlag til NUIT tre ganger årlig og som orientering til Nasjonalt e-helsestyre og NUFA. Rapporten baserer seg på innrapportering til nasjonal e-helseportefølje per 11. januar 2019.

1. Status for pågående portefølje

Porteføljen består av 50 prosjekter, og de prosjektene som har rapportert budsjett, har samlet et budsjett i 2019 på 1,3 milliarder. Kvaliteten på de innrapporterte dataene blir stadig bedre men ytterligere forbedring er ønskelig.

Porteføljen som helhet viser en tilfredsstillende overordnet status. Noen flere prosjekter i porteføljen melder grønn enn gul overordnet status. To prosjekter melder overordnet rød status. De viktigste årsakene til gul og rød status er forsinkelser, manglende ressurser og manglende finansiering.

Risikobildet for Nasjonal e-helseportefølje er relativt uendret siden rapportering i oktober 2018. Årsakene til gul risiko som nevnes hyppigst, er manglende leveranseevne hos EPJ-leverandørene, tilgang til

ressurser, finansiering, avhengighet til sentrale myndigheter, endringsmotstand og risiko for manglende gevinstuttak.

I rapportering av avhengigheter er det påfallende at flere av avhengighetene til *Felles grunnmur for digitale tjenester* ikke har rød status, til tross for at prosjektene ikke forventer at avhengigheten vil bli innfridd. Dette kan skyldes at det i mange tilfeller vil være mulig å etablere kompenserende løsninger dersom nasjonale felleskomponenter ikke er tilgjengelig i tide. Dette kan imidlertid samlet sett være fordyrende for sektoren og samfunnet som helhet.

2. Risiko og sentrale utfordringer

En sentral del av arbeidet med porteføljen er å identifisere felles risiko og utfordringer på tvers av prosjektet. Ved denne rapporteringen ønsker vi å trekke frem og drøfte følgende tre utfordringsområder:

Innrapportering av kommunale prosjekter og innføring av e-helseløsninger i kommunene

Prosjekter som eies av KS/kommunene representerer kun 1 % av nasjonal e-helseportefølje, mens 99 % eies av RHF-ene/Nasjonal IKT, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. Direktoratet for e-helse ønsker en vurdering av om flere kommunale prosjekter bør inngå i nasjonal e-helseportefølje for å sikre et bedre helhetsbilde.

Mange prosjekter i porteføljen treffer kommunene med nye løsninger som skal innføres. Det vil derfor kreves betydelig innføringsinnsats fra kommunene i årene fremover.

Nasjonal arkitekturstyring

Etter at Program for Felles infrastruktur og arkitektur (FIA) i Direktoratet for e-helse er lagt ned som program, må felles grunnmur i større grad realiseres som integrert del av aktørenes prosjekter. Det øker behovet for nasjonal arkitekturstyring og koordinering mellom aktørene i sektoren.

Nasjonal arkitekturstyring i Direktoratet for e-helse har fått eierskapet til plan for utvikling av felles grunnmur og vil i 2019 også utarbeide en modell for koordinert utvikling og forvaltning av felles grunnmur. Inntil dette er avklart benyttes innrapportering til nasjonal portefølje som kanal for innmelding av avhengigheter til leveranser i grunnmuren. For å nå målene i nasjonal e-helsestrategi må sektoren ta et felles ansvar for å løfte frem grunnmursleveranser i de eksisterende prosjektene.

Direktoratet for e-helse ønsker en drøfting av hvilke forutsetninger som må oppfylles for å få denne modellen til å fungere.

Sikker identifisering av helsepersonell (eID)

En sentral utfordring i porteføljen er sektorens tempo på innføring av sikker identifisering av helsepersonell ved hjelp av eID, PKI-infrastruktur og HelseID. Dette rapporteres som risikoområder fra flere av prosjektene/programmene i den nasjonale porteføljen. Sikker identifisering av helsepersonell er avgjørende for å ivareta informasjonssikkerheten i nasjonale og lokale løsninger, og ved bruk av HelseID som felleskomponent vil man få bedre brukeropplevelse og mer effektive arbeidsprosesser. Innføring av sikker identifisering krever flere tiltak i hele sektoren. Aktørene må få på plass utstyr, rutiner og avtaler slik at helsepersonell kan identifiseres med eID, og systemer som skal benytte nasjonale e-helsetjenester anbefales å implementere støtte for HelseID. Det ser ut til å være et behov for en tydeliggjøring av ansvar og roller på dette området. Hvordan området skal finansieres må også gås gjennom. Det er i dag uklart hva som er en behovseiers ansvar i forhold til eieren av felleskomponenten. Direktoratet for e-helse og

Norsk Helsenett er i dialog for å finne en god løsning for hvordan man skal få etablert en strategi og et veikart for Helse ID samt hvordan man skal styrke forvaltningen.

Statusrapport

Nasjonal e-helseportefølje

Januar 2019



Tittel:

Statusrapport nasjonal e-helseportefølje

Utgitt:

Januar 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 realisering av 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 11. januar 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](#).

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	Gvinster	18
5	Forutsetninger og avhengigheter	20
5.1	Avhengigheter	20
5.2	Forutsetninger	22
6	Status på felles grunnmur	23
7	Vedlegg	25

1 Sammendrag

1,3 milliarder i budsjett

Siden forrige rapportering i oktober 2018 er det 9 prosjekter som har gått ut av porteføljen og 5 som har kommet til. Porteføljen består av 50 prosjekter med et samlet budsjett i 2019 på kr 1,3 mrd. Det er her nødvendig å påpeke at omfanget i realiteten er større, ettersom flere av prosjektene ikke har rapportert budsjett. For noen prosjekter skyldes det at man er inne i en anskaffelse og ikke ønsker å offentliggjøre en kostnadsramme.

Bedre kvalitet på innrapporterte 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. Det vil gi aktørene i sektoren et enda bedre bilde av innsatsen som legges ned for å realisere nasjonal e-helsestrategi.

Digitalisering av arbeidsprosesser vokser i omfang

Ved denne rapporteringen er det synliggjort enda mer av innsatsen aktørene legger ned i det strategiske området *Digitalisering av arbeidsprosesser*. Området er størst med over 50 % av porteføljens omfang og et budsjett på 680 mill. Flere aktører har rapportert inn et høyere budsjett på området i 2019. De store prosjektene som er kategorisert her bidrar også vesentlig til å oppnå strategiområdene *Bedre sammenheng i pasientforløp*, *Bedre bruk av helsedata* og *Helsehjelp på nye måter*.

Felles grunnmur må i større grad realiseres som integrert del av aktørenes prosjekter

Program for Felles infrastruktur og arkitektur (FIA) i Direktoratet for e-helse er nå lagt ned som program. Enkelte leveranser vil tas videre og fullføres i linjen, men kapasiteten vil være mindre enn den har vært i FIA. For å nå målene i nasjonal e-helsestrategi, er det behov for at aktørene i sektoren tar ansvar for å ta frem nasjonale grunnmursleveranser fremfor å etablere egne løsninger. Det øker også behovet for nasjonal arkitekturstyring og koordinering mellom aktørene i sektoren.

Sikker identifisering av helsepersonell tar tid å innføre

En sentral utfordring i porteføljen er at det tar tid å innføre sikker identifisering av helsepersonell ved hjelp av eID, PKI-infrastruktur og HelseID. Innføring av sikker identifisering krever flere større tiltak i sektoren, noe som er krevende og tar tid. Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett er i dialog for å få etablert en strategi og et veikart for HelseID og styrke forvaltningen.

Krever stor innsats fra kommunene

Mange prosjekter i porteføljen treffer kommunene med nye løsninger som skal innføres. Det vil derfor kreves betydelig innføringsinnsats fra kommunene i årene fremover. I tillegg kommer det prosjekter i kommunene som ikke er innrapportert til nasjonal e-helseportefølje, som er relevante for nasjonal e-helsestrategi, og som krever ytterligere koordinering².

² Dette gjelder eksempelvis Bergen og Oslo kommunes samarbeidsprosjekt som skal vurdere anskaffelse av nytt journalsystem for Legevakt, Øyeblikkelig hjelp døgnetenhet, Fengselshelsetjenesten og Smittevern (<https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/smart-omsorg/11592/article-149155>).

Porteføljekontoret ønsker en vurdering av om flere kommunale prosjekter bør inngå i nasjonal e-helseportefølje for å sikre et bedre helhetsbilde.

Nasjonal arkitekturstyring understøtter porteføljestyingsprosessen

Nasjonal arkitekturstyring skal understøtte den nasjonale porteføljestyingsprosessen³ og har fått eierskapet til plan for utvikling av felles grunnmur⁴.

Direktoratet for e-helse vil i 2019 utarbeide en modell for koordinert utvikling og forvaltning av felles grunnmur. Inntil dette er klart skal aktørene rapportere inn avhengigheter til grunnmuren i den nasjonale porteføljen.

Aktørene i sektoren skal også melde inn andre viktige avhengigheter i nasjonal portefølje slik at arkitekturstyring kan fylle sin rolle.

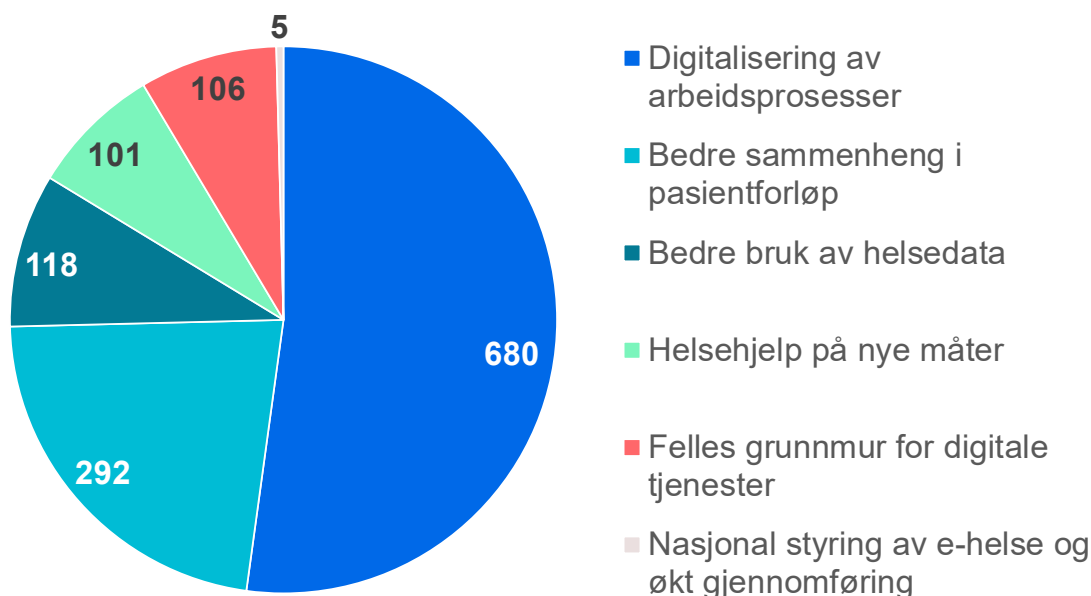
³ Nasjonal arkitekturstyring i helse- og omsorgssektoren (IE-1039, 2018)

⁴ Plan for utvikling av felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten (IE-1040, 2019)

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 budsjett på 1,3 mrd. for 2019 fordeler seg dermed 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. *Bedre sammenheng i pasientforløp* har omtrent like mange prosjekter, og et omfang på 22 % av porteføljen. Disse to strategiske områdene har økt omfanget betydelig i løpet av 2018 og til første rapportering i 2019, mens de resterende områdene har vært relativt stabile.

Digitalisering av arbeidsprosesser har i 2019-budsjettet økt med 28 % siden forrige rapportering. Økningen skyldes i hovedsak at Helse Vest RHF sitt prosjekt *Alle møter* har rapportert 77 mill. kroner i 2019-budsjettet (fra er ikke oppgitt). Helsedirektoratets prosjekt *Enklere digitale tjenester* (tidligere kalt *Selvbetjent Helseaktør*) har økt fra 15 mill. ved forrige rapportering til 55 mill. Samtidig har Helse Sør-Øst sitt prosjekt *Regional Ambulansejournal* (ny i porteføljen) rapportert inn 21 mill. i 2019-budsjettet.

1. Digitalisering av arbeidsprosesser understøttes av 17 prosjekter med et totalt omfang på 680 mill. i 2019. 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: Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste*, *Helseplattformen* i Helse Midt Norge og RHF-enes oppgradering til DIPS Arena (*Heliks* i Helse Vest, *FRESK* i Helse Nord og *Regional EPJ modernisering* i

Helse Sør-Øst) representerer viktige strategiske prosjekter. I tillegg kommer prosjekter for modernisering av kliniske applikasjoner og digitalisering av legemiddelinformasjon i hver enkelt virksomhet.

De store prosjektene som er kategorisert på dette området bidrar også vesentlig til å oppnå strategiområdene *Bedre sammenheng i pasientforløp*, *Bedre bruk av helsedata* og *Helsehjelp på nye måter*.

2. Bedre sammenheng i pasientforløp understøttes av 14 prosjekter med et totalt omfang på 292 mill. i 2019. Dette strategiske området består av fire innsatsområder.

2.1 Involvere innbygger i planlegging og gjennomføring av helsehjelp.

Det pågår flere prosjekter relatert til helsenorge.no hvor Nasjonal IKT sitt prosjekt *DIS - Digitale innbyggertjenester for spesialisthelsetjenesten* er størst i omfang. Andre større prosjekter her er Helsedirektoratets prosjekt *DIGI-UNG*.

2.2 Sikre kontinuitet i ansvarsoverganger

Innsatsområdet omhandler samhandling og består blant annet av Helsedirektoratet sine prosjekter *Primærhelseteam*, *Oppfølgingsteam* og *Pakkeforløp for psykisk helse og rus*.

2.3 Dele oppdaterte legemiddelopplysninger gjennom hele pasientforløpet - på tvers av organisasjoner.

Helse Sør-Øst RHF sitt prosjekt *Regional kurve og medikasjon* er størst i omfang innenfor dette området. *Digitalisering av legemiddelområdet* i Direktoratet for e-helse inneholder en rekke prosjekter med mål om å øke pasientsikkerheten gjennom å dele pasientens legemiddelopplysninger digitalt mellom behandlere på tvers av behandlingsnivå for innbygger.

2.4 Dele viktige helseopplysninger i den akuttmedisinske kjeden

Innsatsområdet består av prosjektet *Kjernejournal – innsyn journal* i Direktoratet for e-helse.

3. Bedre bruk av helsedata understøttes av åtte prosjekter med et totalt omfang på 118 mill. i 2019. *Helsedataprogrammet* som eies av Direktoratet for e-helse er størst innenfor området, og skal gi enklere tilgang og bedre grunnlag for analyse av helsedata.⁵

4. Helsehjelp på nye måter understøttes av fem prosjekter med totalt omfang på 101 mill. i 2019. Prosjektene eies av Helsedirektoratet, Oslo kommune og Helse Nord-Norge RHF. *Nasjonalt program for velferdsteknologi* er driver på området som skal hjelpe innbyggerne å klare seg selv i eget hjem, og bidra til å sikre livskvalitet og trygghet for brukerne.

5. Felles grunnmur for digitale tjenester understøttes av fire prosjekter med et totalt omfang på 106 mill. i 2019. Dette området har blitt redusert fra syv prosjekter ved forrige rapportering. Den viktigste årsaken til reduksjonen er at *Program for Felles infrastruktur og arkitektur (FIA)* i Direktoratet for e-helse har gått over til å bli en del av den ordinære linjedriften i direktoratet. *Program for kodeverk og terminologi* og *MF Helse* er viktige prosjekter på dette området.

6. Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføring understøttes av to prosjekter med et totalt omfang på 5 mill. i 2019. Prosjektene på området er *Nasjonalt e-helsemonitor (Direktoratet for e-helse)* og *Nasjonalt prosjekt Digihelse (KS)*. *Etableringen av ny nasjonal*

⁵ *Helsedataprogrammet* finansierer 10 mill. kroner av *Program for kodeverk og terminologi*, disse midlene er satt på det strategiske området *Felles grunnmur for digitale tjenester*.

tjenesteleverandør (NEO) er ikke lenger del av porteføljen. 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 overordnet status⁶. To prosjekter melder overordnet rød status.

De to prosjektene som melder rød overordnet status er Statens legemiddelverk sitt prosjekt *Pasientsikkerhetsvarsler til innbygger og fastlege* og Helse Sør-Øst RHF sitt prosjekt *Regionalt laboratoriesystem*. Sistnevnte er ett år forsinket på grunn av forsinket etablering av regional plattform. Prosjektet *Pasientsikkerhetsvarsler til innbygger og fastlege* har uavklart finansiering. Disse to prosjektenes røde status vurderes ikke å ha negativ påvirkning på andre prosjekter i porteføljen.

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 prosjekter som foreslås inn i nasjonal e-helseportefølje har akseptabel risiko.

Fordeling av risiko for Nasjonal e-helseportefølje er relativt uendret siden forrige rapportering i oktober 2018. Status for 2019-porteføljen er at 68 % av porteføljen melder medium risiko. To prosjekter melder høy risiko og 13 prosjekter melder lav risiko.

Prosjektet *Regionalt laboratoriesystem* melder fortsatt rød risiko på grunn av manglende regional plattform i Helse Sør-Øst, men har som kompensierende tiltak planlagt å etablere tre installasjoner i stedet for en. Revidert plan øker kostnadene til gjennomføring og ny styrebehandling kreves.

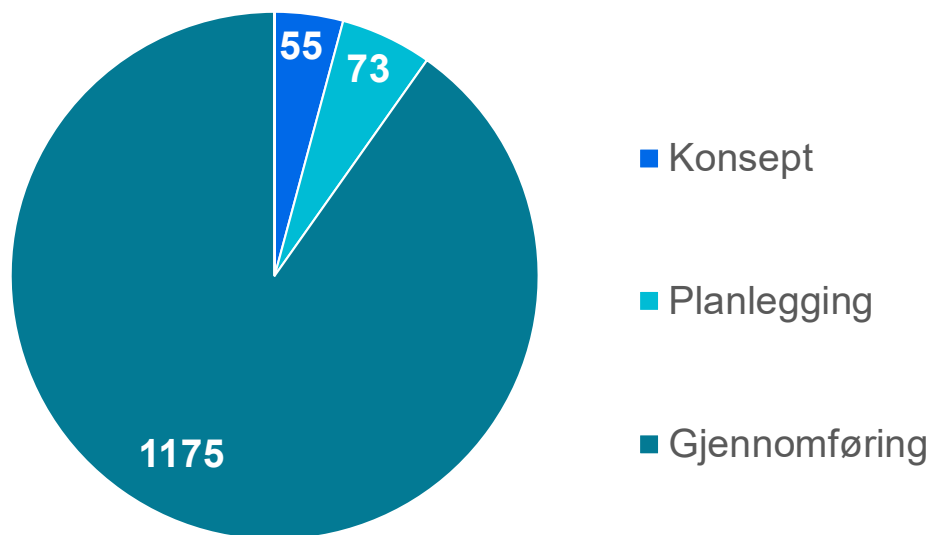
Prosjektet *Primærhelseteam* melder rød risiko knyttet til avhengigheten til utvikling hos EPJ-leverandøren Infodoc. Det pågår dialog mellom EPJ-løftet og Infodoc.

De vanligste årsakene til gul status er manglende leveranseevne hos EPJ-leverandørene, tilgang til ressurser og finansiering, avhengighet til sentrale myndigheter, endringsmotstand og risiko for manglende gevinstuttak. 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.

⁶ Merk at det er stor forskjell på granularitet på statusrapporteringen fra store programmer til små prosjekter

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: Omfang i 2019 fordelt på fase i Prosjektveiviseren, oppgitt i mill. kroner

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 mange flere prosjekter derfor vil være i gjennomføringsfasen enn i de øvrige fasene.

Ved rapporteringen i oktober 2018 utgjorde konsept- og planleggingsfasen 24 % av porteføljen mot 10 % ved denne rapporteringen. Endringen skyldes i hovedsak at *Helsedataprogrammet*, som har et budsjett på 127 mill. i 2019, har gått fra planleggingsfase til gjennomføringsfase.

Avslutningsfasen i prosjektene er normalt kort, så derfor vil det til enhver tid være få prosjekter i avslutningsfasen.

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

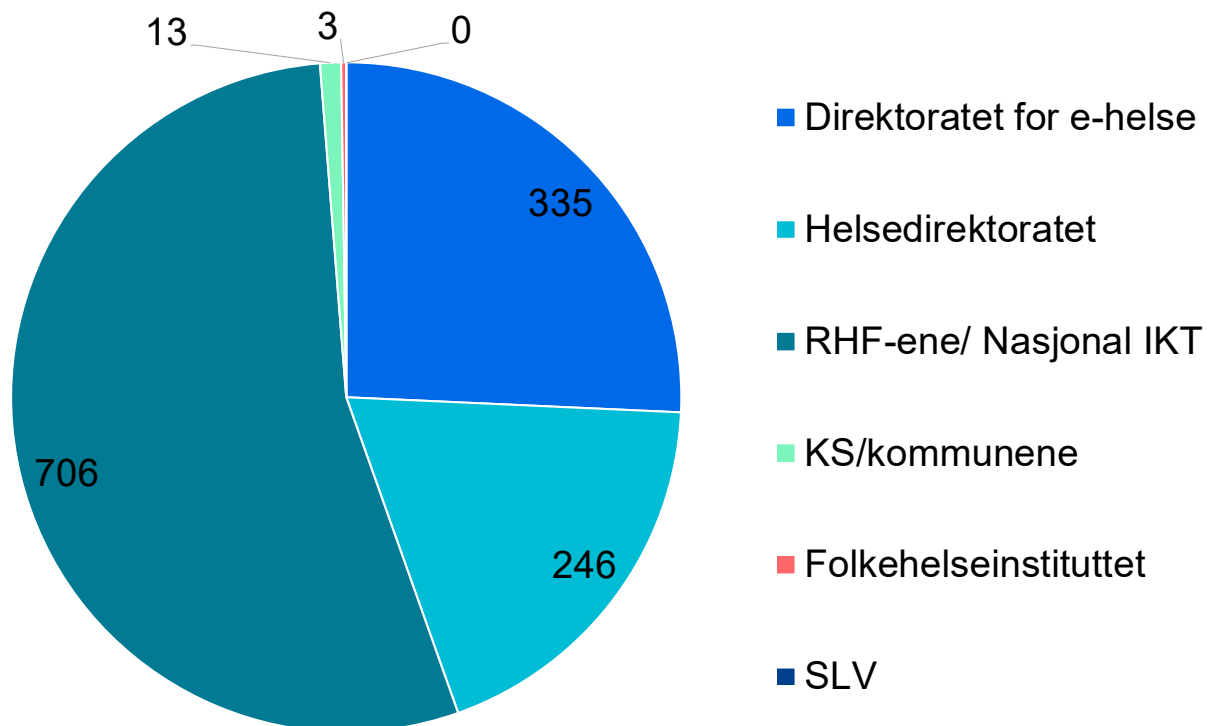
Nasjonal e-helseportefølje består per januar 2019 av 50 prosjekter med et samlet budsjett på 1,3 mrd.

Samlet innrapportert budsjett i 2019 har økt fra 1,17 mrd. i oktober 2018 til 1,3 mrd., som er en økning på omtrent 10 %. Den økende trenden som vi så i 2018, ser dermed ut til å fortsette.

Antall prosjekter i porteføljen er nedadgående, men prosjekter som er meldt inn til nasjonal portefølje, hovedsakelig fra RHF-ene, rapporterer nå et budsjett som gjør at omfanget totalt sett er større. Det er en positiv utvikling at alle RHF-ene nå har prosjekter i nasjonal e-helseportefølje.

Det er fortsatt mange prosjekter som ikke oppgir budsjett for 2019, hvorav flere er av betydelig størrelse. Dermed er nasjonal e-helseportefølje i realiteten større i omfang enn det som kommer fram her.

Under vises budsjettet for porteføljen fordelt på hver aktør:



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

Prosjekter som eies av KS/kommunene representerer kun 1 % av nasjonal e-helseportefølje, mens 99 % eies av RHF-ene/Nasjonalt IKT, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet.

Tidligere år har omtrent halvparten av porteføljen bestått av prosjekter fra Direktoratet for e-helse. Nå er det en større andel prosjekter fra RHF-ene/Nasjonalt IKT som i omfang har økt med 121 mill. i 2019-budsjett siden rapportering i oktober 2018⁷.

Det er ikke oppgitt budsjett 2019 for Statens Legemiddelverks prosjekt *Pasient-sikkerhetsvarsler til innbygger og fastlege* der finansieringen er uavklart.

Innrapportert budsjett for 2019 fra RHF-ene/Nasjonalt IKT på 706 mill. fordeler seg slik:

- Helse Sør-Øst: 283 mill. (seks prosjekter)
- Helse Vest: 231 mill. (to prosjekter)
- Helse Midt-Norge: 135 mill. (fire prosjekter)

⁷ Flere store prosjekter/programmer har ikke oppgitt budsjett, som for eksempel Helseplattformen (Helse Midt-Norge) og FRESK (Helse Nord).

- Helse Nord: 0 mill. (to prosjekter hvor budsjett ikke er oppgitt)
- Nasjonal IKT: 57 mill. (fire prosjekter)

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

ID	Prosjekt/program	Ansvarlig virksomhet	Budsjett 2019	Kommentar
169	KPR trinn to	Helsedirektoratet	15	Utvidelse av KPR med ytterligere datafangst fra tjenestene omsorg og allmennlege, for å utvide registerets innhold og kvalitet.
170	Innsyn og tilgjengeliggjøring NPR og KPR	Helsedirektoratet	3	Formålet med plan for innsyn er automatisk innsyn til alle som etter loven har rett til innsyn, forenklet innsyn, gjenbruk og gevinster til beslektete områder.
171	MSIS-databasen	FHI	3	Databasen skal brukes for å heve kvaliteten på MSIS registeret.
172	Digihelse fase 2	Oslo Kommune	4	Utjevne Digihelse løsningen slik at den blir lik for innbygger uavhengig av hvilket fagsystem kommunen benytter.
173	Regional Ambulansejournal	Helse Sør-Øst RHF	21	Anskaffe og innføre elektronisk journal for ambulansetjenesten i regionen.

Tabell 1: Nye prosjekter i nasjonal e-helseportefølje

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

ID	Prosjekt/program	Ansvarlig virksomhet	Budsjett 2019 (fra oktober 2018-rapportering)	Kommentar
21	Program for felles infrastruktur og arkitektur (FIA)	E-helse	15	Avsluttet som program. Aktiviteter og leveranser videreføres som ordinære linjeoppgaver.
57	Regional utvidelse av stamnettet	NHN	2	Prosjektet anses som ferdig og tas derfor ut av porteføljen.
58	eDÅR - Elektronisk innrapportering til Dødsårsaksregisteret	FHI	Ikke oppgitt	Prosjektet anses som ferdig. Resterende aktiviteter er lagt til forvaltning.
109	FEST for sykehus - strukturert legemiddelinformasjon for spesialisthelsetjenesten	SLV	18	109 for sykehus - strukturert legemiddelinformasjon for spesialisthelsetjenesten inngår nå i 102 SAFEST Realisering (Nasjonal IKT).

ID	Prosjekt/program	Ansvarlig virksomhet	Budsjett 2019 (fra oktober 2018-rapportering)	Kommentar
129	GREP - NPR og KPR	Helsedirektoratet	Ikke oppgitt	Prosjektet er oppløst. De to tiltakene som videreføres er angitt som nye prosjekter i nasjonal portefølje (169 KPR trinn to og 170 Innsyn og tilgjengeliggjøring NPR og KPR)
146	Ny e-helseorganisering NEO	E-helse	Ikke oppgitt	Avsluttet som prosjekt, videreføres som tiltak i linjen.
154	Felles klinisk kunnskapsgrunnlag	NIKT HF	Ikke oppgitt	Prosjektet er stanset.
162	AMK - Interregionalt	Helse Vest RHF	Ikke oppgitt	Rapportering på AMK-prosjektet utsettes inntil kontrakt er inngått og innføringsprosjektet er etablert, planlagt mot slutten av 2019.
166	Legemiddelsamstemming	Helse Nord RHF	Ikke oppgitt	Prosjektet er ferdigstilt.

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

Direktoratet for e-helse sine prosjekter innenfor legemiddelområdet rapporterer nå samlet i prosjektet⁸ *Digitalisering av legemiddelområdet*. Det inkluderer prosjektene *Pilotere og innføre multidose i e-resept nasjonalt*, *Legemidler og kjernejournal i PLO*, *Sentral forskrivningsmodul* og *Pasientens legemiddelliste*.

3.5 Prosjektene totalkostnad

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

Aktørene rapporterte for første gang i april 2018 på prosjektene helhetlige kostnadsbilde, herunder totale prosjektkostnader og forventede årlige forvaltningskostnader. Datagrunnlaget som ble innhentet var da mangelfullt. Dette er fremdeles situasjonen, selv om det er en viss forbedring i innrapporterte data i oktober 2018 og nå i januar 2019. Det er forventet at aktørene vil forbedre datagrunnlaget ytterligere i 2019.

- 24 % av prosjektene har ikke rapportert totale prosjektkostnader (40 % i april 2018)
- 64 % av prosjektene har ikke rapportert årlige forvaltningskostnader (71 % i april)

Lav datakvalitet gir et lite pålitelig bilde av porteføljens totale kostnader og årlige forvaltningskostnadene som sektoren pådrar seg, samt at det kan indikere at noen prosjekter

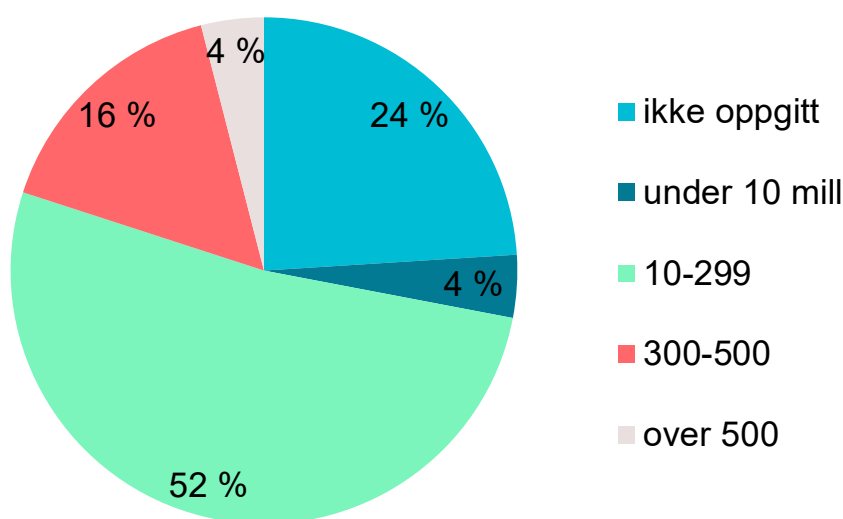
⁸ *Digitalisering av legemiddelområdet* er en samling av prosjekter som behandles som ett prosjekt i porteføljen.

mangler kunnskap om hva prosjektet vil koste og hvilket forvaltningsbehov som vil oppstå i etterkant. At innrapporteringsgraden øker, tolkes imidlertid positivt, ved at det er en modning hos aktørene og mer fokus på totalkostnad og forvaltningskostnader enn tidligere.

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, mot 4,5 mrd. i oktober, noe som er en økning på 33 %. Økningen anses mer som et mål på økt datakvalitet enn en reell økning i størrelse, ettersom 24% av porteføljen ikke har rapportert inn totale prosjektkostnader.

Vi ser en trend med større prosjekter i nasjonal e-helseportefølje. Figur 4 viser at 16 % av prosjektene har totale investeringskostnader på 300 - 500 mill. og 4 % av prosjektene har totale investeringskostnader på over 500 mill.

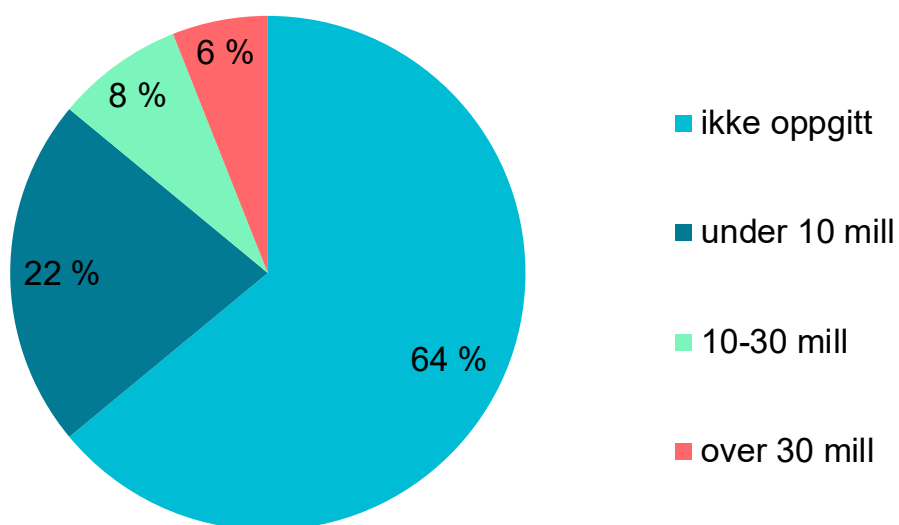


Figur 4: Prosentvis andel prosjekter i intervaller for totalkostnad

3.5.2 Årlige forvaltningskostnader

Økt digitalisering gir også økning i årlige forvaltningskostnader av e-helseløsningene. Det er viktig å kunne predikere denne utviklingen og planlegge for den. Årlige forvaltningskostnader for den pågående porteføljen summerer seg til 406 mill. mot 408 mill. i oktober 2018. 64 % av prosjektene har ikke rapportert forvaltningskostnader. Årlige forvaltningskostnader antas derfor i sum å være betydelig høyere enn det som er oppgitt her.

Figur 5 gir et bilde av innrapportert data med intervaller for årlig forvaltningskostnader.



Figur 5: Prosentvis andel prosjekter i intervall for årlige forvaltningskostnader

4 Gevinster

Prosjektenes samfunnsøkonomiske nytte er et av prioriteringskriteriene for valg av 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.

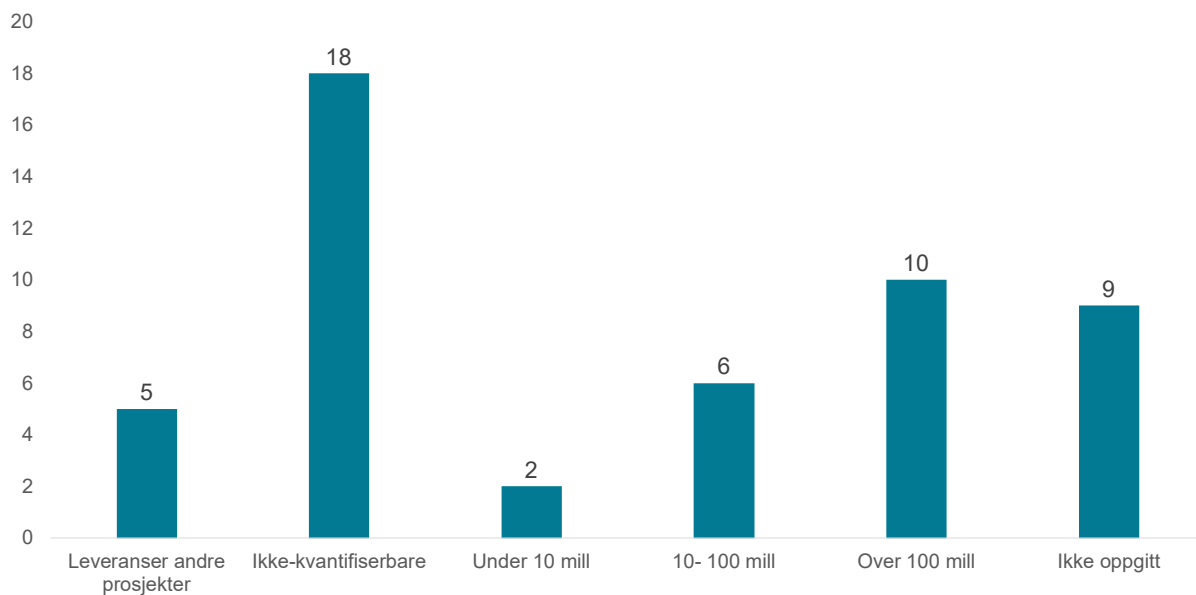
En sentral del av videreutvikling av nasjonal porteføljestyling, er økt fokus på gevinstene som porteføljens prosjekter skal bidra til å realisere og forutsetninger for dette. Data-grunnlaget har blitt betydelig bedre i løpet av de siste årene, og man forventer også her en videre forbedring.

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.⁹ Dette tyder på at prosjektene arbeider strukturert med gevinster. Færre prosjekter kategoriseres med lav gevinstmodenhet enn ved forrige rapportering. Men det er fortsatt potensiale for å følge opp porteføljens nytteverdi bedre, blant annet gjennom mer kvantifisering av gevinster i prosjektene. Det kan oppnås gjennom mer kunnskap om hvordan samfunnsøkonomiske gevinster kan kvantifiseres.

⁹ Det er totalt 42 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 6: Prosjektene fordelt i forhold til spesifiserte gjinstkategorier

Figur 6 viser at 27 prosjekter, dvs. 54 % av porteføljen, enten ikke har oppgitt gjinster, eller oppgir at det kun er ikke-kvantifiserbare gjinster fra prosjektet. Dette kan indikere en umodenhet i det å kvantifisere gjinster. Kvantifiserbare gjinster for prosjektene gir et gjinstestimert totalt på 3,6 mrd. (2,9 mrd. i oktober 2018).

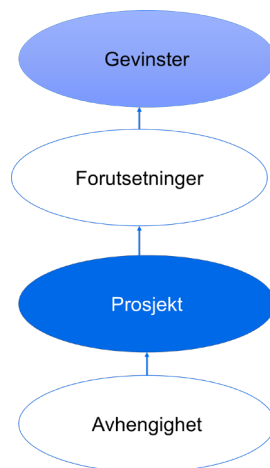
10 prosjekter, dvs. 20 % av porteføljen, oppgir en gjinst på mer enn 100 mill. Prosjektene dette gjelder er:

- 167: FRESK (Helse Nord)
- 163: Regional EPJ-Journalinnsyn (Helse Sør-Øst)
- 160: Digitalisering av legemiddelområdet* (Direktoratet for e-helse)
- 149: Digital Førerrettsforvaltning (Direktoratet for e-helse)
- 145: DigiHelsestasjon (Oslo kommune)
- 144: Regional kurve og medikasjon (Helse Sør-Øst)
- 141: Internettassistert behandling for angst og depresjon (Helsedirektoratet)
- 123: DigiUNG (Helsedirektoratet)
- 117: Enklere digitale tjenester (Helsedirektoratet)
- 107: Helsedataprogrammet (Direktoratet for e-helse)

5 Forutsetninger og avhengigheter

Ved innrapportering skilles det på avhengigheter som prosjektene har for å kunne levere på sine definerte resultatmål, og forutsetninger som prosjektene ser må oppfylles for at potensielle gevinster skal kunne realiseres.

Figur 7 illustrerer sammenhengen mellom forutsetninger og avhengigheter.



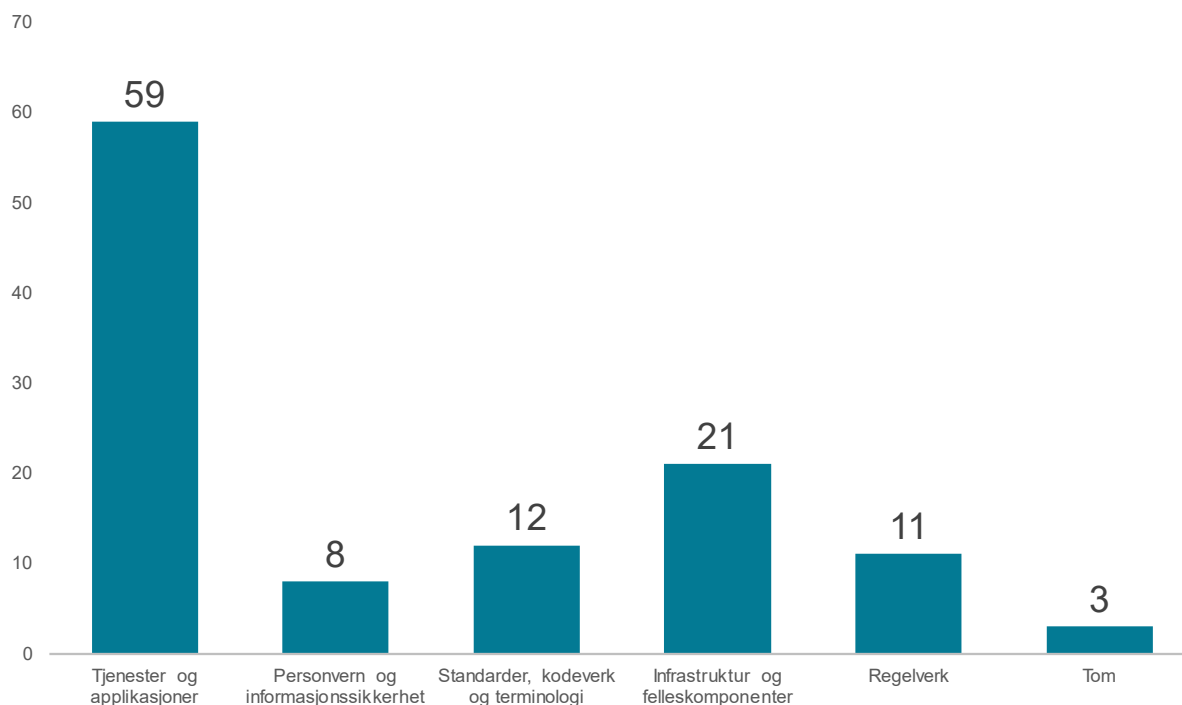
Figur 7: Sammenheng mellom gevinst, forutsetninger og avhengigheter

Prosjekter har leveranser som skal føre til gevinster. For at prosjektets gevinster skal realiseres, kan det ligge forutsetninger til grunn, for eksempel at det er behov for innføringsprosjekter og/eller EPJ-utvikling. Prosjektene kan ha avhengigheter som må være til stede for å levere sine leveranser. Dette kan f.eks. være leveranser fra andre prosjekter.

5.1 Avhengigheter

Avhengigheter påvirker i stor grad prosjektets risiko da det ofte er knyttet usikkerhet til om avhengigheter blir oppfylt til rett tid og kvalitet. 57 av 114 avhengigheter som er rapportert i pågående portefølje er angitt med høy kritikalitet. Dette betyr at prosjektene ikke kan levere uten at avhengigheten innfris.

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



Figur 8: Fordeling av avhengigheter i kategorier

Figuren viser at over 50 % av avhengighetene i pågående portefølje er relatert til *Tjenester og applikasjoner*. De fire andre kategoriene kan grovt sett betegnes som grunnmur. Litt under 50 % av avhengighetene kan dermed ses på som avhengigheter til *Felles grunnmur for digitale tjenester*.

Det er rapportert inn en uavklart kritisk avhengighet (rød avhengighet) til grunndata, nærmere bestemt oppdatering av RESH. Det er Helse Nords FRESK program som melder denne og har satt frist til utgangen av 2019. Etablering av en ny grunndataplattform med tjenestene Person, Personell og Virksomhet ligger i plan for felles grunnmur og her vil Virksomhet erstatte dagens RESH. I 2019 er det kun sikret finansiering til å etablere tjenesten Person.

Flere av avhengighetene til *Felles grunnmur for digitale tjenester* har ikke rød status til tross for at avhengigheten muligens ikke blir innfridd. *Program for Felles infrastruktur og arkitektur (FIA)* i Direktoratet for e-helse er nå lagt ned som program, og utvalgte tiltak skal realiseres i linjen. For å nå målene i nasjonal e-helsestrategi må sektoren ta et felles ansvar for å løfte frem grunnmursleveranser i de eksisterende prosjektene.

Når avhengighetene meldes grønne eller gule kan det bety at eksisterende prosjekter etablerer kompensierende løsninger som løser hvert enkelt prosjekts behov, men det bidrar ikke til felles måloppnåelse.

En sentral utfordring i porteføljen er det tar lang tid å innføre sikker identifisering av helsepersonell ved hjelp av eID, PKI-infrastruktur og HelseID. Dette ser vi gjennom at dette rapporteres som risikoområder fra flere av prosjektene/programmene i den nasjonale porteføljen. Sikker identifisering av helsepersonell er avgjørende for å ivareta informasjonssikkerheten i nasjonale og lokale løsninger, og ved bruk av HelseID som felleskomponent vil man få bedre brukeropplevelse og mer effektive arbeidsprosesser. Innføring av sikker identifisering krever flere tiltak i hele sektoren. Aktørene må få på plass

utstyr, rutiner og avtaler slik at helsepersonell kan identifiseres med eID, og systemer som skal benytte nasjonale e-helsetjenester anbefales å implementere støtte for HelseID. Det ser ut til å være et behov for en tydeliggjøring av ansvar og roller på dette området. Hvordan området skal finansieres må også gås gjennom. Det er i dag uklart hva som er en behovseiers ansvar i forhold til eieren av felleskomponenten. Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett er i dialog for å finne en god løsning for hvordan man skal få etablert en strategi og et veikart for Helse ID samt hvordan man skal styrke forvaltningen.

5.2 Forutsetninger

Forutsetningene for at prosjektene i nasjonal e-helseportefølje skal kunne realisere gevinster oppgis i lav, middels eller høy grad knyttet til ulike kategorier. Porteføljens prosjekter rapporterer totalt 62 kritiske viktige forutsetninger.

- 27 av 50 prosjekter rapporterer at EPJ-utvikling i høy grad må gjennomføres for å oppnå gevinst.
- 16 av 50 prosjekter rapporterer at andre prosjekter i høy grad må gjennomføres for å kunne realisere gevinster.
- 19 av 50 prosjekter rapporterer at organisasjonsutvikling eller endring i arbeidsprosesser hos fastlegene i høy grad må gjennomføres for å kunne realisere gevinster.

Porteføljekontoret har særlig oppmerksomhet rettet mot prosjekter som krever organisasjonsutvikling og/eller EPJ-utvikling i kommunene. Årsaken er at mange av disse prosjektene eies av Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet, og at det erfaringsmessig er krevende å koordinere innførings- og utviklingsaktiviteter i kommunesektoren.

De mest omfattende innføringsaktivitetene i kommunene i perioden 2018- 2023 antas å komme fra følgende prosjekter: *DigiHelse*, *Velferdsteknologiprogrammet*, *MF helse*, *Digitalisering av legemiddelområdet*, *Helseplattformen* og *Én innbygger – én journal: Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste*.

I Vedlegget (kap. 7) er innføringsaktiviteter i kommunene plassert i en sannsynlig tidslinje for disse prosjektene. Innhold i innføringsaktivitetene er ikke detaljert men det antas at aktivitetene vil kreve betydelig innsats fra kommunene.

6 Status på felles grunnmur

Plan for utvikling av Felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2019. Videre oppfølging av denne planen skjer i samarbeid mellom portefølje- og arkitekturstyring i Direktoratet for e-helse.

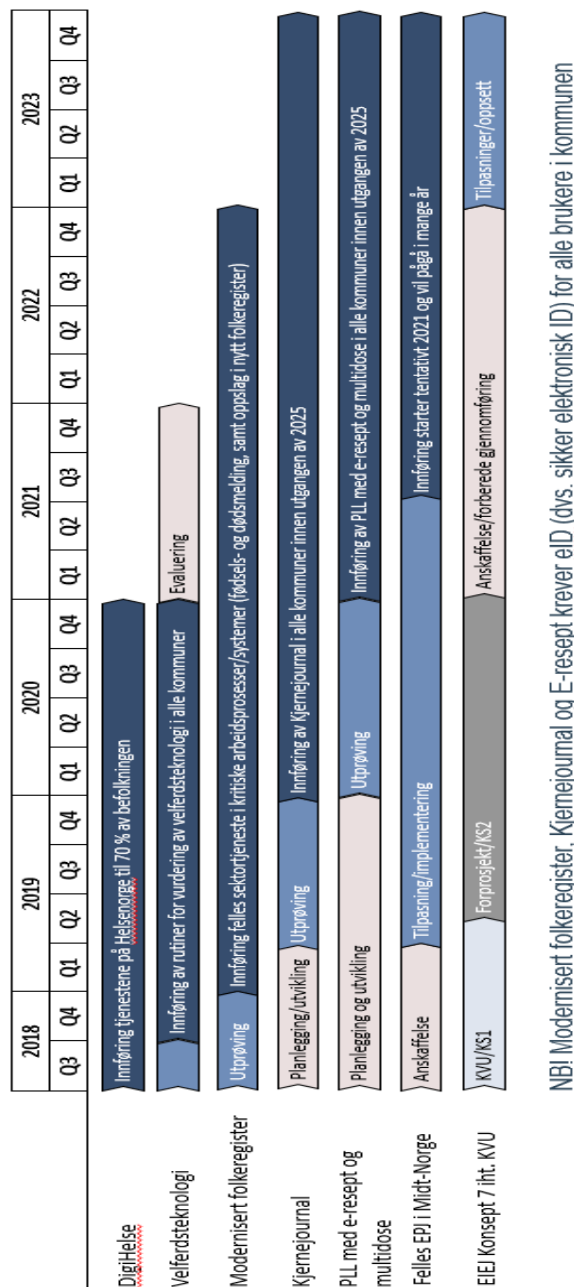
Direktoratet for e-helse vil i 2019 utarbeide en modell for koordinert utvikling og forvaltning av felles grunnmur. Målet er å sikre en helhetlig, samordnet, behovsprøvd og prioritert utvikling av byggeklossene med god forankring i sektoren. Inntil modellen er klar, skal avhengigheter til grunnmuren rapporteres i den nasjonale porteføljen.

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
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
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
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)
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

Innenfor resultatmål 3: *Dokumentdeling er en standardisert samhandlingsform* utarbeides det også en felles avtalemodell for data- og dokumentdeling.

7 Vedlegg



Figur 9: Forventet innføringsaktivitet i kommunene fra 2018 til 2023

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse
Verkstedveien 1
0277 Oslo

Til Møte 1/19
Dato 13.02.2019
Saksnummer 6/19
Type Orienteringssak

Fra Direktoratet for e-helse - MF Helse Programmet
Saksbehandler Rune Røren

MF Helse

Forslag til vedtak

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

Hensikt med saken

NUIT har bedt om en orientering om MF Helse-programmet. Målet med saken er at NUIT forstår hva programmet skal utrette og hva status er på programmet.

Bakgrunn

Skattedirektoratet moderniserer folkeregisteret og Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å koordinere overgangen for helsesektoren. Samtidig skal meldinger om fødsler og dødsfall gjøres elektronisk til nytt folkeregister.

Programmet vil i NUIT orientere om følgende:

- Overgang til ny kopi av folkeregisteret i helsesektoren (Konsument)
- Melding om dødsfall og dødsårsak
- Melding om fødsel
- Felles hjelpenummer – hvis tid
- Plan og status på programmet

Til Møte 1/19
Dato 13.02.2019
Saksnummer 7/19
Type Orientering

Fra Karl Vestli
Saksbehandler Marianne Bårtvedt van Os

Velferdsteknologisk knutepunkt

Forslag til vedtak

NUIT tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse om å ta med innspill i det videre arbeidet med å utarbeide anbefaling om realisering av et nasjonalt knutepunktstjeneste for velferdsteknologi.

Hensikt med saken

Hensikt med saken er å orientere om status for utprøvingen av velferdsteknologisk knutepunkt, og få innspill til hva som er viktig å vurdere og prioritere i det videre arbeidet.

Bakgrunn

Direktoratet for e-helse har sammen med Norsk Helsenett og Oslo kommune i 2018/2019 samarbeidet om en utprøving av et nasjonalt velferdsteknologisk knutepunkt (VKP). Formålet med utprøvingen er å verifisere om et velferdsteknologisk knutepunkt er bærekraftig som en nasjonal løsning for integrasjon av velferdsteknologiske løsninger (VFT) og kommunenes elektroniske pasientjournal (EPJ).

Per 1.februar 2019 omfatter utprøvingen Oslo kommune med én tjeneste. VKP har siden 23.mai 2018 sørget for at ca. 500 journalnotater fra medisineringsstøttesystemer i Oslo kommune daglig blir lagt automatisk inn i deres EPJ, uten kritiske feil. Totalt er ca. 130.000 journalnotater overført per 1.febr. Meldingen fra tjenesten er udelt positiv, der spesielt tidsbesparelser og økt dokumentasjonskvalitet trekkes frem som positive effekter.

Erfaringen så langt viser også at det tar lang tid å få på plass nye leveransepakker i produksjon. Det kommunale markedet for velferdsteknologiske løsninger og EPJ er et fragmentert marked bestående av mange mindre aktører med begrenset kapasitet, og integrasjonen har ikke prioritet hos de kommunale EPJ leverandørene. Dette gir et sårbart risikobilde, hvor forsinkelser lett oppstår. Prosjektet har derfor fokusert på å få flere kommuner og leverandører med i utprøvingen, med formål at det vil øke mulighetene for å få flere leveransepakker i produksjon. Utprøvingen har siden oktober signert samarbeidsavtaler med ytterligere 6 kommuner (Bodø, Ringerike, Trondheim, Arendal, Grimstad, Kristiansand) i tillegg til Bærum kommune og 110-Telemark (Skien, Bamble) som allerede var en del av utprøvingen. Det forventes at Bodø kommune og Ringerike kommune kommer i produksjon med deres integrasjon i løpet av februar måned. Det forventes også at Oslo kommune kommer i produksjon med flere tjenester.

På grunnlag av de erfaringer som er oppbygget basert på Oslo kommune og aktivitetene i samarbeidskommunene, kan vi trekke ut foreløpige hovedbudskap. Hovedbudskapene presenteres i det følgende, strukturert etter utprøvingens arbeidsspor:



IKT erfaringer:

Erfaringer fra utprøvingen av knutepunktet tyder på at det gir mening å bygge opp et integrasjonslag mellom velferdsteknologiløsninger og EPJ løsninger som er implementert i norske kommuner.

VKP bidrar med økt fokus på informasjonssikkerhet, økt standardiseringsgrad og mer robusthet for integrasjonen mellom ulike type løsninger.

Erfaringen viser at det er en fordel for aktørene på markedet å få tydelige retningslinjer rundt standarder de må forholde seg til og sikkerhetskrav de må dekke. Bruk av internasjonale standarder (HL7 FHIR) bidrar også til å sette en retning på markedet. Dette medfører derfor at andre leverandører får interesse av å løfte sine løsninger i samme retning.

VKP har testet integrasjon med forskjellige typer VFT-løsninger med standardiserte datagrensesnitt (HL7-FHIR) som dekker ulike brukerhistorier: medisindispenser (Dignio, Evondos), digitalt tilsyn (RoomMate) og responscenter-løsninger (Intelecom).

På EPJ-siden er det lagt opp til å benytte leverandørens egne APIer i første omgang, men vi har et mål om også EPJene skal støtte standardiserte grensesnitt (HL7-FHIR) på sikt.

Erfaringene fra utprøvsperioden viser at plattformen er stabil med relativt få driftshendelser. Det har ikke vært registrert svakheter eller feil omkring informasjonssikkerhet.

Til tross for at erfaringen så langt tilsier at oppkoblingen av nye kommuner tar lang tid, er det grunnlag for å anta at oppkoblingen ikke er spesielt kompleks eller tidkrevende, hvis arbeidet blir prioritert og får fokusert innsats spesielt fra EPJ leverandørens side, og også fra kommunene. Det er grunn til å tro at dette vil gå lettere for hver gang det gjøres og det opparbeides flere erfaringer med hva som kan gå galt.

Juridisk og ROS:

Det rettslige rammeverket for VKP var ikke klart før driftssetting. Her måtte VKP "brøyte vei". Resultatene fra utprøvingen viser at det er mulig å behandle pasientdata gjennom VKP-løsningen på en forsvarlig måte fra ende til ende, men det må undersøkes om dette også gjelder for en fullskala nasjonal løsning.

Noen forbedringer må innføres for å sikre en solid og stabil løsning. Tilgjengelighet av VKP-tjenesten må for eksempel sikres med opprettelse av redundante komponenter., for å kunne støtte tidskritiske

integrasjonstjenester som krever oppetid 24/7 (f.eks. formidle 'skarpe alarmer' / varsler fra velferdsteknologi til responsløsning).

Rettslig rammeverk/avtalestruktur bør vurderes på nytt med tanke på å etablere en mer hensiktsmessig rolle- og ansvarsfordeling. Endelige beslutninger må også tas når det gjelder lagring/logging av data for å sikre at konseptet har nødvendig rettslig grunnlag for videre drift av løsningen.

Gevinster:

Erfaringer fra utprøvingen så langt av medisineringsstøtte knyttet til kommunens EPJ system (Gerica) viser følgende effekter:

- Økt kvalitet: Dokumentasjonen av helsehjelpen blir bedre, da man nå dokumenterer mer enn før – og i alle tilfeller. Dette medfører bedre kvalitet.
- Frigjort tid: Anslagsvis 50 journalføringer¹ pr dag som tidligere ble gjort manuelt blir nå gjort automatisk. En manuell journalføring er anslått til å ta 4-5 minutter – og dette utgjør da i sum ca. 1/2 dagsverk pr dag.

Implementering og forvaltning

Implementering og forvaltningen av VKP har under utprøvingen blitt utført i prosjektet. For en fullskala tjeneste må implementerings- og forvaltningsoppgavene i størst mulig grad håndteres i synergi med tilsvarende oppgaver for andre nasjonale e-helse løsninger.

Hvor omfattende disse oppgavene er må vurderes etter hvert som prosjektet får mer erfaring fra utprøvingen.

Strategiske perspektiv

I tillegg til de praktiske erfaringene fra utprøvingen, er det andre strategiske perspektiver det bør tas hensyn til i vurderingen av hvordan en fullskala tjeneste bør realiseres. Det er spesielt fire perspektiv som må vurderes:

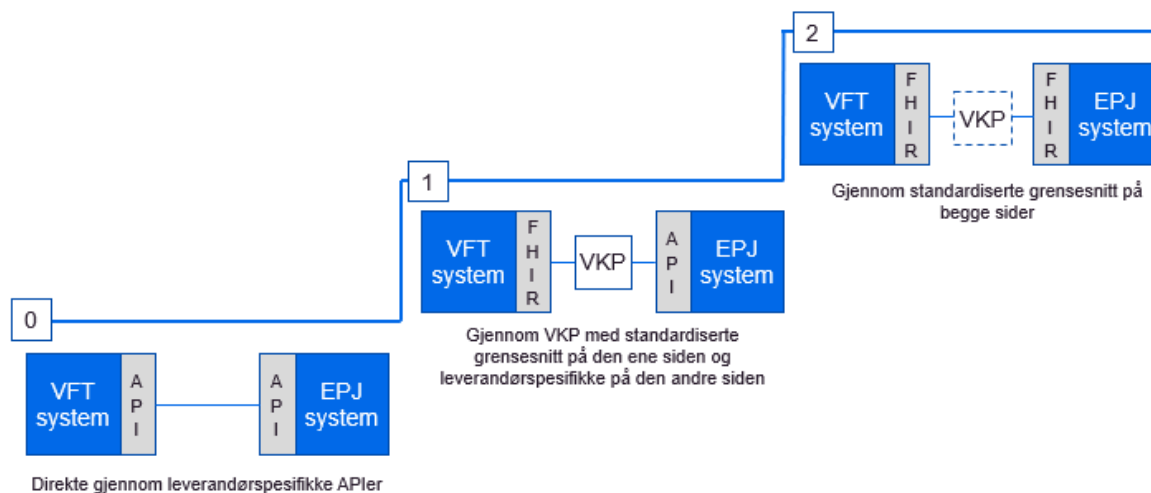
- Integrasjonsbehov – nå og fremover
- Bruk av felleskomponenter og andre e-helse løsninger
- Hensynet til VKPs innvirkning på markedet og helsenæringen
- Andre anvendelsesområder

Integrasjonsbehov nå og fremover

For å åpne for at nye velferdsteknologiske løsninger enkelt skal kunne implementeres i helse- og omsorgstjenesten er det hensiktsmessig at disse kan forholde seg standardiserte, åpne grensesnitt for å kunne utveksle data med eksisterende EPJ'er. Hvilke typer data som skal utveksles kan utvikle seg med nye løsninger. VKP fungerer i dag som en integrasjonstjeneste som tilbyr standardiserte, åpne grensesnitt mot ulike velferdsteknologiske løsninger og som, på den andre siden er tilpasset de ulike EPJ-leverandørenes leverandørspesifikke grensesnitt. Dette gjøre det mulig for velferdsteknologiske løsninger å utveksle data med EPJ-systemene. Hvis EPJ-systemene også forholder seg til de standardiserte, åpne grensesnittene, så ville behovet for VKP bli redusert. Det vil bli arbeidet videre med at dette skal skje så fort som mulig.

Nedenstående trappetrinnsmodell illustrerer gradvis utvikling fra leverandørspesifikke APIer til standardiserte åpne grensesnitt:

¹ Ca. en tiendedel av 500 journalføringer pr dag krever en aktiv handling i Dignio Prevent – og disse journalføres nå automatisk (mot manuelt tidligere).



En gradvis økt bruk av standardiserte grensesnitt og økt tilbud av funksjonalitet fra felleskomponenter og andre e-helse løsninger vil resultere i at funksjonaliteten som leveres av VKP løsningen kan justeres i takt med denne utviklingen. Det er viktig at denne muligheten jevnlig vurderes for å oppnå en mest mulig hensiktsmessig implementering.

Bruk av felleskomponenter og andre e-helse løsninger

VKP teknologien må ses i sammenheng med initiativene for felles grunnmur for e-helse, og en felles tilnærming til API management. VKP er referanseprosjekt for grunnmursarbeidet som tar for seg data- og dokumentdeling. VKP piloterer også bruk av HelselD.

VKP-løsningen har i utprøvingen vært basert på skytjenester. Dette sikrer standardisering og fleksibilitet med tanke på volum. Det har også hele tiden vært et høyt fokus på sikkerhet. Den samme plattformen/teknologi kan brukes til andre typer løsninger og tjenester, og åpner dermed for konsolidering og besparelser.

VKP må også på lengre sikt ses i sammenheng med "Én innbygger – én journal".

Hensynet til VKPs innvirkning på markedet og helsenæringen

VKP er et kompensierende tiltak i markedet. Utprøving av VKP er igangsatt fordi markedet er fragmentert, har mange små aktører med begrenset kapasitet, samt lite fokus på integrasjon med EPJ. VKP dekker imidlertid et funksjonsområde som tilbys av i kommersielle aktører i markedet. Disse løsningene er imidlertid mer proprietære i tilnærming til integrasjon og dataflyt. VKP har derfor en rolle som pådriver for standarder og standardutvikling, samt bruk av åpne grensesnitt for integrasjon. I utredningen vil VKPs innvirkning på markedet og helsenæringen analyseres nærmere.

Andre anvendelsesområder

Utprøvingen av VKP har fokus på et avgrenset funksjonsområde. Det er nærliggende å vurdere å anvende plattformen til andre formål, som for eksempel medisinsk avstandsoppfølging. Å øke anvendelsesområdene kan potensielt gi gode samfunnsøkonomiske resultater. Tematikken må analyseres grundig, spesielt opp mot hva andre e-helseinitiativ vil dekke av behovene, før beslutninger tas.

Alternative realiseringsmodeller

Det finnes i utgangspunktet tre ulike modeller for å bygge opp et teknisk grensesnitt mellom VFT løsninger og EPJ systemer

- a. Etablere en plattform fra bunnen basert på on-premise arkitektur og som eies og forvaltes av Direktoratet for e-helse eller et annet offentlig organ. Dette alternativet medfører egenutvikling av det offentlige og drift i offentlig regi.
- b. Kjøpe en nøkkelferdig tjeneste som leveres og forvaltes av en eller potensielt flere tredjeparts leverandører. Dette alternativet medfører maksimal bruk av markedet.
- c. Bygge opp en tjeneste basert på eksisterende plattformer (skyløsning) med relevante partnere, som forvaltes av Direktoratet for e-helse eller annet offentlig organ. Dette vil medføre en type privat/offentlig samarbeid.

All erfaring tyder på at det trengs fleksibel tilpasning av funksjonaliteten i VKP. Den etter hvert tette koblingen mot e-helse felleskomponenter og andre e-helse løsninger taler for at ansvaret for forvaltningen av VKP bør ligge hos Direktoratet for e-helse. For tiden vurderes alternativ c som det mest aktuelle.

Forvaltningsmodell

Basert på det valgte alternativet kan man definere flere forvaltningsmodeller med ulik grad av outsourcing.

Forvaltningsmodellen som har blitt testet i utprøvingen består av følgende aktører:

- Løsningen er bygget opp på eksisterende skytjenester som forvaltes av Microsoft (Azure)
- Forvaltning og videreutvikling av løsningen er håndtert i direktoratet for e-helse (VKP prosjektet)
- Drift av løsningen (Kundeservice, overvåking, monitorering og feilhåndtering) er håndtert i Norsk Helsenett (NHN)
- Alle kommuner som bruker VKP kan rapportere feil og beskrive nyønsket funksjonalitet.

Leveranseprosessen i VKP følger Agile prinsipper med tre ukers utvikling-sprinter og kontinuerlig prioritering av nye oppgaver. Denne prosessen sikrer en kontinuerlig forbedring av VKP tjenesten med regelmessige og kontrollerte produksjon settinger.

Forvaltningsmodellen er basert på beste praksis fra de øvrige nasjonale tjenester i direktoratet for e-helse (e-resept, helsenorge.no, kjernejournal). Prosjektroller, system og arbeidsprosesser følger de samme retningslinjene. Dette er en fordel med tanke på standardisering av tjenesteporteføljen, men også med tanke på gjenbruk av ressursene på tvers av tjenester.

Kommuner og VFT leverandør som ønsker å benytte seg av VKP følger en oppskrift som sikrer maksimal gjenbruk av tekniske komponenter og optimal ressursutnyttelse.

Betraktninger rundt anskaffelse

VKP utprøvingen er definert rundt en eksisterende avtale mellom NHN og Microsoft. En offentlig anskaffelse må initieres dersom denne tjenesten skal videreføres. NHN planlegger allerede å inngå en eller flere rammeavtaler for bruk av skytjenester. Denne avtalen burde være klar før sommeren og kan brukes som utgangspunkt for valg av en mer permanent løsning (Mini-konkurranse).

Økonomi

Finansieringsmodell

Prinsipper for finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak er utredet i direktoratets rapport "Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak" (2017):

- Myndighetsoppgaver bør finansieres over statsbudsjettet
- Leveranseoppgaver bør finansieres dels over budsjett (utviklingsoppgaver) og dels brukerbetaling (forvaltnings- og driftsoppgaver)

Knutepunktet er å anse som en leveranseoppgave, og det vil derfor være naturlig med et innslag av brukerfinansiering. Det må vurderes om det er aktuelt å gjøre knutepunktet obligatorisk i bruk, eller om det må tilbys som en frivillig tjeneste på markedsmessige vilkår.

Det finnes ulike prismodeller for dette, eksempelvis en modell som baserer seg på kommunens størrelse (antall innbyggere) eller på tjenesteomfang/bruksvolum.

Man antar at prisene for de første års drift ikke vil dekke kostnadene, da det vil medføre en pris som vil bli oppfattet som for dyr for kommunene å ta i bruk tjenesten. Det betyr at man må «gå med underskudd» i en oppbyggingsperiode.

I den videre utprøvingen legges det til rette for å gjøre flere analyser for å belyse temaet bedre, bl.a. se til andre nasjonale løsninger med brukerfinansiering (AltInn, IDporten, e-resept, helsenorger m.fl.), og vurdere tiltak for å unngå at de første kommunene betaler mye mer enn de som kommer sist.

Til Møte 1/19
Dato 13.02.2019
Saksnummer 8/19
Type Drøftingssak

Fra
Saksbehandler Espen Hetty Carlsen

Digitalisering av legemiddelområdet

Forslag til vedtak

Programmet tar med seg innspill i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse har etablert et program for digitalisering av legemiddelområdet.

Hensikten med denne saken er å orientere om programmet og drøfte forutsigbarhet for framtidig prioritering og finansiering.

Bakgrunn

Program for digitalisering av legemiddelområdet

Legemiddelområdet har høy prioritet i sektoren, og en hel helsetjeneste stiller seg bak behovet for å realisere pasientens legemiddelliste. Pasientens legemiddelliste (PLL) er et prosjekt med mange avhengigheter og programstyret i FIA etterlyste våren 2018 at den manglende oversikten over et samlet legemiddelområde utfordret programstyrets mandat.

Hovedleveranser i Direktorat for e-helse som PLL har avhengigheter til og som er forutsetninger for at PLL kan utprøves og innføres er bl.a. de pågående prosjektene i Direktorat for e-helse

- Utvikling av sentral forskrivningsmodul (SFM)
- Utprøving og innføring av multidoser (Multidoser)
- Legemidler og Kjernejournal til Sykehjem og hjemmetjenesten (LK-SHT)

For legemiddelområdet er det en rekke pågående prosjekter og de økonomiske rammene for å gjennomføre aktivitetene er uforutsigbare. Det er et løpende behov for å prioritere og

koordinere aktiviteter slik at ressursene brukes optimalt og ønskede resultater og effekter oppnås. Med bakgrunn i dette, var det et behov for å etablere en ny organisering gjennom et program, med ikrafttredelse 1.1.2019, som samler prosjektene og koordinerer aktivitetene på legemiddelområdet.

Til Møte 1/19
Dato 13.02.2019
Saksnummer 9/19
Type Orientering

Fra Hans Löwe Larsen
Saksbehandler Magnus Andre Alsaker

Veikart og planer for e-helsestandarder 2018-2022

Forslag til vedtak

NUIT ber om at innspill fremkommet i møtet tas med i det videre arbeidet med e-helsestandarder

Hensikt med saken

Gi innsikt i Direktoratet for e-helses strategi for videre arbeid med e-helsestandarder. Få innspill fra NUIT til pågående arbeid med nasjonale innføringsplaner av meldingsstandarder, og strategisk arbeid for økt bruk av internasjonale standarder i Norge, slik at arbeidet i størst mulig grad rettes inn mot sektorens behov.

Bakgrunn

E-helsestandarder er en forutsetning for å understøtte utviklingen av gode e-hesløløsninger, og for å lykkes med samhandling og digitalisering i helse- og omsorgstjenesten. E-helsestandarder er derfor en viktig del av både Nasjonal e-helsestrategi 2017–2022 og Felles grunnmur for digitale tjenester.

Meldingsutvekslingen er den dominerende samhandlingsmodellen i dag. Sektoren, representert ved blant annet Norsk Helsenett, RHF-ene, kommuner m.fl. og har de siste årene jobbet sammen gjennom FIA – programmet for å gjennomføre omfattende løft for å styrke meldingsutvekslingen. I FIA – programmet, som har vært ledet av Direktoratet for e-helse, har det blitt utarbeidet nye standarder, veiledere og en meldingsvalidator. Meldingsvalidatoren overvåker meldingstrafikken og gir mulighet for å følge opp og iverksette tiltak for å sikre enhetlig bruk av standarder i sektoren. Det er også etablert en Nasjonal forvaltningsmodell for e-helsestandarder, for å oppnå god og sektorforankret styring. I 2017 ble det opprettet et Produktstyret for e-helsestandarder, som anbefaler målbilde og veikart, prioriterer større endringsbehov og foreslår nye prosjekter til nasjonal e-helseportefølje.

For å oppnå en rikere samhandling på tvers av virksomheter og forvaltningsnivå blir deling av helseopplysninger ved bruk av nye samhandlingsmodeller som dokumentdeling og datadeling stadig oftere tatt i bruk i utviklingen av nye tjenester. Det er etablert et Veikart og planer for e-helsestandarder 2018-2022 som beskriver tiltak i perioden både for meldingsutveksling, dokumentdeling og datadeling. Arbeidet er forankret i Produktstyre for e-helsestandarder og NUFA.

De siste årene har det også skjedd store endringer innenfor organisering, fokus og utvikling av relevante internasjonale e-helsestandarder. Internasjonale standarder tas i økende grad i bruk av virksomheter og

[Vedlegg 6_Sak 9-19_Veikart nasjonal innføring og internasjonal standardisering](#)

gjennom nasjonale løsninger. En sentral del av arbeidet til Direktoratet for e-helse er å legge til rette for at myndigheter, virksomheter og leverandører jobber koordinert for å sikre lik bruk av internasjonale standarder i Norge, og hvordan vi kan involvere oss i internasjonalt standardiseringsarbeid.

Innføring av meldingsstandarder

For å ferdigstille nødvendige standarder og gjøre meldingsutvekslingen "komplett" foreligger det planer for innføring av nye standarder innen utgangen av 2020. Dette gjelder standardene:

- Tjenestebasert adressering
- Henvisning 2.0: Henvisning ny tilstand og Viderehenvisning
- Status på henvisning
- Helsefaglig dialog

Standardene er utviklet med bakgrunn i blant annet behov etterspurt av helse- og omsorgstjenesten, nye krav i lov, forskrift og veiledere (Pasient- og brukerrettighetsloven, Henvisningsveileder), mål i nasjonal e-helsestrategi og undersøkelser fra Riksrevisjonen.

De nye standardene er forventet å gi gevinster som reduksjon i papirbasert utveksling, bedre kvaliteten på henvisninger, ivaretar pasientens rettigheter (krav til rettighetsvurdering), og dialog mellom helsepersonell angående helsehjelp til én pasient.

Arbeidet med utvikling, planlegging og innføring av standardene gjennomføres i henhold til Nasjonal forvaltningsmodell for e-helsestandarder for e-helsestandarder. Produktstyre e-helsestandarder har gitt tilslutning til utvikling og innføring av standardene. De nye standardene er under innføring eller under planlegging av innføringen, og forventes innført innen utgangen av 2020.

Norsk Helsenett er hovedansvarlig for å koordinere planlegging og innføring av standardene. Dette skjer etter oppdrag fra Direktoratet for e-helse. Den enkelte virksomhet er ansvarlig for å innføre og ta i bruk standardene i egen organisasjon, og kostnader knyttet til dette.

En koordinert planlegging og innføring i regi av Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett er en forutsetning for å lykkes, blant annet fordi innføring av slike meldingsstandarder krever stor grad av samtidighet fra leverandører og virksomheter. En koordinert innføring er også viktig for å få realisert forventede gevinster.

Innføring av standardene inngår i "Veikart og planer for e-helsestandarder 2018-2022", og støtter opp om resultatmål 2 i Felles grunnmur for digitale tjenester, *Dagens samhandling er styrket på prioriterte områder*.

I forbindelse med forslag til forskriftsendringer er det gjort økonomiske vurderinger av *nødvendige* tekniske og organisatoriske endringer for å kunne ta i bruk de nye meldingsstandardene. Kostnader f.eks. til EPJ-utvikling er ikke vurderte fordi dette stort sett dekkes av vedlikeholdsavtaler. Tid de enkelte ansatte bruker på opplæring er heller ikke vurdert, men det antas at noe opplæring er nødvendig. Datagrunnlag er hentet inn fra RHF-enes regionale IKT-enheter, KomUT og leverandører av EPJ-systemer. Vurderingene har følgende estimat:

Område	Kostnader	Gevinster (reduuerte materielle kostnader over 10 år)
Fastleger	<i>Ingen ekstra kostnader*</i>	15 mill.
Kommuner	19-28 mill.	25 mill.
HF og private sykehus	50. mill.	100. mill.

* For fastleger forventes det ikke at innføring av meldingsstandardene vil medføre ekstra kostnad, utover vanlig oppdatering av EPJ-systemet. Leverandørene av EPJ-systemene leverer oppdateringer jevnlig, hvor enkelte virksomheter, av ulike årsaker ønsker bistand til å gjennomføre oppdateringen. Denne bistanden har en kostnad, men den er knyttet til oppdateringen og ikke til at oppdateringen inneholder nye meldingsstandarder.

Standardisering for nye samhandlingsmodeller

Nye samhandlingsmodeller som datadeling og dokumentdeling krever nye former for standardisering som ikke kan løses med videreutvikling av dagens meldingsstandarder. Nye standarder vil i større grad baseres på internasjonale standarder, noe som forventes å gi raskere utvikling og innføring gjennom økt grad av gjenbruk og bedre leverandørstøtte.

Deling av helseopplysninger gjennom datadeling forventes å øke i omfang de neste årene. HL7 FHIR er en standard som i økende grad brukes for å definere grensesnitt for datadeling, og vurderes som den mest aktuelle for å bygge standardiserte datadelingsløsninger. Så langt har implementering av standarder for datadeling vært lite koordinert. For å unngå å komme i en situasjon hvor det er behov for omfattende opprydning innenfor e-helsestandarder om noen år, er det behov for å være tidlig ute med felles krav og retningslinjer slik at nye standarder kan innføres og brukes på en enhetlig måte.

Dokumentdeling vil også bli tatt i bruk på nye området, og det er allerede etablert flere løsninger i sektoren. Direktoratet for e-helse utvikler i samarbeid med sektoren målarkitektur for dokumentdeling basert på den internasjonale infrastrukturstandard IHE XDS. Direktoratet for e-helse publiserte i 2016 en metadatastandard basert på IHE XDS. Det er behov for å oppdatere denne i tråd med målarkitekturen for dokumentdeling. Det anbefales også tiltak for å utrede og anbefale innholdsstandarder for strukturerte dokumenter som skal deles mellom virksomheter.

Dagens forvaltningsmodell for e-helsestandarder er tilpasset meldingsutveksling som samhandlingsform. Med datadeling og dokumentdeling vil det være behov for å revidere forvaltningsmodellen. I veikartet foreslås tiltak for å etablere prosesser og verktøy som kan ivareta nødvendig forvaltning av e-helsestandarder for alle samhandlingsmodeller. Disse tiltakene må sees i sammenheng med tiltak knyttet til forvaltning av felles grunnmur for digitale tjenester.

I veikartet er det gjort en overordnet vurdering av omfang for tiltakene, samt gitt en anbefaling om prioritering. Det er ikke gjort beregninger av konkrete gevinster og kostnader knyttet til tiltak for standardisering av datadeling og dokumentdeling. Det er usikkerhet knyttet til hvor raskt disse samhandlingsmodellene vil bli tatt i bruk, og innføring av nye standarder vil være avhengig av utviklingen innenfor disse områdene. Generelt vil det være Direktoratet for e-helse gjennom myndighetsrollen som bærer kostnader for å utvikle og etablere e-helsestandarder for bruk på nasjonalt nivå, mens sektoren bærer kostnader for å innføre obligatoriske og anbefalte standarder. Prosjekter som har behov for å utvikle standarder, for eksempel en spesifikk profil av FHIR, vil måtte finansiere dette selv, men forventes å bruke felles retningslinjer der dette finnes.

Internasjonalt standardiseringsarbeid

Direktoratet for e-helse mener det er viktig å styrke Norge sin rolle i internasjonalt standardiseringsarbeid. Direktoratet og andre aktører i sektoren er i dag involvert i ulikt internasjonalt arbeid som pågår i ISO (globalt) og CEN (europeisk), samt i bransje-standardene som bl.a. IHE, HL7, SNOMED int. og OpenEHR. Det er et behov for å koordinere denne deltakelsen i større grad, da det er flere bruksområder som må løses med en kombinasjon av ulike standarder. Samtidig er det hensiktsmessig å samle kunnskap og budskap slik at aktører i Norge skal kunne påvirke og bruke standardene i større grad. For økt bruk er avgjørende at det er en større bevissthet om relevante internasjonalt standarder hos en større deler av sektoren og på ulike nivå, som bl.a. ledere, bestillere, i tillegg til de med teknisk innsikt i standarder.

De siste årene er det blitt et tettere samarbeid mellom ISO og CEN, og bransje-organisasjonene. Samarbeidet er en konsekvens av økt fokus på å dele helseopplysninger mellom systemer regionalt, nasjonalt og mellom landegrenser. Eksempel på det er utarbeidelsen av Patient Summary, som startet opp i regi av EU. Patient Summary er utviklet til å bli et samarbeid mellom åtte standardiseringsorganisasjoner.

Det er ønskelig å etablere en norsk referansekomite for internasjonalt standardiseringsarbeid, som kan bidra til å øke kunnskapen om hva som pågår, og samtidig styrke norske interesser. En slik referansegruppe kan bidra i utviklingen og tilgjengeliggjøring av internasjonale standarder, og gi sektoren et helhetsbilde av relevante saker som går på tvers av de ulike internasjonale standardiseringsorganisasjonene.

Vedtak på tilsluttende saker

Sak	Tema	Vedtaksformulering
NR/ÅÅ		
...		

Sett inn rader ved behov

Til	Møte 1/19
Dato	13.02.2019
Saksnummer	10/19
Type	Orientering

Prosjekt Én innbygger – én journal

Sak 10/19: Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste – presentasjon av ekstern kvalitetssikring (KS1)

Forslag til vedtak:
NUIT tar saken til orientering.

Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse vil orientere om resultat fra ekstern kvalitetssikring av konseptvalgutredning for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Direktoratet for e-helse overleverte konseptvalgutredningen til Helse- og omsorgsdepartementet 6. juli 2018. [Rapport med vedlegg er tilgjengelig på ehelse.no.](#)

Ekstern kvalitetssikring (KS1)

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet har Holte Consulting, Samfunns- og næringslivsforskning (SNF) og A-2 Norge gjennomført en ekstern kvalitetssikring av konseptvalgutredningen, og kvalitetssikringsrapporten (KS1) er nå klar. [Rapporten er tilgjengelig på ehelse.no.](#)

Ekstern kvalitetssikrer anbefaler at konseptalternativ 7, en nasjonal journalløsning med helhetlig samhandling, velges. Dette er i tråd med direktoratets anbefaling. Kvalitetssikringsrapporten understreker at konseptvalgutredningen er basert på en grundig behovsanalyse som tydelig viser at tiltaket er nødvendig, og de anbefaler at forprosjektet settes i gang så raskt som mulig.

For å sikre en komplett innføring i alle kommunene utenfor Midt-Norge anbefaler kvalitetssikrer at det bør være en stor grad av forpliktelse før et såpass stort tiltak settes i gang.

Videre arbeid

Konseptvalgutredningen og kvalitetssikringsrapporten er underlag for videre behandling i Helse- og omsorgsdepartementet og et eventuelt oppdrag om å igangsette forprosjekt.

Til Møte 1/19
Dato 13.02.2019
Saksnummer 12/19
Type Orientering

Fra Direktoratet for e-helse, Inga Nordberg
Saksbehandler Kjersti Skavik

Felles språk – Program Kodeverk og Terminologi - Status

Forslag til vedtak

NUIT tar programmets planer til orientering. Programmet tar med seg innspillene som fremkom i møtet.

Hensikt med saken

Orientere om programmets planer for perioden 2019 til 2023. Det ønskes innspill til videre prosess for realiseringen av et nasjonalt økosystem for terminologi – Felles språk.

Bakgrunn

Det er et behov for at Helsepersonell skal kunne jobbe mer effektiv ved at data registreres én gang på et klinisk relevant språk, og at data kan innhentes og deles automatisk der det er mulig. Nye løsninger med strukturert journal og mer helsefaglig støtte stiller større krav til enhetlig helsefaglig terminologi og god elektronisk samhandling mellom virksomhetene. Sentrale initiativ som Én innbygger – én journal, Helsedataprogrammet og Helseplattformen har som mål å ta i bruk terminologi, kodeverk og registervariabler, både ved registrering av helsedata i e-hesløsninger og omkringliggende fagsystem samt til videre utnyttelse av helsedata til sekundærformål som styring, analyse, statistikk, forskning og finansiering.

Program Kodeverk og Terminologi – etablere grunnlag for og forvaltning av felles språk i sektoren

Program Kodeverk og Terminologi (PKT) ble etablert i 2015 med mål om å forbedre helsetjenesten gjennom å videreutvikle eksisterende produkter og tjenester, og modernisere området ved å tilføre nye produkter og tjenester innenfor innsatsområdene kodeverk, terminologi, opplæring, kodingskvalitet og IKT-støtte.

Programmet har siden 2015 levert forbedrede helsefaglige klassifikasjoner til sektoren. I 2016 ble en samordning av prosedyrekodeverk for kirurgi, radiologi og medisin utarbeidet og publisert. Videre ble det for primærhelse-tjenesten levert kodeverk (ICPC2B) i 2017 og i 2017 ble også Norsk Patologikodeverk levert. Norsk Laboratoriekodeverk ble utarbeidet gjennom en årrekke og implementert i sektor i 2017 til bruk for aktivitetsoversikt på laboratorier. I forbindelse med Riksrevisjonens rapport som påpekte mye feil i klinisk koding, er det produsert og publisert åtte nye e-læringsmoduler i medisinsk koding, som i dag er i bred bruk i helsesektoren. I 2018 anskaffet og implementerte PKT en kodeverks- og terminologiserver for

lagring, forvaltning og publisering av nasjonale kodeverk, terminologier og registervariabler. Dette året ble kodeverk for aktiviteter på patologi utviklet.

I perioden 2019 til 2023 vil programmet ha hovedfokus på å etablere grunnlag for felles språk gjennom å etablere et nasjonalt økosystem for kodeverk og terminologi. I parallell vil et tilhørende forvaltningsapparat etableres på nasjonalt nivå. Med Felles språk menes de forskjellige terminologier, kodeverk og registervariabler som settes i sammenheng med hverandre for å bidra til at informasjonen kan gjenbrukes etter å være registrert en gang, og hvor de forskjellige terminologier og kodeverk benyttes til det formålet de er tiltenkt. Visjon for et nasjonalt økosystem for kodeverk og terminologi har vært forankret bredt og innebærer en innføring av SNOMED CT i Norge. I juni 2018 ble Nasjonalt e-helsestyre orientert om delbeslutning knyttet til bruk av SNOMED CT som felles standardisert terminologi i Norge, og om målbildet for økosystem for kodeverk og terminologi. Nasjonalt e-helsestyret tok saken til orientering og kommenterte at standardisering og felles kodeverk og terminologi anses som viktig og nødvendig av flere hensyn. Direktoratet ble bedt om å komme tilbake med anbefalt omfang og innføringsstrategi.

Programmet mobiliserer nå for å detaljere ut et målbilde og veikart ut fra den vedtatte visjonen for et nasjonalt økosystem for kodeverk og terminologi.

Programmet planlegger å ferdigstille arbeidet med målbilde og veikart for Felles språk ved utgangen av juni 2019, hvor definering av veikart og innføringsstrategi med utgangspunkt i sentrale satsinger og sektorens behov vil være sentralt. I dette arbeidet er tett dialog med og involvering av aktørene i sektoren avgjørende for å realisere Felles språk i sektoren. Arbeidet vil gjennomføres i tett dialog med Helseplattformen for effektiv realisering. I parallell legges det vekt på nasjonal forankring. Prosess og plan for det videre arbeidet presenteres i møtet.

Vedtak på tilsluttende saker

Sak	Tema	Vedtaksformulering
N/A		

Til Møte 1/19
Dato 13.02.2019
Saksnummer 14/19
Type Drøfting

Fra Karl Stener Vestli
Saksbehandler Norunn Elin Saure

Innspill til Regjeringens digitaliseringsstrategi

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

Hensikt med saken

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Direktoratet for e-helse om å komme med innspill til Regjeringens digitaliseringsstrategi som er under utarbeidelse.

Vi ber om at NUIT drøfter og gir innspill til foreslåtte prioriterte satsingsområder i strategien. Konkret:

- Er det andre satsingsområder som bør vektlegges?
- Hvilke ambisjoner og evt. tiltak bør inngå i de enkelte områdene?

Vi ber i tillegg NUIT medlemmene om eventuelle skriftlige innspill innen fredag 22.februar til nasjonalt porteføljekontor (nasjonalt.portefoljekontor@ehelse.no).

Bakgrunn

En av målene i regjeringsplattformen er "En brukerorientert, moderne og effektiv offentlig forvaltning".

"Regjeringen vil videreutvikle offentlig forvaltning for å sikre at den er brukerorientert, effektiv, resultatorientert og moderne. Arbeidet med innovasjon i offentlig sektor må forsterkes for å sikre gode tjenester, bedre samordning og god bruk av samfunnets ressurser. Tjenestene må ta utgangspunkt i den enkeltes behov og bli mer samordnet på tvers av nivåer og sektorer. Det skal legges til rette for et større mangfold og mer valgfrihet i offentlige tjenester. Arbeidet med digitalisering av offentlige tjenester skal fortsette i tråd med føringene i Digital Agenda for Norge. IKT-sikkerheten må ivaretas og tilpasses et nytt trusselbilde"

Regjeringsplattformen tydeliggjør at arbeidet med digitalisering skal fortsette i tråd med føringene i Digital Agenda for Norge (Meld. St 27 (2015-2016) Digital Agenda for Norge). Regjeringsplattformen sier også at "Regjeringen vil utvikle en strategi for digitalisering i offentlig sektor for å forsterke innsats, samarbeid og samordning".

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) er i gang med å utarbeide en digitaliseringsstrategi for offentlig sektor. Strategien vil tentativt foreligge første halvår 2019. Strategiperioden er foreslått 2019-2025.

I vedlagte presentasjon fra KMD om "Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor" er det en tentativ innholdsfortegnelse til strategien som viser foreløpig prioriterte satsingsområder. Satsingsområdene må leses i kontekst av målsetting om tjenester som tar utgangspunkt i innbyggers behov og sammenhengende offentlige tjenester uavhengig av forvaltningsnivå og sektorer.

Satsingsområdene er p.t.;

Innbygger og næringsdrivende skal oppleve en sammenhengende offentlig sektor;

- Sammenhengende tjenester
- Brukerorientering i praksis
- Deling av data
- Klart og digitaliseringsvennlig regelverk
- Nasjonal plattform for samhandling
- Styring

En kompetent og effektiv offentlig sektor

- Bedre bruk av ressursene
 - Anskaffelser
 - Gevinstrealisering
- Digital kompetanse i offentlig sektor

Vi ber om NUIT medlemmene gi innspill i møtet, jfr hensikt med saken.



Kommunal- og
moderniseringsdepartementet

Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor



Bakgrunn

- Stortingsmeldingen *Digital agenda for Norge* gjelder fortsatt.
- Granavolden-plattformen: *Regjeringen vil utvikle en strategi for digitalisering i offentlig sektor, for å forsterke innsats, samarbeid og samordning.*

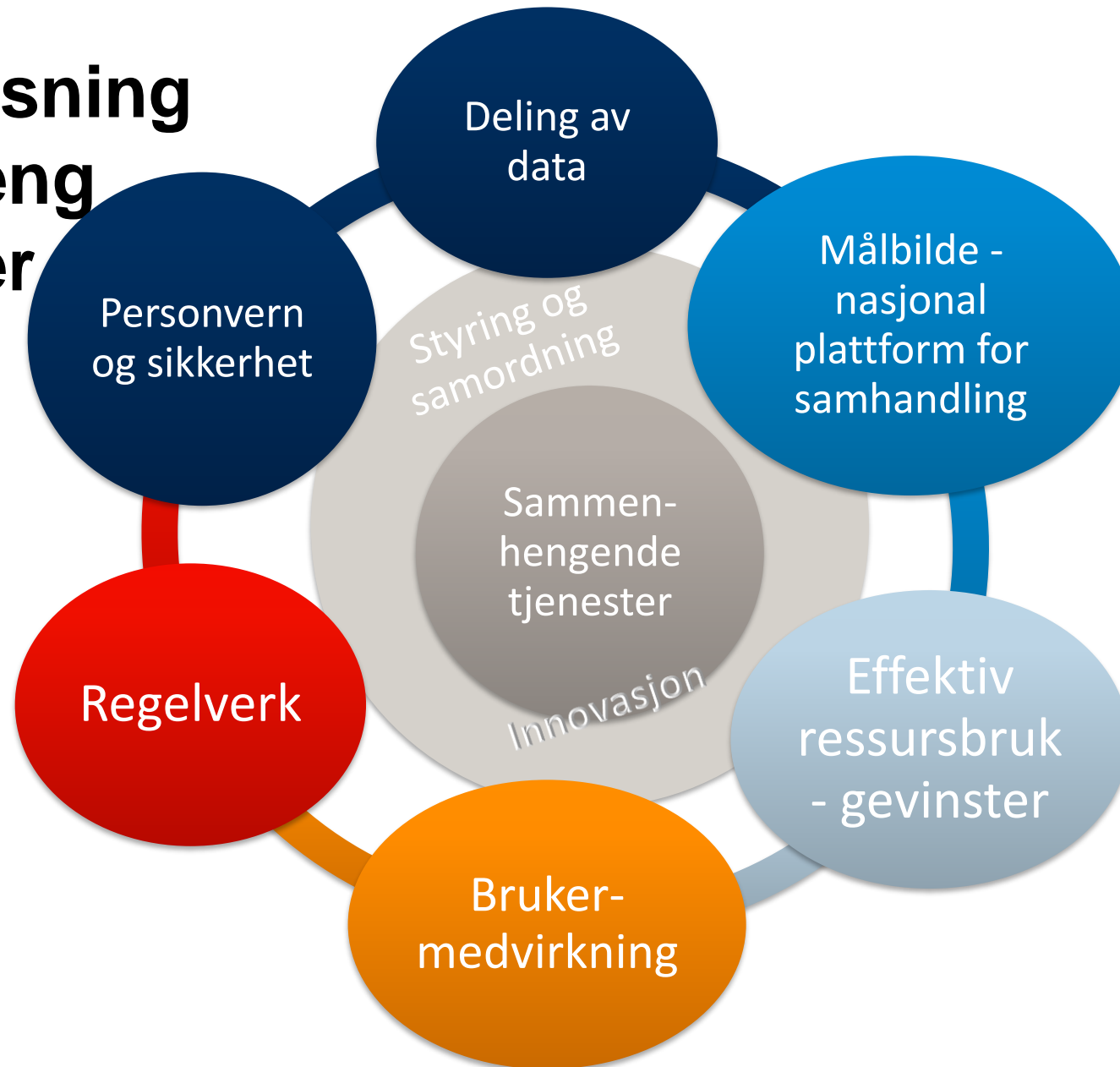




Hva ønsker vi å oppnå?

- Operasjonalisere prinsippene fra Digital Agenda
- Vi vil flytte noen stolper
- Strategien skal være:
 - Kort og konkret
 - Fokus på hvor vi vil og hva som må til
 - For hele offentlig sektor (statlig og kommunal sektor)
 - Foreslått å gjelde for perioden 2019 - 2025
- Tentativt foreligge første halvår 2019

Prioritert satsning – sammenheng for innbygger og nærings- drivende



Én digital offentlig sektor - tentativ innholdsfortegnelse

Innledning

- Mål og strategisk retning
- Forholdet til pågående nasjonalt og internasjonalt arbeid

Prioritert satsing: innbygger og næringsdrivende skal oppleve én sammenhengende offentlig sektor

- Sammenhengende tjenester
- Brukerorientering i praksis
- Deling av data
- Klart og digitaliseringsvennlig regelverk
- Målbilde for nasjonal plattform for samhandling
- Styring og samordning for én digital offentlig sektor

En kompetent og effektiv offentlig sektor

- Bedre bruk av ressursene
 - Anskaffelser
 - Gevinstrealisering
- Digital kompetanse i offentlig sektor

