

<b>Møte i Nasjonalt e-helsestyre</b>	
<i>Møte</i>	7/2020
<i>Dato</i>	16. desember 2020
<i>Tid</i>	Kl. 10.00 – 13.00
<i>Sted</i>	Videomøte
<i>Medlemmer</i>	Karl Vestli (Direktoratet for e-helse)      Kristin W. Wieland (KS) Cathrine Lofthus (Helse Sør-Øst RHF)      Kjell Wolff (Bergen kommune) Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF)      Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Cecilie Daae (Helse Nord RHF)      Lilly Ann Elvestad (FFO) Inger Cathrine Bryne (Helse Vest RHF)      Mina Gerhardsen (Nasjonalforeningen Jan Arild Lyngstad (Helsedirektoratet)      for folkehelsen) Gun Peggy Knudsen (Folkehelseinstituttet)      Steffen Sutorius Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune)      (Digitaliseringsdirektoratet) Bjørn-Atle Hansen (Alta kommune)      Lill Sverresdatter Larsen (Norsk Svein Lyngroth (Oslo kommune)      Sykepleierforbund)
<i>Observatører</i>	Johan Ronæs (Norsk Helsenett SF)

Sak	Agenda Nasjonalt e-helsestyre	Tidspunkt	Sakstype
34/20	Godkjenning av innkalling og dagsorden	10:00	Godkjenning
35/20	Godkjenning av referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre 13. november 2020	10:03	Godkjenning
36/20	Orientering fra Direktoratet for e-helse	10:05	Orientering
37/20	Nasjonal e-helseportefølje, inklusivt arbeid knyttet til korona-pandemien	10:25	Tilslutning
38/20	Schrems II	10:50	Orientering
39/20	Porteføljestyling 2.0	11:10	Tilslutning
40/20	Legemiddelprogrammet, sentralt styringsdokument og langsiktig finansiering	11:35	Orientering
41/20	Plan for Felles grunnmur 2021	12:00	Tilslutning
42/20	Mandat nasjonale utvalg	12:20	Tilslutning og drøfting
43/20	Etablering av Områdeutvalg for digitalisering av legemiddelfeltet	12:40	Tilslutning
44/20	Eventuelt	13:00	

Sak	Tema	Sakstype
<b>34/20</b>	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden</b>	<b>Godkjenning</b>
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre godkjenner innkalling og dagsorden.	
<b>35/20</b>	<b>Godkjenning av referat fra ekstramøte Nasjonalt e-helsestyre 13. november 2020</b>	<b>Godkjenning</b>
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre godkjenner referatet fra ekstra møtet 13. november 2020.	<b>Vedlegg 1:</b> Referat fra ekstra møte i Nasjonalt e-helsestyre 13. november 2020
<b>36/20</b>	<b>Orientering fra Direktoratet for e-helse</b>	<b>Orientering</b>
	Direktoratet for e-helse vil orientere Nasjonalt e-helsestyre om status på følgende saker: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisering i Direktoratet for e-helse – ledelsemessige konsekvenser</li> <li>- Abelian og WTWs spørsmål mot ESA – status</li> </ul>	<b>Vedlegg 2:</b> Toppnotat Orientering fra Direktoratet for e-helse

	<p>Inkl. dialog med ESA om notifisering av forvaltningsmodell for Akson journal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Status med arbeidet med rettsgrunnlag for Akson</li> </ul>	
	<p><b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tar sakene til orientering.</p>	
<b>37/20</b>	<p><b>Nasjonal e-helseportefølje, inklusivt arbeid knyttet til koronapandemien</b></p>	<b>Tilslutning</b>
	<p>Direktoratet for e-helse vil orientere Nasjonalt e-helsestyre om følgende:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Status Nasjonal e-helseportefølje</li> <li>2. Nasjonal e-helseportefølje 2021 – tilslutning til innstilling av nasjonal e-helseportefølje</li> <li>3. Drift- og forvaltningskostnader for nasjonale e-helseløsninger</li> <li>4. Koronaporteføljen</li> </ol> <p>Vedlegg 3A og 3B er begge lenket opp til ehelse.no i toppnotatet, samt i høyre kolonne i agenda.</p>	<p><b>Vedlegg 3:</b> Toppnotat Nasjonal e-helseportefølje – status</p> <p><b>Vedlegg 3A:</b> <a href="#">Statusrapport nasjonal e-helseportefølje november 2020</a></p> <p><b>Vedlegg 3B:</b> <a href="#">Samlet rapportering nasjonal e-helseportefølje oktober 2020</a></p>
	<p><b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tilslutter seg innstilling av nasjonal e-helseportefølje. Nasjonalt e-helsestyre ber Direktoratet for e-helse ta med seg øvrige innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>	
<b>38/20</b>	<p><b>Schrems II</b></p>	<b>Orientering</b>
	<p>Direktoratet for e-helse ønsker å redegjøre for Nasjonalt e-helsestyre konsekvensene av Schrems II-dommen.</p>	<p><b>Vedlegg 4:</b> Toppnotat Schrems II</p>
	<p><b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering.</p>	
<b>39/20</b>	<p><b>Porteføljestyling 2.0</b></p>	<b>Tilslutning</b>
	<p>Direktoratet for e-helse legger frem forslag til kriterier for innmelding og etablering av porteføljesegmenter.</p> <p>Vi ønsker innspill fra Nasjonalt e-helsestyre ut fra følgende spørsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vil disse kriteriene bringe de rette tiltakene inn i e-helseporteføljen?</li> <li>- Er etablering av porteføljesegmentene hensiktsmessig?</li> </ul>	<p><b>Vedlegg 5:</b> Toppnotat Porteføljestyling 2.0</p>
	<p><b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre gir sin tilslutning til forslag til nye kriterier for innmelding til nasjonal e-helseportefølje og etablering av porteføljesegmenter.</p>	
<b>40/20</b>	<p><b>Legemiddelprogrammet, sentralt styringsdokument og langsiktig finansiering</b></p>	<b>Orientering</b>
	<p>Direktoratet for e-helse vil informere Nasjonalt e-helsestyre om Legemiddelprogrammets arbeid med etablering av pasientens legemiddelliste, utarbeidelse av sentralt styringsdokument og mottatte innspill fra sektoren til styringsdokumentet. Direktoratet vil også orientere om behovet for langsiktig finansiering, forankring med sektor og prosess for kvalitetssikring.</p>	<p><b>Vedlegg 6:</b> Toppnotat Legemiddelprogrammet</p>
	<p><b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill fra møtet i det videre arbeidet med pasientens</p>	

	legemiddelliste, utarbeidelse av sentralt styringsdokument, forankring i sektoren og langsiktig finansiering	
<b>41/20</b>	<b>Plan for Felles grunnmur 2021</b>	<b>Tilslutning</b>
	Direktoratet for e-helse vil presenterer plan for Felles grunnmur 2021, hvor Nasjonalt e-helsestyre bes om å tilslutte seg forslaget.	<b>Vedlegg 7:</b> Toppnotat Plan for Felles grunnmur 2021
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tilslutter seg forslag til plan for Felles grunnmur 2021 og Direktoratet for e-helse ta med seg innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.	
<b>42/20</b>	<b>Mandat nasjonale utvalg</b>	<b>Tilslutning og drøfting</b>
	Direktoratet for e-helse legger frem forslag til justert mandat for NUFA og NUIT, hvor Nasjonalt e-helsestyre bes om å tilslutte seg forslagene. I tillegg legges forslag til justert mandat for Nasjonalt e-helsestyre frem til drøfting.	<b>Vedlegg 8:</b> Toppnotat Mandat nasjonale utvalg <b>Vedlegg 8A:</b> Justert mandat NUFA <b>Vedlegg 8B:</b> Justert mandat NUIT <b>Vedlegg 8C:</b> Justert mandag Nasjonalt e-helsestyre
	<b>Forslag til vedtak 1:</b> Nasjonalt e-helsestyre vedtar fremlagt forslag til mandat for NUFA.  <b>Forslag til vedtak 2:</b> Nasjonalt e-helsestyre vedtar fremlagt forslag til mandat for NUIT.  <b>Forslag til vedtak 3:</b> Nasjonalt e-helsestyre drøfter forslag til justert mandat for Nasjonalt e-helsestyre og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene når direktoratet skal vedta mandatet.	
<b>43/20</b>	<b>Etablering av Områdeutvalg for digitalisering av legemiddelfeltet</b>	<b>Tilslutning</b>
	Direktoratet for e-helse legger frem mandat for etablering av Områdeutvalg for digitalisering av legemiddelfeltet, hvor saken er ledd i ekstern forankring og innspillsrunder.	<b>Vedlegg 9:</b> Toppnotat Etablering av Områdeutvalg for digitalisering av legemiddelfeltet <b>Vedlegg 9A:</b> Mandat Områdeutvalg digitalisering av legemiddelfeltet
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tilslutter seg til mandatet og Dag Jordbru anbefales som utvalgsleder.	
<b>44/20</b>	<b>Eventuelt</b>	

# Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre

<i>Møte</i>	6/2020	
<i>Dato</i>	13. november 2020	
<i>Tid</i>	Kl. 10.00 – 11.00	
<i>Sted</i>	Videomøte	
<b>Medlemmer</b>		
<i>Til stede</i>	Inger Cathrine Bryne (Helse Vest RHF) Cathrine Lofthus (Helse Sør-Øst RHF) Cecilie Daae (Helse Nord RHF) Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF) Christine Bergland (Direktoratet for e-helse) Jan Arild Lyngstad (Helsedirektoratet) Gun Peggy Knudsen (Folkehelseinstituttet) Kristin W. Wieland (KS) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune)	Mina Gerhardsen (Nasjonalforeningen for folkehelsen) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Steffen Sutorius (Digitaliseringsdirektoratet) Lilly Ann Elvestad (FFO) Kjell Wolff (Bergen kommune) Lill Sverresdatter Larsen (Norsk Sykepleierforbund)
<i>Ikke til stede</i>	Svein Lyngroth (Oslo kommune)	Bjørn-Atle Hansen (Alta kommune)
<i>Observatører</i>	Johan Ronæs (Norsk Helsenett SF)	
<i>Direktoratet for e-helse</i>	Karl Vestli Inga Nordberg Siv Ingebrigtsen	Sonja Turøy Brugman Vibeke Jonassen Wang

Sak	Tema	Sakstype
28/20	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
29/20	Godkjenning av referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre 17. september 2020	Godkjenning
30/20	Akson Journal	Orientering
31/20	Helhetlig samhandling	Orientering
32/20	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
33/20	Eventuelt	

Sak	Tema
<b>28/20</b>	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden</b>
	Det ble kommentert at det er uheldig at det blir sendt oppdatert versjon av sakspapirene kort tid i forkant av møtet. Dette bør unngås.
	<b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre godkjenner innkalling og dagsorden.
<b>29/20</b>	<b>Godkjenning av referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre 17. september 2020</b>
	Det kom ingen innspill.
	<b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre godkjenner referatet fra møtet 17. september 2020.
<b>30/20</b>	<b>Akson Journal</b>
	Harald Hjelde, Prosjektleder Akson, orienterte Nasjonalt e-helsestyre om status i det videre arbeidet med Akson.
	Det er høsten 2020 etablert et felles prosjekt mellom stat, KS og kommuner for det videre arbeidet med Akson Journal, ledet av kommunene. Det er nedsatt en styringsgruppe som blant annet skal arbeide med å avklare nødvendige spørsmål og utarbeide et beslutningsunderlag for administrativ og politisk behandling i foregangskommunene som sannsynliggjør mulighet for realisering av felles kommunal journal, inklusive eierskap i den nye virksomheten Akson journal. Styringsgruppen består av representanter fra kommunene Bergen, Bodø, Bærum, Kristiansand, Oslo, Stavanger og Vinje kommune samt KS og Helse- og omsorgsdepartementet, Trondheim kommune, Kommunal- og moderniseringsdepartementet,

	<p>Norsk Helsenett SF og Direktoratet for e-helse deltar som observatører. Prosjektorganiseringen er under etablering og mandat og planer for det videre arbeidet er under utarbeidelse.</p> <p>I diskusjonen ble det kommentert at fag- og interesseorganisasjonene og pasient- og brukerorganisasjonene ikke var nevnt i presentasjonen. Medlemmene påpekte viktigheten av involvering fra disse gruppene. Prosjektet kommenterte at de trenger et godt beslutningsgrunnlag for å gå videre. Der vil involvering fra alle interessenter og parter være viktig.</p> <p>I møtet ble det kommentert at medievirkeligheten beskriver et annet prosjekt enn det kommunene ønsker å realisere. Det er vanskelig å komme med motstemmer til bildet mediene har skapt. Kommunene presiserte at det er flere viktige spørsmål som står ubesvarte. Kommuneledere leser aviser og har ikke fulgt saksgangen og beslutninger i de nasjonale utvalgene. Det er en betydelig kommunikasjonsjobb som må gjøres for å trygge kommuneledere på faglige spørsmål knyttet til Akson journal.</p> <p>Direktoratet for e-helse kommenterte at de som blir mest berørt av Akson journal - kommunene, pasienter og innbyggere - er positive innstilt. Direktoratet uttrykte videre at støtten fra Norsk Sykepleierforbund og pasient- og brukerorganisasjonene i media, har vært uvurderlig.</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre ønsker en overordnet oversikt over avhengigheter mellom pågående og planlagt tiltak. Videre er det viktig å få avklart E-helsestyret sin rolle knyttet til realisering av målbildet for Én innbygger – én journal. Dette ønskes tatt opp som sak veldig snart. Direktoratet for e-helse svarte at dette er noe som vil bli diskutert med Nasjonalt e-helsestyre, etter endelige budsjettvedtak knyttet til Akson Journal og helhetlig samhandling i Stortinget.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering.</p>
<p><b>31/20</b></p>	<p><b>Program for helhetlig samhandling</b></p>
	<p>Nasjonalt e-helsestyre ble orientert om status i arbeidet med planlegging av Program for helhetlig samhandling. Ansvaret for realisering av helhetlig samhandling er foreslått lagt til Direktoratet for e-helse i samarbeid med Norsk Helsenett SF.</p> <p>Regjeringen foreslår å bevilge 189 MNOK for 2021 innenfor en samlet kostnadsramme på 712 mill kroner over fire år for realisering av steg 1 i utviklingsretningen for helhetlig samhandling. Steg 1 avgrenses til prosjektene slik dette er definert av forprosjektet og eksternt kvalitetssikret gjennom statens prosjektmodell (KS2). Dette omfatter grunndata og tillitstjenester, kjernejournal, nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og røntgensvar, samt forprosjekt og ekstern kvalitetssikring av neste steg i utviklingsretningen for helhetlig samhandling. Departementet ønsker å forsere forprosjekt for samhandling steg 2.</p> <p>Flere medlemmer kommenterte at dette er godt arbeid og at mange elementer er med. Det ble kommentert at det som vises i steg 1 er veldig overordnet. Spesialisthelsetjenesten etterlyste Pasientens legemiddelliste (PLL) og kritisk informasjon i kjernejournal i programmet. Dette er beskrevet i veikart for nasjonale e-helseløsninger som skal leveres Helse- og omsorgsdepartementet, og har høyest prioritert der.</p> <p>Medlemmene stilte spørsmål om sammenhengen mellom Veikart for nasjonale e-helseløsninger og Program helhetlig samhandling. Direktoratet for e-helse svarte at Program helhetlig samhandling består av tiltak som er beskrevet som samhandlingsløsninger i SSD-en som Stortinget har besluttet. Direktoratet vil legge frem et helhetlig budskap som viser</p>

	<p>sammenhengen mellom Veikart for nasjonale e-hesløløsninger og tydeliggjøring av hva som ligger i steg 1.</p> <p>Det kom innspill om at sammenhengen mellom Akson journal og Program helhetlig samhandling også må tydeliggjøres. Kommunene presiserte at det fremdeles er bekymring knyttet til deling av disse to tiltakene og om hvordan styringen mellom programmene skal skje for å sikre særlig kommunal innflytelse på helheten. Kommunene understreket viktigheten av å få besvart dette for at kommunene får nødvendig trygghet for å kunne støtte og involvere seg i Akson Journal. Direktoratet for e-helse svarte at de kommer tilbake til hvordan styringen skal ivaretas. Samtidig presiserte direktoratet at vi må forholde oss til det som er besluttet; staten har ansvar for tiltak knyttet til Helhetlig samhandling og kommunesektoren har ansvar for Akson Journal.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering.</p>
<b>32/20</b>	<b>Orientering fra Direktoratet for e-helse</b>
	<p>Direktoratet for e-helse orienterte Nasjonalt e-helsestyre om status på følgende saker:</p> <p><b>Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-hesløløsninger</b> Veikartet skal leveres 16. november. I tillegg utarbeides et dokument som ser spesifikt på hva veikartet betyr for kommunal helse- og omsorgstjeneste ("veikart i kontekst av Akson"). Dette utarbeides i samarbeid med KS og leveres 30. november.</p> <p>Det ble stilt spørsmål til om standardiseringsverktøyet til sykepleiere, ICNP, blir ivaretatt i veikartet. Direktoratet bekreftet det, og at dette ligger i Program kodeverk og terminologi og Felles språk.</p> <p>Det ble gjentatt at det er viktig å synliggjøre sammenhengen mellom steg 1 og Veikartet. Det er i tillegg viktig å tydeliggjøre hva som blir konkretet prosjekter i 2021, og hvordan disse skal styres og finansieres.</p> <p>Det kom innspill om at det er viktig at dette blir et verktøy som gir forutsigbarhet for når løsningene kan tas i bruk. Det er behov for å vite hvordan dokumentet skal styres og forvaltes fremover, og hvor forpliktende dokument blir for sektoren. Direktoratet for e-helse svarte at det er ønskelig at dette blir et verktøy for å prioritere. Det blir også et verktøy for Helse- og omsorgsdepartementet.</p> <p><b>Samfinansiering</b> Direktoratet for e-helse har i brev av 24. september forespurt de regionale helseforetakene om samfinansiering av Legemiddelprogrammet og tiltak innenfor Felles grunnmur, herunder Felles hjelpenummer.</p> <p>I diskusjonen kommenterte spesialisthelsetjenesten at de ønsker å bidra, men at det er viktig at også andre bidrar. Spesialisthelsetjenesten vurderer denne investeringen på lik linje som andre tiltak. Det må foreligge kost-nytte-analyser og gevinstrealiseringsplaner for at spesialisthelsetjenesten skal kunne forplikte seg.</p> <p>Avslutningsvis ble det kommentert at det er behov for å drøfte finansieringsmodeller i Nasjonalt e-helsestyre.</p> <p><b>Omorganisering I Direktoratet for e-helse</b> Direktoratet for e-helse orienterte om ny organisering. Dette er gjort for å kunne utvikle organisasjonen for å være rustet for fremtidige og prioriterte oppgaver.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyret tar sakene til orientering.</p>

33/20	Eventuelt
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Det kom innspill om at det er ønskelig at Nasjonalt e-helsestyre får en oppdatering på to saker:<ul style="list-style-type: none"><li>- Fra referat 6. mai; Status på søksmålet mot EFTA Surveillance Agency (ESA) som Abelia har fremmet.</li><li>- Fra referatet 1. juni; Status på arbeidet med rettsgrunnlaget for Akson, og dialogen som er initiert med EFSA for å notifisere forvaltningsmodellen for Akson journal.</li></ul></li><li>• Det ble kommentert at Nasjonalt e-helsestyre ønsker flere tilslutningssaker og færre orienteringssaker.</li></ul>

Til Møte 7/20  
Dato 16.12.2020  
Saksnummer 36/20  
Type Orientering

Fra Karl Vestli  
Saksbehandler Sonja Turøy Brugman

## Orientering fra Direktoratet for e-helse

### Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering.

### Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse ønsker å orientere Nasjonalt e-helsestyre om følgende saker:

- Organisering i direktoratet - ledelsesmessige konsekvenser
- Abelia og WTWs søksmål mot ESA – status  
Inkl. status for arbeid med rettsgrunnlag for Akson, dialog med ESA for notifikasjon av forvaltningsmodell for Akson journal
- Status for arbeidet med rettsgrunnlag for Akson

### Bakgrunn

Direktoratet redegjør gjennom dette notatet for innholdet i sakene. I møtet vil direktoratet ha en kort presentasjon av sakene.

### Organisering i direktoratet – ledelsesmessige konsekvenser

Christine Bergland har sagt opp sin stilling som direktør for Direktoratet for e-helse. Karl Vestli er konstituert direktør og overtar flere av hennes oppgaver og roller. Direktoratet gjør noen endringer i organisasjonen som følge av dette. Helse- og omsorgsdepartementet skal gjennomføre rekrutteringen av ny direktør og forventer utlysning før jul. Videre har Inga Nordberg sagt opp sin stilling og vil slutte i slutten av februar. Hans Løwe Larsen vil i hennes sted være fungerende divisjonsdirektør i Divisjon samhandling fra 1. januar.

### Abelia og WTWs søksmål mot ESA – status

Norske myndigheter notifikerte i mai 2019 flere nasjonale e-helsetjenester til EFTA Surveillance Authority (ESA), for å få rettslig sikkerhet knyttet til hvorvidt finansieringen og leveransen av tjenestene er i henhold til statsstøtteregelverket. Spørsmålet hadde frem til da blitt vurdert flere ganger av direktoratet og eksternt advokatkontor i forbindelse med utviklingen av løsningene.



I juli 2019 fattet ESA vedtak i saken, der de konkluderte med at de nasjonale e-helseløsningene Nasjonal kjernejournal, E-resept, Helsenorge og Helsenet, samt flere andre tjenester som leveres av Norsk Helsenet SF (NHN), ikke er omfattet av statsstøtteregelverket. I november 2019 anla imidlertid Abelia og WTW AS søksmål mot ESA for EFTA-domstolen, med krav om at saken måtte vurderes på nytt som følge av at ESA burde vært i tvil om konklusjonen og at det derfor forelå saksbehandlingsfeil ved at ESA ikke hadde fulgt en formell undersøkelsesprosedyre. Saken ble tatt til behandling i rettsmøte 7. juli 2020 etter utveksling av prosesskrifter fra partene, der også Norge ved regjeringsadvokaten hadde benyttet en rettslig adgang til å komme med innlegg til saken. 17. november 2020 ble saken avgjort ved at EFTA-domstolen konkluderte med at det ikke var grunnlag for at ESA burde vært i tvil om avgjørelsen, at det dermed ikke forelå saksbehandlingsfeil. ESAs vedtak av 10. juli 2019 blir således stående.

ESA-vedtaket og dommen omfatter de ovennevnte nasjonale e-helseløsningene, samt grunndata, HelseID, HelseCert og andre tjenester tilknyttet Helsenet. Også NHNs drift av diverse helseregistre og tjenestene som ytes fra Tjenestesenteret (IT, anskaffelser og postmottak/arkiv) er omfattet. For det første bekrefter vedtaket at offentlige e-helsetjenester kan være unntatt fra statsstøtteregelverket, og angir et juridisk handlingsrom for slike tjenester. Vedtaket påpeker at det er av sentral betydning hvorvidt en e-helsetjeneste er regulert i lov og forskrift eller understøtter helsetjenestens lovpålagte plikter, som for eksempel oppfyllelse av pasientrettigheter. ESA legger også til grunn at der det foreligger slik regulering, vil nasjonale myndigheter ha et visst handlingsrom i måten tjenestene utformes på.

Vedtaket og dommen har gitt flere viktige avklaringer knyttet til det som til nå har vært en juridisk gråsoner i grenselandet mellom en offentlig helsetjeneste og et privat kommersielt IT-marked. Vedtaket gjelder tjenestene slik de ble beskrevet i notifikasjonen fra våren 2019, og ny funksjonalitet utviklet etter dette er ikke direkte omfattet. Men vedtaket og dommen gir et vesentlig sikrere grunnlag for vurderinger av om også nye tjenester er i tråd med statsstøtteregelverket.

#### Dialog med ESA om notifisering av forvaltningsmodell for Akson journal

Helse- og omsorgsdepartementet innledet våren 2020 en prosess med ESA med sikte på å notifisere også den offentlige finansieringen av Akson journal til ESA. Et utkast til notifikasjon (en "pre-notifikasjon") ble oversendt fra Direktoratet for e-helse til departementet i mai. Oversendelse til ESA ble utsatt til september, som følge av at ESA på dette tidspunktet var opptatt med å behandle en lang rekke notifikasjoner av krisestøtteordninger som følge av korona-pandemien. Av samme grunn har det høsten 2020 vært stor usikkerhet rundt hvor lang tid ESA ville bruke på å vurdere pre-notifikasjonen.

Nå viser det seg at ESA er klar til å behandle en endelig notifikasjon av Akson journal. Den 25. november ble endelig notifikasjon oversendt ESA. Akson journal vil være en noe annen type e-helseløsning enn de løsningene som er omfattet av det tidligere vedtaket fra ESA, men flere av de prinsipielle avklaringene som kom med dette vedtaket og den påfølgende dommen fra EFTA-domstolen vil kunne ha betydning for Akson journal.

#### **Status for arbeidet med rettsgrunnlag for Akson**

Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang arbeidet med å etablere rettsgrunnlag for tiltakene knyttet til realiseringen av Én innbygger - én journal, herunder Akson journal og helhetlig nasjonal samhandling rundt pasientbehandlingen. Fremdriftsplanen for arbeidet er ikke endelig avklart, men vil følge de formelle prosedyrene for lovarbeid med offentlig høring mm. Direktoratet bidrar med innspill til arbeidet.

Til Møte 7/20  
Dato 16.12.2020  
Saksnummer 37/20  
Type Tilslutning

Fra Siv Ingebrigtsen  
Saksbehandler Elin Høyvik Kindingstad

## Nasjonal e-helseportefølje – status og planer

### Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre tilslutter seg innstilling av nasjonal e-helseportefølje. Nasjonalt e-helsestyre ber Direktoratet for e-helse ta med seg øvrige innspill gitt i møtet i det videre arbeidet.

### Hensikt med saken

Saken består av følgende tema:

1. Status nasjonal e-helseportefølje
2. Nasjonal e-helseportefølje 2021 – tilslutning til innstilling av nasjonal e-helseportefølje
3. Drift- og forvaltningskostnader for nasjonale e-helseløsninger
4. Koronaporteføljen

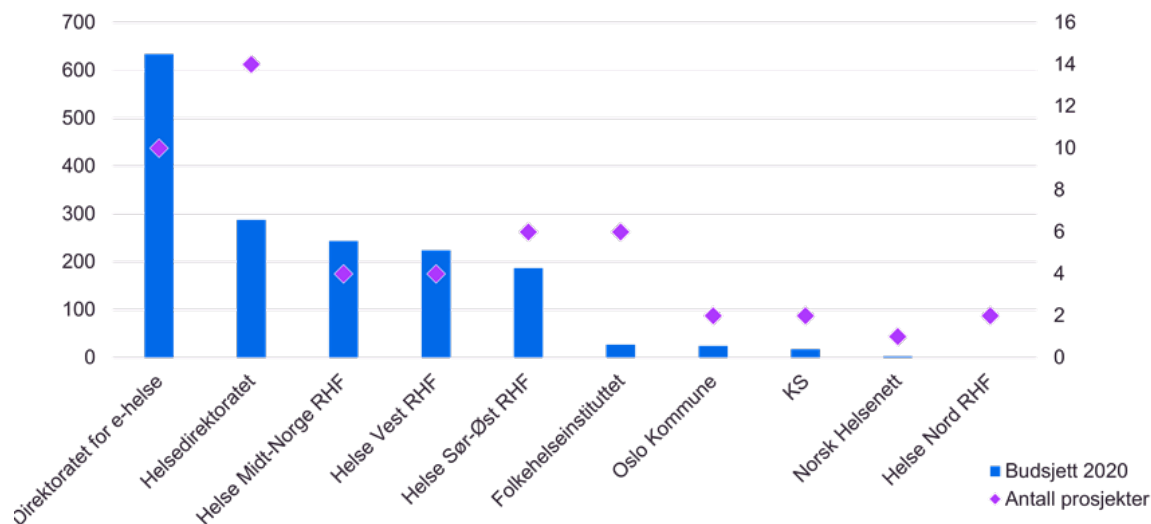
## 1. Status nasjonal e-helseportefølje

Nasjonal e-helseportefølje består av 51 prosjekter og har et budsjett på 1,65 milliarder kroner (oktober 2020).

*Forprosjekt Akson* er ferdigstilt, og erstattes av *Helhetlig Samhandling* og *Felles Journal* i 2021. Folkehelseinstituttet har meldt inn *Oppruste og modernisere SYSVAK. DigiHoT- Digitalisering av hjelpemiddelformidlingen i NAV og kommune* er meldt inn fra Kommunesektorens organisasjon (KS).

Prosjektene *Robust Mobilt Helsenet* (Helse Nord) og *Innføring av Digital Patologi* (Helse Midt Norge) er avsluttet og meldt ut av porteføljen. Prosjektet *Regional EPJ Journalinnsyn* (Helse Sør-Øst) har fått redusert omfang, og er meldt ut av porteføljen. *Neste generasjon nød- og beredskapskommunikasjon* (Helsedirektoratet) har avsluttet KVVU og avventer videre beslutning.

Figuren nedenfor viser antall prosjekter per aktør, samt aktørens samlede prosjektbudsjett:



Figur 1: Antall prosjekter og samlet prosjektbudsjett i 2020 (millioner kroner) per aktør

Trenden med en økende andel prosjekter som har gul status fortsetter, og ved denne innmeldingen har 67 % av prosjektene gul status mot 60% i mars. Tre prosjekter melder om rød status. Økningen i gul status har delvis sammenheng med at ressurser blir omdisponert som følge av koronapandemien, både i helseforvaltningen og hos helseaktører.

Det er tre prosjekter med rød status:

- PKI infrastrukturløsning (Helse Midt-Norge)
- Generisk funksjonsvurderingsverktøy for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet)
- Digitalisert observasjon håndvask (Folkehelseinstituttet)

Det er tre prosjekter med rød risiko:

- Klinisk legemiddelsamhandling (Helse Sør-Øst)
- PKI infrastrukturløsning (Helse Midt-Norge)
- HMN Lab (Helse Midt-Norge)
- Generisk funksjonsvurderingsverktøy for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet)

### Koronapandemien gir forsinkelser og økt risiko, men samtidig tidligere gevinster

Prosjektene i porteføljen er påvirket av koronapandemien. Koronapandemien er hovedårsaken til flere forsinkelser og mange prosjekter melder om krevende ressursituasjoner. Samtidig ser man at koronapandemien på mange områder har fremmet betydningen av digitalisering, og flere har tatt i bruk de løsningene som finnes. Gevinster av nylige investeringer har kommet hurtigere enn forventet, og dette har hjulpet med håndteringen av pandemien.

### **Avhengigheter på legemiddelområdet**

På legemiddelområdet er det fortsatt behov for tett oppfølging, både av prosjektet SAFEST gjennomføring og ferdigstillingen av SFM i legemiddelprogrammet. Flere prosjekter melder om avhengigheter til SAFEST gjennomføring, bl.a. Klinisk legemiddelsamhandling i Helse Sør-Øst, HELIKS i Helse Vest og Helseplattformen i Helse Midt-Norge.

På dette området mangler et veikart og en plan for overgangen til enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon. Det er nødvendig å utrede behov og mulige tiltak for dette.

### **Konsekvenser av Schrems II**

Schrems II-dommen har konsekvenser for nasjonal e-helseportefølje. Se egen sak

## **2. Nasjonal e-helseportefølje 2021**

I 2021 starter to sentrale tiltak for å nå målene i Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal; programmene *Akson journal* og *Helhetlig samhandling*. Gjennom leveransene fra programmene vil vi få bygget sentrale løsninger som er en forutsetning for å få til økt samhandling, mer samordning av digitaliseringsarbeidet i sektoren og sammen levere pasientens helsetjeneste.

Per oktober 2020 ser det ut til at nasjonal e-helseportefølje 2021 vil bestå av 49 prosjekter. Dette inkluderer prosjektet *Ny personidentifikator og felles hjelpenummer* (Direktoratet for e-helse) hvor oppstart ikke er bekreftet. Det er fem prosjekter som er forventet avsluttet i 2020.

Innmeldt budsjett for 2021 er på rundt 1,1 milliard, men ca. en tredjedel av prosjektene har ikke oppgitt budsjett for det kommende året.

## **3. Drift- og forvaltningskostnader for nasjonale e-helseløsninger**

Det er et mål å gi en mer helhetlig og pålitelig oversikt over drift- og forvaltningskostnader på nasjonale e-helseløsninger, som kommer som konsekvens av tiltak i nasjonal e-helseportefølje.

Det er viktig at utvalgene i styringsmodellen ved sin innstilling og tilslutning vedrørende porteføljen for 2021 tar hensyn til tiltakenes betydning for varige drift- og forvaltningskostnader. Teknisk beregningsutvalg vil da ha som utgangspunkt at dette er i samsvar med sektorens samlede prioriteringer.

Tabellen under viser forventet varig økning i drift- og forvaltningskostnader fra 2021 til 2022 på grunn av videreutvikling (alle tall avrundet til hele millioner).

Tiltak	Kjerne-journal	Helsenorge	E-resept	Helsenett (Helse-ID & Grunndata)
Kjernejournal – Innsyn	1 <sup>1</sup>			
Kjernejournal – API kritisk info	2 <sup>2</sup>			
Helsedataprogrammet		3 <sup>3</sup>		
• Innsyntjenester, samtykke og reservasjon				
Legemiddelprogrammet, SFM			17 <sup>4</sup>	1
MF Helse				7 <sup>5</sup>
• Persontjenesten				
• Melding om fødsel og død				
Ny personidentifikator og felles hjelpenummer				2
Andre tiltak som angår Helsenorge i 2021, som DIS, DigiHelsestasjon, Alle møter osv		21 <sup>6</sup>		

Tallene i tabellen kan avvike fra innmeldingen av tiltaket. Avvik skyldes at ny informasjon er innhentet etter frist for innmelding 9. oktober. For øvrig er alle tall i tabellen estimater og kan endres på senere tidspunkt når ny informasjon tilkommer.

I tillegg antas det at flere andre tiltak som f.eks. digital behandlings- og egenbehandlingsplan og SYSVAK kan ha konsekvenser for drifts- og forvaltningskostnader for nasjonale e-helseløsninger i 2022, men det mangler i dag konkrete tall.

#### 4. Koronaporteføljen

Helsemyndighetene mottok i vår mange innspill fra aktører som ville bidra til å understøtte koronaarbeidet med digitale løsninger og tiltak. Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Direktoratet for e-helse etablerte derfor et samarbeid for å håndtere alle de innkomne forslagene, sammen med Norsk Helsenett, KS og spesialisthelsetjenesten. Alle forslagene ble samlet av Direktoratet for e-helses porteføljekontor og vurdert nærmere i ulike arbeidsgrupper. Et prioriteringsstyre bestående av aktørene besluttet hvilke tiltak som anbefales gjennomført.

Prioriteringsstyret/arenaen er besluttet videreført. Styringsgruppens formål er å følge opp at tiltakene som ble prioritert leveres og har effekt. I tillegg drøfter og koordinerer styringsgruppen andre relevante digitaliseringstiltak som understøtter arbeidet med epidemien. Styringsgruppen har i de siste ukene drøftet digitaliseringstiltak spesielt knyttet i TISK-programmet og i Vaksinasjonsprogrammet. For å kunne understøtte prosessene med koronatesting og vaksinasjons digitalt, er det flere løsninger som må på plass. I tillegg må det etableres ny funksjonalitet i eksisterende sentrale løsninger og EPJ-leverandørene

<sup>1</sup> Ca. 2 mill i drift og forvaltning for 2021. Økning på ca. 1 mill. for 2022 som følge av investering i 2021.

<sup>2</sup> Oppstart produksjon 2021 hvor drift og forvaltning håndteres via tiltakseier.

<sup>3</sup> Økning som følge av investering i 2021 (tillegg til tidligere investeringer).

<sup>4</sup> Kostnader som følge av investeringer fra perioden 2018-2021 med produksjonssetting i 2021.

Kostnadene vil øke etter hvert som SFM videreutviklers

<sup>5</sup> Drift og forvaltning 2021 på Grunndata Persontjeneste og melding om dødsfall ca. 13 mill. Ytterligere kostnader på drift- og forvaltning i 2022 på Grunndata og HelseID ca. 7 mill i 2022 som følge av investering i 2021. Ytterligere drifts- og forvaltningskostnader i 2023 som følge investering i 2022.

<sup>6</sup> Basert på utviklingskapasitet på 115 mill. og fratrukket kostnader knyttet til øvrige spesifiserte tiltak

må gjøre tilpasninger i sine løsninger. Styringsgruppen for koronaporteføljen jobber nå med hvordan prioritering og finansiering av tilpasningene som må gjøres i de ulike EPJ-løsningene skal foregå.

Vedlegg – lenket opp på NUIT sine sider på ehelse.no:

1. [Nasjonal e-helseportefølje November 2020](#)
2. [Samlet rapportering nasjonal e-helseportefølje oktober 2020](#)

Til Møte 7/20  
Dato 16.12.2020  
Saksnummer 39/20  
Type Orientering

Fra Karl Vestli  
Saksbehandler Marit Larsen Haarr

### Orientering om Schrems II-dommen

#### Forslag til vedtak

E-helsestyret tar saken til orientering.

#### Hensikt med saken

Redegjøre for konsekvensene av Schrems II-dommen for nasjonal e-helseportefølje.

#### Bakgrunn

Schrems II-dommen treffer alle virksomheter som overfører personopplysninger til tredjeland som USA eller bruker tjenestetilbydere med tilhørighet til slike land. Dommen innebærer at adgangen til å overføre personopplysninger til tredjeland fremover er avhengig av inngående og komplekse kartlegginger og risikovurderinger for å sikre et tilfredsstillende nivå på behandling av personopplysninger. I praksis er nå overføring til tredjeland som ikke kan garantere tilfredsstillende nivå for personvern blitt svært vanskelig.

#### Nødvendig overføringsgrunnlag for overføring av personopplysninger blir vanskelig å etablere etter dommen

Schrems II-dommen fra juli 2020 setter bruk av tjenestetilbydere for IKT utenfor EU der det overføres personopplysninger i et nytt lys. USAs overvåkningspraksis og regelverk strider mot retten til et privatliv, en rettighet som følger av EU-charteret – EUs «grunnlov». De avgjørende spørsmålene handler om overføring av personopplysninger til USA gir EU-borgere et tilstrekkelig personvern på linje med GDPR:

- 1) muligheten for de registrerte til å håndheve rettigheter gitt i personvernlovgivningen i EU og
- 2) muligheten for at amerikansk etterretning kan få innsyn i personopplysningene som er overført

Problemstillingen for behandlingsansvarlige (dataansvarlige når det behandles helseopplysninger) er at det nå er svært vanskelig å starte opp behandling av helse- og personopplysninger i en skyløsning eller andre løsninger som innebærer overføring av personopplysninger til tredjeland, og at det er svært problematisk å fortsette bruk av slike løsninger. Det er slått fast i dommen at USA ikke har tilstrekkelig personvernbeskyttelse iht. EUs personvernlovgivning.

## Utfordringer etter dommen

### Lovlig overføring av personopplysninger til tredjeland (herunder USA) krever gyldig overføringsgrunnlag

Overføring av personopplysninger til land utenfor EU som ikke holder et tilsvarende nivå på beskyttelse av personopplysninger som kreves iht. GDPR er ulovlig uten et gyldig overføringsgrunnlag. Schrems I og II-dommene kjente de etablerte løsningene for overføringsgrunnlag mellom EU og USA ugyldige pga. manglende personvernbeskyttelse (Safe Harbour og Privacy Shield).

I henhold til dommen og ny veiledning fra det europeiske Personvernrådet (EDPB) er situasjonen nå slik at det teoretisk sett fortsatt er mulig å overføre personopplysninger til USA basert på såkalte standard kontraktsbestemmelser utformet av EU (SCC).

### Gyldig overføringsgrunnlag er nå vanskelig å få til pga. krevende tilleggsvurderinger mht. tilfredsstillende personvernbeskyttelse i tredjeland og hos tilbyder

Å basere seg på SCC kontraktsbestemmelser er ikke nok, og behandlingsansvarlig må i tillegg gjøre konkrete undersøkelser mht. nivå på personvernbeskyttelsen en tjenestetilbyder kan gi. Det er mulig å bruke tekniske, organisatoriske og juridiske tiltak for å sikre dette, men i praksis er det blitt svært vanskelig å overføre personopplysninger til en amerikansk tjenestetilbyder etter Schrems II. Situasjonen er nå at svært krevende og kompliserte konkrete vurderinger må gjøres av den dataansvarlige for å være sikker på at overføring kan gjøres uten at det innebærer brudd på europeiske personvernregler.

### Rammes overføring av enhver personopplysning?

Alle typer personopplysninger rammes, og det er ikke anledning til å vurdere sannsynlighet for mulig tilgang til personopplysningene. Det er nok at en enkel personopplysning som navn eller epost-adresse overføres, og det gis ikke mulighet til å vurdere hvorvidt det er sannsynlig at etterretningsmyndigheter vil etterspørre informasjonen eller ikke, og innrette seg i henhold til det. Veiledning fra det europeiske Personvernrådet tydeliggjør at det ikke kan skje en risikovurdering mht. typer av informasjon eller en sannsynlighetsvurdering knyttet til muligheten for innsyn fra etterretningshold.

### Hvilke land rammes?

Overføring til alle tredjeland rammes av dommen. Her er USA spesielt omtalt i Schrems II-dommen, men de samme vurderingene gjelder for alle land som ikke er godkjent av EU .

Det er spesielt tydeliggjort at USAs føderale etterretningslover som gir amerikanske myndigheter rett til tilgang til informasjon om personopplysninger er et brudd på europeisk personvernregelverk. Dette rammer alle amerikanske tjenestetilbydere, uavhengig av om behandlingen av personopplysningene skjer på amerikansk jord eller ikke. Selv en tjenestetilbyder med amerikansk tilknytning som tilbyr tjenester innenfor EU vil rammes av amerikanske etterretningslover.

### Hva ligger i begrepet overføring?

Overføring omfatter mer enn det som følger av en normal språklig forståelse av begrepet, og omfatter i denne sammenhengen:

- 1) Serverlagring utenfor EØS-området
- 2) Tilgang for ansatte hos en databehandler eller under-databehandler til personopplysninger fra tredjeland (også der serverlagring skjer innenfor EØS-området)



- 3) Tilgang for ansatte hos en databehandler eller under-databehandler til personopplysninger via fjerntilgang (også der serverlagring skjer innenfor EØS-området), selv om kopiering, lagring og/eller utskrift av opplysningene ikke er teknisk mulig for disse ansatte
- 4) All behandling av personopplysninger som skjer teknisk utenfor EØS-området eller av en fysisk person utenfor EØS-området.

### **Roller og ansvar**

Det er den enkelte virksomhet med dataansvar for løsninger som har ansvar for at virksomhetens helse- og personopplysninger behandles lovlig, dvs. innenfor rammen av personvernregelverket (Personopplysningsloven som omfatter GDPR).

For å lette på situasjonen slik at ikke alle små og store virksomheter må gjøre det samme, bør store tjenestetilbydere, som bl.a. Norsk Helsenett SF, påvirkes til å gjøre tilgjengelig informasjon som gjør denne typen vurderinger enklere. Her er det behov for oversikt over systemer og løsninger som behandler helse- og personopplysninger, og om slik behandling innebærer bruk av teknologi, løsninger eller underdatabehandlere som overfører helse- og personopplysninger til USA.

Leverandørmarkedet bør også tilgjengeliggjøre informasjon som gjør det lettere for kundene å gjøre vurderinger, men ser ikke ut til å ha kommet særlig langt med dette pr. november 2020.

### **Påvirkning på prosjekter i Nasjonal e-helseportefølje**

Det er pr. november ikke rapportert på prosjekter til Nasjonalt Porteføljekontor med sikte på å vise om prosjektene innebærer behandling av helse- og personopplysninger, og ev. hvilke virksomheter som er dataansvarlige. Det rapporteres heller ikke systematisert informasjon om arkitektur- og teknologivalg eller valg av tjenestetilbyder eller leverandør. Det finnes dermed ikke systematisert informasjon om porteføljen som viser hvilke prosjekter som ev. kan treffes av Schrems II. Dette kan vurderes som mulige rapporteringsområder til februarrapporteringen.

### **Andre prosjekter og virksomhetskritiske systemer i helsesektoren**

Det er minst like viktig å vurdere løsninger som er i drift i virksomhetene i sektoren mht. om de treffes av Schrems II-dommen. Dette kan potensielt være virksomhetskritiske systemer som Nasjonalt Porteføljekontor ikke får informasjon om. Det er den enkelte virksomhet med dataansvar for løsninger som må gjøre vurderingene mht. dette.

### **Alternativer til skyløsninger**

I følge NHN er det ikke noe reelt alternativ å bytte ut amerikanske skyleverandører med norske eller europeiske når det gjelder alternativer til det de beste skyplattformene tilbyr. Til og med de beste og mest fleksible privat sky-leverandørene (hosted private cloud, managed private cloud) kan ha eierforhold som gjør det problematisk i lys av Schrems II, og vil i så fall også kreve ekstra undersøkelser og tiltak.

### **Hva sier Datatilsynet?**

Datatilsynet sier at denne situasjonen er vanskelig. Likevel uttrykker de at det ikke vil bli gitt noe amnesti, og at det vil bli utført tilsyn også mht. dette i 2021. I sin veiledning skriver de følgende: *Det er viktig å vente med å inngå nye avtaler med tredjelandsleverandører inntil man er helt sikker på at man fullt ut klarer å etterleve alle av EU-domstolens tilleggsvilkår. Dersom man er i tvil, skal ikke avtalene inngås. Man må være forberedt på at nye avtaler som innebærer ulovlig overføring av personopplysninger til tredjeland, kan vurderes strengere enn eksisterende avtaler. De gamle avtalene ble inngått før vi kjente til*

*EU-domstolens tilleggsvilkår, og i de første månedene etter at dommen falt kan det ta noe tid å innrette seg etter de nye reglene. Nye, ulovlige avtaler kan derimot sees på som en overtredelse foretatt mot bedre vitende fra første stund, og det er ingen unnskyldning for å ha inngått slike avtaler.*

## Konsekvenser

Schrems II-dommen i seg selv er positiv fordi den prinsipielt sett styrker personvernet.

Dommen får imidlertid konsekvenser for alle løsninger som baserer seg på bl.a. skyløsninger som leveres av amerikanske selskaper. Det er også uklart hva dette vil ha å si for arbeidsstøtteverktøy, nettlesere og andre kontorstøttesystemer uavhengig av om det er på faste eller mobile enheter.

**Persontjenesten (MF Helse):** Dommen har ført til utsettelse av produksjonssetting av Persontjenesten ettersom Persontjenesten er basert på bruk av Microsoft Azure. NHN vurderer nå on-premise alternativer, og har ikke p.t. et nytt tidfestet produksjonstidspunkt på alternativ infrastruktur. Forsinkelse i nasjonal innføring (planlagt fra Q3 2021) må påregnes. Forsinkelsen vil antagelig få følger for konsumenter som planlegger å ta tjenesten i bruk i 2021.

**Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP):** Hvis ikke Microsoft Azure kan brukes som plattform for VKP må tjenesten stoppe. Behovene som VKP dekker er tenkt dekket av et fremtidig rammeverk og felleskomponenter for helhetlig samhandling. Hvis VKP stoppes må VKP enten søke å løse behovene "midlertidig" gjennom andre eksisterende tiltak og komponenter, eller vente på at behovene dekkes gjennom realisering av helhetlig samhandling. Om det er mulig å dekke behovet gjennom andre eksisterende tiltak og komponenter er ikke vurdert. Dette kan f.eks. være tiltak knyttet til standardisering, bruk av felles API management løsning og andre grunnmurskomponenter etter hvert som de realiseres. Risikoen med å ikke gjøre noe (avvente helhetlig samhandling) er at sektoren implementerer lokale integrasjoner, og markedet ledes ikke inn på en felles vei mot helhetlig samhandling. Det vil da sannsynligvis ta lengre tid å oppnå effektiv informasjonsdeling på et nasjonalt nivå.

## Helseanalyseplattformen (HAP):

HAP består av mange komponenter, men kan deles inn i to hoveddeler: Søknads- og saksbehandlingstjenester og data- og analysetjenester (innbyggertjenestene på helsenorge.no knyttet til HAP (og mellom annet bruk av PVK) holdes her utenfor). Siden de to hoveddelene behandler ulike typer personopplysninger og realiseres gjennom to ulike kontrakter beskrives de hver for seg.

HAP arbeider med Schrems II ved å kartlegge, vurdere tiltak og risiko med sikte på å avklare situasjonen i god tid før oppstart saksbehandling 25.2.21 (for søknads- og saksbehandlingsløsninger), mens det for data og analysetjenester må være avklart i løpet av Q1 2021.

- **Søknads- og saksbehandlingstjenester i HAP:**

I utgangspunktet ser det ut til at Schrems II ikke medfører store konsekvenser for behandlingen som skjer i løsningen. Så langt vurderer HAP at tekniske og organisatoriske tiltak vil være tilstrekkelige. Det er også behov for å klargjøre kontrakten siden denne viser til Privacy Shield i behandling av personopplysninger i supportsaker.

- **Data- og analysetjenester i HAP:**

Her er usikkerheten noe større, det gjenstår å få full oversikt over i hvilke tilfeller personopplysninger eventuelt overføres til land utenfor EU. Dersom tekniske og organisatoriske tiltak (som skissert over) ikke er tilstrekkelige må kontrakten for data- og analysetjenester sies opp, og Helseanalyseplattformen må

anskaffes på nytt. Det vil medføre en vesentlig merkostnad og forsinket gevinstrealisering. Det er her verdt å merke seg at alternativene til Microsoft også er amerikanske leverandører slik at det vil være samme usikkerhet knyttet til disse leverandørene.

### **Smittestopp:**

I styringsgruppemøte for Smittestopp uke 49 fremgikk det at Microsoft ikke har kunnet gi garanti om at data ikke overføres til andre land enn EU ved bruk av Microsoft Azure. Prosjektet har derfor gjennomført kontraktsforhandlinger for hosting hos Netcompany, og ser ut til å ha mistet mindre enn en uke på å gå til on-premise-løsning. Overgang til on-premise ser ikke ut til å utsette sluttdato.

Andre prosjekter som **Helseplattformen** og **SYSVAK** er også forespurt om konsekvenser, men har ikke kommet tilbake med svar før toppnotatet ble ferdigstilt.

### **Hva gjør andre virksomheter?**

Skatteetaten, Helsedirektoratet og Norsk Helsenett svarer at de kartlegger situasjonen og er i dialog med leverandører med tanke på mulige tiltak.

SSB, DigDir, KS m.fl. er forespurt, men det foreligger ikke noe svar ennå.

Til Møte 7/20  
Dato 16.12.2020  
Saksnummer 39/20  
Type Tilslutning

Fra Karl Vestli  
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

## Porteføljestyling 2.0

### Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre gir sin tilslutning til forslag til nye kriterier for innmelding til nasjonal e-helseportefølje og etablering av porteføljesegmenter.

### Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse legger frem forslag til kriterier for innmelding og etablering av porteføljesegmenter.

Vi ønsker innspill fra Nasjonalt e-helsestyre ut fra følgende spørsmål:

- Vil disse kriteriene bringe de rette tiltakene inn e-helseporteføljen?
- Er etablering av porteføljesegmentene hensiktsmessig?

Nedenfor gis bakgrunn for og en overordnet beskrivelse av forslagene.

### Bakgrunn

Det er behov for å videreutvikle den nasjonale porteføljestylingen og de nasjonale utvalgene. Direktoratet for e-helse satte derfor i gang et forbedringsarbeid i høst som har fått navnet Porteføljestyling 2.0.

Nasjonal porteføljestyling er et virkemiddel for realisering av nasjonal e-helsestrategi og helsepolitiske mål. Vi ser at Helse-Norge i enda større grad må samles om hvilke tiltak som er de riktige, hvordan de skal følges opp - og i tråd med felles planer ha bedre kontroll på avhengigheter og at krav følges opp. Oppgaven er stor og kompleks. Ulike tiltak trenger ulik grad av styring og oppfølging. Vi må derfor endre måten vi håndterer tiltakene på. For å lykkes forutsettes en bedre oversikt, økt grad av forutsigbarhet, samt økt grad av samstyring og koordinering av tiltak som forutsetter en felles nasjonal innsats.

Som forarbeid til drøfting av forslagene i utvalgsmøtene i 4. kvartal 2020 har det vært nedsatt en sektorsammensatt arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen har hatt tre arbeidsmøter i løpet av høsten. Hovedfokus har vært å utforme forslag til kriterier for innmelding og etablering av porteføljesegmenter.

Dette inngår som drøftingssaker i de nasjonale utvalgsmøtene, første gang i NUFA 28. oktober 2020, deretter i NUIT 25. november og i Nasjonalt e-helsestyre 16. desember.

#### *Felles oversikt og tydeligere helhet*

E-helseporteføljen skal gi nasjonal oppmerksomhet om flere e-helsetiltak. Tiltak med nasjonal verdi skal meldes inn til porteføljen slik at helse- og omsorgssektoren har en felles oversikt og at helheten blir tydeligere.

Ved at flere tiltak av nasjonal betydning meldes inn, kan aktørene bli kjent med hvilke initiativ som planlegges og bedre kunne se avhengigheter som må til for å lykkes med eget tiltak.

At regionale og lokale initiativ som har potensial for gjenbruk forelegges direktoratet og inngår i den nasjonale e-helseporteføljen, vil bidra til samordning og effektivisering. Det vil legge til rette for åpenhet og kunnskapsdeling at aktørene får kjennskap til planlagte tiltak og mulighet til å hente inspirasjon og melde interesse for å delta. Åpenhet om hva som er gjort for å løse utfordringer er et steg i retning av mer samordning. Aktører vil også oppleve at man i større grad kan unngå dobbeltarbeid fordi man ser at det pågår tilsvarende initiativ andre steder.

Helse- og omsorgsdepartementet vil på sin side få bedre oversikt over hva som skjer i helse- og omsorgssektoren og hva som kreves for å få det til.

#### *E-helseporteføljen skal gi forutsigbarhet*

E-helseporteføljen skal synliggjøre hvilke tiltak som gir felles retning i e-helseutviklingen og for felles nasjonale e-helsetiltak. Slik helse- og omsorgssektoren er organisert er det viktig med forutsigbarhet og å gi aktørene god tid til planlegging. Planer for gjennomføring av e-helseporteføljen gir oversikt over når løsninger planlegges innført og skal tas i bruk.

Både kortsiktige planer som neste års portefølje, og mer langsiktige planer som veikartet, er med på å gi større forutsigbarhet. Gjennom arbeidet med veikart tar nasjonal porteføljestyring et skritt opp på modenhetstrappen. Veikartet gir et rammeverk for hele endringsprosessen knyttet til e-helse, hvor avhengighetene mellom tiltakene følges opp. Et veikart med et tidsperspektiv på 1 – 5 år vil styrke sannsynligheten for å nå de målene sektoren setter seg i fellesskap, og vil være et godt utgangspunkt for den årlige porteføljedefinisjonsprosessen hvor tiltak i påfølgende år skal prioriteres og planlegges. Porteføljestyringsprosessene skal videreutvikles og tilrettelegge for et godt samarbeid mellom interessentene, blant annet for å holde veikartet aktuelt og oppdatert.

#### *Deler av e-helseporteføljen bør styres helhetlig*

Til nå har alle programmer og prosjekter i nasjonal e-helseportefølje blitt behandlet likt med hensyn til rapportering og prioritering. Rutinene har vært tilpasset de store og langvarige e-helsetiltakene med relativt sikker finansiering.

Porteføljesegmenter foreslås som en måte å differensiere håndtering av tiltakene i e-helseporteføljen. Tiltak som krever nasjonal samordning, samarbeid eller samfinansiering av drift og forvaltning bør styres helhetlig.

Digitaliseringsbehovene i helse- og omsorgssektoren vil kreve betydelige investeringer i de nærmeste årene. Vekst i investeringer og videreutvikling av eksisterende nasjonale løsninger medfører også vekst i forvaltnings- og driftskostnadene. Kostnader til utvikling, forvaltning og drift bør sees og prioriteres samlet.

Porteføljesegmenter foreslås som en måte å differensiere håndtering av tiltakene i e-helseporteføljen. Tiltak som krever nasjonal samordning, samarbeid eller samfinansiering av drift og forvaltning bør styres helhetlig.

Se forslag til kriterier og porteføljesegmenter nedenfor, som vi ønsker innspill på.

### **Forslag til kriterier for innmelding og vurdering**

Nasjonal porteføljestyring skal bidra til gode prioriteringer basert på solide beslutningsgrunnlag. Tiltak med nasjonal betydning skal meldes inn til porteføljen slik at helse- og omsorgssektoren har en felles oversikt og at helheten blir tydeligere.

Litt forenklet kan kriteriene stilles opp slik:

- Digitalisering er en vesentlig del av tiltaket
- Tiltaket dreier seg om helsehjelp og har betydning for flere aktører, for eksempel flere kommuner, flere helseforetak eller private aktører
- Tiltaket har stor gjenbruksverdi, eller angår nasjonale løsninger

Tiltak som skal meldes inn til nasjonal e-helseportefølje skal tilfredsstillende alle disse tre kriteriene.

Nye tiltak meldes inn til Direktoratet for e-helse. Vurdering av om tiltaket skal være en del av nasjonal e-helseportefølje, skal gjøres i nært samarbeid mellom innmelder og Direktoratet for e-helse. Utgangspunkt vil alltid den vurderingen innmelder selv har gjort ut fra et skjema og en veiledning som skal være lett tilgjengelig i verktøyet som benyttes.

Det pågår et arbeid med å utforme krav til felles verktøy og konkretisere informasjonsinnhold som må følge innmelding av tiltak i de ulike segmentene.

### **Forslag til etablering av porteføljesegmenter**

Vi ser at ulike tiltak trenger ulik grad av styring og oppfølging. Vi ønsker å styrke samstyring og koordinering på deler av porteføljen, og begrense oppfølging og administrasjon for andre deler.

For å ivareta en nødvendig differensiering, foreslås det en inndeling av porteføljen i fire segmenter som henspiller på hvordan de nasjonale utvalgene skal forholde seg til tiltakene i segmentet:

1. Samstyre: Tiltak som krever nasjonal samordning, samarbeid eller samfinansiering av drift og forvaltning
2. Koordinere: Tiltak som har avhengigheter til tiltak i samstyringssegmentet, tiltak som har avhengigheter til videreutvikling av nasjonale e-helseløsninger eller tiltak som har avhengigheter til videreutvikling av andre sentrale løsninger
3. Observere: Tiltak som har til formål å innføre nasjonale løsninger eller har avhengigheter til tiltak i koordineringssegmentet
4. Inspirere: Tiltak som undersøker nye muligheter gjennom utredning eller utprøving

Nytten av segmenteringen ligger i at helse- og omsorgssektoren sammen må sikre at alle gjør sitt for at vi får realisert gevinstene, gjennom å:

1. Lykkes bedre med det vi må ha et tett samarbeid om
2. Blir bedre til å håndtere avhengigheter
3. Følge med og forstå hindringer for tiltak som skal realisere gevinster
4. Inspirerer hverandre til å tenke nytt og dele kunnskap

Foreløpige anbefalinger til informasjonsinnhold som etterspørres for tiltak i de ulike segmentene er som følger:

**Alle tiltak:**

Eierskap, formål og strategiske tilknytning

**Tiltak ut over de som er i inspirasjonssegmentet:**

Hovedleveranser, status og risiko

**Tiltak i koordinerings- og samstyringssegmentet:**

Avhengigheter til nasjonale e-hesletiltak og e-hesløløsninger

**Kun tiltak i samstyringssegmentet:**

Hvilke aktører som må bidra, hvilke nasjonale e-hesløløsninger som må videreutvikles, samfunnsøkonomiske gevinster, investeringsbehov, finansieringskilder, drift- og forvaltningskostnader og innføringsstrategi.

Differensiering av informasjonsinnholdet i innmeldingen vil bety en vesentlig forenkling for de aktørene som i liten grad eier tiltak i samstyringssegmentet. For NUIT og Nasjonalt e-heslestyre, som i hovedsak skal behandle samstyringstiltak, vil differensieringen bety høyere kvalitet på innmelding av tiltak som er av felles interesse for medlemmene i utvalgene.

Av tiltakene som er i porteføljen i dag, er Legemiddelprogrammet og Velferdsteknologiprogrammet klare kandidater for Samstyringssegmentet. Av nye tiltak vil Helhetlig samhandling også åpenbart ha bruk for den forankring og felles innsats som er målet for samhandlingssegmentet. Tiltak som bidrar til utvikling av felles innbyggertjenester, bør også samordnes og samstyres, og dermed er disse tiltakene også kandidater for samstyringssegmentet.

**Innspill fra NUFA og NUIT**

Direktoratet for e-helse har lagt frem forslag til kriterier for innmelding og etablering av porteføljesegmenter i NUFA og NUIT. Tilbakemeldingene er at forslaget til kriterier for innmelding og segmentering er bra. Det er positivt at man deler inn nasjonal e-hesleportefølge slik at man reduserer innsamling av data som ikke benyttes og at man fokuserer innsatsen på tiltak i samstyringssegmentet. Direktoratet for e-helse fikk innspill om å vurdere hvorvidt kriteriene for innmelding er for vide. Det ble kommentert at om man lykkes med å informere og forankre nasjonal e-hesleportefølge i kommunene, vil dette blant annet gi en mulighet for at kommunene kan få en mer samkjørt prioritering og innsats på innføring.

Arbeidet med videreutvikling av nasjonal porteføljestyring skal skje i samarbeid med aktørene. Det er viktig at vi i dette arbeidet gjør oss erfaringer og justerer underveis.

Til Møte 7/20  
Dato 16.12.2020  
Saksnummer 40/20  
Type Orientering

Fra Karl Vestli  
Saksbehandler Robert Nystuen

## Legemiddelprogrammet, sentralt styringsdokument og langsiktig finansiering

### Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill fra møtet i det videre arbeidet med pasientens legemiddelliste, utarbeidelse av sentralt styringsdokument, forankring i sektoren og langsiktig finansiering

### Hensikt med saken

Legemiddelprogrammet ønsker å informere Nasjonalt e-helsestyre om

1. Legemiddelprogrammets arbeid med etablering av pasientens legemiddelliste, utarbeidelse av sentralt styringsdokument og mottatte innspill fra sektoren til styringsdokumentet.
2. Behov for langsiktig finansiering, forankring med sektor og prosess for kvalitetssikring

### Bakgrunn for saken

#### *Kort om Pasientens legemiddelliste*

Pasientens legemiddelliste er en elektronisk oversikt over legemidlene som hver enkelt pasient skal bruke. Denne oversikten gir informasjon om legemiddelbehandling forskrevet fra alle deler av helsetjenesten, som for eksempel fra fastlege, sykehuslege eller sykehjemslege. Leger må se og forholde seg til pasientens legemiddelliste før ny legemiddelbehandling startes eller endres. Når en lege gjør endringer i pasientens legemiddelbehandling, oppdateres legemiddellisten sentralt, slik at denne informasjonen også er tilgjengelig for annet helsepersonell som er en del av pasientens behandlingsskjede.



For pasienten innebærer dette at helsepersonell alltid skal være oppdatert på pasientens legemidler. I dag er det ofte pasienten selv eller pårørende som er bærer av disse opplysningene, og tiltaket kan muligens redusere både tidsbruk og usikkerhet for innbyggere.

Pasientens legemiddelliste skal gi enklere og tryggere håndtering av legemidler og sikre at helsepersonell i en behandlingssituasjon har tilgang på pasientens legemiddelhistorikk. På denne måten kan det bidra til økt pasientsikkerhet og redusert pasientskade. Helsepersonell vil redusere tiden de bruker på å bekrefte legemiddelopplysninger eller svare på henvendelser fra samarbeidsaktører. Dette kan gjelde både ved overføring av pasienter mellom virksomheter eller omsorgsnivå, eller ved utlevering av legemidler i apotek.

### ***Legemiddelprogrammet, sentralt styringsdokument og forankring i sektoren***

Legemiddelprogrammet ble opprettet i Direktoratet for e-helse for å samle prosjekter, aktiviteter og prioriteringer på legemiddelområdet som samlet sett skal bidra til realiseringen av pasientens legemiddelliste. Direktoratet har erfart en stadig økende kompleksitet knyttet til realiseringen av pasientens legemiddelliste. Dette er en erkjennelse som er gjort sammen med aktørene i sektoren.

Tilslutning til og forankring av realiseringsplaner er et prioritert pågående arbeid i legemiddelprogrammet som høsten 2020 har utarbeidet sentralt styringsdokument (SSD). Dette har vært et viktig grep for å tydeliggjøre følgende:

1. Konsept og mål for pasientens legemiddelliste og tilgrensende aktiviteter
2. Tydelig organisering av arbeidet og involvering av sentrale aktører i sektoren
3. Omforent gjennomføringsplan som beskriver både programmets og sektorens aktiviteter
4. Overordnet kostnads- og nyttevurderinger
5. Omforent finansieringsmodell for realisering av pasientens legemiddelliste

Legemiddelprogrammet utarbeidet versjon 0.7 av SSD som beskriver konsept, mål, organisering og overordnet gjennomføringsplan for legemiddelprogrammet. Versjon 0.7 ble sendt på innspillrunde til legemiddelprogrammets programstyre i november 2020 og vi har mottatt 463 tilbakemeldinger.

Legemiddelprogrammet ønsker å presentere hovedtrekkene i SSD til nasjonalt e-helsestyre og i tillegg gjennomgå de viktigste tilbakemeldingene fra sektoren.

### ***Behov for behov for langsiktig finansiering***

Pasientens legemiddelliste er samfinansiert av de regionale helseforetakene og Direktoratet for e-helse i 2020. Direktoratet har sammen med Norsk Helsenett gjennom våren 2020 økt rammen til Legemiddelprogrammet, og det er i løpet av våren sikret finansiering for utprøving av pasientens legemiddelliste gjennom medfinansieringsordningen i regi av Digitaliseringsdirektoratet(DigDir).

Budsjett for 2021 legger opp til en fortsatt økning av ramme sett opp mot 2020. Finansiering kommer fra Direktoratet for e-helse, samfinansiering med de fire regionale helseforetakene, EPJ-løftet og medfinansieringsordningen DigDir. Endelig budsjett og ramme for 2021 blir ikke avklart før ultimo januar 2021.

Nødvendige utviklings- og innføringsaktiviteter knyttet til pasientens legemiddelliste vil innebære betydelige investeringer både sentralt og lokalt. For å lykkes med PLL vil det være avgjørende å sikre en forutsigbar finansiering for det videre arbeidet. En tydelig finansieringsmodell for utvikling, vedlikehold og drift er derfor en prioritert oppgave i legemiddelprogrammet. Dette skal skje i dialog med aktører i sektoren og departementet.

Legemiddelprogrammet vil i møtet med nasjonalt e-helsestyre gjennomgå status for arbeidet med langsiktig finansiering opp mot gjeldende vurderinger av langsiktige kostnad- og nyttevurderinger for realisering av pasientens legemiddelliste.

Til Møte 7/20  
Dato 16.12.2020  
Saksnummer 41/20  
Type Tilslutning

Fra Karl Stener Vestli  
Saksbehandler Inga Nordberg

## Felles grunnmur for digitale tjenester 2021

### Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre tilslutter seg forslag til plan for Felles grunnmur 2021 og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.

### Hensikt med saken

Hensikten med saken er å få tilslutning til plan for Felles grunnmur for 2021.

### Bakgrunn

Revidering av plan for Felles grunnmur er gjennomført i samarbeid med sentrale initiativ og aktører i sektoren. Det er avholdt en rekke møter med aktørene i områdeutvalget, NUFA og NUIT hvor aktørenes behov og forslag til prioritering har vært tema. Innspillene ligger til grunn for forslaget til plan for 2021.

Planen er drøftet i områdeutvalget og NUFA. NUIT tilsluttet seg forslag til plan med de prioriteringer som ligger til grunn for anbefalt ambisjonsnivå. Det gjenstår avklaring på samfinansiering av tiltak i anbefalt ambisjonsnivå, og utvalget bad direktoratet vurdere hvilke tiltak i anbefalt ambisjonsnivå som kan inngå som en del av Helhetlig samhandling.

Planen forelegges for tilslutning i NEHS, parallelt med at det pågår arbeid med å avklare finansiering.

### Grunnmursleveranser er nødvendig for å understøtte en rekke initiativ som sektoren løfter frem

Tiltakene i planen skal understøtte sektorens behov. En rekke pågående initiativ har avhengigheter til og forutsetter flere grunnmursleveranser, hvor Helseplattformen i Helse Midt-Norge, Felles plan for PAS/EPJ i spesialisthelsetjenesten i Sør-Øst, Vest og Nord, Helsedataprogrammet og Digitalisering av legemiddelområdet er noen av disse. Tiltakene i planen skal også understøtte og forberede for Helhetlig samhandling.

Sektoren trekker 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 tidskritiske behov. Under følger en kort oppsummering.

Det er oppslutning om at arbeidet med **meldingsutveksling** fortsetter i henhold til planen.

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 kompenserende tiltak som dekker et kortsiktig/regionalt/lokalt behov.

Arbeidet med felles **tjeneste for Person på modernisert grunndataplattform** og etablering av **felles språk** forutsettes av en rekke aktører. Prioritering skjer gjennom respektive programstyrer. Tiltak og leveranser for disse områdene inngår likevel i den samlede planen for 2021.

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.

Aktørene viser til betydningen av å innovere i helsetjenesten og peker på at det er summen av tiltakene under de andre innsatsområdene som samlet sett legger til rette for **innovasjon og næringsutvikling**. På kort sikt er det oppslutning om at de tiltakene som er beskrevet under innsatsområdet datadeling er de som bør prioriteres opp.

#### **Prioriterte satsinger og forslag til revidert plan for Felles grunnmur 2021**

I dialogen med sektoren vises det til flere initiativ som bygger på dokument- og datadeling og som er særlig viktige for flere av dem. Aktørene 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 utviklingsretningen for **Helhetlig samhandling** inkl. **Akson** og **veikartet for nasjonale e-hesløløsninger**. Som en del av prosessen er det gjennomført en rekke møter med nevnte initiativ for å sikre at deres behov for grunnmursleveranser er identifisert og tidfestet som utgangspunkt for prioritering av tiltak.

Basert på tilbakemeldingene fra sektor, forslag til prioritering og tidskritikalitet, er tiltakene 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 anbefales gjennomført for å trygge gjennomføringen av de prioriterte initiativene, disse foreslås samfinansiert. *Tiltak som kan forskyves* inneholder tiltak som er nyttige, men som sektoren ikke har prioritert opp og ikke anses som tidskritiske.

Under følger en kort beskrivelse av tiltak i hvert nivå. For mer informasjon og kostnadsestimat, se vedlegg.

- **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 som har en slik 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 "anbefalt ambisjonsnivå".
    - Tiltakene er foreslått samfinansiert av RHFene. Det foreligger ikke avklaring på samfinansieringsmidler for 2021 p.t. NUIT har for øvrig bedt direktoratet om å vurdere hvilke tiltak i anbefalt ambisjonsnivå som kan inngå som en del av Helhetlig samhandling. Se nærmere beskrivelse av dette under siste kapittel "videre prosess".
  - **Tiltak som kan forskyves (grått lag i figuren)**
    - Øvrige tiltak utover "basis" og "anbefalt" forskyves til lenger ut i planperioden og omtales som "tiltak som forskyves".

Tiltak som forskyves -> 2022-2024		
<b>Koordinert utvikling og forvaltning</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Målarkitektur for felleskomponenter</li> <li>• Krav og retningslinjer til innrapportering til nasjonale registre</li> </ul>	<b>Datadeling</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nasjonale krav og retningslinjer for enhetlig innføring (målarkitektur)</li> <li>• Følge med på utprøving/innføring av datadeling</li> <li>• Felles retningslinjer for enhetlig innføring av internasjonale e-helsestandarder</li> <li>• Pasientinformasjonslokalisator</li> <li>• API-management for andre bruksområder*</li> <li>• HelseID*</li> </ul>	<b>Grunndata</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personell og virksomhet*</li> </ul> <b>Innovasjon og næringsutvikling</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strategi for applikasjonsintegrasjon</li> <li>• Økosystem med forvaltningsmodell</li> <li>• Test- og godkjenningstilgjør for bruk av felleskomponenter</li> <li>• Utrede juridiske hindringer</li> </ul>
Anbefalt ambisjonsnivå 2021		
<b>Dokumentdeling (inkl. understøtte datadeling)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nasjonale krav og retningslinjer</li> <li>• Felles tillitsmodell</li> <li>• Bistand til innføring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standarder og tjenester for logging</li> <li>• Innholdsstandarder</li> <li>• Teknisk forvaltning</li> <li>• Kjernejournal - API Kritisk info</li> </ul>	<b>Grunndata</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Felles hjelpenummer</li> </ul>
Basis 2021		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• HelseID (Helhetlig samhandling)</li> <li>• API management for nasjonale e-helseløsninger (Helhetlig samhandling)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grunndata Personell og Virksomhet (Helhetlig samhandling)</li> <li>• Grunndata Person (MF Helse)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felles språk (PKT)</li> <li>• Meldingsutveksling</li> </ul>

\* Utover basis

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

### Konsekvenser av manglende finansiering

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.

For detaljerte beskrivelser av konsekvenser ved manglende samfinansiering til anbefalte ambisjonsnivå, se vedlegg 2.

### **Videre prosess**

Det gjenstår avklaring av finansiering på tiltakene som inngår i plan for Felles grunnmur 2021, herunder tiltak som finansieres over statsbudsjettet og tiltak som foreslås samfinansiert. Videre prosess for avklaring;

- **Samfinansieringsmidler fra RHFene**
  - Avklaring av samfinansiering til tiltak som inngår i anbefalt ambisjonsnivå er i prosess. Hvilke tiltak som skal gjennomføres i 2021 må avstemmes med endelig tildeling.
- **Samhandlingsmidler til Helhetlig samhandling**
  - NUIT bad direktoratet om å innrette bruk av samhandlingsmidler i Statsbudsjettet til nødvendig grunnmursarbeid for å sikre realisering av satsningene som sektoren løfter frem.
  - Det pågår en prosess i regi av direktoratet for å vurdere hvilke tiltak i anbefalt ambisjonsnivå som kan inngå som en del av Helhetlig samhandling i 2021

Resultatet av pågående prosesser over legger føringer for hvilke tiltak som vil inngå i den endelige planen for 2021. Planen justeres fortløpende i tråd med avklaring på finansiering frem mot behandlingen i Nasjonalt e-helsestyre.

### Vedlegg 1: Tiltak i plan for Felles grunnmur 2021

Under fremkommer en oversikt over de tiltakene som foreslås gjennomført i 2021, inkl. kostnadsestimat. Når dette er besluttet vil revidert plan bli publisert på ehelse.no.

#### Basis 2021

Tiltak	Finansieringskilde	Kostnadsestimat i MNOK
Meldingsutveksling	Direktoratet for e-helse og NHN	11,5
Grunndata Person	MF Helse	80,0
HelseID	Helhetlig samhandling	79,5
API management for nasjonale e-helse-løsninger		
Grunndata Personell		
Grunndata Virksomhet		
Første versjon av Felles språk	Program Kodeverk og terminologi	98,0
Forvaltning av Felles språk		
<b>Sum finansiering av basis</b>		<b>269,0</b>

Tabell 1: Basis

#### Anbefalt ambisjonsnivå 2021

Tiltak	Finansieringskilde	Kostnadsestimat i MNOK
Nasjonale krav og retningslinjer	Samfinansiering	50,0
Felles tillitsmodell		
Bistand til innføring		
Kjernejournal – API Kritisk info*		
Standarder og tjenester for logging		
Innholdsstandarder		
Teknisk forvaltning inkl. test- og godkjenningsordning		
Felles hjelpenummer	Samfinansiering	10,0
<b>Sum samfinansieringsbehov av anbefalt ambisjonsnivå</b>		<b>60,0</b>

Tabell 2: Anbefalt ambisjonsnivå. \*Merk at kostnaden for tiltaket merket med \* helt/delvis inngår i det samlede estimatet

## Vedlegg 2: Konsekvenser av manglende samfinansiering av tiltak i anbefalt ambisjonsnivå

**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 overvåkning 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.

Til Møte 7/20  
Dato 16.12.2020  
Saksnummer 42/20  
Type Tilslutning og drøfting

Fra Karl Vestli  
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen og Sonja Turøy  
Brugman

## Mandat nasjonale utvalg

### Forslag til vedtak 1

Nasjonalt e-helsestyre vedtar fremlagt forslag til mandat for NUFA.

### Forslag til vedtak 2

Nasjonalt e-helsestyre vedtar fremlagt forslag til mandat for NUIT.

### Forslag til vedtak 3

Nasjonalt e-helsestyre drøfter forslag til justert mandat for Nasjonalt e-helsestyre og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene når direktoratet skal vedta mandatet.

## Hensikt med saken

Hensikten med saken er at Nasjonalt e-helsestyre skal vedta forslag til justerte mandater for NUFA og NUIT. I tillegg legges forslag til justert mandat for Nasjonalt e-helsestyre frem til drøfting. Målsetningen er at mandatet for Nasjonalt e-helsestyre skal vedtas av Direktoratet for e-helse innen utgangen av 2020.

## Bakgrunn

Nasjonal styringsmodell ble etablert i dagens form i 2016. Siden den gang har det skjedd endringer i organiseringen av e-helseområdet. Det har også skjedd justeringer av medlemssammensetningen. Mandatene til utvalgene i nasjonal styringsmodell er ikke harmonisert med disse endringene.

Utvalgene i Nasjonal styringsmodell for e-helse er sentral som forankrings- og rådgivningsarena for Direktoratet for e-helse og som koordinerende samhandlingsarena for sektoren. Styringsmodellen er derfor i stadig utvikling. I en prosess for å justere mandatene, kunne vi derfor valgt å gjøre større endringer i utvalgenes roller og mandat. Det velger vi ikke å gjøre, i påvente av at beslutninger om helhetlig styring av Akson Journal og Program Helhetlig samhandling er tatt. Dette vil kunne gi konsekvens for Nasjonal styringsmodell for e-helse og det er nødvendig å se nærmere på planene for disse store programmene. Det er planlagt en evaluering av styringsmodellen som vil resultere i at nye mandat vil foreligge i slutten av 2021.

NUFA fikk fremlagt forslag til justert mandat til drøfting i møtet 28. oktober ([lenke til referat NUFA 28.-29. oktober, se sak 38/20](#)). NUIT fikk fremlagt sitt justerte mandat til drøfting i møtet 25. november. Referatet

fra det møtet er ikke publisert og kan derfor ikke legges ved. NUIT får sakspapirene til Nasjonalt e-helsestyre tilsendt, slik at de kan bistå Nasjonalt e-helsestyre med innspill.

I henhold til mandatene, skal Nasjonalt e-helsestyre vedta mandat for NUFA og NUIT. Konkret forslag til mandat for NUFA og NUIT, ligger som henholdsvis vedlegg 8A og 8B i sakspapirene. I dette notatet gir direktoratet en redegjørelse for endringer som er gjort og innspill som er kommet. I møtet vil det kun bli en kort presentasjon av mandatene for NUFA og NUIT før vi ber om at Nasjonalt e-helsestyre vedtar mandatforslagene som legges frem.

Direktoratet for e-helse vedtar mandat for Nasjonalt e-helsestyre. Forslag til justert mandat for E-helsestyret som skal drøftes, ligger som vedlegg 8C i sakspapirene. I drøftingen stiller vi følgende tre spørsmål:

- Gir mandatforslaget generelt sett Nasjonalt e-helsestyre det rommet det trenger for å fylle sin rolle, i påvente av en større evaluering av styringsmodellen i 2021?
- Har Nasjonalt e-helsestyre innspill til styrets rolle knyttet til innstilling og prioritering av endringer som gir økninger i drifts- og forvaltningskostnader?
- Har Nasjonalt e-helsestyre innspill til forslaget om styrets rolle knyttet til Én innbygger - én journal?

Alle forslag til justerte mandat legges ved i word-format, slik at justeringer fra dagens mandat vises i form av kommentarer og spor-endring.

## NUFA

NUFA fikk fremlagt forslag til justerte mandat til drøfting i møtet 28. oktober (se NUFA-referat, sak 38/20). Vi vil fremheve to innspill fra NUFA som også er aktuelle for mandatene til NUIT og Nasjonalt e-helsestyre.

Det ble stilt spørsmål til hensikten med spesifisering av funksjonstid for utvalgene, når aktørene selv utpeker sine representanter. Direktoratet mener at virketid er viktig for at man med jevne mellomrom kan gjøre en helhetlig vurdering av utvalgenes mandat og sammensetning for å sikre at disse justeres når det er hensiktsmessig. Direktoratet mener virketid derfor må videreføres.

NUFA kommenterte også at det kan være vanskelig å få oversikt over forholdet mellom nasjonal styringsmodell og prosjekter, programmer, råd og områdeutvalg. Direktoratet vil følge dette opp i arbeidet med en større evaluering av styringsmodellen.

## NUIT

I møtet 25. november, drøftet NUIT forslag til sitt justerte mandat. Det kom innspill både til medlemssammensetning og oppgaver og ansvar.

### Ad. "Sammensetning"

I saken ble det fremmet forslag om at Digitaliseringsdirektoratet skal invitere til å være representert i NUIT. Det var ulike meninger om dette i NUIT. Direktoratet ønsker fremdeles å foreslå dette inn i mandatet. Begrunnelsen er at mandater til NUIT sier at medlemmene skal reflektere medlemmene i Nasjonalt e-helsestyre. Digitaliseringsdirektoratet er medlem både i Nasjonalt e-helsestyre og NUFA. Digitaliseringsdirektoratet er en sentral pådriver for operasjonalisering av digitaliseringsstrategien for offentlig sektor og bør også av den grunn innlemmes i alle utvalgene i den nasjonale styringsmodellen for e-helse.

NUIT gav også innspill om at NHN bør vurderes inn som medlem i Nasjonalt e-helsestyre og NUIT. I dag er NHN observatør i Nasjonalt e-helsestyre og NUIT og medlem i NUFA. Dette innspiller tas med i arbeidet med en større evaluering av styringsmodellen. I tillegg etterlyste NUIT innbygger- og pasientrepresentasjon inn i utvalget. Disse var tidligere representert også i NUIT. Brukerstemmen er viktig i utvalgene. Direktoratet vil følge dette opp sammen med brukerorganisasjonene som er

representert i Nasjonalt e-helsestyre, for å få oppnevnt en representant også i NUIT. Det vil gjøres en administrativ oppdatering av mandatet til NUIT, når dette er avklart.

#### Ad. "Oppgaver og ansvar"

Direktoratet foreslo å gi NUIT en utvidet rolle knyttet til tiltak som medfører varig økning av årlige kostnader til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger. Dette ble diskutert i [sak 29/20 i NUIT 9. september](#). I møtet stilte NUIT seg bak forslaget om at utvalget skulle behandle og gi tilslutning til økninger i drifts- og forvaltningskostnader av nasjonale e-helseløsninger. Denne behandlingen skulle legges til grunn for behandling av samlede kostnader i teknisk beregningsutvalg. I etterkant av møtet 9. september kom det innvendinger til vedtaket i saken. Det var blant annet ønskelig at også Nasjonalt e-helsestyre skulle drøfte denne problemstillingen.

Direktoratet for e-helse besluttet å referere diskusjonen fra NUIT 9. september uten vedtak ([lenke til referat NUIT 25. september](#)). Behandlingen av problemstillingen ble lagt til denne saken, justering av mandat for utvalgene. Dette gir både NUIT og Nasjonalt e-helsestyre mulighet til å uttale seg.

I NUIT 25. november ble et konkret forslag til tekst diskutert. Det ble foreslått at drøfting og prioritering av tiltak som gir økte drifts- og forvaltningskostnader skal skje i forbindelse med porteføljestyingsprosessen. Basert på innspillene i diskusjonen ble det, i etterkant av møtet, sendt et justert forslag til NUIT for endelig godkjenning. Dette er forslaget som legges frem (endringer i fet skrift):

OPPGAVER OG ANSVAR	
Nasjonalt e-helsestyre	NUIT
Porteføljestyring: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Beslutte</b> prioriteringer i nasjonal e-helseportefølje, inkludert finansiering, leveranseplan <b>inkludert medfølgende endringer i drifts- og forvaltningskostnader for nasjonale e-helseløsninger som følge av prioriteringene</b></li> <li>• Gi tilslutning til omfang av nasjonal e-helseportefølje</li> <li>• Gi tilslutning til prioriteringskriterier for nasjonal e-helseportefølje</li> </ul>	Porteføljestyring: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utarbeide årlig innstilling til prioritering av nasjonal e-helseportefølje, <b>inkludert medfølgende endringer i drifts- og forvaltningskostnader for nasjonale e-helseløsninger som følge av prioriteringene</b>, for tilslutning i Nasjonalt e-helsestyre</li> <li>• Følge opp gjennomføring av nasjonal e-helseportefølje, herunder å bidra til at aktørene etablerer planer for gevinstrealisering. Gi sin tilslutning til tiltak ved større avvik</li> </ul>

### Nasjonalt e-helsestyre

#### Ad. "Bakgrunn"

I avsnittet "Bakgrunn" er det tilsynelatende mange endringer i mandatet. Forslag til endringer er gjort for å harmonisere dette avsnittet i mandatene med det som har stått i mandatet til NUFA og NUIT. Det er hensiktsmessig at mandatet innledes med opprettelsen av utvalget. Direktoratet mener det er viktig at det også i mandatet til Nasjonalt e-helsestyre står at nasjonal styringsmodell for e-helse er rådgivende for direktoratet og at man innlemmer en beskrivelse av utvalgene og deres rolle.

#### Ad. "Oppgaver og ansvar"

Direktoratet mener at det er forslagene til endringene i dette avsnittet som det er viktigst å drøfte med Nasjonalt e-helsestyre.

- **Porteføljestyling**  
Endringer knyttet til drifts- og forvaltningskostnader er redegjort for under NUIT.
- **Forvaltningsstyring**  
Endringene som er gjort under "Forvaltningsstyring" er en følge av at produktstyrene gikk over til NHN da NHN ble etablert som nasjonal tjenesteleverandør. I januar 2020 vedtok Nasjonalt e-helsestyre etablering av Områdeutvalg for digital samhandling. Direktoratet foreslår at Nasjonalt e-helsestyre sin rolle knyttet til etablering av områdeutvalg blir beskrevet i mandatet. Endringsforslaget finner dere i vedlegg 8C.
- **Andre oppgaver**  
Nasjonalt e-helsestyre har vært styringsgruppe for forprosjektet til Én innbygger - én journal. Etter at forprosjektet ble avsluttet, har E-helsestyre flere ganger uttalt at de mener det er viktig at de fortsetter å ha en sentral rolle knyttet til det videre arbeidet med tiltakene som følger av forprosjektet.

Direktoratet for e-helse foreslår som følge av dette, denne formulering under "Andre oppgaver "  
(endringer i fet skrift):

Oppgaver og ansvar
<b>Nasjonalt e-helsestyre</b>
Andre oppgaver: <ul style="list-style-type: none"><li>• Behandle store satsningsforslag og IKT-konsekvenser av vedtatt politikk</li><li>• Gi tilslutning til strategiske valg innen arkitektur, standarder, kodeverk og terminologi</li><li>• <b>Gi tilslutning til strategiske spørsmål knyttet til realisering av målbildet for Én innbygger – én journal</b></li><li>• Informere og forankre Nasjonalt e-helsestyres innstilling i egne virksomheter og styringslinjer</li></ul>

Til Møte 7/20  
Dato 16.12.2020  
Saksnummer 43/20  
Type Tilslutningssak

Fra Jon Helge Andersen  
Saksbehandler Mildrid Ræstad og Espen Hetty Carlsen

### Etablering av områdeutvalg for digitalisering av legemiddelfeltet

Nasjonalt e-helsestyre tilslutter seg til mandatet og Dag Jordbru anbefales som utvalgsleder.

#### Hensikt med saken

Saken er siste ledd i intern og ekstern forankrings- og innspillsrunde. Det er utarbeidet et mandat, se vedlegg, inkludert sammensetning av områdeutvalget. Det har vært gjennomført interne og eksterne innspillsrunder gjennom høsten i Helsefaglig råd, Arkitekturstyring, Arkitekturrådet, alle ledermøter i Direktoratet for e-helse, i NUFA og NUIT. Det har vært gode diskusjoner og det er mottatt innspill som er forsøkt ivare tatt gjennom kontinuerlig oppdatering og endring av mandatet og sammensetning av utvalget.

#### Bakgrunn

Formål for digitalisering av legemiddelfeltet er å bidra til at helsepolitiske målsettinger blir realisert. Områdeutvalget skal ha en helhetlig og strategisk tilnærming og et faglig nivå som ligger over programmer og prosjekter, og som skal

- utarbeide, forvalte og forankre strategi og handlingsplan for digitalisering innenfor legemiddelområdet
- bidra til å angi strategisk retning og overordnet koordinering av e-helsetiltak for å øke gjennomføringsevnen i digitaliseringen av legemiddelområdet
- bidra til en helhetlig prioritering av planlagte og pågående e-helsetiltak innen området basert på sektorens samlede behov

Hovedutfordringene ved å *sikre god kvalitet ved behandling* med legemidler er helsepersonells manglende oversikt over pasientens legemiddelbruk, feil forskrivning, forskrivning av for mange legemidler, uheldige kombinasjoner, feil dosering eller for dårlig oppfølging av legemiddelbehandlingen, samt utilstrekkelig veiledning av pasientene som igjen kan lede til feil bruk eller mangelfull bruk av forskrevne legemidler.

Digitaliseringstiltak vil også være aktuelt å vurdere når det gjelder *lavest mulig pris* på legemidler, *likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler* og *tilrettelegging for forskning og innovasjon*.

Legemiddelfeltet er et høyt prioritert område i sektoren og etableringen av et områdeutvalg gjøres for å sikre bedre styring og koordinering, samt bidra til å definere strategisk retning for området og prioritere tiltak basert på sektorens samlede behov. Sekretariatsarbeid og fasilitering av utvalget vil være en prioritert oppgave for Direktoratet for e-helse sin nyopprettede Avdeling Legemiddel.

# Mandat for Områdeutvalg digitalisering av legemiddelfeltet

## 1. Bakgrunn

### Generelt om områder

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

Styringsmodellen har tre nasjonale utvalg; Nasjonalt e-helsestyre, Prioriteringsutvalget (NUIT) og Fagutvalget (NUFA). Se [Nasjonal styringsmodell – e-helse](#) Utvalgene har en rådgivende funksjon overfor Direktoratet for e-helse.

Antall saker og områder som behandles i den nasjonale styringsmodellen har etter hvert blitt svært omfattende, og stiller krav til både bredde- og dybdekompetanse hos medlemmene. For å sikre bedre styring og koordinering av aktiviteter og tiltak, foreslår direktoratet at det for noen sentrale områder etableres sektorsammensatte områdeutvalg. Områdeutvalgene skal understøtte den nasjonale styringsmodellen.

Sektoren skal gjennom deltakelse i områdeutvalgene bidra til å definere strategisk retning for digitalisering på området og prioritere tiltak basert på sektorenes samlede behov.

Områdestrategiene inngår som underlag for revidering av nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan, som tilrås av nasjonal styringsmodell. Områdeutvalgenes anbefalinger benyttes ved den helhetlige prioriteringen av tiltak i nasjonal e-helseportefølje. Strategiske og prinsipielle valg som har betydning utover ett område løftes også til nasjonal styringsmodell.

### Spesielt om område digitalisering av legemiddelfeltet

Brukt riktig er legemidler med på å bedre helse, livskvalitet og leveutsikter for mange pasienter. Brukt eller håndtert feil er legemidler en av de vanligste årsakene til pasientskader.

I Stortingsmeldingen<sup>1</sup> «God kvalitet - trygge tjenester», er behovene adressert på et overordnet nivå ved å beskrive hovedutfordringene;

- i. Helsepersonell mangler oversikt over pasientens faktiske legemiddelbruk.
- ii. Legen forskriver feil legemiddel, for mange legemidler, uheldige kombinasjoner av legemidler, feil dosering eller gir for dårlig oppfølging.
- iii. Helsepersonell utleverer feil legemidler, feil dose eller følger ikke opp at pasienten faktisk tar legemidlet.
- iv. Pasienten får ikke god nok veiledning, bruker legemidlene på feil måte eller følger ikke opp behandlingen fordi de ikke har tiltro til den

---

<sup>1</sup> [Meld. St. 10 \(2012–2013\) «God kvalitet – trygge tjenester - Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten»](#)



Legemiddelfeltet er et høyt prioritert område i Nasjonal e-helsestrategi (2017–2022). Direktoratet for e-helse har i samarbeid med aktørene i den nasjonale styringsmodellen utarbeidet en plan for perioden 2019-2022<sup>2</sup>, hvor legemiddelfeltet er inkludert i strategien innunder to innsatsområder

- Dele oppdaterte legemiddelopplysninger (Innsatsområde #2.2)
- Digitalisere legemiddelkjeden innenfor hver virksomhet (Innsatsområde #1.2)

Pasientens legemiddelliste er det viktigste tiltaket for å kunne samhandle rundt og dele pasientens legemiddelopplysninger på tvers av virksomheter. Legemiddelprogrammet er etablert for å utvikle tjenester, innføre og ta ut gevinster innen dette innsatsområdet. Andre nasjonale e-helsetiltak som innføring av kjernejournal, e-resept, elektronisk multidose og sentral forskrivningsmodul er organisert i dette programmet.

Samtidig jobbes det med å forbedre legemiddelgrunndata og beslutningsstøtte for tjenesten, slik som SAFEST, allergi- og interaksjonsvarsling. Elektronisk kurve- og medikasjonsløsninger er planlagt innført på de fleste sykehus innen utgangen av 2022. Helseregionene har valgt ulike leverandører av kurveløsninger. Dette medfører bl.a. at regionene kan ha forskjellig behov til SAFEST som grunndatatjeneste og innføring regionalt.

Eksempler på andre pågående initiativ i sektoren er internasjonalt standardiseringsarbeid, vaksinasjon, smittevern, antibiotika resistens, utvikling av et nytt bransjesystem for apotekene (EIK), samt at det jobbes med ny løsning for individuell stønad på blå resept (EDIT-prosjektet).

Videre pågår det arbeid med å legge til rette for bruk av legemiddeldata til sekundærformål som forskning, styring, og kvalitetsforbedring.

Det er behov for bedre samordning for å ivareta avhengigheter mellom prosjektene og redusere risiko. Felles prioritering av aktiviteter vil bidra til effektiv ressursbruk, økt gjennomføringsevne og bedre forutsetninger for at ønskede resultater og effekter oppnås.

Det er flere sentrale aktører med myndighetsroller og ansvarsområder knyttet til digitalisering av legemiddelfeltet. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Direktoratet for e-helse ansvar for en overordnet koordinering av e-helsetiltak på legemiddelfeltet, og dette områdeutvalget er et virkemiddel for dette.

## **2. Formål**

Digitalisering av legemiddelfeltet skal medvirke til at helsepolitiske målsettinger blir realisert. I legemiddelmeldingen<sup>3</sup> foreslår regjeringen følgende mål:

- sikre god kvalitet ved behandling med legemidler
- legemidler skal ha lavest mulig pris
- likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler
- legge til rette for forskning og innovasjon

---

<sup>2</sup> [Plan for e-helse 2019-22](#)

<sup>3</sup> [Meld. St.28 \(2014-2015\) Legemiddelmeldingen — Riktig bruk – bedre helse](#)

Områdeutvalget skal bidra til å angi strategisk retning, og at prioritering av planlagte og pågående e-helsetiltak baseres på sektorens samlede behov. Gjennom involvering av sektoren og bruk av fokusgrupper, tjenestedesign og utredningsprosesser vil det komme anbefalinger fra utvalget på hvordan behov kan møtes og løses over tid. Områdeutvalgets forslag til strategisk retning løftes via E-helse til nasjonal styringsmodell for koordinering og prioritering for økt gjennomføringsevne

### 3. Oppgaver og ansvar

- Utarbeide forslag til strategi og handlingsplan for digitalisering innenfor legemiddelfeltet
- Synliggjøre behov og konsepter innen området, og bidra til at behovene får en god utredning og saksgang i styringsmodellen for prioritering og finansiering.
- Bidra i revidering av strategi og veikart
- Kunne bidra som referansegruppe til prosjekter og programmer.
- Medlemmene forventes å sørge for god forankring bakover i respektive organisasjon.
- Det utarbeides tydelige referat som enkelt kan deles i forankringsarbeidet.

### 4. Sammensetning og forventninger

Områdeutvalget settes sammen av medlemmer som utgjør et representativt utvalg fra ulike hovedgrupper av aktører i norsk helse- og omsorgssektor. Sammensetningen skal søke å oppnå en bredde i fagkompetansen og kunne se behov og mulighetsrom både i et pasient- og teknologisk perspektiv. Respektive medlemmer er personer med god innsikt i digitalisering av legemiddelfeltet og som har innflytelse til å ivareta utvalgets formål, ansvar og oppgaver.

Virksomhetene kan representeres ved bisittere i møtene. Saksomfanget er bredt, og representantene kan ta med seg bisittere til aktuelle saker.

Følgende er representert i Områdeutvalg for digitalisering av legemiddelfeltet:

Virksomhet (ett medlem fra hver)	Rolle
KS	Ivareta forordnings- og håndteringsperspektivet i kommunal helse- og omsorgstjeneste
Legeforeningen	Ivareta rekvirent og kvalitet perspektiv i legemiddelbehandling
Sykepleierforbundet	Ivareta håndteringsperspektivet og oppfølging av legemiddelbehandlingen
Apotekforeningen	Ivareta utleverings- og informasjonsperspektivet
Statens legemiddelverk	Ivareta grunnlagsdata og produktinformasjon,

	herunder priser, refusjon mm.
Helsedirektoratet	Representere Helsedirektoratets ansvarsområder.
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon	Ivareta innbygger- og pasientperspektivet
Norsk Helsenett SF	Ivareta nasjonale løsninger
Folkehelseinstituttet	Ivareta registerdata og sekundærbruk
Legemiddelindustriforeningen	Representere leverandør- og produsent siden
Direktoratet for e-helse	Ivareta standarder, lovverk, teknologi og pådriver- og koordinatorrollen
Sykehusapotekene (utnevnes av regionale helseforetak)	Ivareta tilvirkning, utleverings- og informasjonsperspektivet i sykehus
Regionale helseforetak (ett medlem)	Ivareta forordning og legemiddelhåndtering av legemidler til inneliggende pasienter, samhandling og samstemming (kvalitet)

Områdeutvalget skal avholde tre-fem møter hvert år, og Nasjonalt e-helsestyre utpeker leder. Direktoratet for e-helse har ansvar for sekretariatsfunksjonen i samarbeid med Helsedirektoratet, Legemiddelverket, NHN og FHI.

## 5. Funksjonstid

Funksjonstid i områdeutvalget er i utgangspunktet to år, men kan forlenges. Områdeutvalgets mandat og sammensetning bør evalueres jevnlig, og ved endringer i styringsmodeller eller organisering av e-helseområdet.

