

Områdeutvalg digital samhandling

Møte	5/20
Dato	4. desember 2020
Tid	9.00 – 13.00
Sted	Virtuelt møterom

Sak	Tema	Sakstype	Kl. (ca.)	Tid
26/20	Gjennomgang agenda, godkjenning av referat fra forrige møte m.m.		9.00	10 min.
27/20	Strategi for strukturering av journal	Drøfting	9.10	30 min.
28/20	Felles grunnmur	Orientering	9.40	10 min.
29/20	Felles tillitsmodell	Drøfting	9.50	45 min.
	<i>Pause</i>		10.35	15 min.
30/20	Datadeling: Introduksjon	Orientering	10.50	15 min.
31/20	Datadeling i forbindelse med prosjektet Velferdsteknologi	Orientering	11.05	30 min.
	<i>Pause</i>		11.35	25 min.
32/20	Helhetlig samhandling	Drøfting	12.00	40 min.
33/20	Årsplan for områdeutvalget	Orientering	12.40	10 min.
34/20	Oppsummering og avslutning Møter 2021		12.50	5 min.

Sak	Tema	Sakstype
26/20	Gjennomgang agenda, godkjenning av referat fra møte 4/20 m.m.	
27/20	<p>Strategi for strukturering av journal</p> <p>RHF-ene har fått i oppdrag å utarbeide en felles strategi for strukturert journal, herunder anbefaling om nivå på strukturering, bruk av felles standardisert språk og prioriterte fagområder. Helse Midt-Norge RHF leder arbeidet.</p> <p>Foretaksmøtet har vist til at det er viktig at de regionale helseforetakenes planer for strukturert journal understøtter målbildet for helhetlig samhandling, jf. målene i én innbygger – én journal. Det foreligger ulike planer for overgang til strukturert journal i de regionale helseforetakene, og det er derfor behov for å utarbeide en felles strategi.</p> <p>Per Olav Skjesol (Helse Midt-Norge RHF) vil i møtet orientere om status i arbeidet og det legges opp til drøfting av videre fremdrift.</p> <p>Forslag til vedtak:</p> <p>Områdeutvalget tar saken til orientering og ber de regionale helseforetakene ta med innspill fra møtet i det videre arbeidet.</p>	Drøfting
28/20	<p>Felles grunnmur</p> <p>Forslaget til revidert plan for Felles grunnmur 2021 er drøftet i områdeutvalget og NUFA i oktober, og lagt frem for tilslutning i NUIT nylig</p>	<p>Orientering</p> <p><i>Saksunderlag: Se vedlegg</i></p>

før den i desember skal forelegges NEHS for tilslutning.

NUIT tilsluttet seg forslaget til revidert plan inkludert anbefalt ambisjonsnivå, med de kommentarer som ble gitt i møtet. Det gjenstår avklaring på samfinansiering til tiltak i anbefalt ambisjonsnivå, og utvalget bad direktoratet vurdere hvilke tiltak i anbefalt ambisjonsnivå som kan inngå som en del av Helhetlig samhandling.

I områdeutvalgsmøtet 4.12 gis det en orientering av status på samfinansieringsmidler og den videre prosessen med å svare ut kommentarene fra NUIT.

Forslag til vedtak:

Områdeutvalget tar presentasjonen til orientering.

29/20	Felles tillitsmodell	Drøfting
	<p>Hensikten med saken er å legge frem det foreløpige resultatet av arbeidet med felles tillitsmodell for områdeutvalget for digital samhandling.</p> <p>Arbeidet gjennomføres av en arbeidsgruppe og en referansegruppe med representanter fra sektoren. I saken vil prosjektet legge frem konseptbeskrivelse for felles tillitsmodell med tilhørende prosesser, krav og nødvendige funksjoner.</p> <p>Det er behov for å drøfte konseptet for felles tillitsmodell med områdeutvalget, og hvordan dette arbeidet skal tas videre for detaljering og operasjonalisering i samarbeid med sektoren.</p> <p>Forslag til vedtak:</p> <p>Prosjektet tar med seg innspill fra områdeutvalget til videre arbeid med felles tillitsmodell.</p>	<p><i>Saksunderlag: Se vedlegg</i></p>

30/20	Datadeling: Introduksjon	Orientering
	<p>Hensikten med saken er å gi områdeutvalget en kort innføring i samhandlingsformen datadeling, og hvordan det skilles mellom datadeling og dokumentdeling i målarkitekturen.</p> <p>Forslag til vedtak:</p> <p>Områdeutvalget tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF ta med seg innspill i det videre arbeidet.</p>	<p><i>Saksunderlag: Se vedlegg</i></p>
31/20	Datadeling i forbindelse med prosjektet Velferdsteknologi	Orientering
	<p>Arbeidet med velferdsteknologi har pågått i flere år. I år har det blitt gitt ut tre relevante rapporter som oppsummerer arbeidet som er gjort og gir anbefalinger for veien videre.</p> <p>Arbeidet i prosjektet er inndelt i tre hovedaktiviteter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) - utvikling, leveranse og drift av VKP-tjenesten • Digital hjemmeoppfølging (DHO) samhandling (samarbeid med DHO-prosjekter i sektoren) • Råd og veiledning (anbefalinger og veiledere) <p>Vi ønsker å dele erfaringer om effektiv informasjonsdeling og datadeling i forbindelse med velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) og digital hjemmeoppfølging (DHO).</p> <p>Forslag til vedtak:</p> <p>Områdeutvalget ber Direktoratet for e-helse ta med innspill fra møtet i det videre arbeidet.</p>	<p><i>Saksunderlag: Se vedlegg</i></p>

32/20	Helhetlig samhandling	Drøfting
	<p>Direktoratet for e-helse har tidligere presentert innholdet i steg 1 i utviklingsretningen for helhetlig samhandling for Områdeutvalget i møte 1/20 og 2/20. I møte 3/20 ble utfordringsbildet med arbeidet i forprosjekt steg 2 gjennomgått.</p> <p>For å at områdeutvalget skal få et komplett bilde av de føringer som er gitt for det øvrige arbeidet i steg 1, ønsker programmet å gå gjennom de resterende leveransene som inngår i dette første steget. Områdeutvalget vil med dette ha innsikt i og bakgrunn for å vurdere og støtte det videre arbeidet med alle leveransene som programmet skal levere.</p> <p>I områdeutvalgsmøtet 4.12. vil det bli gitt en presentasjon av de leveransene som inngår i Steg 1 som ikke tidligere er presentert.</p> <p>Forslag til vedtak:</p> <p>Områdeutvalget ber Direktoratet for e-helse ta med innspill fra møtet i det videre arbeidet.</p>	
33/20	Årsplan for områdeutvalget 2021	Orientering
	<p>Kort orientering om arbeidet med årsplan for utvalget i 2021. Saken vil fremlegges i første møte i 2021.</p> <p>Forslag til vedtak:</p> <p>Områdeutvalget tar saken til orientering.</p>	<p><i>Saksunderlag: Se vedlegg</i></p>
34/20	Oppsummering og avslutning	

Områdeutvalg for digital samhandling

Felles grunnmur for digitale tjenester

Møte	5/20
Dato	4.12.2020
Saksnummer	28/20
Sakstype	Orienteringssak
Fra	Direktoratet for e-helse
Saksbehandler	Kjersti Skavik

Forslag til vedtak

Områdeutvalget tar presentasjonen til orientering.

Hensikt med saken

Formålet med saken er å orientere om status for revidering av plan for Felles grunnmur 2021.

Bakgrunn

Prosess for revidering av plan er gjennomført i samarbeid med sentrale initiativ og aktører i sektoren hvor de har gitt muntlige og dels skriftlige innspill som ligger til grunn for forslaget. Revidert plan er drøftet i områdeutvalget og NUFA, og NUIT tilsluttet seg forslaget til revidert plan inkludert anbefalt ambisjonsnivå med kommentarer som vil inngå i det endelige vedtaket fra møtet. (Merk at det gjenstår avklaring på finansiering av det anbefalte ambisjonsnivået, dette er foreslått samfinansiert.)

Kommentarene fra NUIT knyttet seg i hovedsak til et ønske om vurdering av hvilke tiltak i anbefalt ambisjonsnivå som kan inngå som en del av Helhetlig samhandling. Videre at bruk og innretning av midler bør gjenspeile de prioriterte innsatsområdene som sektoren har løftet frem i dialogen med dem¹.

Planen forelegges NEHS 16. desember for tilslutning.

¹ Sektoren har løftet frem Plan for sektorens bruk av dokumentdeling, Helseplattformen, Digital hjemmeoppfølging og Pasientens legemiddelliste, hvor disse igjen skal understøtte målbildet for Helhetlig samhandling.

Sektorens behov for grunnmursleveranser

Tiltakene i planen understøtter sektorens behov. I dialogen med sektoren trekker aktørene frem dokument- og datadeling, grunndata om person, personell og virksomhet, felles språk samt tiltak knyttet til videreutvikling av HelseID og modell for identitets- og tilgangsstyring som vesentlige og tidskriske behov.

Aktørene viser til initiativ som bygger på dokument- og datadeling som er særlig viktige for flere av dem, og ber om at de grunnmursleveranser som er relevante for disse initiativene prioriteres opp; **plan for sektorens bruk av dokumentdeling, Helseplattformen, Digital hjemmeoppfølging og Pasientens legemiddelliste** som igjen skal understøtte målbildet for **Helhetlig samhandling**. Som en del av prosessen er det gjennomført møter med nevnte initiativ for å sikre at deres behov for grunnmursleveranser er identifisert og tidfestet som utgangspunkt for prioritering av tiltak.

Prioriterte innsatsområder samt forslag til revidert plan for Felles grunnmur 2021

I forrige områdeutvalgsmøte ble det gitt en oppsummering av innspillene fra sektoren. Disse innspillene samt sentrale føringer og prioriteringer ligger til grunn for ambisjonsnivået som er utarbeidet for 2021.

Flere tiltak har forslag til øremerket finansiering via statsbudsjettet. Dette gjelder Modernisering av folkeregisteret for helse- og omsorgssektoren (grunndata om person) og satsingen på felles språk i tillegg til Helhetlig samhandling. Dette innebærer at flere tiltak i grunnmuren er finansiert og dermed prioritert dersom finansiering tildeles. Øvrige tiltak for 2021 må finansieres via samfinansieringsmidler.

Tiltakene har ulik prioritering og tidskrisikalitet, og er fordelt i tre grupper; *basis, anbefalt ambisjonsnivå og tiltak som kan forskyves*. *Basis* inneholder tiltak som allerede har forpliktende planer og sikker finansiering dersom statsbudsjettet vedtas. *Anbefalt ambisjonsnivå* inneholder de tiltak som per nå ikke har forpliktende planer og finansiering, men som anbefales gjennomført for å understøtte de prioriterte initiativene. *Tiltak som kan forskyves* inneholder tiltak som er nyttige, men som sektoren ikke har prioritert opp og ikke anser som tidskriske.

Tiltak som forskyves -> 2022-2024		
Koordinert utvikling og forvaltning <ul style="list-style-type: none">Målarkitektur for felleskomponenterKrav og retningslinjer til innrapportering til nasjonale registre Dokumentdeling <ul style="list-style-type: none">Felleskomponenter	Datadeling <ul style="list-style-type: none">Nasjonale krav og retningslinjer for enhetlig innføring (målarkitektur)Følge med på utprøving/innføring av datadelingFelles retningslinjer for enhetlig innføring av internasjonale e-helsestandarderPasientinformasjonslokalisatorAPI-management for andre bruksområder*HelseID*	Grunndata <ul style="list-style-type: none">Personell og virksomhet* Innovasjon og næringsutvikling <ul style="list-style-type: none">Strategi for applikasjonsintegrasjonØkosystem med forvaltningsmodellTest- og godkjenningstiljø for bruk av felleskomponenterUtredde juridiske hindringer
Anbefalt ambisjonsnivå 2021		
Dokumentdeling (inkl. understøtte datadeling) <ul style="list-style-type: none">Nasjonale krav og retningslinjerFelles tillitsmodellBistand til innføring	<ul style="list-style-type: none">Standarder og tjenester for loggingInnholdsstandarderTeknisk forvaltningKjernejournal - API Kritisk info	Grunndata <ul style="list-style-type: none">Felles hjelpenummer
Basis 2021		
<ul style="list-style-type: none">HelseID (Helhetlig samhandling)API management for nasjonale e-helseløsninger (Helhetlig samhandling)	<ul style="list-style-type: none">Grunndata Personell og Virksomhet (Helhetlig samhandling)Grunndata Person (MF Helse)	<ul style="list-style-type: none">Felles språk (PKT)Meldingsutveksling

* Utøver basis

Figur 1: Oversikt over tiltak i basis, anbefalt og tiltak som forskyves. *indikerer tiltak som ikke inngår i basis.

- **Basis (blått lag i figuren)**
 - Det foreligger forslag om øremerkede midler fra statsbudsjettet til enkelte satsinger. Disse tiltakene har en samlet investeringskostnad på 270 MNOK og inngår i det vi kaller "basis".
 - Dette gjelder satsingene MF Helse og Program Kodeverk og terminologi. I tillegg er det forslag om midler til Helhetlig samhandling som omfatter deler av HelseID, API management og grunndata om personell og virksomhet. Tiltak med øremerket finansiering ansees som allerede prioritert.
 - I tillegg inngår her det videre arbeidet med meldingsutveksling som finansieres over driftsbudsjettet til direktoratet og NHN.
- **Anbefalt ambisjonsnivå (grønt lag i figuren)**
 - I tillegg til tiltakene som inngår i basis løfter sektoren frem tiltak som direktoratet har gruppert i dokument- og datadeling, samt Felles hjelpenummer som høyt prioritert. Disse tiltakene har en samlet investeringskostnad på 60 MNOK, og inngår i det vi omtaler som "anbefalt ambisjonsnivå". Disse tiltakene er foreslått samfinansiert av RHFene.
 - Når det gjelder dokument- og datadeling pekes det på behovet for aktivitet på begge områdene, men at hovedtyngden av tiltak bør knyttes til dokumentdeling. Flere av tiltakene vil ha verdi for begge samhandlingsformene, hvor et eksempel på dette er videreutvikling av HelseID og arbeidet med felles tillitsmodell som begge løftes frem som viktige tiltak for å etablere helhetlige og skalerbare løsninger.
 - Det må gjøres et løft på grunndata om personell og virksomhet, der spesielt de tiltak som skal understøtte identitets- og tilgangsstyring er høyt prioritert. Felles hjelpenummer etterspørres av flere, men det er behov for å avklare med aktørene hva som skal gjøres på kort og lang sikt, samt om de tiltak aktørene peker på er et steg på veien til en felles og nasjonal løsning eller om det vil være kompensierende tiltak som dekker et kortsiktig/regionalt/lokalt behov.
 - Prosjektet Kjernejournal – API kritisk info realiserer et API for kritisk informasjon som kan benyttes av virksomheter for å dele data på tvers av omsorgsnivåer, virksomheter og regioner. Dette prosjektet er ikke formelt en del av Felles grunnmur, men inngår i det anbefalte ambisjonsnivået. Tiltaket vil være en fortsettelse av årets arbeid med etablering av API, og vil utføres i sammenheng med bistand til dokumentinnsyn via kjernejournal.
- **Tiltak som kan forskyves (grått lag i figuren)**
 - Øvrige tiltak utover de som inngår i basis og anbefalt forskyves til lenger ut i planperioden og omtales som "tiltak som forskyves".

Videre prosess

NUIT har gitt sin tilslutning til revidert plan for Felles grunnmur 2021 og støtter prioriteringene som ligger til grunn for anbefalt ambisjonsnivå. Det må gjøres en avklaring på samfinansieringsmidler fra RHFene i tillegg til at direktoratet må avklare hvilke av tiltakene i det anbefalte ambisjonsnivået som kan inngå som en del av Helhetlig samhandling i 2021.

Vedlegg: Beskrivelse av konsekvenser

Enkelte av tiltakene som foreslås forskjøvet til senere i planperioden er prioritert høyt eller middels av enkelte aktører og initiativ, men disse har samlet sett lavere prioritet og tidskritikalitet. Til tross for at enkelte tiltak kan forskyves medfører dette konsekvenser. Konsekvensene av å forskyve tiltak som knytter seg til målarkitektur, krav og retningslinjer, standarder og bistand til utprøving og innføring skiller seg fra mangel på felleskomponenter til tross for at begge deler innebærer store konsekvenser for tid, kost og kvalitet.

Mens mangel på målarkitekturer, standarder, krav og retningslinjer osv. innebærer at aktørene i større grad må basere seg på tolkning der de har behov for nasjonale føringer og krav, medfører mangel på felleskomponenter at aktørene kan utarbeide egne komponenter eller kompensere for mangel på komponenter på andre måter. Aktørene oppgir at for bruk av nye samhandlingsformer veier behovet for krav og retningslinjer samt bistand til utprøving og innføring tungt, mens flere opplyser om at de iverksetter kompensierende tiltak der det mangler nasjonale felleskomponenter gjennom lokale eller regionale løsninger.

Konsekvenser av nedprioritering

Konsekvenser av manglende finansiering vil først og fremst treffe tiltakene som ligger i anbefalt ambisjonsnivå, samtidig som det vil påvirke fremdriften i tiltakene i basis som forutsetter at tiltakene gjennomføres.

Nasjonale krav og retningslinjer - Alle initiativene som er nevnt over har behov for videre arbeid med nasjonale krav og retningslinjer. Dette gjelder for eksempel målarkitektur, standardisering og felles rammeverk for tjenestene som skal tilby deling. Om nødvendig kan det være mulig å arbeide med noen få tiltak på dette området i 2021, men en konsekvens av å utsette slike tiltak kan være etablering av teknisk gjeld.

Felles tillitsmodell - Data- og dokumentdeling forutsetter en tillitsmodell, der kildene må stole på tilgangsstyringen hos konsumentvirksomhetene. Dette innebærer at kildene i vesentlig grad delegerer ansvar for tilgangsstyring, i form av vurderingen av at konsumenten har et tjenstlig behov for innsyn. Tilliten må underbygges av mekanismer som gir trygghet for at konsumentenes tilgangsstyring ivaretar nødvendig informasjonssikkerhet knyttet til kildenes dataansvar.

Kapabiliteter i felles tillitsmodell er:

- Policy og retningslinjer for deling av helseopplysninger i føderasjonen
- Avtaleforvaltning i føderasjonen
- Opptaksprosess i føderasjonen, inkludert selvdeklarasjon
- Medlemsportal, inkludert informasjon om føderasjon, prosesser etc. og tilgang til verktøy
- Felles rammeverk for risikovurdering

Ved eventuelt redusert ambisjonsnivå må det bli fokusert på å jobbe med retningslinjer, avtaler, opptaksprosess og et minimum på risikovurdering. Dette er med andre ord fokus på de føringene (spillereglene) som skal gjelde i "føderasjonen". Konsekvensen er at det ikke fokuseres på å gjøre dette enkelt tilgjengelig for tjenestetilbydere og konsumenter. Medlemsportal med informasjon og tilgjengeliggjøring av prosesser, etc. blir ikke prioritert. I tillegg vil det da bare bli gjort et minimum på risikovurdering og ikke noe støtte til de som skal bruke tillitsmodellen, ingen operasjonalisering når det gjelder å tilgjengeliggjøre informasjonen slik at de kan benytte dette. Resultatene av arbeidet blir værene i pdf, word, etc og ikke på en lett tilgjengelig måte for interessentene. Konsekvensen er i stort er at det tar lengre tid før felles tillitsmodell er "operativ" og dette vil påvirke arbeidet med Helseplattformen, PLL og DHO/VKP.

I plan for dokumentdeling er det foreslått en stegvis innføring i parallell med en operasjonalisering av felles tillitsmodell og at det gjøres en helsefaglig vurdering og kategorisering av relevant og nødvendig informasjon for helsepersonell. En utsettelse av disse aktivitetene vil påvirke mulighetene for å starte innføring av dokumentdeling i tråd med planen.

Bistand til innføring - I henhold til plan for dokumentdeling skal Helse Sør-Øst og Helse Nord starte utprøving av dokumentdeling gjennom kjernejournal i fjerde kvartal 2020. Etter utprøvingen som vil vare i ca. to måneder, skal det gjennomføres en evaluering som vil gi grunnlag for å beslutte om den helhetlige løsningen kan innføres, eller om det må gjøres endringer. Manglende samfinansiering vil gjøre at Direktoratet og NHN ikke kan gi tilstrekkelig støtte til å etablere planer for en samordnet innføring, samt støtte til å gjennomføre nødvendige tiltak for en stegvis innføring av dokumentdeling i samarbeid med aktørene i sektoren.

Standarder og tjenester for logging - For utlevering av helseopplysninger på tvers av virksomheter er det vanskelig å oppdage misbruk. Det er behov for å utrede standarder og tjenester for logging og overvåking av misbruk. Standardisert logging og logganalyse vil være viktig for å muliggjøre etterkontroll og øke tilliten til deling mellom virksomheter. I plan for dokumentdeling har Helse Sør-Øst poengtert at dette er svært viktig for virksomheter med dataansvar.

Innholdsstandarder - De regionale helseforetakene, PLL og DHO/VKP vil innføre deling av data og dokumenter med strukturert innhold. En samordnet profilering av innholdsstandarder vil være nødvendig for effektiv samhandling. I en begrenset periode med utprøving kan det gå greit med prosjektspesifikke profiler, men det kan fort etableres teknisk gjeld.

Teknisk forvaltning - Komponenter som tas i bruk for data- og dokumentdeling i felles grunnmur må forvaltes. For å sikre en god forvaltning av felleskomponenter kreves det en samfinansiering av brukerne.

Felles hjelpenummer - Videre er det behov for å løfte dagens løsning for nasjonalt felles hjelpenummer over på ny plattform for grunndatatjenester. Dagens løsning for felles hjelpenummer skal utfases og aktører som Helseplattformen har signalisert behov for å ta i bruk en nasjonal løsning i løpet av 2021. Avklaring av behov på kort og lang sikt og implementering av løsning er avhengig av midler fra samfinansiering.

Områdeutvalg for digital samhandling

Felles tillitsmodell

Møte	5/20
Dato	4. desember
Saksnummer	29/20
Sakstype	Drøfting
Fra	Direktoratet for e-helse
Saksbehandler	Hilde Caroline Rossland

Forslag til vedtak

Prosjektet tar med seg innspill fra områdeutvalget til videre arbeid med felles tillitsmodell.

Hensikt med saken

Hensikten med saken er å legge frem foreløpige resultatet av arbeidet med felles tillitsmodell for områdeutvalget for digital samhandling. Arbeidet gjennomføres av en arbeidsgruppe og en referansegruppe med representanter for sektoren. I saken vil prosjektet legge frem konseptbeskrivelse for felles tillitsmodell med tilhørende prosesser, krav og nødvendige funksjoner. Det er behov for å drøfte konseptet for felles tillitsmodell med områdeutvalget og hvordan dette arbeidet skal tas videre for detaljering og operasjonalisering i samarbeid med sektoren.

Disposisjon i saksunderlaget

Saksunderlaget har følgende disposisjon:

1. Bakgrunn for felles tillitsmodell
2. Om oppdraget (mål, omfang og organisering)
3. Felles tillitsmodell (detaljert konseptbeskrivelse)
4. Veien videre (foreløpige forslag til arbeidsstrømmer)

Bakgrunn for felles tillitsmodell

Helse- og omsorgssektoren står midt i et digitalt skifte hvor nye samhandlingsformer og teknologiske løsninger blir tatt i bruk av sektorens virksomheter for å fremme bedre liv og helse for innbyggerne. Data- og dokumentdeling er samhandlingsformer som det forventes vil få økt utbredelse og volum i sektoren innenfor planperioden til dagens e-helsestrategi. Økt samhandling og deling av helseinformasjon vil gi bedre beslutningsgrunnlag for behandlende helsepersonell. Helseopplysninger har også høy verdi for aktører som har til hensikt å misbruke informasjonen. Det må derfor sørges for at uvedkommende ikke får tilgang, samtidig som de med tjenstlig behov faktisk får tilgang. Dette gjelder også datakilder med relevante opplysninger som befinner seg utenfor helsepersonellens egen virksomhet.

De nye samhandlingsformene utfordrer status quo for bruken av e-helse og helseteknologi da de forutsetter samhandling på tvers av virksomheter og områder i sektoren. I dagens situasjon er det flere hindre som vil påvirke utviklingstakten på dette området om de ikke løses. Ett sentralt område er identitets- og tilgangsstyring på tvers av virksomheter og omsorgsnivå. Arbeid med felles tillitsmodell er relevant for de fleste av de pågående samhandlingsprosjektene i sektoren.

Tilgjengeliggjøring av helsedata til helsepersonell i andre virksomheter forutsetter at det er tillit til at samhandlingspartene det deles data med behandler dataene i henhold til gjeldende lover og forskrifter. I dagens landskap håndteres identiteter/brukere i hver enkelt virksomhet og tilgangsstyringen varierer fra virksomhet til virksomhet. For å klare å dele informasjon på tvers av virksomheter med data- og dokumentdeling, må dette baseres på tillit mellom aktørene.

Utfordringer i dagens situasjon

Det er en rekke utfordringer knyttet til informasjonssikkerhet og personvern som må adresseres for å kunne understøtte en skalering og utbredelse av data- og dokumentdeling nasjonalt.

Utfordring	Begrunnelse
Ikke dekkende krav og retningslinjer for data- og dokumentdeling	Gjennom Normen, samt tilhørende faktaark og veiledere, gis det informasjon til virksomhetene om hvordan de kan etterleve krav til informasjonssikkerhet. Normen inkluderer krav til tilgangsstyring ved tilgang mellom av virksomheter, men det eksisterer ikke et sett med krav for realisering av data- og dokumentdeling. Etablerte samhandlingsformer skiller seg fra data- og dokumentdeling ved at data- og dokumentdeling må basere seg på automatiserte tilgangsregler mellom virksomheter. Det er det lite erfaring med i helsesektoren i dag.
Krevende avtalestruktur	Det finnes ikke noe generelt avtaleverk for data- og dokumentdeling slik som det gjør for meldingsutveksling, som medfører at hver "nye" samhandling må gjennom en omfattende prosess med å sette opp avtaleverk, kravstilling og ansvarsfordeling. Uten en form for samordning eller økt grad av standardisering av avtaleforholdene, vil oppsett og forvaltning av avtaler være ressurskrevende.
Ulik praksis for sikkerhetsvurderinger	Dagens praksis for gjennomføring av sikkerhetsvurderinger foretas det for hver enkelt aktør og for hver ny samhandling som skal på plass (herunder risikovurdering, egne vurdering av informasjonssikkerhet, autentiserings- og autorisasjonsløsning m.m.). Dette er tidkrevende å gjennomføre for hver aktør det skal samhandles med, og gir ulik praksis samt kapasitetsutfordringer. Dette utgjør et stort hinder for økt utbredelse for data- og dokumentdeling.

Utfordring	Begrunnelse
Liten grad av standardisering	<p>Sektoren har ikke en felles enighet om hvilke tilgangsregler som skal gjelde og hvilken informasjon som skal benyttes for disse ved bruk av data- og dokumentdeling.</p> <p>Sektoren har ikke etablert standarder for å beskrive helsepersonells rolle, organisasjonstilhørighet, grunnlag for tjenstlig behov samt annen relevant informasjon. Det er heller ikke avklart hvilken informasjon som skal danne grunnlag for tilgangsbeslutning og hva som skal danne grunnlaget for at logger kan tilfredsstillende krav i lover og forskrifter.</p>
Felles tillitsmodell for alle samhandlingsformer	I dagens situasjon har Kjernejournal en tillitsmodell. På sikt kan det bli krevende å forvalte krav og policyer på tvers av flere løsninger. Det er derfor behov for å etablere en felles tillitsmodell og tilhørende organisatoriske og tekniske kapabiliteter som virker uavhengig av hvilken samhandlingsform og løsning som brukes. Tillitsmodellen for kjernejournal bør være utgangspunktet for felles tillitsmodell
Stor variasjon i tilgangsstyring i de forskjellige virksomhetene	Virksomhetene i helsesektoren er organisert på mange forskjellige måter og det er stor forskjell i behovene til tilgangsregler og hvordan de er tatt i bruk i de forskjellige systemene. Dette gjør at det er stor variasjon i tilgangsstyring, som også er en utfordring når virksomheten skal samhandle på tvers.
Etterslep på sikker autentisering av personell	Journalopplysninger kan bare gjøres tilgjengelig for personell som gjennom autentisering kan bekrefte sin identitet på en sikker måte. Ved bruk av data- og dokumentdeling kreves sikrere autentiseringsløsninger enn mange har etablert internt, noe som kan medføre at enkelte virksomheter må investere i nye autentiseringsløsninger før de kan ta i bruk data- og dokumentdeling.

Grunnlag for arbeidet

I 2019 publiserte Direktoratet for e-helse rapporten [Anbefalt tillitsmodell ved data- og dokumentdeling](#). Denne rapporten er lagt grunn for arbeidet med felles tillitsmodell. I denne rapporten ble tre forskjellige tillitsmodeller ble vurdert:

1. **Nullalternativet** – Videreføring av dagens situasjon.
2. **Harmoniseringsalternativet** – Videreføring av én-til-én tillits- og avtaleforhold, kombinert med nasjonalt koordinerte tiltak og standardiserte prosesser for å øke virksomhetenes modenhet og effektivitet innen tilgangsstyring.
3. **Samordningsalternativet** – Samordning av tillits- og avtaleforhold gjennom etablering av et felles tillitsanker, med oppbygging av tillitstjenester for å øke virksomhetenes mulighet til å etablere tilgang på tvers av virksomheter i større skala.

Anbefaling fra rapporten fra 2019:

Basert på innspill fra sektoren og vurdering opp mot et sett med vurderingskriterier skiller samordningsalternativet seg ut som alternativet med høyest grad av måloppnåelse. På kort sikt anses tiltakene som er felles med harmoniseringsalternativet å være mest gevinstskapende, og disse bør utføres som et første ledd i veien mot samordningsalternativet.

Om oppdraget

Mål for oppdraget

Felles tillitsmodell er et tiltak i Felles grunnmur og støtter opp under målene som er definert i Plan for felles grunnmur. Planen for felles grunnmur er tett knyttet til e-helsestrategien og helsepolitiske målsetninger.

Følgende resultatmål er definert for felles tillitsmodell:

Prosjektet skal utarbeide et beslutningsunderlag og en anbefaling som inneholder beskrivelse av:

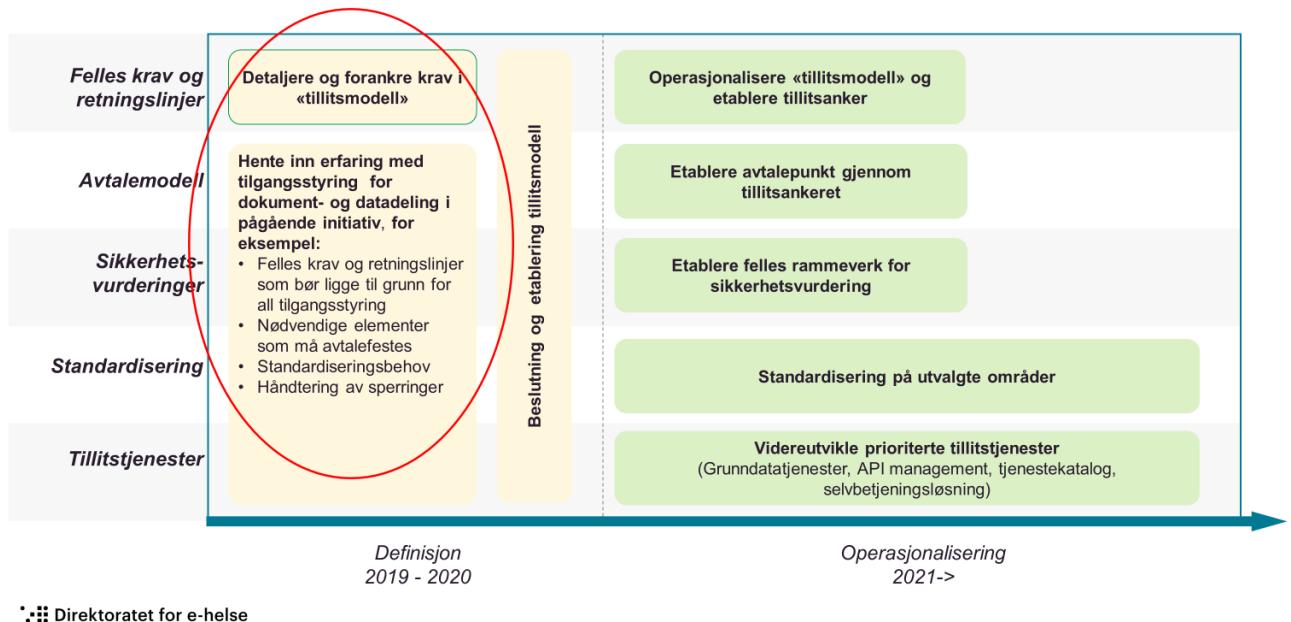
1. Et sett felles krav til identitets- og tilgangsstyring som gjør at virksomheter i helse- og omsorgstjenesten kan samhandle i tråd med lovpålagte krav og Normen.
2. Etablering av et organisatorisk tillitsanker som skal forvalte og håndheve felles krav til identitets- og tilgangsstyring og som vil bidra til å sikre en enklere tilgang til helseopplysninger på tvers av virksomheter i helsesektoren.

Med felles krav til identitets- og tilgangsstyring mener vi kravene som dataansvarlige som tilgjengeliggjør helseopplysninger gjennom data- og dokumentdeling kan enes om i fellesskap.

Omfang av arbeidet med felles tillitsmodell

Arbeidet med felles tillitsmodell tar utgangspunkt i anbefalingen i rapporten [Anbefalt tillitsmodell ved data- og dokumentdeling](#) og tar utgangspunkt i samordningsalternativet.

I Figur 3 illustrerer veikartet for realisering av samordningsalternativet.



Figur 1 Veikart for realisering av felles tillitsmodell

Omfanget av arbeidet er å detaljere de felles kravene som skal gjelde for tillitsmodellen og i tillegg beskrive organisering og prosesser for tillitsankeret. Arbeidet skal danne grunnlaget for operasjonalisering av tillitsmodellen og tillitsanker, samt legge grunnlaget for utvikling og videreutvikling av tillits tjenester i helhetlig samhandling.

Felles tillitsmodell er basert på erfaringene fra kjernejournal og spesielt de erfaringene som er gjort i forbindelse med etablering av dokumentdeling gjennom kjernejournal.

Det er derfor ikke gjort en egen kost-/nyttevurdering av felles tillitsmodell som en del av arbeidet. Det er heller ikke beregnet kostnadskonsekvenser som følge av etablering av en felles tillitsmodell. Men basert på anbefalingen i rapporten vil det være mulig å definere prosjekter og estimere kostnader for etablering av felles tillitsmodell.

Organisering av arbeidet

Tiltaket felles tillitsmodell er en av flere leveranser i prosjektet data- og dokumentdeling i Direktoratet for e-helse som er samfinansiert av direktoratet og spesialisthelsetjenesten.

Arbeidet med felles tillitsmodell har blitt organisert i 3 grupper som vist i tabellen under.

Kjerneteam	Arbeidsgruppe	Referansegruppe
Direktoratet for e-helse	KS	KS
Norsk Helsenett	Helse Nord	KINS
	Helse Midt-Norge	Helse Midt-Norge, St. Olavs Hospital
	Helseplattformen	Helse Midt-Norge, Hemit
	Helse Vest	Helse Vest, Helse Vest-IKT
	Helse Sør-Øst	Helse Vest, Haukeland universitetssykehus
	FHI	Helse Vest, Stavanger sykehus
	Norsk Helsenett	Helse Sør-Øst, Oslo Universitetssykehus
	Direktoratet for e-helse	Helse Sør-Øst
		Helse Nord, Universitetssykehuset i Nord-Norge
		Helseplattformen

Kjerneteamet har hatt ansvaret for å planlegge og gjennomføre prosjektet. I tillegg har kjerneteamet hatt ansvaret for å ta frem underlag til hvert møte i arbeidsgruppen som grunnlag for diskusjon om innspill.

Arbeidsgruppen består hovedsakelig av arkitekter fra sektoren. Hovedfokus i arbeidsgruppen har vært å vurdere hvilke felles krav som skal gjelde for felle tillitsmodell. Arbeidet er hatt en "top-down" tilnærming der det viktigste har vært å vurdere og bli enig om krav på et organisatorisk nivå. Arbeidsgruppen hadde første møte i begynnelsen av juni og har hatt møter hver annen uke frem til november.

Referansegruppen består hovedsakelig av sikkerhetsledere fra sektoren. Referansegruppen ble etablert hadde første møte i oktober og det er planlagt totalt 6 møter. Hovedfokus i referansegruppen har vært å gå igjennom resultatene fra arbeidsgruppen og gjennomføre en risikovurdering av felles tillitsmodell. Arbeidet består av å bli enig om en felles metodikk og vurdere risikoscenarier og tiltak

Felles tillitsmodell

Juridiske rammer

Ved bruk av felles tillitsmodell for tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger mellom virksomheter vil det bli behandlet personopplysninger herunder helseopplysninger. Enhver behandling av personopplysninger skal ha en eller flere dataansvarlige. For å behandle personopplysninger må den dataansvarlige ha et behandlingsgrunnlag. For å tilgjengeliggjøre pasientopplysninger for andre enn de som har nedtegnet disse, må det foreligge et unntak fra helsepersonells taushetsplikt.

Behandlingsgrunnlag og ansvar for behandlingen av opplysningene

For å behandle personopplysninger må det foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen artikkel 6. Behandling av helseopplysninger krever i tillegg at et av vilkårene i personvernforordningen artikkel 9 nr. 2 er oppfylt. Behandling av helseopplysninger for å yte helsehjelp skal i tillegg ha hjemmel i norsk lov, jf. pasientjournalloven § 6. Aktuelle behandlingsgrunnlag for behandlingsrettede helseregistre er personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav d (nødvendig for å verne den registrertes vitale interesser) og artikkel 9 nr. 2 bokstav h (nødvendig i forbindelse med yting av helsetjenester).

Etter pasientjournalloven § 6 kan *"helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre bare behandles når det er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for administrasjon, internkontroll eller kvalitetssikring av helsehjelpen."* Virksomheter som yter helsehjelp skal ha et behandlingsrettet helseregister for at helsepersonell kan gjennomføre dokumentasjonsplikten etter helsepersonelloven § 39, jf. pasientjournalloven § 8. Helsepersonelloven § 40 setter rammene for hva en pasientjournal kan og skal inneholde.

Ansvar for behandlingen av opplysningene ligger til en dataansvarlig, som oftest er dette virksomheten der helsehjelpen ytes. Dataansvarlig er den eller de som bestemmer formålet og midlene med behandlingen av personopplysningene. Når en dataansvarlig velger å overlate hele/deler av behandlingen av personopplysningene til en annen virksomhet, vil den være en databehandler.

Ved bruk av felles tillitsmodell er en del av konseptet at Norsk helsenett SF er databehandler for helsevirksomheter som skal dele opplysninger. I det videre arbeidet med felles tillitsmodell er det relevant å vurdere om løsningen innebærer at NHN vil behandle personopplysninger utover det de har anledning til som databehandler. Dersom det er tilfellet, må NHN ha et selvstendig behandlingsgrunnlag for dette.

Tilgjengeliggjøring av pasientopplysninger

Helsepersonell har taushetsplikt om opplysninger de får vite i egenskap av å være helsepersonell jf. helsepersonelloven § 21. Ved bruk av felles tillitsmodell er det lagt opp til at tilgjengeliggjøring av opplysninger skal skje med hjemmel i pasientjournalloven § 19 jf. helsepersonelloven §§ 25 og 45. Vilråene for at dataansvarlig skal tilgjengeliggjøre opplysningene er at dette skjer innenfor rammen av helsepersonells taushetsplikt, og at opplysningene er relevante og nødvendige for konsumerende helsepersonell for å yte, administrere og kvalitetssikre helsehjelp (tjenstlig behov). Dataansvarlig har ansvar for at opplysningene tilgjengeliggjøres på en slik måte at informasjonssikkerheten ivaretas. Vilråene er de samme for intern og ekstern informasjonsdeling. Dette innebærer blant annet at enhver dataansvarlig må sørge for at sikkerheten i egen virksomhet ivaretas. Videre innebærer det at dataansvarlig må vurdere risikoen ved deling av opplysninger med eksterne og ha iverksatt nødvendige tiltak for å begrense risikoen. Hvilke tiltak dataansvarlig må gjøre for at kravene for tilgjengeliggjøring etter § 19 jf. §§ 25 og 45 er

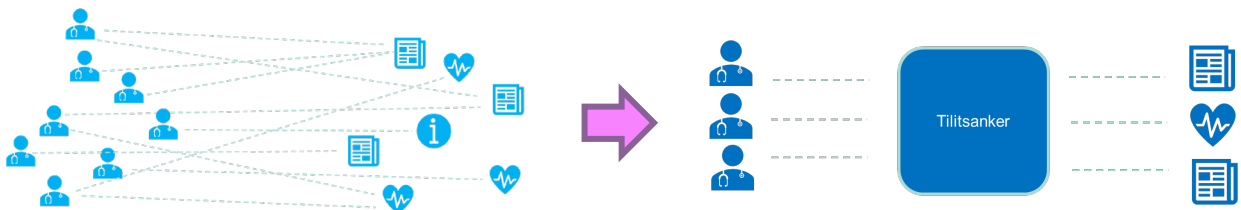
oppfylt, er en konkret vurdering. Tiltakene skal ivareta opplysningenes integritet, tilgjengelighet og konfidensialitet. Dette innebærer blant annet at dataansvarlig og databehandler skal sørge for god og treffsikker tilgangsstyring, tilfredsstillende krav til autentisering, autorisasjon, logging og etterfølgende kontroll. I det videre arbeidet med felles tillitsmodell er det sentralt å vurdere krav til slike tiltak. Dette forutsetter helsefaglige, informasjonssikkerhetsfaglig og juridiske vurderinger.

Ved tilgjengeliggjøring av opplysninger må løsningen også være slik at den ivaretar pasienters rettigheter som registrere og hvis aktuelt også rettigheter til andre registrerte. Rett til innsyn i logg, er en slik rettighet.

Hensikten med felles tillitsmodell

Felles tillitsmodell for data- og dokumentdeling skal forenkle samarbeid om deling av helseopplysninger gjennom å:

- Harmonisere dataansvarliges vurdering av juridiske og sikkerhetsmessige krav
- Stille felles krav til virksomhetene som skal delta
- Standardiserer sikkerhetsbilletten og dens innhold, inkl behov for verifisering
- Unngå at tjenestetilbydere må inngå avtaler med hver enkelt konsument



De overordnede behovene som felles tillitsmodell skal løse, kan oppsummeres som følger:

- Tjenestetilbyder må kunne **stole på** at lover og forskrifter, informasjonssikkerhet og personvern blir ivaretatt hos konsumenter.
- Etablering av samhandling må gjøres med **lave kostnader og ressursbruk**.
- Etablere **tillit** til informasjonen som følger med en tilgangsforespørsel, når sluttbrukeren ikke er kjent på forhånd.
- Stor grad av **endringsevne** for å kunne håndtere endringer i premisser og teknologi.

Behovene er detaljert i 11 brukerhistorier som har blitt utarbeidet i samarbeid med arbeidsgruppen. Brukerhistoriene ligger på Confluence, [her](#).

De sentrale interessentene for felles tillitsmodell er beskrevet på Confluence, [her](#).

Forutsetninger for felles tillitsmodell

Med virksomhet mener vi juridiske enheter i helsetjenesten som for eksempel kommuner og helseforetak, private virksomheter eller helsepersonell som er selvstendig næringsdrivende (oftest fastleger og spesialister). Virksomhetene må ha en tilknytningsavtale med NHN og selv ha et gyldig behandlingsgrunnlag for behandling av helseopplysninger som er knyttet til ytelse av helsehjelp.

For å begrense omfanget av felles tillitsmodell og i første omgang skaffe erfaring med modellen, så dekkes kun brukstilfelle: "*Personell med tjenstlig behov i en helsevirksomhet*"

leser helseopplysninger hos en dataansvarlig". Det poengteres her at med bruk av data- og dokumentdeling vil helsevirksomheten som personellet er ansatt i, behandle helseopplysningene før personellet leser de.

Det er lagt til grunn at samarbeidet om felles tillitsmodell er basert på en (frivillig) avtalebasert partnerskap med et tillitsanker i forhold til rollene en dataansvarlig kan ha i et data- og dokumentdelingssamarbeid.

Det forutsettes i felles tillitsmodell at det gjøres tilgangskontroll både hos konsumerende virksomhet, hos Tillitsankeret og hos tilbydervirksomheten og at det gjennom konseptet for felles tillitsmodell bygges tillit til disse tilgangskontrollene.

Tilgangskontroll hos konsumerende virksomhet

For å bruke en ekstern tjeneste må konsumerende virksomhet på forhånd tildele tilgang til den eksterne tjenesten til de personellgruppene (f.eks rollemaler), som informasjonen som tilgjengeliggjøres av tjenesten, er relevant og nødvendig for. I tillegg skal konsumerende virksomheten alltid sørge for at det ved bruk av eksterne tjenester foreligger en beslutning om en pasientrelasjon (tjenstlig behov) basert på at det ytes helsehjelp til en gitt pasient. En slik beslutning vil den konsumerende virksomhet hvor personellet utfører helsehjelpen være best til å utføre. I felles tillitsmodell forutsettes det at alle tilbydervirksomhetene må akseptere at dette utføres av konsumerende virksomhet.

Tilgangskontroll hos Tillitsankeret

Tillitsankeret skal utføre autentisering og tilgangskontroll basert på felles krav i felles tillitsmodell på vegne av tilbydervirksomhetene for å gjøre det enklere for tilbydervirksomhetene å tilby eksterne tjenester.

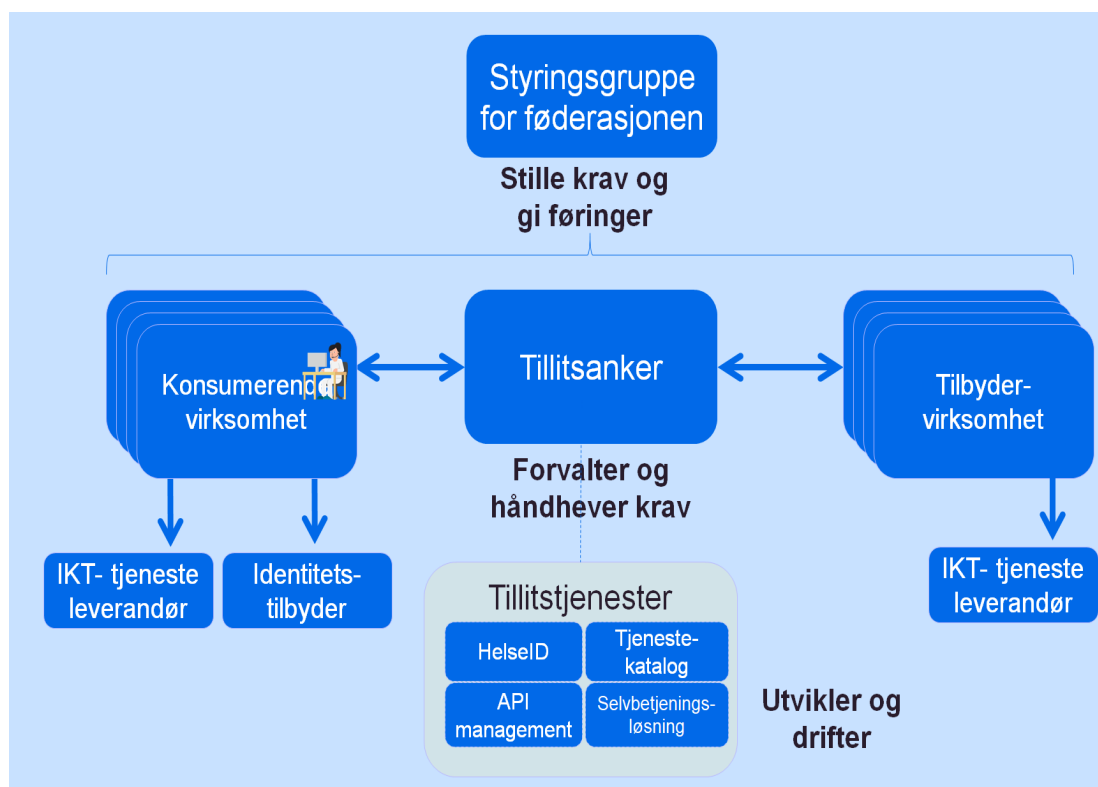
Tilgangskontroll hos tilbydervirksomheter

Tilbydere av data- eller dokumentdelingstjenester må basere sin tilgangskontroll på fødererte identiteter, dvs at de ikke skal på forhånd trenge å registrere eksternt personell i deres eget autorisasjonsregister og gi de tilgang der. Tilgangskontrollen deres må baseres på automatisert tilgangskontroll ut ifra kontekstinformasjon som følger med en sikkerhetsbillett signert av Tillitsankeret.

Eksterne tjenester som tilbys skal sørge for at det kun deles informasjon om en pasient per forespørsel til tjenesten. Men en konsument må kunne forespørre tjenester hos ulike tilbydere samtidig for samme pasient.

Organiseringer

Figur 2 gir en oversikt over de viktigste rollene i den anbefalte tillitsmodellen. Figuren beskriver et forslag til styringsmodell for håndtering av identitets- og tilgangsstyring ved bruk av data- og dokumentdelingen. Forslaget til styringsmodell ble utarbeidet i samarbeid med arbeidsgruppen for data- og dokumentdeling i 2019.



Figur 2 forslag til roller i felles tillitsmodell

Aktørene og rollene i styringsmodellen er beskrevet nærmere [her](#).

Tillitsankeret

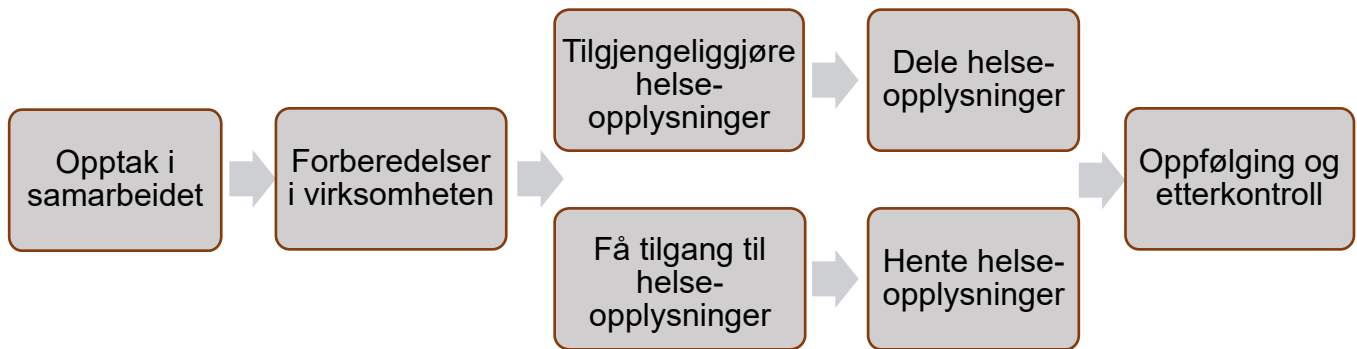
Tillitsankeret er en organisatorisk og funksjonell innretning tiltenkt NHN, og skal koordinere og styre arbeidet med å forvalte og følge opp kravene til virksomhetene involvert i samhandling. Dette vil bidra til økt tillit mellom virksomhetene gjennom virkemidler som:

- Overordnede krav til identitets- og tilgangsstyring, felles retningslinjer, sikkerhetskrav og standarder.
- Standardiserte godkjenningsordninger og -prosesser, med krav til virksomheter, systemer og tjenester som skal benytte tillitsankerets funksjon.
- Avtaler/broksvilkår for samhandling.
- Selvdeklarasjon og tilsynsordninger (eksterne og interne) for virksomhetene som skal samhandle.
- Tillitsankret er databehandler for virksomhetene som tilgjengeliggjør data- og dokumentdelingstjenester.

Styringsgruppen skal beslutte kravene som skal gjelde for samarbeidet. Tillitsankeret vil være bindeleddet mellom konsumerende virksomheter og data- og dokumentdelingstjenester hos tilbydervirksomheter. Konsumerende virksomheter som etterlever krav og standarder og kan verifisere dette, vil kunne få tilgang til data- og dokumentdelingstjenester dersom de har avtale med tillitsankeret.

Oppgaver og oppfølging vil også delegeres fra tilbydervirksomheter til Tillitsankeret og må reguleres i standardiserte databehandleravtaler. Felleskomponenten HelseID vil være nært knyttet opp til Tillitsankeret, og vil være obligatorisk å bruke.

Overordnet konsept for tillitsmodell



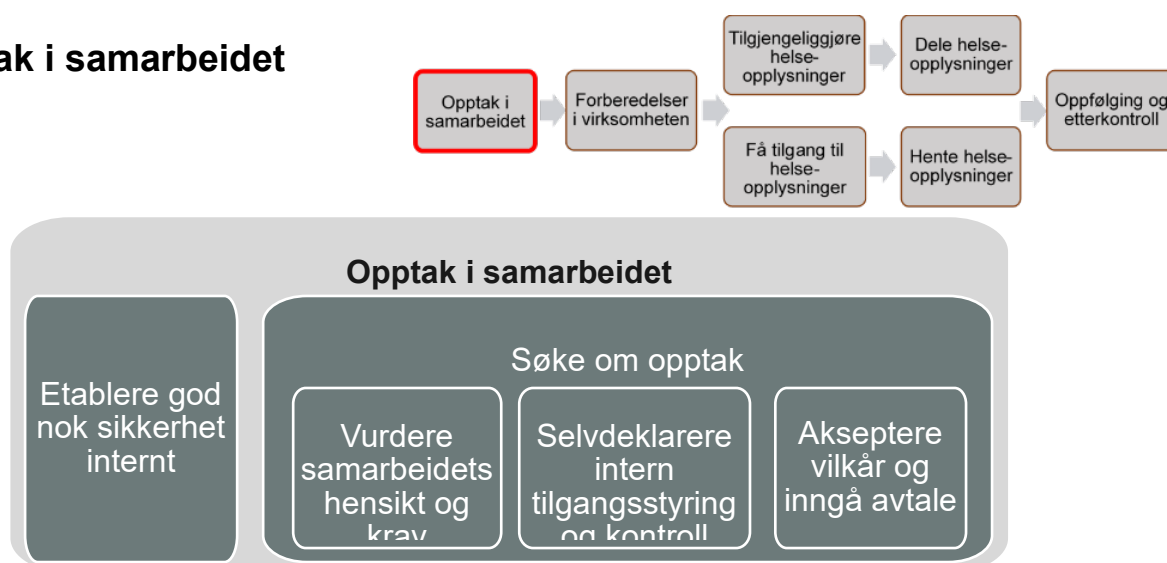
Etablering av tillit mellom aktørene kan gjøres både før og under bruk av tjenestene. Det er derfor viktig å synliggjøre hvilke tiltak som gjøres når. I figuren over så vises hvilke steg som tillitsankeret må støtte for å underbygge de tiltak som må gjennomføres for å oppnå tilstrekkelig tillit mellom partene.

Steg i prosess	Beskrivelse
Opptak i samarbeidet	Gjennom en søknadsprosess skal det sikres at et minimum av krav til intern tilgangsstyring og kontroll er etablert hos medlemmene samt at felles avtalevilkår aksepteres.
Forberedelser i virksomheten	Alle konsumerende virksomheter må før bruk av tjenester etablere muligheten for sikker autentisering av virksomhet og personell. I tillegg må programvare og systemer som skal benyttes ved deling registreres og godkjennes for bruk mot Tillitsankerets tjenester (eks HelseID).
Tilgjengeliggjøre helse-opplysninger	Når tilbydervirksomheten er klar til å tilgjengeliggjøre en data- eller dokumentdelingstjeneste, må tjenesten registreres hos Tillitsankeret. I tillegg må det registreres vilkår for bruk av tjenesten samt hvordan konsumenter skal godkjennes. Godkjenning av en konsument må registreres i Tillitsankeret slik at den utsteder sikkerhetsbilletter kun til tjenestens godkjente konsumerende virksomheter
Få tilgang til helse-opplysninger	En konsumerende virksomhet kan via Tillitsankeret søke tilbydervirksomhetene om tilgang til en tjeneste. I tillegg må konsumenten akseptere vilkårene som gjelder for tjenesten. En endelig godkjenning av konsument etter gjennomførte integrasjonstester må registreres i Tillitsankeret.
Dele helse-opplysninger	I kjøretid vil tjenesten hos tilbydervirksomheten motta forespørsler inkludert en sikkerhetsbillett. Tilbydervirksomheten må etablere tilgangskontroller som sikrer at kun forespørsler godkjent av Tillitsankeret aksepteres samt sikring av at helseopplysningene som er tilgjengeliggjort deles kun til personell som opplysningene er relevant og nødvendig for og at de deles innenfor rammen av helsepersonells taushetsplikt. Tilbydervirksomheten må i tillegg sørge for at tilgangen logges.

Hente helseopplysninger	Konsumerende virksomheter må sikre at personell har tjenstlig behov før de ber om helseopplysninger hos tilbydervirksomhet og de må logge en slik beslutning. I tillegg må konsument gi nok kontekstinformasjon slik at både Tillitsanker og tilbydervirksomhet kan vurdere om det skal gis tilgang til å hente opplysningene.
Oppfølging og etterkontroll	Det må avtales en ansvarsdeling mellom aktørene av oppfølging og etterkontroll av tilgang som er gitt, med tydelige roller og ansvar for å sørge for ivaretagelse av pasientens rettigheter.

Detaljert beskrivelse av stegene i konseptet

Opptak i samarbeidet



Etablere god nok sikkerhet internt handler om virksomhetenes håndtering av krav i regelverket og Normens krav ved intern behandling av helseopplysninger. De må ha etablert tilfredsstillende system for tilgangsstyring og kontroll internt før helseopplysninger hentes/deles mellom virksomheter.

Samarbeidet er basert på frivillighet og det forutsettes at virksomhetene

- Har en tilknytningsavtale med NHN
- Har et gyldig behandlingsgrunnlag – ytelse av helsehjelp

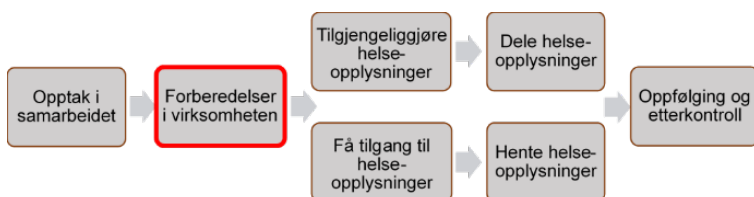
Dersom tjenestetilbyder krever bruk av felles tillitsmodell, så vil dette medføre krav om at konsument må bli medlem

Selvdeklarasjonsordning skal sikre at konsumentens etterlevelse av krav til tilgangsstyring og kontroll av intern behandling av helseopplysninger ikke reduserer den totale risikoen.

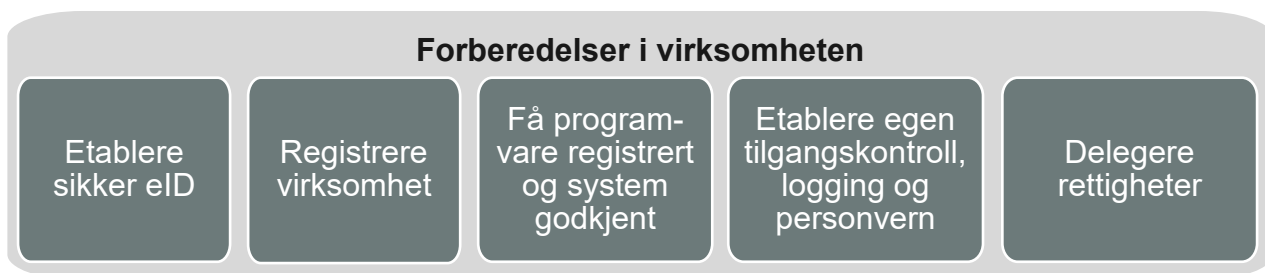
Tillitsanker skal kunne ta stikkprøver for å kontrollere den selvdeklarete etterlevelsen. Tillitsanker må i tillegg kunne påpeke utbedring av avvik før søknad godkjennes.

Det må etableres felles avtalevilkår som regulerer ansvarsdeling mellom virksomhetene, med tydelige roller og ansvar. Og det må inngås avtaler med standardiserte avtalevilkår som regulerer ansvaret til Tillitsankeret.

Forberedelser i virksomheten



Forberedelser i virksomheten



Konsumerende virksomheter må etablere en sikker eID før tjenester kan tas i bruk. Det må benyttes en eID-ordning som er underlagt tilsyn av NKOM. Sikkerhetsnivå Høyt er automatisk godkjent i samarbeidet. Det gis en åpning for at eID-ordning på Nivå Betydelig kan godkjennes for bruk i samarbeidet. Før en slik godkjenning kan gis, må den konkrete eID-ordningen risikovurderes og godkjennes i samarbeid med sektoren.

Informasjon om virksomhet og virksomhets eID må registreres. Det legges opp til å følge Digidirs beste praksis på virksomhets eID som er planlagt publisert i løpet av 2020. Virksomhetssertifikater som benyttes skal være utstedt av en NKOM godkjent eIDAS tillitstjeneste.

Programvaren som benyttes av konsument til å behandle helseopplysningene må være registrert hos tillitsankeret. Systemer som benyttes mot Tillitsankerets tjenester må godkjennes for å sikre at de sikkerhetsmessig følger tekniske krav.

Konsument må etablere:

- Tilgangskontroll, logging og etterkontroll av bruk av eksterne tjenester

Tilbyder må etablere:

- Bruk av sikkerhetsbillett, egen tilgangskontroll og sørge for at pasientens registrerte personvernsettinger hos tilbyder overholdes.

Virksomhetene må kunne delegerer rettigheter til databehandlere (via Altinn) og kunne delegerer rettigheter til ansatte for administrasjon hos Tillitsankeret.

Tilgjengeliggjøre helseopplysninger gjennom en data- eller dokumentdelingstjeneste



Tilgjengeliggjøre helseopplysninger (tilbydervirksomhet)

Vurdere hvem info er relevant for + risikovurdering

Gi informasjon til pasienten om rettigheter

Etablere tjeneste med egen tilgangskontroll, logging og personvern

Registrere tjeneste hos Tillitsanker

Gi tilgang til tjeneste hos Tillitsanker

Når det er identifisert et behov for å dele helseopplysninger, vil det gjennomføres en behovsanalyse som analyserer hvilken informasjon om pasienter som skal deles gjennom en data- eller dokumentdelingstjeneste. I denne sammenheng må det også vurderes hvem informasjonen som skal deles er relevant og nødvendig for. Det anbefales at det etableres et felles fagråd med helsefaglig- og personvernkompetanse som vurderer hvilken helsehjelp og hvilke personellgrupper for de ulike typene helsehjelp som informasjonen er relevant og nødvendig for.

I tillegg må tilbydervirksomhetene gjennomføre en risikovurdering av selve tjenesten som baseres på at konsumentene oppfyller felles krav.

Før en tjeneste kan produksjonssettes, må det vurderes hvordan informasjonsplikt skal gjennomføres. Det er tilbyders ansvar å vurdere hvordan dette skal gjennomføres. Tillitsankeret kan ha en rolle i dette, men dette har ikke blitt diskutert.

Videre må tilbydere etablere egen tilgangskontroll av begrensning av hvem informasjonen som deles gjennom tjenesten er relevant og nødvendig for, samt logging og håndtere pasientens egne registrerte sperringer hos virksomheten

Når tjenesten er klar for produksjon, må tilbyder registrere tjenesten hos Tillitsankeret. Her må tilbyder ta stilling til hvordan konsumenter skal få tilgang samt hvilke bruksvilkår som skal gjelde for tjenesten.

Dersom tilbyder legger opp til at hver konsument skal godkjennes av tilbyder, så må de etablere en egen funksjon for behandling av søknader fra konsumenter og registrere godkjente konsumenter hos Tillitsankeret.



Få tilgang til helseopplysninger gjennom en data- eller dokumentdelingstjeneste

Få tilgang til helseopplysninger (konsumerende virksomhet)

Søke om tilgang til tjeneste

Etablere egen tilgangskontroll logging og personvern

Få eget system godkjent for produksjon

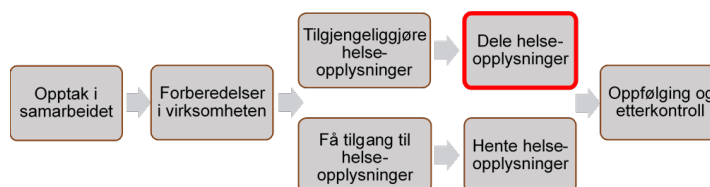
Før en konsument kan få tilgang til en tjeneste må de søke tilbyder om tilgang til tjenesten. Dersom tilbyder har satt opp at de ikke trenger å godkjenne hver konsument, så vil søknaden bli automatisk godkjent. Rett person hos konsumerende virksomhet må akseptere bruksvilkårene for tjenesten.

Konsumenten har ansvar for å sikre at personellet har tjenstlig behov (at det eksisterer en pasientrelasjon) når personellet ønsker å benytte funksjonalitet som bruker eksterne tjenester. Konsumenten må opprette tilgangsregel i eget system for hver eksterne tjeneste og tildele tilgang til de personellgrupper som skal kunne benytte tjenesten dersom de har tjenstlig behov.

Konsumenten må etablere logging av bruk av den eksterne tjenesten. De må i tillegg gjennomføre en risikovurdering av endringene som medfører at deres helsepersonell får tilgang til en ekstern tjeneste.

Før konsumenten får tilgang til å kalle tjenesten i produksjon, må en godkjenningstest av konsumentens systemer gjøres av tilbyder og Tillitsanker og registreres hos Tillitsankeret.

Dele helseopplysninger



Dele helseopplysninger (tilbydervirksomhet)

Tilgangskontrollere forespørsel

Returnere svar

Logge

Når en tjeneste mottar en forespørsel fra en konsument, må den verifisere at sikkerhetsbilletten er gyldig. Dette kan gjøres ved å verifisere:

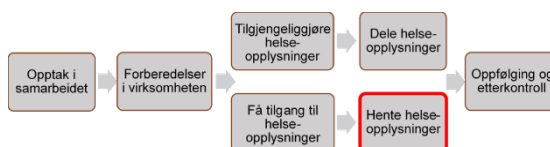
- at billetten er signert av Tillitsankeret,
- at Tillitsankeret har bekreftet at konsumenten er medlem i samarbeidet dersom det er påkrevd for tjenesten,
- at tjenesten som er benyttet av konsumenten er samme som Tillitsankeret har gitt tillatelse til konsumenten å benytte,
- at konsumenten forespørselen kommer fra er det samme som Tillitsankeret har utstedt billetten til,

- at informasjonen i sikkerhetsbilletten er forståelig og etter avtale.
- at billettens gyldighetsperiode ikke har utløpt.

Tjenesten må kontrollere at personellets ytelse av helsehjelp er i henhold til reglene for hvem informasjonen, som tjenesten deler, er relevant og nødvendig for. Reglene må baseres på informasjonselementer i sikkerhetsbilletten som beskriver typen helsehjelp som utføres og hvilken personellgruppe personellet tilhører.

Relevant informasjon logges. Det skal (iht HPL § 45) fremkomme av pasientens journal at annet personell er gitt disse delte helseopplysningene.

Hente helseopplysninger



For å bruke eksterne tjenester, må personellet først søke opp pasienten i egen journal. System hos konsumerende virksomhet må beslutte om det foreligger en pasientrelasjon (tjenstlig behov) som klassifiserer personellet til å aksessere pasientens journal. Det er viktig at beslutningen både logges og sendes ved sikkerhetsbilletten til tilbyder.

Personellet hos konsument må være autentisert med bruk av en sikker eID godkjent for bruk i samarbeidet.

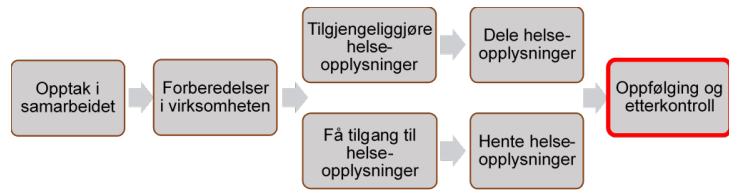
For å få utstedt en sikkerhetsbillett av Tillitsanker, så må konsument oppgi og signere informasjon om personell, det tjenstlige behovet og annen informasjon om klient og virksomhet.

Før Tillitsankeret utsteder en sikkerhetsbillett, må den kontrollere

- Personellets autentisering
- Autentisere virksomhet, at er medlem og har tillatelse til å benytte tjenesten
- Klienten/systemet er godkjent samt kan representere autentisert virksomhet
- Klientens oppgitte informasjon opp mot interne og eksterne kilder og eventuelt berike med mer informasjon

Ved positive kontroll utsteder tillitsanker sikkerhetsbillett som gir konsumenten tilgang til å kalle tjeneste. Konsumentens system forespør tilbyders tjeneste inkludert sikkerhetsbillett direkte. Det vil være normalt å benytte ekstern tjenesten flere ganger med samme sikkerhetsbillett og det er derfor behov for å logge hvert mottak av helseopplysninger.

Oppfølging og etterkontroll



Her gjenstår det arbeid og avklaringer for å kunne beskrive krav til dette.

For etterkontroll av hvem som har benyttet sin tilgang så sier [Normens veileder for tilgang mellom virksomheter](#) (utdrag fra kapittel 2.8.2) blant annet at logger skal analyseres slik at hendelser oppdages før de får alvorlige konsekvenser, og fortrinnsvis innen 1 uke. Om det avdekkes hendelser som viser uautorisert tilgang, skal det opprettes en avviksmelding som skal håndteres iht. etablert prosedyre. Det er naturlig at den enkelte virksomhet følger opp sine logger, men det må også være et samarbeide om dette.

Risikovurdering

Risikovurdering av felles tillitsmodell er under arbeid i referansegruppa, og resultatene herfra er ikke klare. Risikovurderingen er sentral for å oppfylle krav til informasjonssikkerhet og personvern. Arbeidet tar utgangspunkt i de krav som er utarbeidet av arbeidsgruppa, og kan resultere i justeringer av kravene eller tilføyning av nye. Det er risikovurdering av et *konsept*, der mye rundt løsning ikke er bestemt og mye er i *bevegelse* i arbeidsperioden. Dette påvirker hvordan arbeidet blir utført, og hvor langt det er mulig å komme.

Arbeidet består i å definere egnede brukerscenarier, utarbeide trusselscenarier, og gjennomføre risikovurdering av sannsynlighet og konsekvens. Det vil fokuseres på begrunnelser i vurderingen siden det er stor grad av usikkerhet. Vurderingen vil resultere i tiltak som vil inngå som generelle krav for samarbeidet, i tillegg til at vurderingen i seg selv kan gjenbrukes som mal for medlemmene i samarbeidet sammen med veiledningsmateriell og prosessbeskrivelser.

Veien videre

Prosjektet har nå gjennomgått den detaljert konseptbeskrivelsen med arbeidsgruppen. Det neste steget i prosessen er å definere og prioritere tiltak som bør gjennomføres for å realisere en felles tillitsmodell. Dette arbeidet er ikke ferdigstilt, men vi løfter frem noen foreløpige forslag til arbeidsstrømmer for drøfting med områdeutvalget for samhandling.

Arbeidet inneværende år har hatt en "topp-down" tilnærming med fokus på å bli enig om krav på et organisatorisk nivå. På det detaljnivået felles tillitsmodell er på nå ser vi at det er mest hensiktsmessige at tiltakene følger en trinnvis tilnærming basert på utvikling av konkrete løsninger for data- og dokumentdeling og uthenting av praktisk erfaring underveis. Tiltak bør derfor gjøres i samarbeid med pågående prosjekter med den hensikt å høste erfaring på detaljerte krav i felles tillitsmodellen. Foreløpig er følgende prosjekter identifisert som spesielt relevante.

- Utprøving av kjernejournal innsyn
- Helseplattformen og integrasjon med HelseID
- Helse Sør-Øst sitt prosjekt for å etablere egen eID løsning
- Program helhetlig samhandling
- Felles AMK løsning

Omfanget og organisering av tiltak for 2021 er avhengig av prosessen for finanseringer av grunnmurstiltak og om program for helhetlig samhandling blir vedtatt.

Felles tillitsmodell vil resultere i en rapport som beskriver en detaljert konseptbeskrivelse med tilhørende krav og prosesser. Den vil også beskrive hvilke funksjoner et felles tillitsanker bør ha for å sikre effektiv og sikker samhandling. Rapporten vil derfor være underlaget for å videre sette i gang prosjekter og tiltak for å realisere felles tillitsmodell.

Rapporten vil bli behandlet med de ressursene som har blitt pekt ut til å være med i arbeidet, arbeidsgruppen og referansegruppen. Forslagene under er derfor foreløpige.

Forslag til arbeidsstrømmer for operasjonalisering

Avklaringer juss og personvern

Behandling og deling av helseopplysninger som er underlagt taushetsplikt reiser en rekke problemstillinger knyttet til juss og personvern. Flere av problemstillingene i felles tillitsmodell er også til stede i andre samhandlingsprosjekter. Omfanget av tiltaket og organisering av disse bør vurderes i sammenheng med andre pågående prosjekter, som dokumentinnsyn via kjernejournal og helhetlig samhandling.

I arbeidet med felles tillitsmodell er det identifisert behov for vurderinger når det gjelder:

1. Vilkårene for å dele opplysninger som er underlagt taushetsplikt for å yte helsehjelp
2. Krav til og ansvar for informasjonssikkerhet ved tilgjengeliggjøring inkl. etterkontroll og logging
3. Ivaretagelse av registrertes rettigheter
4. Tillitsankerens rolle og ansvar - om NHN vil behandle personopplysninger utover rollen som databehandler
5. Tillitsankeret (NHN) som et avtalenav
6. Tillitsankeret, konsumenter og tilbyders økonomisk ansvar
7. Behov for avtaler herunder databehandleravtaler
8. Vurdere om og eventuelt forberede DPIA
9. Vurdere forhold til annet regelverk som sikkerhetsloven, anskaffelses- og statsstøtteregelverket

Etablere styringsgruppe

For å sikre at sektoren kan ta felles beslutninger bør det bli etablert en sektorsammensatt styringsgruppe for operasjonalisering og videre arbeid med felles tillitsmodell. Styringsgruppen skal sørge for at partene beslutter de kravene som skal gjelde i samarbeidet, og senere håndtere endringer av krav. Dersom program for helhetlig samhandling blir vedtatt, er det naturlig å se på organisering av en slik styringsgruppe i sammenheng med dette.

Det anbefales at styringsgruppen oppretter et felles fagråd med kompetanse til å vurdere hvem et sett med helseopplysninger er relevant og nødvendig for.

Her er det viktig å ha helsefaglig kompetanse både fra spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten samt kompetanse innen personvern for å sikre en balanse mellom pasientsikkerhet og personvern.

Rådets vurderinger kan ikke overstyre ansvaret til en dataansvarlig, men kan over tid bidra til at det etableres felles tilgangsregler for hvem et sett med helseopplysninger er relevant og nødvendig for.

Etablering av funksjoner for tillitsankeret

Arbeidet med konseptet for Felles tillitsmodell har identifisert en rekke nødvendige funksjoner Tillitsankeret bør tilby for å gjøre det enklere å dele data mellom deltakende virksomheter i datadelingssamarbeidet.

Det legges til grunn at NHN skal inneha rollen som Tillitsanker, og at etableringen av nødvendige funksjoner bør skje gradvis og som en integrert del av NHNs eksisterende organisasjon og tjenestetilbud.

I første omgang anbefales det å

1. Utarbeide vilkår for deltakelse i samarbeidet, tilpasset eksisterende medlemskap- og avtalestruktur
2. Utarbeide og teste ut felles rammeverk for risikovurdering

I tillegg må NHN fortsatt å realisere nødvendige tillitstjenester i tråd med kravene fra Felles tillitsmodell, gjennom pågående utviklingsaktiviteter som for eksempel Pasientens legemiddelliste, Helhetlig samhandling og Helseplattformen.

Detaljere krav for selvdeklarasjon ved opptak i samarbeidet

Tilbydervirksomhetene må vurdere om det i virksomheten som får tilgang, finnes systemer som i tilstrekkelig grad ivaretar taushetsplikten og lovens øvrige krav. Virksomhetene som får tilgang, må ha tilstrekkelig tilgangskontroll og andre sikkerhetstiltak slik at den totale sikkerheten ikke blir dårligere. Dette må vurderes på et virksomhets- og systemnivå, med utgangspunkt i virksomhetens organisering og arbeidsdeling. Dette krever at det stilles krav til virksomhetene som skal være konsumenter. Det er i felles tillitsmodell valgt en selvdeklarasjonsordning som skal sikre at de konsumerende virksomheter etterlever Normens krav til tilgangsstyring og kontroll.

Tiltaket vil bestå av å detaljere hvilke krav i Normen som skal inngå i selvdeklareringsordningen for opptak i samarbeidet. For å redusere sannsynlighet eller konsekvens for at helseopplysninger fra tjenestetilbyder skal komme på avveie, er følgende hos konsument avgjørende for det totale sikkerhetsnivået:

- Tilgangsstyring
- Tilstrekkelig sikkerhetsstyring (governance) slik at sikkerhetstiltak er et resultat av systematisk arbeid med god ledelsesforankring
- Systematisk arbeid med risikovurderinger
- God oppfølging av avvik
- God opplæring av de ansatte i informasjonssikkerhet, taushetsplikt og personvern

I tillegg må konsumenten ha tilstrekkelig kontroll på eksterne tilganger slik at uvedkommende (leverandører, angripere) ikke kan få tilgang til helseopplysninger via konsumenten.

Tiltaket bør også detaljere de tekniske kravene som virksomhetene og deres systemer som benyttes i samarbeidet bør tilfredsstillende. Det anbefales at arbeidsstrømmen kobles tett med utprøving av kjernejournal innsyn for en stegvis tilnærming for å få erfaring med omfang og konsekvens av kravstillingen.

Definere standardiserte informasjonselementer for automatiserte tilgangsregler

I dag lager hver virksomhet tilgangsregler som styrer hva de får tilgang til av helseopplysninger etter hvor de jobber i virksomheten, hvilket ansvar de har for behandling av pasienter og hvilke arbeidsoppgaver de utfører. Jo større virksomheter jo mer komplekse regler finnes. Samtidig er disse reglene forskjellig fra virksomhet til virksomhet også innenfor samme type helsevirksomheter.

Ved deling av helseopplysninger på tvers av virksomheter vil det derfor ikke være mulig å standardisere eksisterende regler hos virksomhetene og det må derfor gjøres et arbeid nasjonalt med å standardisere informasjonselementene som kan benyttes for tilgangsregler for hvilken type helsehjelp som utføres og hvilken personellgruppe personellet som etterspør informasjon tilhører. I tillegg må det bestemmes hvilken grad av forsikring en tilbydervirksomhet må gjøre for å ha tillit til informasjonselementene. I dette arbeidet må det avklares:

1. Behov for identifisering av underenhet/behandlingssted og hvilke kilder metadata om underenheten hentes fra.
2. Behov for standardiserte helsepersonellkategorier. HPR gir i dag kun rolle basert på formell utdanning og ikke den utførende rollen som personellet har i sin virksomhet.

Det vil her være viktig å hente erfaringer fra de helsefaglige vurderingene av relevant og nødvendig informasjon for dokumentdeling som er planlagt for Kjernejournal innsyn prosjektet.

Til diskusjon

Prosjektet ønsker innspill på innretningen på forslagene til arbeidsstrømmer for operasjonalisering. Men vi ønsker spesielt innspill på følgende i møtet:

En styringsgruppe for felles tillitsmodell er viktig for å enes om felles krav til identitet og tilgangsstyring ved bruk av data- og dokumentdeling. Det er viktig at de som sitter i styringsgruppen har mandat fra sin virksomhet til å ta beslutninger om slike felles krav. Vi ønsker råd på hvem bør sitte i en slik styringsgruppe og om oppgaven kan knyttes til et eksisterende utvalg. Vi ønsker også innspill på om en slik styringsgruppe må være 100% konsensusstyrt (etter modell fra Normen sin styringsgruppe) eller om det er nok med flertallsbeslutninger.

Områdeutvalg for digital samhandling

Introduksjon til datadeling

Møte	5/20
Dato	4.12.2020
Saksnummer	30/20
Sakstype	Orientering
Fra	Direktoratet for e-helse
Saksbehandler	Thomas Grimeland

Forslag til vedtak

Områdeutvalget tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF ta med seg innspill i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Gi områdeutvalget en kort innføring i samhandlingsformen datadeling og hvordan det skiller mellom datadeling og dokumentdeling i målarkitekturen

Bakgrunn

I samarbeid med sektoren har direktoratet samlet informasjon og dokumentert referansearkitekturer for de tre samhandlingsformene meldingsutveksling/dokumentutveksling, dokumentdeling og datadeling.



Målarkitektur for datadeling

Datadeling er en term som tolkes forskjellig i ulike sektorer i Norge. Digitaliseringsdirektoratet benytter termen datadeling om alle typer deling av data hvor data ikke setter noen føringer om det er strukturert eller ustrukturert. I arbeidet med en målarkitektur for nasjonal datadeling i helsesektoren så pekes det på alle behovene for samhandling som kan løses ved å dele strukturerte data om en pasient på tvers av virksomheter i helsesektoren. Målarkitekturen har følgende hovedmålsetning:

- *Målarkitekturen for datadeling anbefaler hvordan en umiddelbar, sikker deling og oppdatering av strukturert informasjon på tvers av aktører i helse- og omsorgstjenestene og med innbyggere skal realiseres.*
- *Det skal være enkelt for aktører å etablere deling og oppdatering av person- og helseinformasjon på en strukturert og standardisert måte.*

Målarkitektur for datadeling beskriver behovet for felleskomponenter i Felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten som vil være en forutsetning for et levedyktig og sikkert økosystem. Felleskomponentene skal muliggjøre aktørenes etablering av datadeling hvor det skal være en lav terskel og lite byråkrati for dataansvarlige å dele sine helseopplysninger med andre helsepersonell og pasienten selv. I tillegg må aktørene ha tillit til at felleskomponentene ivaretar kravene til sikkerhet og personvern som er pålagt de dataansvarlige.

Datadeling kan realiseres teknisk på flere måter, men i helsesektoren er det enighet i at førstevalget for realisering av deling av strukturerte data om en pasient i sanntid på tvers av virksomheter og med innbygger skal være ved bruk av API. Et API betegner et grensesnitt i en programvare slik at spesifikke deler av programvaren kan aktiviseres fra en annen programvare. En virksomhet tilgjengeliggjør et grensesnitt i en programvare for andre aktører.

Datadeling kan realiseres teknisk på flere måter (teknisk samhandlingsevne), men i helsesektoren er det enighet i at førstevalget for realisering av deling av strukturerte data om en pasient i sanntid på tvers av virksomheter og med innbygger skal være ved bruk av API. Det er gjennomført en innspillrunde i sektoren tidligere i år og mange gode innspill innarbeides nå i målarkitekturen.

Åpne API

API-er har eksistert i flere titalls år. Når det snakkes om API-er, så kan det ofte misforstås hvor klare API-ene er for bruk av andre. I dette dokumentet omtales API-er som API-er som kan nås via http(s) og som kan benyttes av andre enn virksomheten som eier API-et.

Direktoratet for e-helse har valgt å benytte begrepet "åpne API" for å etablere en felles forståelse og forventninger til hverandre for et API som kan tas i bruk av en annen aktør. Åpne API må ikke forveksles med åpne data, da helseopplysningene som tilbys gjennom åpne API må sikres for å ivareta krav til informasjonssikkerhet og personvern

Direktoratet har definert Åpne API som: gjenbrukbare, sikre, godt dokumenterte og tilgjengelige programmeringsgrensesnitt som kan benyttes av alle relevante aktører uten diskriminerende og konkurransevridende vilkår.

Direktoratet har definert noen retningslinjer for åpne API som skal gi følgende effekter:

1. forebygge delingsmotstand og redusere barrierer mot datadeling.
2. legge til rette for forutsigbare, transparente og ikke-diskriminerende vilkår.
3. legge til rette for lett tilgjengelig og gratis tilgang til dokumentasjon.
4. overordnet å gi en samlet oversikt over grunnleggende rammebetingelser for deling av personopplysninger.
5. gjøre det enklere å innføre datadeling som samhandlingsform.

API-management og API-katalog

I arbeidet med mållarkitekturen for datadeling ble det diskutert hvordan felles API management-behov skal løses. Skal vi etablere en felles sektorløsning som alle virksomheter må tilby sine API-er i eller skal hver virksomhet ha ansvar for å etablere sin egen API-managementløsning?

Konklusjonen av diskusjonen var at helsesektorens virksomheter vil ha forskjellige behov som gjør det vanskelig å etablere kun en felles løsning for hele sektoren. Det var enighet i at det bør i første omgang gjøres en anskaffelse av en felles API-management-løsning som dekker behovene til de nasjonale e-helseløsninger og grunnmurskomponenter med mulighet for at andre virksomheter også kan benytte samme løsning.

I diskusjonene kom det også innspill på at anskaffelsen av et felles API-managementprodukt bør gi mulighet for at andre virksomheter bør kunne gjøre avrop fra samme avtale for å etablere sin egen API-managementløsning.

Det er viktig at de som har behov for API-er lett kan søke og finne relevante API-er samt forstå bruken av API-ene. Det må derfor tilrettelegges for å publisere slik informasjon. Dette kan gjøres gjennom en API-katalog og en slik katalog arbeides det med å etablere nasjonalt.

I "Referansearkitektur for datadeling" er det beskrevet hvilke generiske komponenter en API managementløsning består av. Dette inkluderer også en API-katalog:

Aktuelle byggeklosser og deres ansvar i en API management løsning	
 API gateway	<ul style="list-style-type: none">• Hoste API-proxyer som vil være første kontaktpunkt for publiserte API-er• Beskytte mot inntrenging og andre trusler• Håndtere volumbegrensninger og andre abonnementsordninger• Håndheve tilgangsstyring• Samle inn data om bruken av API-er
 API manager	<ul style="list-style-type: none">• Sentralisert API administrasjon og forvaltning av API-katalogen• Håndtering av registrerings- og introduksjonsprosesser for API utviklere• Håndtere livssyklusen til et API
 API monitorering og analyse	<ul style="list-style-type: none">• Monitorere bruken av API-er• Generere rapporter og analyser over bruk som eventuelt kan kobles til eventuelt fakturering av bruk• Konsekvensutrede versjonsendringer (oppdatere, utfase osv)
 API utviklingsportal	<ul style="list-style-type: none">• Håndtere abonnement og avtaler• API-katalog• Info om dagens bruk• Dokumentasjon av API-ene• Diskusjonsfora, support og testmiljøer

Strukturerte data og innholdsprofiler

For å realisere datadelingsløsninger må også semantisk samhandlingsevne etableres. I dagens elektroniske pasientjournalssystemer (EPJ-er) har det historisk vært benyttet mye fritekst. Fremtidige EPJ-er vil i større grad baseres på strukturerte data eller maskinell tolkning av ustrukturerte data (gjennom f.eks. AI) og det vil være enklere å dele data gjennom API-er.

Gjennom standardisering av API-er vil strukturerte data kunne enklere gjenbrukes på tvers. I midlertidig kan strukturerte data ha forskjellig betydning i forskjellig kontekster og det er behov for standardiserte grensesnitt. Direktoratet for e-helse har anbefalt innholdsformatet FHIR som

standard for å representere semantikken i datadelingsgrensesnitt på en internasjonalt standardisert måte. Det vil fortsatt være behov for å tilpasse FHIR ressurser til den konteksten de skal brukes i. Ofte snakkes det om at det er behov for tilpasninger på lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt nivå. Noen grunnleggende informasjonselementer bør allikevel være likt for alle nivåene. Gjennom standarden International Patient Summary (IPS – EN 17269) defineres et kjernesett av informasjonselementer som er relevant i all helsehjelp og er viktig for kontinuitetene i pasientbehandlingen.

IPS-datasettet ble fastsatt som en europeisk standard i november 2019 og består hovedsakelig av:

- Informasjon om pasienten (f.eks. navn, fødselsdato og kjønn)
- Sammendrag av kliniske pasientdata (f.eks. allergier, implantater og nylige kirurgiske inngrep)
- Informasjon om pasientens medisinerbruk
- Metadata om journalen

FHIR beskriver også bruk av helsefaglig terminologi, administrative kodeverk og medisinske klassifikasjonskodeverk som vi omtaler som felles språk. Det er behov for en felles forståelse av informasjonen som deles mellom de som deler helseopplysninger om en pasient. Et felles språk kan bidra til at data kan forstås likt gjennom all helsehjelp som en pasient mottar. Felles språk brukes derfor i den strukturert informasjonen knyttet til dokumentasjonen som helsepersonell er pliktig til å nedtegne i elektroniske pasientjournaler.

Integrasjonsmønstre

Datadeling anvendes normalt ved at en klient kaller et API hos en ekstern tjener til en annen virksomhet. Klientene utvikles, eies og brukes av andre aktører enn de som tilbyr API-er. API-ene tilbyr tilgang til helse- og personopplysninger og det kreves god kontroll på at kun pasienten selv (eller en med fullmakt) og personell med tjenstlig behov får tilgang. Gjennom arbeidet med målarkitekturen er det avdekket flere integrasjonsmønstre for realisering og anvendelser av datadeling. Et mønster har ulike egenskaper og karakteristikker og et mønster vil egne seg bedre enn andre mønstre under ulike kontekster. Eksempler på viktige egenskaper og karakteristikker er:

- Om en autentisert bruker er involvert i dataflyten, eller om dataflyten kun involverer systemer.
- Om tjenesten som tilbyr et API er lokal for brukeren og har detaljert informasjon om den aktuelle brukeren, eller om tjenesten er i en ekstern virksomhet eller nasjonal tjeneste med en løsere knytning til brukeren.
- Hvordan og hvor presentasjonslogikk og forretningslogikk er implementert og hvor den henter data fra.
- Hvordan ekstern presentasjonslogikk og/eller forretningslogikk aktiveres og eventuelt lastes ned.

Tillit

Datadeling forutsetter tillit og det må en felles innsats til for å utarbeide en omforent tillitsmodell for helsesektoren. Tillitsmodellen må inneholde felles omforente krav til aktørene. Kravene må blant annet omfatte tillitsrammeverk, bruk av sikker eID, hvilke grunddata skal ligge til grunn for identitets- og tilgangsstyringen, sikkerhetsmessige krav til tekniske løsninger osv.

For å unngå at det oppstår mange ulike tillitsforhold mellom virksomhetene så er det også enighet i sektoren at det må etableres et tillitsanker som operasjonaliserer de omforente kravene til identitets- og tilgangsstyring og som alle parter har tillit til. Under er det tatt med to sentrale brukerhistorier som ligger til grunn for arbeidet med felles tillitsmodell.

Brukerhistorie 1:

Som tilbydervirksomhet har jeg behov for å stole på at de som konsumerer helseopplysningene mine håndterer helseopplysningene innenfor avtalte rammer og betingelser i sektoren, slik at jeg enklere kan ivareta mitt dataansvar.

Eksempel: Når en tilbydervirksomhet tilgjengeliggjør helseopplysninger til en annen virksomhet må den forsikre seg om at denne virksomheten har et behandlingsgrunnlag for helseopplysninger som er hjemlet i lov. I tillegg må tilbydervirksomheten forsikre seg om at den konsumerende virksomheten behandler helseopplysninger i henhold til sektorens retningslinjer for informasjonsikkerhet og personvern (Normen).

Brukerhistorie 2:

Som sektor trenger vi omforente krav og retningslinjer som skal ligge til grunn for identitet- og tilgangsstyring, slik at det blir tydelig hvilket ansvar og myndighet alle involverte roller har og hvilke regler for identitets- og tilgangsstyring som skal gjelde ved etablering av data- og dokumentdeling.

Eksempel: Et helsepersonell må ha tjenstlig behov for å ha rett til tilgang til helseopplysninger i andre virksomheter. Det finnes i dag ingen felles retningslinjer for hvordan det tjenstlige behovet skal avklares og eventuelt uttrykkes.

Oversikt over helseopplysninger

Primærbehovet for datadeling er knyttet til bruk av API-er hvor brukere/klienter har behov for å behandle helseopplysninger for en gitt pasient.

Med over 17000 aktører er det ikke enkelt å vite hvem av disse som har lagret helseopplysninger for en gitt pasient. Det er i en rekke situasjoner tilknyttet datadeling behov for å kunne fremskaffe en liste over hvilke systemer som har en pasientjournal for en gitt pasient.

Et slikt register kan etableres som en felleskomponent hvor alle behandlingsrettede helseregistre må være registrert. I målarkitekturen er denne felleskomponenten kalt pasientinformasjonslokalisator, forkortet til PIL.

Standarder og tjenester for logging

Når datadeling benyttes, er det mange aktører og systemer involvert. Hver av systemene har krav til logging for å dekke disse formålene:

- Etterprøve tjenstlig behov
- Innsyn til innbygger
- Revisjon av sikkerhetsmekanismer
- Teknisk feilsøking

Det kan være hensiktsmessig å vurdere om disse kravene kan løses mer i felleskap. Et felles loggarkiv er vurdert som en felles komponent, eventuelt for grunnmurskomponenter og nasjonale e-helseløsninger. Alle systemer som har krav til å logge, må uansett logge til et loggarkiv uavhengig om dette er en del av systemet eller eksternt for systemet. Et slikt loggarkiv må for eksempel beskyttes mot innsyn, har samme krav til lagring av loggmeldinger som helseopplysninger og det må ikke kunne gjøres endringer på registrerte loggmeldinger. Tilgang bør skje gjennom standardiserte API-er til loggarkivene.

Hva skiller datadeling fra dokumentdeling?

Dokumentdeling er i målarkitekturen definert som en samhandlingsmodell hvor en konsument kan søke etter tilgjengelige dokumenter om en gitt pasient hos andre virksomheter og få tilgang til dokumentene fra et dokumentlager.

I motsetning til meldingsutveksling, hvor mottaker av informasjon må være kjent når informasjonen skal distribueres, tilrettelegger dokumentdeling for at dokumenter om en gitt pasient vil være

tilgjengelig når et tjenstlig behov for innsyn i dokumentet oppstår på et senere tidspunkt. Dette muliggjør også lagring av referanser til de originale dokumentene istedenfor å lagre kopier av dokumentene i egne løsninger.

En samhandlingsform hvor virksomheter deler godkjente, lesbare dokumenter gjennom felles infrastruktur/tjenester med helsepersonell i andre virksomheter og innbyggeren selv.

Dokumentet som deles er:

- endelig og har ikke behov for oppdateringer.
- godkjent av helsepersonell.
- om kun en pasient, lesbart for mennesker.
- fra fritekst, bilde og video til strukturerte dokumenter.

Dokumentdeling er basert på definerte standarder og grensesnitt (IHE XDS/XCA/...), mens datadeling vil ha et mer åpent landskap basert på tilgjengelige åpne API. Dokumentdeling vil ha et begrenset antall dokumentkilder (dokumentregistre i samarbeidsområder) mens for datadeling vil det etableres et stort antall datakilder gjennom samarbeid og åpne API hos helseaktørene. Datadeling vil i motsetning til dokumentdeling også omfatte oppdatering av dataelementer i for eksempel en felles behandlingsplan.

Under vises en tabell over verdien av ulike kapabiliteter for datadeling og dokumentdeling.

Kapabilitet	Datadeling	Dokumentdeling	Kommentar
Innsyn	++	++	Både data- og dokumentdeling skal kunne sikre innsyn i nødvendig informasjon.
Oppdatering	++	-	Oppdatering av felles data gjelder bare for datadeling. Dokumentdeling er begrenset til innsyn i godkjente dokumenter.
Åpne API	++	+	Åpne APIer er klart viktigst for datadeling som er helt avhengig av dette. I en videreutvikling av dokumentdeling kan dette også få betydning.
API-management og API-katalog	++	+	Datadeling krever en oversikt over tilgjengelige APIer og en kontroll og administrasjon av bruken. For dokumentdeling er det nødvendig å holde oversikt over hvilke dokumentregistre som er tilgjengelige.
Strukturerte data og innholdsprofiler	++	++	Semantisk samhandlingsevne er nødvendig for deling av strukturerte data og strukturerte dokumenter.
Integrasjonsmønstre	++	+	Bruk av forskjellige integrasjonsmønstre som er tilpasset konteksten er viktig for realisering og anvendelser av datadeling. For strukturerte dokumenter er det nødvendig å kjenne til hvordan ekstern presentasjonslogikk og/eller

			forretningslogikk aktiveres og eventuelt lastes ned.
Tillit	++	++	Både data- og dokumentdeling vil innebære innsyn i sensitive data og de dataansvarlige er avhengig av en omforent tillitsmodell og et tillitsanker som operasjonaliserer de omforente kravene til identitets- og tilgangsstyring.
Oversikt over helseopplysninger	++	+	Ved datadeling vil det være behov for å kunne fremskaffe en liste over hvilke systemer som har informasjon om en gitt pasient. Ved dokumentdeling kan en slik oversikt effektivisere søkene etter journaldokumenter.
Standarder og tjenester for logging	++	++	Data- og dokumentdeling har de samme kravene til logging.

Områdeutvalg for digital samhandling

Orientering om datadeling i forbindelse med prosjektet velferdsteknologi (VFT)

Møte	5/20
Dato	4. desember
Saksnummer	31/20
Sakstype	Orientering
Fra	Direktoratet for e-helse
Saksbehandler	Jørn Sikkerbøl

Forslag til vedtak

Områdeutvalget tar saken til orientering og ber direktoratet ta med innspillene i møtet i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Orientering om informasjon og datadeling i forbindelse med prosjektet velferdsteknologi (VFT)/digital hjemmeoppfølging (DHO) i Direktoratet for e-helse (del av nasjonalt velferdsteknologiprogram).

Arbeidet i prosjektet er nå inndelt i 3 hovedaktiviteter:

- Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) - utvikling, leveranse og drift av VKP-tjenesten
- DHO samhandling (samarbeid med DHO prosjekter i sektoren - jf. rapport til HOD i oktober)
- Råd og veiledning (anbefalinger og veiledere)

Vi ønsker å dele erfaringer om effektiv informasjonsdeling og datadeling i forbindelse med velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) og digital hjemmeoppfølging (DHO).

Bakgrunn

Aktivitetene rundt velferdsteknologi har pågått i flere år. I år har det blitt gitt ut 3 relevante rapporter som oppsummerer arbeidet som er gjort og gir anbefalinger for veien videre. Rapportene er:

- E-helse: [Veien videre for velferdsteknologisk knutepunkt](#), mars 2020
- E-helse: Rapport: [Digital hjemmeoppfølging - tilnærming til helhetlig samhandling](#), oktober 2020
- Hdir: Digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling, 25.09.2020.

Arbeidet i prosjektet er nå inndelt i 3 hovedaktiviteter:

VKP:

8 kommuner benytter i dag VKP-tjenesten, og man har gjennom disse kommunene dekket alle de 3 kommunale EPJ-leverandørene (alle er integrert med VKP). Disse kommunene kobler trygghetsskapende teknologi (medisindispensere, digitalt tilsyn etc.) med EPJ. Det har ikke kommet på noen nye kommuner ilt høsten, men det er inngått avtale med 3 nye kommuner (Bærum, Skien og Elverum) som forventes komme i drift innen utgangen av 2020. Det er økende interesse for å benytte VKP tjenesten blant kommunene. Vi har nå dialog med over 30 kommuner om dette. E-helse har høsten 2020 fått midler gjennom medfinansieringsordningen fra Digitaliseringsdirektoratet (24 MNOK over 3 år) for å øke bruken av VKP innen eksisterende tjenesteområde (trygghetsskapende teknologi).

DHO samhandling:

Aktiviteten startet etter leveransen av rapporten til HOD medio oktober i år, "*Digital hjemmeoppfølging – tilnærming til helhetlig samhandling*".

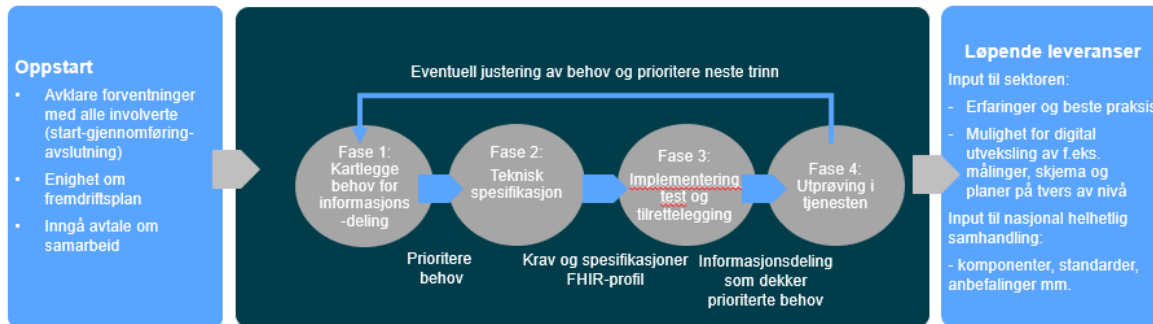
Dette arbeidet hadde opprinnelig som ambisjon å anbefale et nasjonalt konsept for digital hjemmeoppfølging. Underveis i arbeidet ble det imidlertid klart at det er så mange utestående og uavklarte forhold at et konsept ikke kan anbefales nå. Konklusjonen fra dette arbeidet er at sentrale myndigheter skal engasjere seg i utvalgte DHO-prosjekter i sektoren. Gjennom et tett og trinnsvis samarbeid skal behov avdekkes og (nasjonale) løsninger for informasjonsdeling tas frem – som igjen kan gjenbrukes av andre i sektoren

Det er etablert en overordnet prosess for samarbeidene og det identifiseres kandidater som kan være de første. Det arbeides mot å ha identifisert og avtalt første prosjekt innen utgangen av 2020.

Mål for 2021:

- Etablere forpliktende samarbeid med minimum 2 prosjekter i helse- og omsorgssektoren som er i gang med eller har konkrete planer om å tilby digital hjemmeoppfølging (DHO) (fase 0)
- Identifisere og prøve ut prioriterte behov for å dele informasjon automatisk mellom alle involverte helsepersonell – på tvers av behandlingsnivå. Dette gjøres gjennom en iterativ prosess (fase 1-4)
- Etablere spesifikasjoner, krav, og anbefalinger til felles grunnmur og til program helhetlige samhandling.

Intensjonen er at de behovene for deling av informasjon som identifiseres på å sikt skal være dekket innenfor program Helhetlig samhandling.



Råd og veiledning:

Eksisterende anbefalinger innen velferdsteknologi (digital hjemmeoppfølging), både innen arkitektur og anskaffelser, er gjennomgått og vil bli erstattet av en mer interaktiv side på ehelse.no. Arbeid med omfang og struktur for denne er påbegynt, og skal være klar innen utgangen av 2020.

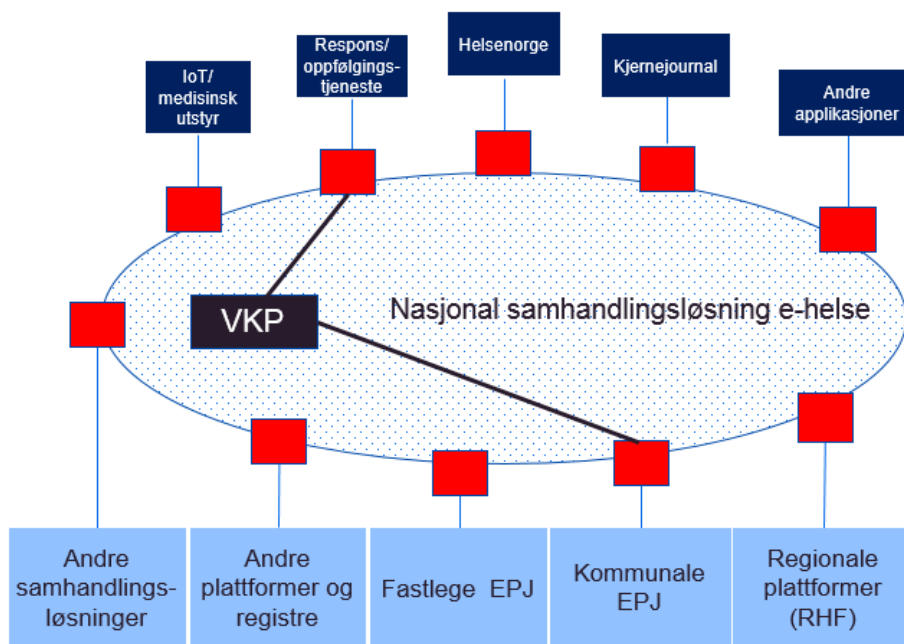
VKP tjenesten i dag:

I dag er VKP tjenesten en frittstående komponent som har som hovedoppgave å tilby tjenester til responstjenesten for å hente pasient informasjon fra de kommunale EPJ' ene og skrive inn hendelser i de kommunale EPJ' ene.

Informasjonen som hentes er om de brukerne som er tildelt velferdsteknologiske tjenester og har til hensikt å sikre rett informasjon om brukerne i begge systemer. Det vil også være nyttig å hente relevant informasjon for responstjenesten ved enkelte hendelser og oppfølging av brukerne.

Informasjonen som skrives til EPJ er hovedsakelig automatisk journalføring av hendelser fra medisindispensere, digitalt tilsyn og responsløsning hendelser og aksjoner.

For å bygge VKP tjenesten har vi jobbet ut ifra referanse og målarkitekturer som beskriver hvordan deling av informasjon skal foregå i helse- og omsorg sektoren, tatt fram av direktoratet for e-helse. Disse beskriver de kapabiliteter som trengs for å utveksle helserelevant informasjon i sektoren.



Erfaringer ved bruk av VKP tjenesten

I dokumentet som beskriver samhandlingsarkitekturer i helse- og omsorgsektoren er det valgt å bruke en referansemødel basert på European Interoperability Framework (EIF). For å beskrive VKP tjenesten tar vi utgangspunkt i denne. EIF modellen definerer 4 nivåer av interoperabilitet..



Juridisk interoperabilitet nivået håndterer krav relatert til Normen og at andre lover og forskrifter overholdes. For VKP i dag har det ikke vært behov for å lage egne forskrifter eller gjøre endringer i lovverk. For de første fasene i DHO ser vi heller ikke for oss dette, men det kan endre seg basert på behov som avdekkes etter hvert som nye behovsanalyser utføres. Dette er tidkrevende prosesser og har stor effekt på leveranse muligheter.

Med **Organisatorisk interoperabilitet** mener vi at organisasjonene som skal utveksle informasjon må avtale dette. Data ansvar må håndteres og nødvendige databehandler

avtaler må opprettes. Her defineres hvilke informasjonstjenester som skal opprettes og hvordan dette skal utveksles. I dagens VKP systemer er det i hovedsak samme dataansvarlig som både tilgjengeliggjør informasjon og som er konsument av data.

Vi antar at dette er en enklere prosess enn det som trengs i DHO da vi her vil i større grad dele data på tvers av behandlings nivå med forskjellig organisasjoner, rolle definisjoner og strukturer. Dette kan potensielt bli en utfordring.

Mengden avtaler som må opprettes kan også føre til utfordringer og man må søke å finne automatiserte løsninger for dette før systemene skal rulles ut i stor skala.

Felles tillitstjenester er en viktig komponent som tas fram i felles grunnmur for å hjelpe til på denne situasjonen og det vil være viktig at tillitsmodellen på sikt dekker behovene definert i både data- og dokumentdeling.

Semantisk interoperabilitet dekker definisjon av informasjonstjenestenes innhold. Dette gjøres gjerne med definisjon av innholds standarder og kodeverk og terminologi. I VKP har vi valgt å bruke FHIR profiler for å definere innholdsstandardene. Bakgrunnen for valg av FHIR er anbefalingene gitt av Direktoratet for e-helse. Vi kjenner ikke noen veletablerte standarder for innholds definisjon for velferdsteknologi eller digital hjemmeoppfølging.

Dette betyr at det har vært mye nybrottsarbeid for å ta fram de nødvendige FHIR-profilene. Det er heller ikke etablerte norske eller spesialiserte profiler for vårt område og vi har bare hatt i hovedsak de internasjonale profilene å basere oss på. Noen norske basis profiler er normert av direktoratet for e-helse.

Erfaring så langt peker på at det er enklere å få til samarbeidet og ibruktagelse av FHIR-profiler for med VFT-leverandørene, der har alle leverandørene bidratt og tilpasset seg de definerte profilene. På EPJ-siden har vi ikke fått til dette samarbeidet like bra og VKP har kompensert for dette med å tilpasse seg de proprietære tjenestene de forskjellig EPJ-leverandørene har tilbudt.

Vi ser for oss at denne utfordringen blir større med DHO da VKP må forholde seg til betydelig flere EPJ-leverandører. Vi antar at vi kan få til samme gode relasjon vi har med VFT-leverandørene med DHO-leverandørene også.

FHIR profilene som allerede er definert i VKP må videreutvikles og tilpasses mulige nye behov fra DHO. I tillegg må det også defineres noen nye profiler, men her antar vi at vi kan basere oss i stor grad på arbeid allerede gjort i sektoren relatert til IPS og arbeid med overføring av kurve data til EPJ i HelseNord RHF. Videre er det også erfaring fra helsenorge.no som vi antar vi kan dra nytte av.

Innen kodeverk og terminologi har VKP også i stor grad definert sine egne standarder. Her må vi sette inn økt innsats for å få disse inn i felles grunnmur.

På sikt er målet til prosjektet å jobbe for å få definert alle våre FHIR-profiler som områdeprofiler med en bred enighet i hele sektoren inkludert leverandørene og få det inn i et standardisering løp via HL7 Norge inn Direktoratet for e-helse sin normeringsprosess.

Vi legger ved et eksempel på hvordan EIF-modellen kan knyttes til tiltak igangsatt i et prosjekt, det peker spesielt på typiske myndighetsoppgaver og samarbeidsoppgaver hvor prosjektet har en sterkere rolle. I figuren under menes at prosjektet er pådriver der ordet vi brukes.

Tiltak for å oppnå datadeling



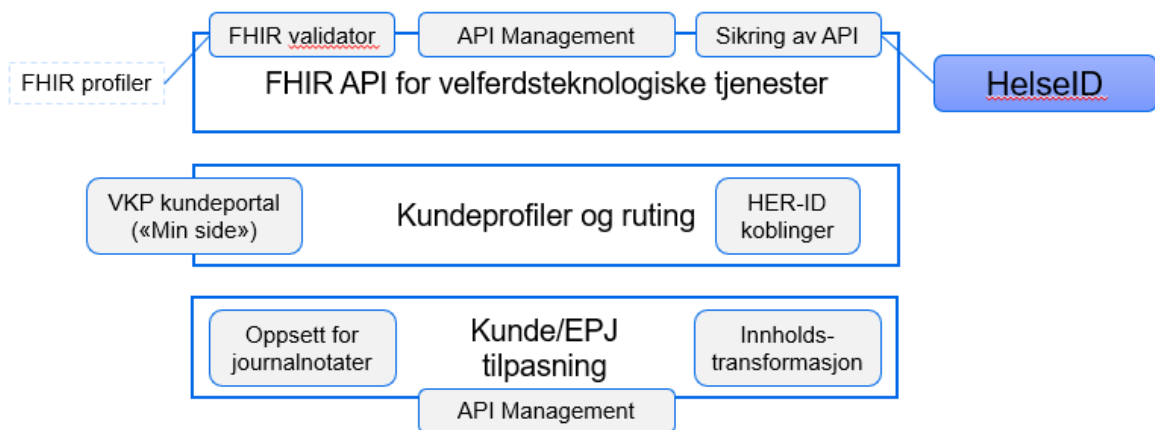
Med **Teknisk interoperabilitet** defineres hvilke byggeklosser, komponenter og tekniske standarder vi har brukt for å bygge VKP løsningen. Vi har basert oss på referansearkitektur for datadeling og målarkitektur for datadeling i arbeidet med VKP. Med datadeling mener vi en metode for å dele informasjon hvor det benyttes API-er for å dele strukturerte data. Her utveksles strukturert informasjon gjennom API management-funksjonalitet. Vi bruker FHIR standarden for utformingen av API-ene som benyttes av de velferdsteknologiske løsningene, samt sikring av hvem som får tilgang til hvilke API ved å benytte HelseID sikkerhetsbilletter.

Den standardiserte modellen som benyttes ved påkobling av velferdsteknologiske løsninger til knutepunktet, er illustrert i øverste del av figuren under som "FHIR API for velferdsteknologiske tjenester".

Figuren viser også Kunde profiler og ruting delen, hvor kommuner og etter hvert andre helseaktører som benytter VKP kan logge seg på for å styre tilgang til egen EPJ, konfigurere oppsett for journalnotater, samt få oversikt over deres informasjonsutveksling gjennom knutepunktet via VKP kundeportal. Her vil man også få oversikt over informasjons elementer som feiler og statistikk.

I den nederste delen av figuren ser vi elementet "Kunde/EPJ-tilpasning" som gjør nødvendig transformasjon og tilpasning for å oversette mellom standard FHIR-format og de EPJ-spesifikke API-ene. Denne delen av VKP-tjenesten vil ikke lengre være nødvendig på det tidspunktet de tilknyttede EPJ-systemene tilbyr støtte for bruk av FHIR-profilene.

Tjenestearkitektur i VKP - forenklet:



VKP løsningen er en skybasert løsning for å utveksle data mellom helseapplikasjoner på en sikker og enhetlig måte. VKP bruker Azure som skytjeneste, og effekten av Schrems II-dommen på tjenesten vil bli vurdert. Løsning har så langt fungert etter intensjonen og vist seg å være robust og skalerbar i henhold til bruk. Vi ser ingen utfordringer med å bygge videre på denne løsningen med nye FHIR profiler og utvidet tjeneste tilbud basert på behovene fra DHO, til vi kan starte med å erstatte deler av løsningen basert på felleskomponenter som kan tas i bruk fra felles grunnmur.

Vi vil også søke å bruke tjenester fra de nasjonale e-helse løsningene som helsenorge.no, kjernejournal, e-resept der det kan dekke behov. Vi utelukker heller ikke bruk av dokumentdeling og meldingsutveksling om det er formålstjenlig.

Avhengigheter til Felles Grunnmur

For å understøtte effektiv informasjonsdeling tas det fram byggeklosser til felles grunnmur som kan gjenbrukes i sektoren. Dette kan være relatert til kodeverk og terminologi, felles grunndata, felles komponenter, felles krav og retningslinjer eller felles infrastruktur. DHO prosjektet vil på samme måte som andre relaterte prosjekter bidra inn til felles grunnmur med nye eller forbedring av byggeklosser og bruke allerede etablerte byggeklosser.

I tillegg vil DHO prosjektet bidra direkte inn program for Helhetlig samhandling med erfaring, behov og krav og indirekte gjennom koordinerte bidrag til felles grunnmur.

Arbeidet med utvidelse av HelseID og tillitsmodeller (bla. føderasjoner og selvbetjeningsportal for håndtering av avtaleverk) for tilgang til data er viktig å videreføres og fullføres både for dokument og data deling mellom virksomheter og organisasjoner.

Ferdigstillelse av målarkitektur for datadeling og alle definerte mønstre vil også være viktig for arbeidet med VKP og DHO.

Avhengigheter til program Helhetlig samhandling

Målbildet for program Helhetlig samhandling er bygget opp av 26 informasjonstjenester. En informasjonstjeneste er en gruppering av informasjon som det er behov for å utveksle mellom helsepersonell som bruker felles kommunal journalløsning, innbygger og andre aktører som benytter seg av de fremtidige løsningene. Hensikten med informasjonstjenestene er å understøtte gjenbruk av informasjon, og å gjøre informasjonen tilgjengelig for brukeren på en effektiv måte på tvers av IKT-systemer.

I program Helhetlig samhandling er det identifisert at velferdsteknologi, inkludert digital hjemmeoppfølging, har behov for å benytte 19 av de totalt 26 identifiserte informasjonstjenestene i en framtidig total løsning.

For å prøve ut mulige løsninger for DHO vil vi gjenbruke relevante informasjonstjenester definert i VKP og vurdere hva vi kan bruke av VKP sin funksjonalitet til de nasjonale komponentene er på plass. Foreløpige analyser viser at vi trenger en delmengde av informasjonstjenestene definert i Helhetlig samhandling.

Videre arbeid med arkitektur i VKP og DHO må samordnes med program Helhetlig samhandling.

Vi ønsker å invitere sektoren med på en nasjonal modningsreise der vi spesifiserer og prøver ut informasjonsdeling i samarbeid med tjenesten. Dette er noe som også arbeidet med Helhetlig samhandling kan dra nytte av.

Avhengigheter til digitale behandlingsplaner/ egenbehandlingsplaner

Temaet Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner utredes i eget prosjekt ved Helsedirektoratet og NHN, og behovsanalyse og konseptualisering av behandlings- og egenbehandlingsplaner gjennomføres i 2020. En eventuell gjennomføring og/eller utprøving vil samkjøres om dette blir besluttet.

Veien videre for VKP - tjenesten

I rapporten "Digital hjemmeoppfølging – tilnærming til helhetlig samhandling", som ble sendt til HOD medio oktober, ble det synliggjort at VKP vil spille en rolle i videre arbeid med informasjonsdeling også mellom behandlingsnivåene. Planen er derfor å fortsette å bredde VKP til kommuner, og andre helseaktører, iht til en kontrollert plan. Det er en målsetting at VKP, eller behovet som VKP dekker, skal inngå i et av realiseringstrinnene i Helhetlig samhandling. Når det vil skje er ikke planlagt ennå. Det er også en målsetting at tilpasninger som leverandører gjør iht felles spesifikasjoner for å knytte seg til VKP, skal kunne benyttes videre når det aktuelle trinnet i Helhetlig samhandling lanseres.

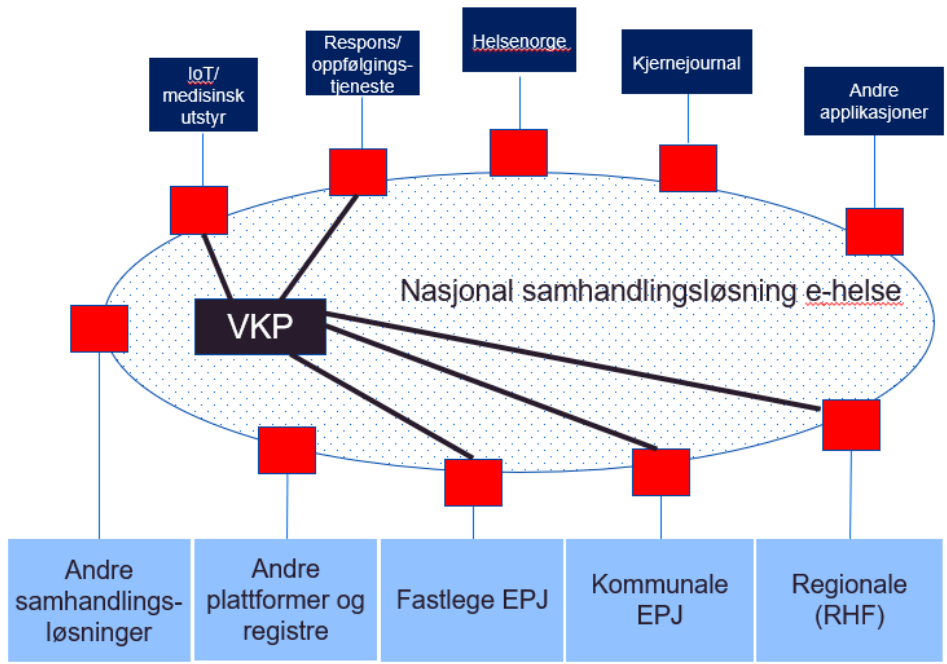
Budskap – veien videre for VKP - tjenesten

1. VKP videreføres og tilbys nye kommuner
2. VKP inngår i utprøving av informasjonsdeling relatert til digital hjemmeoppfølging
3. VKP, eller tilsvarende infrastruktur for integrasjon av velferdsteknologi, vil inngå i fremtidig felles rammeverk for informasjonsdeling innen e-helse
4. Tilpasninger som leverandører gjør for tilknytning til VKP, vil tilfredsstillende krav som blir en del av fremtidig felles rammeverk for informasjonsdeling
5. Leveranse og drift av VKP vil finansieres sentralt inntil permanente og bærekraftige nasjonale finansieringsmodeller er etablert
Nødvendige tilpasninger i systemer som skal kobles på VKP må fortsatt finansieres av eierne av disse systemene (f.eks. kommunene)

VKP tjenesten i bruk med DHO:

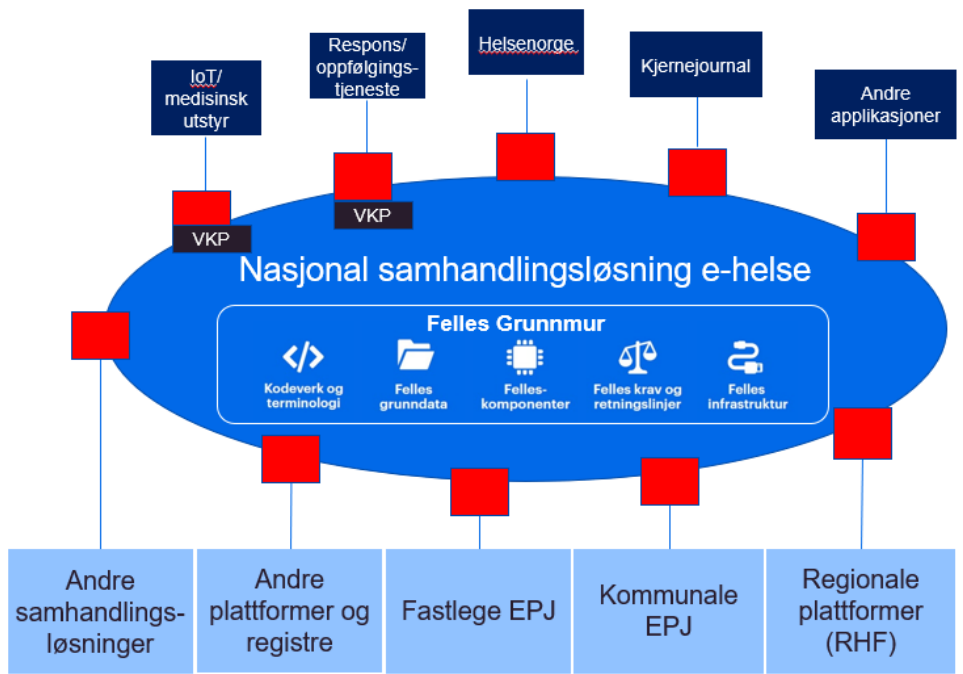
Denne skissen viser hvordan tjenesten må utvides for å dekke de utvidede behovene som kommer med digital hjemmeoppfølging. Flere DHO leverandører må integreres mot VKP (bruke definerte FHIR API) og tjenestetilbudet må utvides. Flere EPJ leverandører må også integreres og dersom de ikke støtter FHIR API må det lages oversettere til leverandørens

proprietære API. I tillegg ser vi for oss at det kan bli behov for forespørsler fra EPJ til DHO leverandør via VKP tjenesten som vil være en helt ny tjeneste.



Fremtidig bilde med VKP tjenesten plassert:

Denne skissen viser det framtidige mål bilde når Helhetlig samhandling er etablert. VKP vil fortsatt ha en rolle, men tjenesten vil være mye tynnere da bredden i funksjonalitet i felles grunnmur vil være vesentlig større.



Områdeutvalg for digital samhandling

Årsplan for områdeutvalget i 2021

Møte	5/20
Dato	04.12.2020
Saksnummer	33/20
Sakstype	Orienteringssak
Fra	Direktoratet for e-helse
Saksbehandler	Henrik Linnestad

Forslag til vedtak

Områdeutvalget tar saken til orientering.

Hensikt med saken

Formålet med saken er å legge til rette for at representantene i områdeutvalget kan påvirke arbeidsform og konkrete saker til behandling i utvalget i 2021. Representantene får en orientering om status og prosess for dette arbeidet.

Bakgrunn

Siden oppstartsmøtet i juni har områdeutvalget hatt høy aktivitet, med totalt fem møter i 2021.

Utvalgets mandat (se <https://ehelse.no/styrer-og-utvalg/omradeutvalg-digital-samhandling#Mandat>) kan oppsummeres i følgende hovedpunkter:

- Bidra til å definere **strategisk retning** for samhandlingsområdet
- Anbefale strategisk retning og følge opp aktivitet for vesentlige innsatsfelter, nemlig **Kjernejournal, Felles grunnmur og normerende produkter**
- Når **Helhetlig samhandling** (tidligere Akson samhandling) etableres, skal utvalgets rolle overfor dette programmet defineres nærmere

Møtene frem til nå har hatt saker som spenner over mye av utvalgets mandat, som illustrert nedenfor:

Møte:	8/6	19/8	25/9	23/10	4/12
Tema					
Kjernejournal	• Kjernejournal status (o)				• Produktstrategi for kjernejournal (o/d)
Felles grunnmur	• Felles grunnmur – oversikt (o)		• Felles grunnmur - prosess (d) • Plan for dokumentdeling (t)		• Felles grunnmur - prioritering (d) • Grunndata risikoreducerende tiltak (d)
Normering	• Status for innføring av e-helsestandarder (o)	• Status meldingsstandarder og RHF EPJ-planer (d) • Arkitekturprinsipper og plattformer (o/d)	• Plan for internasjonale standarder (d)		• IPS-veileder (o)
Program for helhetlig samhandling	• Akson samhandling – oversikt (o)	• Akson samhandling (d)	• Akson samhandling – akselerering (d)		• Helhetlig samhandling – rigging av program (d)
Annet			• Veikart for nasjonale e-helseløsninger (d)		

o = orientering, d = drøfting, t = tilslutning

Sekretariatet har gjort det til fast praksis å sende ut en kort spørreundersøkelse til representantene etter hvert møte. Svarprosenten har vært relativt lav, men inntrykket er at områdeutvalget fungerer godt. Vi legger for øvrig opp til en evaluering av områdeutvalget, og trolig vil det skje i andre kvartal 2021. Vi kommer tilbake med mer informasjon om dette senere.

Hensikt med en årsplan

Ved å lage en plan for områdeutvalgets arbeid i 2021, håper vi å oppnå følgende

- Bedre forberedelse av saker til behandling, slik at vi legger til rette for god kvalitet i utvalgets arbeid
- Bedre involvering av representantene, blant annet slik at utvalgets arbeid tar hensyn til prioriteringer og prosesser hos aktørene
- God balanse mellom forutsigbarhet og fleksibilitet. Vi må beholde en evne til å tilpasse møteagenda etter temaene som til enhver tid er viktige.

Prosess

Sekretariatet sendte ut en epost tidlig i november hvor representantene ble bedt om innspill til årsplanen for 2021. Det har kommet inn svar fra de fleste, men noen viktige aktører har ikke gitt respons ennå.

Opprinnelig plan var å behandle et forslag til årsplan i møtet 4. desember. For å få plass til andre viktige saker har vi i samråd med utvalgsleder bestemt at vi skyver denne behandlingen til februar-møtet.

I møtet vil vi gi noe utfyllende informasjon om status og prosess for arbeidet.