

Møte i Nasjonalt e-helsestyre		
Møte	2/2019	
Dato	22. mars 2019	
Tid	Kl. 10.00-15.00	
Sted	Radisson Blu, Gardermoen	
Medlemmer	Christine Bergland (Direktoratet for e-helse) Arild Sundberg (Oslo kommune) Cathrine Lofthus (Helse Sør-Øst RHF) Inger Østensjø (KS) Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF) Kristin W. Wieland (KS) Lars Vorland (Helse Nord RHF) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Herlof Nilssen (Helse Vest RHF) Anne-Lise Ryel (Kreftforeningen) Camilla Stoltenberg (Folkehelseinstituttet) Lilly Ann Elvestad (FFO) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune) Bjørn Guldvog (Helsedirektoratet) Trond Brattland (Tromsø kommune) Steffen Sutorius (DIFI) Benedicte Løseth (Bergen kommune)	
Observatører	Håkon Grimstad (Norsk Helsenett SF)	

Orientering fra HOD		
Helse- og omsorgsdepartementet orienterer om arbeid med forslag til e-heslov.		
Sak	Agenda Nasjonalt e-helsestyre	Sakstype
6/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
7/19	Godkjenning av referat fra Nasjonalt e-helsestyre 15.februar 2019	Godkjenning
8/19	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
9/19	Internasjonal standardisering	Orientering
10/19	Nasjonal e-helseportefølje	Drøfting
11/19	Program for kodeverk og terminologi	Orientering
12/19	Velferdsteknologisk knutepunkt	Orientering
13/19	Modernisering av folkeregisteret i helsesektoren	Orientering
14/19	Ny e-helseorganisering	Orientering
15/19	Helseplattformen	Orientering
16/19	Eventuelt	

Sak	Tema	Sakstype
6/19	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden</b>	<b>Godkjenning</b>
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre godkjenner innkalling og dagsorden.	
7/19	<b>Godkjenning av referat fra møtet 15. februar 2019</b>	<b>Godkjenning</b>
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre godkjenner referat fra møtet 15.februar 2019.	<b>Vedlegg 1:</b> Referat fra møtet 15.februar 2019
8/19	<b>Orientering fra Direktoratet for e-helse</b>	<b>Orientering</b>
	Direktoratet for e-helse orienterer om aktuelle saker.	<b>Ingen vedlegg</b>
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tar sakene til orientering.	
9/19	<b>Internasjonal standardisering</b>	<b>Orientering</b>
	Hensikten med saken er å orientere Nasjonalt e-helsestyret om initiativet til å øke det norske engasjementet i internasjonalt standardiseringsarbeid og motta innspill til prosess, tiltak og deltakelse.	<b>Vedlegg 2:</b> Toppnotat internasjonalt standardisering
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyret tar saken til orientering og ber om at innspill fremkommet i møtet om interesse for deltakelse og tiltak tas med i	

	arbeidet med etablering av referansekomite for internasjonalt standardiseringsarbeid.	
<b>10/19</b>	<b>Nasjonal e-helseportefølje</b>	<b>Drøfting</b>
	Hensikt med saken:  1. Orienterer Nasjonalt e-helsestyre om status for pågående portefølje. 2. Nasjonalt e-helsestyre drøfter risiko og sentrale utfordringer. 3. Informere om porteføljedefinering 2020.	<b>Vedlegg 3:</b> Toppnotat Nasjonal e-helseportefølje  <b>Vedlegg 3A:</b> Statusrapport Nasjonal e-helseportefølje 2019
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tar status for nasjonal e-helseportefølje 2019 og informasjon om definering av nasjonal e-helseportefølje 2020 til orientering. Nasjonalt e-helsestyre ber Direktoratet for e-helse ta med innspill framkommet i møtet i det videre arbeidet.	
<b>11/19</b>	<b>Program Kodeverk og terminologi</b>	<b>Orientering</b>
	Direktoratet for e-helse vil orientere om programmets planer fra 2019 til 2023.	<b>Vedlegg 4:</b> Toppnotat Program Kodeverk og terminologi
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tar programmets planer til orientering. Programmet tar med seg innspillene som fremkom i møtet.	
<b>12/19</b>	<b>Velferdsteknologisk knutepunkt</b>	<b>Orientering</b>
	Hensikten med saken er å orientere om status for utprøvingen av velferdsteknologisk knutepunkt, og få innspill til hva som er viktig å vurdere og prioritere i det videre arbeidet, samt forslag til hvordan kommunene kan få til raskere og fremtidssikker integrasjon.	<b>Vedlegg 5:</b> Toppnotat Velferdsteknologisk knutepunkt
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse om å ta med innspill i det videre arbeidet med å utarbeide anbefaling om realisering av et nasjonalt knutepunkt for velferdsteknologi.	
<b>13/19</b>	<b>Modernisering av folkeregisteret i helsesektoren</b>	<b>Orientering</b>
	Nasjonalt e-helsestyre har bedt om en orientering om MF Helseprogrammet. Målet med saken er at Nasjonalt e-helsestyre forstår hva programmet skal utrette og hva status er på programmet.	<b>Vedlegg 6:</b> Toppnotat MF Helse
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering og programmet tar med innspill inn i det videre arbeidet.	
<b>14/19</b>	<b>Ny e-helseorganisering</b>	<b>Orientering</b>
	Direktoratet for e-helse vil gi en orientering om status for arbeidet med ny e-helseorganisering.	<b>Ingen vedlegg</b>
	<b>Forslag til vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering.	
<b>15/19</b>	<b>Helseplattformen</b>	<b>Orientering</b>
	Hensikten med saken er å orientere Nasjonalt e-helsestyre om status for arbeidet i Helseplattformen. Helseplattformen vil utdype utvalgte tema i sin presentasjon i møtet omkring status for anskaffelse, etablering av Helseplattformen AS og videre planer for innføring.	<b>Vedlegg 7:</b> Toppnotat Helseplattformen
	<b>Forslag til vedtak:</b>	

	Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering.	
<b>16/19</b>	<b>Eventuelt</b>	

**VEDLEGG:**

Vedlegg 1: Referat fra Nasjonalt e-helsestyre 15. februar 2019

Vedlegg 2: Toppnotat internasjonal standardisering

Vedlegg 3: Toppnotat Nasjonal e-helseportefølje

Vedlegg 3A: Statusrapport Nasjonal e-helseportefølje 2019

Vedlegg 4: Toppnotat Program Kodeverk og terminologi

Vedlegg 5: Toppnotat Velferdsteknologisk knutepunkt

Vedlegg 6: Toppnotat MF Helse

Vedlegg 7: Toppnotat Helseplattformen

# Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre

<i>Møte</i>	1/2019	
<i>Dato</i>	15. februar 2019	
<i>Tid</i>	Kl. 10.00 – 11.30	
<i>Sted</i>	Radisson Blu Gardermoen	
<b>Medlemmer</b>		
<i>Til stede</i>	Christine Bergland (Direktoratet for e-helse) Herlof Nilssen (Helse Vest RHF) Cathrine Lofthus (Helse Sør-Øst RHF) Gunn-Peggy S. Knudsen (Folkehelseinstituttet) Benedicte Løseth (Bergen kommune) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune) Bjørn Guldvog (Helsedirektoratet)	Kristin W. Wieland (KS) Inger Østensjø (KS) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Lilly Ann Elvestad (FFO) Steffen Sutorius (DIFI)
<i>Ikke til stede</i>	Lars Vorland (Helse Nord RHF) Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF) Anne-Lise Ryel (Kreftforeningen)	Arild Sundberg (Oslo kommune) Trond Brattland (Tromsø kommune)
<i>Observatører</i>	Håkon Grimstad (Norsk Helsenett SF)	
<i>Direktoratet for e-helse</i>	Karl Vestli Bodil Rabben Siv Ingebrigtsen Eline Holljen (sak 3/19)	Sonja T. Brugman Camilla Smaadal Are Muri (sak 3/19)

Sak	Tema	Sakstype
1/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
2/19	Godkjenning av referat fra Nasjonalt e-helsestyre 6. desember 2018	Godkjenning
3/19	Prosjekt Én innbygger – én journal: Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Presentasjon av ekstern kvalitetssikring (KS1)	Orientering
4/19	Ny e-helseorganisering	Orientering
5/19	Eventuelt	

Sak	Tema
<b>1/19</b>	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden</b>
	Ingen innspill til innkalling og dagsorden.
	<b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre godkjenner innkalling og dagsorden.
<b>2/19</b>	<b>Godkjenning av referat fra møtet 6. desember 2018</b>
	Ingen innspill til referatet.
	<b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre godkjenner referat fra møtet 6. desember 2018.
<b>3/19</b>	<b>Prosjekt Én innbygger – én journal: Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Presentasjon av ekstern kvalitetssikring (KS1)</b>
	Direktoratet for e-helse ved Are Muri orientere om resultatet fra ekstern kvalitetssikring av konseptvalgutredning for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.
	Direktoratet for e-helse overleverte konseptvalgutredningen til Helse- og omsorgsdepartementet 6. juli 2018. Ekstern kvalitetssikrer har levert sin KS1-rapport som i all hovedsak støtter Direktoratet for e-helses anbefalinger. Rapportene er tilgjengelig på ehelse.no. Konseptvalgutredningen og kvalitetssikringsrapporten er underlag for videre behandling i Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til beslutning om konseptvalg og oppdrag om å starte forprosjekt. En avklaring er ventet i løpet av våren. Det ble stilt spørsmål om Direktoratet for e-helse har noen refleksjoner til merknadene i rapporten. Direktoratet for e-

	<p>helse svarte at den eksterne kvalitetssikreren i stor grad er enig med direktoratet. Ekstern kvalitetssikrer har ikke anbefalt ytterligere utredning. Den viktigste merknaden er knyttet til nytteberegninger hvor en del kvantitative effekter er flyttet til kvalitative. Denne endringen påvirker ikke anbefalingen og gir få praktiske konsekvenser.</p> <p>Ekstern kvalitetssikrer mener at konsept 1, konseptet som ligger nærmest videreføring av dagens situasjon, ikke tilstrekkelig oppfyller mål og krav og at konseptet derfor burde vært forkastet. Direktoratet for e-helse er enig med ekstern kvalitetssikrer at K1 gir en lavere måloppfyllelse, men at det likevel var riktig å ha med konseptet i den endelige evalueringen. Medlemmer i Nasjonalt e-helsestyre sa seg enig i det.</p> <p>Det ble kommentert at konseptvalg 7 har stor risiko og krever stor grad av forpliktelse. Denne risikoen er viktig å signalisere til Helse- og omsorgsdepartementet.</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre gratulerte Direktoratet for e-helse med rapporten som er godkjent. Det er en stor milepæl. Direktoratet for e-helse avsluttet med å takke for alle gode innspill og bidrag fra sektoren.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering.</p>
<p><b>4/19</b></p>	<p><b>Ny e-helseorganisering</b></p>
	<p>Karl Vestli i Direktoratet for e-helse orienterte om status for arbeidet med ny e-helseorganisering. Direktoratet for e-helse skal sammen med Norsk Helsenett levere en rapport som svarer ut "Tillegg til tildelingsbrev nr.15: Ny e-helseorganisering- tydeliggjøring av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse". Rapporten skal leveres til Helse- og omsorgsdepartementet 26. februar. Nasjonalt e-helsestyre fikk presentert et sammendrag av rapporten hvor de viktigste områdene og vurderingene er tatt med, som styringsmodell, finansieringsmodell og organisering. Direktoratet for e-helse anbefaler å etablere et program med to delprosjekter:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etablering av Nasjonal tjenesteleverandør i NHN</li> <li>2. Etablering av "Direktoratet 2.0", og styrket myndighetsrolle.</li> </ol> <p>I møtet kom det flere spørsmål rundt temaet områdestyring, og hvordan dette skal fungere i praksis. Direktoratet for e-helse tenker at hvert enkelt produkt ikke skal ha sitt eget produktstyre, slik det er i dag, men at det i stedet blir overordnede styre for bestemte produkt-/løsningsområder. Et eksempel er legemiddelområdet, hvor det kan bli et overordnet styre for flere av løsningene som Pasientens legemiddelliste, Sentral forskrivningsmodul, Multidose, Kjernejournal og eResept. Det vil kunne gi en mer strategisk og helhetlig styring. Direktoratet for e-helse understreket at enkelte løsninger også vil kunne ha behov for eget produktstyre i tillegg til områdestyre.</p> <p>Dataansvaret ble diskutert. De ulike alternativene er vurdert grundig, og Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett anbefaler at tjenesteleverandøren får dataansvaret, men at Direktoratet for e-helse er områdeansvarlig for de løsningene som nå overføres. Enkelte medlemmer stilte spørsmål ved denne fordelingen. Det ble stilt spørsmål om tjenesteleverandøren er tilstrekkelig uavhengig. Direktoratet for e-helse svarte at det er krevende å både ha myndighets- og leverandørrollen, slik som i dag. Dersom Direktoratet for e-helse fortsatt har dataansvaret med de oppgaver og plikter som medfølger, vil det bli blanding av roller og en mulig duplisering av oppgaver/ressurser.</p> <p>Det er uenigheter mellom Direktoratet for e-helse og NHN rundt midlertidig finansiering, som er godt beskrevet i rapporten. Nasjonalt e-helsestyre ønsker å utrede finansieringsområdet ytterligere, og understreket at dette er svært viktig og må diskuteres grundigere på et senere tidspunkt. Enkelte medlemmer mente at finansieringen bør følge oppgavene, mens andre</p>

	<p>mente at det ikke vil gi tilstrekkelige finansielle virkemidler i de styringsmekanismene som er ønsket. Nasjonalt e-helsestyre påpekte at sektoren har behov for større påvirkning på dette området.</p> <p>Det ble påpekt at innbyggernes behov må sees i en større sammenheng. De digitale løsningene må kunne gjenbrukes også utenfor helsesektoren. Personvern og informasjonssikkerhet må håndteres tverrsektorielt. Det ble også kommentert at skillet mellom drift, forvaltning og utvikling burde vært bedre beskrevet i rapporten.</p> <p>Det ble påpekt at NHN vil få mye større ansvar og mange flere ressurser og oppgaver, og at det krever en utvikling av virksomhetskulturen. Det ble kommentert at det er opp til NHN å vurdere risikoen og mobilisere seg for dette. NHN svarte at kultur er viktig, og at det er ønskelig å ta det beste fra begge organisasjonene og bygge noe sterkere. Prosessen med å ansette en ny administrerende direktør er godt i gang. Det ble kommentert at den nye tjenesteleverandøren ikke bare vil være direktoratets tjenesteleverandør, men hele sektoren sin.</p> <p>Det ble kommentert at beredskap bør beskrives grundig i rapporten, og det ble stilt spørsmål om rollefordelingen knyttet til beredskap. Direktoratet for e-helse svarte at direktoratet vil ha et strategisk, overordnet myndighetsansvar for beredskapen i sektoren og ha ansvaret for Normen, men at tjenesteleverandøren vil ha ansvaret for de operative beredskapsoppgavene.</p> <p>Det kom innspill om at "følge-med-rollen" bør beskrives bedre. Innledningsvis i rapporten bør det også nevnes at NHN er mye mer enn helsenettet. De er også en driftsleverandør.</p> <p>Direktoratet for e-helse informerte Nasjonalt e-helsestyre om at de vil få flere muligheter til å gi innspill på arbeidet med ny e-helseorganisering.</p>
	<p><b>Vedtak:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nasjonalt e-helsestyre støtter overføringen av de oppgaver som er foreslått fra Direktoratet for e-helse til Norsk Helsenett, med de innspill som kom frem i møtet.</li> <li>2. Nasjonalt e-helsestyre understreker at det må sikres en robust finansiering av de oppgaver som blir overført til Norsk Helsenett.</li> </ol>
<p><b>5/19</b></p>	<p><b>Eventuelt</b></p>
	<p>KS informerte om at Legeforening og KS har kommet til enighet og at de vil sende en felles uttalelse til Helse- og omsorgsdepartementet om det videre arbeidet med Én innbygger – én journal.</p> <p>Helseplattformen ble meldt inn som en sak til neste møte.</p>

Til Møte 2/19  
Dato 22.03.2019  
Saksnummer 9/19  
Type Orientering

Vedlegg 2

Fra Inga Nordberg  
Saksbehandler Georg Fredrik Ranhoff

## Internasjonal standardisering

### Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering og ber om at innspill fremkommet i møtet om interesse for deltakelse og tiltak tas med i arbeidet med etablering av referansekomite for internasjonalt standardiseringsarbeid.

### Hensikt med saken

Orientere Nasjonalt e-helsestyre om initiativet til å øke det norske engasjementet i internasjonalt standardiseringsarbeid og motta innspill til prosess, tiltak og deltakelse.

### Bakgrunn

Det er et økende behov for nye områder og anvendelser for elektronisk samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Nye samhandlingsmodeller som datadeling og dokumentdeling er i ferd med å bli tatt i bruk, og forventes å øke i omfang de neste årene. For å understøtte den elektroniske samhandlingen er det behov for å utvikle og tilpasse nødvendige e-helsestandarder. Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022 beskriver viktigheten av at standardiseringsarbeidet skal ta utgangspunkt i internasjonale standarder. E-helsestandarder inngår som en sentral del av Felles grunnmur for digitale tjenester.

Økt bruk av internasjonale standarder vil tilrettelegge for at løsninger utviklet for norske forhold enklere kan selges til, og implementeres i, andre land – og samtidig gjøre det enklere å ta i bruk løsninger som er utviklet for andre land i Norge. Internasjonale standarder kan gi mer effektiv utvikling av e-helsestandarder, bidra til økt gjenbruk, bedre støtte fra internasjonale leverandører og økt mulighet for innovasjon og næringsutvikling. De kan også bidra til et bedre fungerende marked og bedre kvalitet på e-helseløsninger gjennom å åpne opp for flere leverandører.

Direktoratet for e-helse mener det er viktig å styrke Norge sin rolle i internasjonalt standardiseringsarbeid. Direktoratet og andre aktører i sektoren er i dag involvert i ulikt internasjonalt arbeid som pågår i ISO (globalt) og CEN (europeisk), samt i bransje-standardene som bl.a. IHE, HL7, SNOMED int. GS1 og OpenEHR. Det er et behov for å koordinere denne deltakelsen i større grad, da det er flere bruksområder

som må løses med en kombinasjon av ulike standarder. Samtidig er det hensiktsmessig å samle kunnskap og budskap slik at aktører i Norge skal kunne påvirke og bruke standardene i større grad. For økt bruk er avgjørende at det er en større bevissthet om relevante internasjonalt standarder hos større deler av sektoren og på ulike nivå, som bl.a. ledere, bestillere, i tillegg til de med teknisk innsikt i standarder.

De siste årene er det blitt et tettere samarbeid mellom ISO og CEN, og bransje-organisasjonene. Samarbeidet er en konsekvens av økt fokus på å dele helseopplysninger mellom systemer regionalt, nasjonalt og mellom landegrensene. Eksempel på det er utarbeidelsen av Patient Summary, som startet opp i regi av EU. Patient Summary, er utviklet til å bli et samarbeid mellom åtte standardiseringsorganisasjoner. EU jobber nå videre med å se på hvilke andre helseopplysninger fra pasientjournal som skal prioriteres for utveksling på en enhetlig måte, hvor standardene kan benyttes både nasjonalt og på tvers av landegrensene. EU sitt fokus og samarbeidet mellom de ulike internasjonale standardiseringsorganisasjonene har nylig vært presentert i Produktstyret for e-helsestandarder, NUFA og NUIT. Tilbakemelding har vært at det er viktig å følge med på det internasjonale arbeidet. Aktører i sektoren ønsker å få invitasjon til å delta, det pekes også på at en slik deltakelse vil kreve ressurser fra aktørene.

Direktoratet ønsker å etablere en norsk referansekomite for internasjonalt standardiseringsarbeid, som kan bidra til å øke kunnskapen om hva som pågår, og samtidig styrke norske interesser. En slik referansegruppe kan bidra i utviklingen og tilgjengeliggjøring av internasjonale standarder, og gi sektoren et helhetsbilde av relevante saker som går på tvers av de ulike internasjonale standardiseringsorganisasjonene. Det er viktig at deltakere i en slik referansekomite har god forankring i sin organisasjon, slik at innspill og bruk av internasjonale standarder er sentralt på ulike nivåer i organisasjonene.



Til Møte 2/19  
Dato 22.03.2019  
Saksnummer 10/19  
Type Drøfting

Vedlegg 3

Fra Inga Nordberg  
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

## Nasjonal e-helseportefølje

### Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre tar status for nasjonal e-helseportefølje 2019 og informasjon om definering av nasjonal e-helseportefølje 2020 til orientering. Nasjonalt e-helsestyre ber Direktoratet for e-helse ta med innspill framkommet i møtet i det videre arbeidet.

### Hensikt med saken

1. Orienterer Nasjonalt e-helsestyre om status for pågående portefølje.
2. Nasjonalt e-helsestyre drøfter risiko og sentrale utfordringer.
3. Informere om porteføljedefinering 2020.

### Bakgrunn

Det henvises til sak 52/18 fra Nasjonalt e-helsestyre 6.12.2018 om definering av Nasjonal e-helseportefølje 2019 og sak 5/19 fra NUIT 13. februar 2019 om Nasjonal e-helseportefølje 2019.

I denne saken presenteres statusrapport for pågående prosjekter i nasjonal e-helseportefølje. Målet med statusrapporten er å gi aktørene i Nasjonal styringsmodell felles forståelse av omfang, risiko, utfordringer og sentrale avhengigheter, samt forutsetninger for realisering av gevinster. Statusrapporten utarbeides som underlag til NUIT tre ganger årlig og som orientering til Nasjonalt e-helsestyre og NUFA. Rapporten baserer seg på innrapportering til nasjonal e-helseportefølje per 11. januar 2019.

#### 1. Status for pågående portefølje

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

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

Risikobildet for Nasjonal e-helseportefølje er relativt uendret siden rapportering i oktober 2018. Årsakene til at gul risiko nevnes hyppigst er manglende leveranseevne hos EPJ-leverandørene, tilgang til ressurser, finansiering, avhengighet til sentrale myndigheter, endringsmotstand og risiko for manglende gevinstuttak.

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

## 2. Risiko og sentrale utfordringer

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

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

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

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

### Nasjonal arkitekturstyring

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

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

### Sikker identifisering av helsepersonell (eID) og sikker pålogging via HelseID

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

### 3. Definerings av porteføljen for 2020

Direktoratet for e-helse har bedt alle aktørene i sektor om å spille inn prosjektkandidater til nasjonal e-helseportefølje for 2020 innen 12. april 2019. Aktørene skal samtidig rapportere status på pågående portefølje. Det er også invitert til dialogmøter mellom de enkelte aktørene representert med NUIT- og NUFA representantene og direktoratet for e-helse. I disse møtene vil aktørens planer for nye prosjekter og utfordringer med pågående programmer og prosjekter i nasjonal portefølje bli diskutert. Strategisk plan vil i tillegg stå på agendaen for dialogmøtene.

Det vil i tilknytning til saken gis en orientering fra følgende to prosjekter i Nasjonal e-helseportefølje:

1. Helsedataprogrammet
2. Program for legemiddelområdet.

#### Vedtaks på tilsluttende saker

Sak	Tema	Vedtaksformulering
52/18	Nasjonal e-helseportefølje 2019	Nasjonalt e-helsestyre tilslutter seg Nasjonal e-helseportefølje 2019 og tar status, risiko og sentrale utfordringer for pågående nasjonal portefølje til orientering.



Direktoratet for  
e-helse

Vedlegg 3A

# Statusrapport

## Nasjonal e-helseportefølje

Januar 2019





**Tittel:**

Statusrapport nasjonal e-helseportefølje

**Utgitt:**

Januar 2019

**Utgitt av:**

Direktoratet for e-helse

**Kontakt:**

[nasjonalt.portefoljekontor@ehelse.no](mailto:nasjonalt.portefoljekontor@ehelse.no)

**Besøksadresse:**

Verkstedveien 1, 0277 Oslo

Tlf.: 21 49 50 70

## Forord

Nasjonal porteføljestyringsprosess er ett av virkemidlene for å oppfylle nasjonal e-helsestrategi 2017-2022. Denne rapporten gir en oversikt over pågående prosjekter og programmer<sup>1</sup> i nasjonal e-helseportefølje.

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

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

Rapporten utarbeides som underlag til NUIT (Prioriteringsutvalget) tre ganger årlig og som orientering til Nasjonalt e-helsestyre og NUFA (Fagutvalget). Denne rapporten baserer seg på innrapportering til nasjonal e-helseportefølje per 11. januar 2019.

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

Innrapporteringen av prosjekter til porteføljen fra aktørene er samlet [her](#).

---

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

# Innhold

<b>1</b>	<b>Sammendrag</b> .....	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Porteføljens knytning mot nasjonal e-helsestrategi</b> .....	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Status for nasjonal e-helseportefølje</b> .....	<b>11</b>
3.1	Overordnet status.....	11
3.2	Risiko .....	11
3.3	Porteføljen fordelt på fase i Prosjektveiviseren .....	12
3.4	Omfang i 2019.....	12
3.5	Prosjektenes total kostnad .....	15
3.5.1	Totalt prosjektkostnader .....	16
3.5.2	Årlige forvaltningskostnader .....	16
<b>4</b>	<b>Gevinster</b> .....	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>Forutsetninger og avhengigheter</b> .....	<b>20</b>
5.1	Avhengigheter .....	20
5.2	Forutsetninger .....	22
<b>6</b>	<b>Status på felles grunnmur</b> .....	<b>23</b>
<b>7</b>	<b>Vedlegg</b> .....	<b>25</b>



# 1 Sammendrag

## 1,3 milliarder i budsjett

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

## Bedre kvalitet på innrapporterte data

Kvaliteten på det som rapporteres inn om prosjektene blir stadig bedre. Det må likevel jobbes videre med å sikre innrapportering av relevante prosjekter og øke kvaliteten på dataene. Det vil gi aktørene i sektoren et enda bedre bilde av innsatsen som legges ned for å realisere nasjonal e-helsestrategi.

## Digitalisering av arbeidsprosesser vokser i omfang

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

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

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

## Sikker identifisering av helsepersonell tar tid å innføre

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

## Krever stor innsats fra kommunene

Mange prosjekter i porteføljen treffer kommunene med nye løsninger som skal innføres. Det vil derfor kreves betydelig innføringsinnsats fra kommunene i årene fremover. I tillegg kommer det prosjekter i kommunene som ikke er innrapportert til nasjonal e-helseportefølje, som er relevante for nasjonal e-helsestrategi, og som krever ytterligere koordinering<sup>2</sup>.

---

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

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

### **Nasjonal arkitekturstyring understøtter porteføljestyingsprosessen**

Nasjonal arkitekturstyring skal understøtte den nasjonale porteføljestyingsprosessen<sup>3</sup> og har fått eierskapet til plan for utvikling av felles grunnmur<sup>4</sup>.

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

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

---

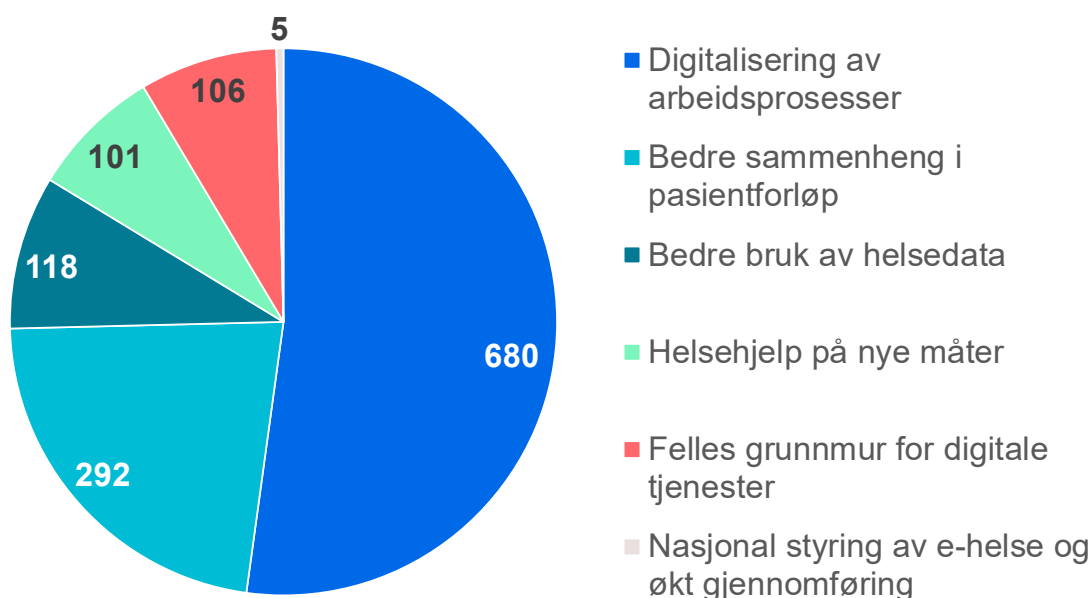
<sup>3</sup> Nasjonal arkitekturstyring i helse- og omsorgssektoren (IE-1039, 2018)

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

## 2 Porteføljens knytning mot nasjonal e-helsestrategi

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

Nasjonal e-helsestrategi er inndelt i seks strategiske områder. Aktørene har selv vurdert hvilket strategisk område prosjektene bidrar sterkest på. Samlet budsjett på 1,3 mrd. for 2019 fordeler seg dermed slik:



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

Det strategiske området *Digitalisering av arbeidsprosesser* har størst innsats i den pågående porteføljen med over 50 % av porteføljens omfang. *Bedre sammenheng i pasientforløp* har omtrent like mange prosjekter, og et omfang på 22 % av porteføljen. Disse to strategiske områdene har økt omfanget betydelig i løpet av 2018 og til første rapportering i 2019, mens de resterende områdene har vært relativt stabile.

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

**1. Digitalisering av arbeidsprosesser** understøttes av 17 prosjekter med et totalt omfang på 680 mill. i 2019. Målet om én gjennomgående og modernisert journalløsning for hele helsetjenesten er den viktigste driveren for dette området. Direktoratet for e-helse sitt prosjekt *Én innbygger – én journal: Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste*, *Helseplattformen* i Helse Midt Norge og RHF-enes oppgradering til DIPS Arena (*Heliks* i Helse Vest, *FRESK* i Helse Nord og *Regional EPJ modernisering* i

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

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

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

*2.1 Involvere innbygger i planlegging og gjennomføring av helsehjelp.*

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

*2.2 Sikre kontinuitet i ansvarsoverganger*

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

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

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

*2.4 Dele viktige helseopplysninger i den akuttmedisinske kjeden*

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

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

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

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

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

---

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

*tjenesteleverandør (NEO)* er ikke lenger del av porteføljen. Dette strategiske området gjennomføres i liten grad som prosjekter og vil derfor være mindre synlig i porteføljen.

## 3 Status for nasjonal e-helseportefølje

### 3.1 Overordnet status

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

Porteføljen som helhet viser en tilfredsstillende overordnet status. Noen flere prosjekter i porteføljen melder grønn overordnet status enn gul overordnet status<sup>6</sup>. To prosjekter melder overordnet rød status.

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

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

### 3.2 Risiko

*Risiko er et av prioriteringskriteriene for nasjonal e-helseportefølje. Aktørene skal sikre at prosjekter som foreslås inn i nasjonal e-helseportefølje har akseptabel risiko.*

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

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

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

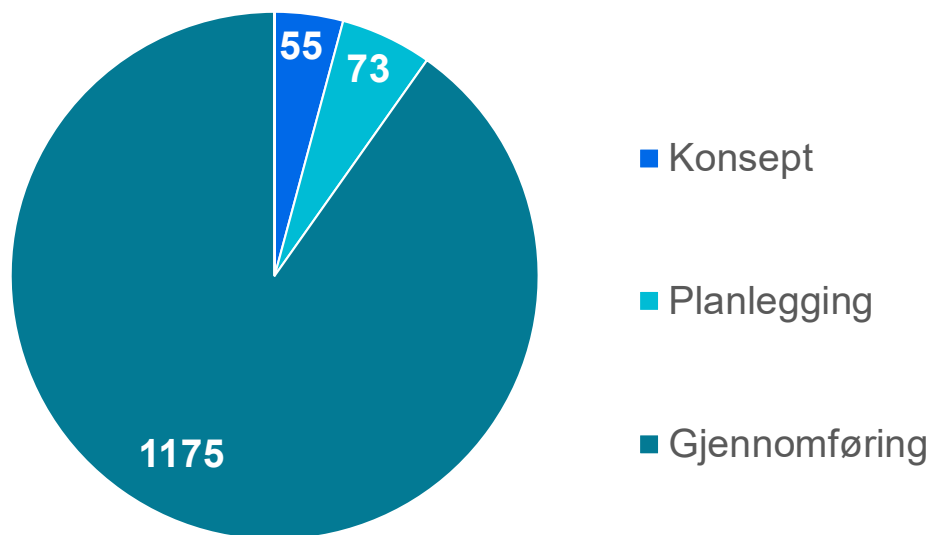
De vanligste årsakene til gul status er manglende leveranseevne hos EPJ-leverandørene, tilgang til ressurser og finansiering, avhengighet til sentrale myndigheter, endringsmotstand og risiko for manglende gevinstuttak. De mange avhengighetene mellom prosjektene i sektoren setter store krav til koordinering på tvers av ulike aktører i en sektor med høy kompleksitet, både organisatorisk og juridisk. Samtidig har prosjektene begrensede virkemidler og må i stor grad basere seg på andre aktørers samarbeid for å få gjennomført prosjektene. Risiko knyttet til markedets evne til å implementere leveranser er også fremtredende.

---

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

### 3.3 Porteføljen fordelt på fase i Prosjektveiviseren

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



Figur 2: Omfang i 2019 fordelt på fase i Prosjektveiviseren, oppgitt i mill. kroner

Figur 2 viser at størsteparten av den pågående porteføljen er i gjennomføringsfase. Dette er en naturlig konsekvens av at konsept- og planleggingsfasen er betydelig kortere enn gjennomføringsfasen og mange flere prosjekter derfor vil være i gjennomføringsfasen enn i de øvrige fasene.

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

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

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

### 3.4 Omfang i 2019

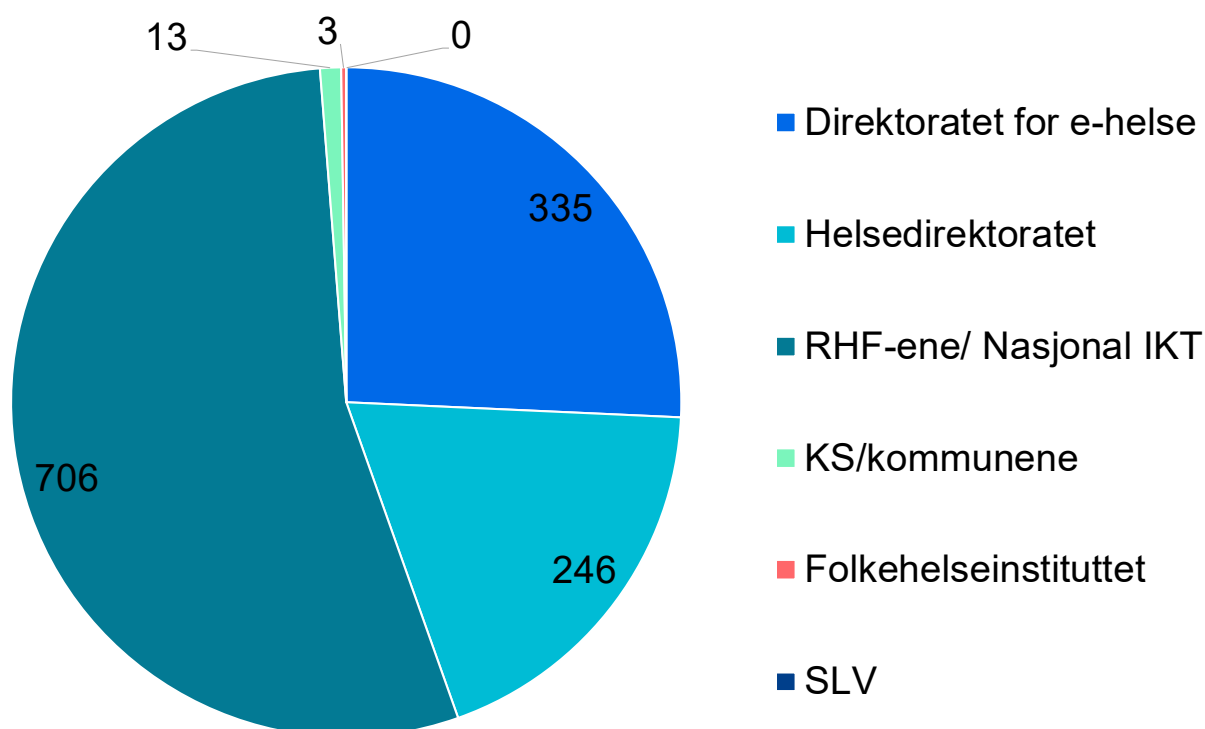
Nasjonal e-helseportefølje består per januar 2019 av 50 prosjekter med et samlet budsjett på 1,3 mrd.

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

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

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

Under vises budsjettet for porteføljen fordelt på hver aktør:



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

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

Tidligere år har omtrent halvparten av porteføljen bestått av prosjekter fra Direktoratet for e-helse. Nå er det en større andel prosjekter fra RHF-ene/Nasjonalt IKT som i omfang har økt med 121 mill. i 2019-budsjett siden rapportering i oktober 2018<sup>7</sup>.

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

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

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

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



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

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

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

Tabell 1: Nye prosjekter i nasjonal e-helseportefølje

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

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

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

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

Direktoratet for e-helse sine prosjekter innenfor legemiddelområdet rapporterer nå samlet i prosjektet<sup>8</sup> *Digitalisering av legemiddelområdet*. Det inkluderer prosjektene *Pilotere og innføre multidose i e-resept nasjonalt*, *Legemidler og kjernejournal i PLO*, *Sentral forskrivningsmodul* og *Pasientens legemiddelliste*.

### 3.5 Prosjektene totalkostnad

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

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

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

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

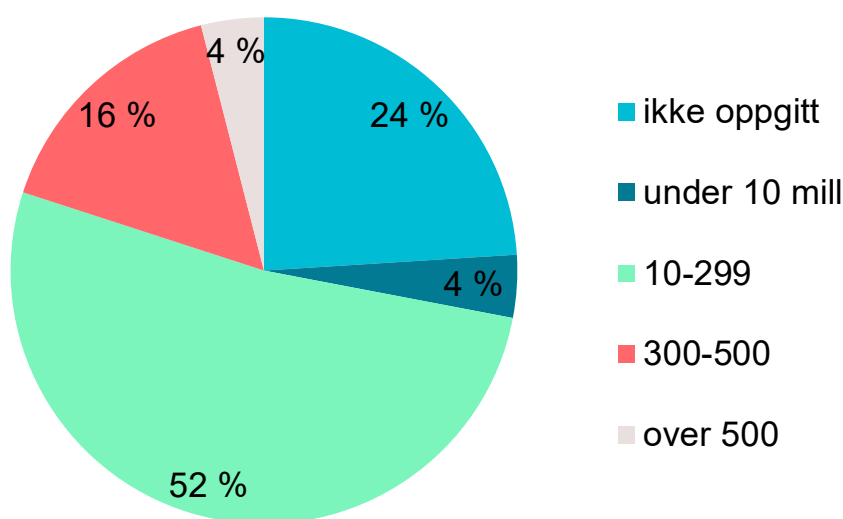
<sup>8</sup> *Digitalisering av legemiddelområdet* er en samling av prosjekter som behandles som ett prosjekt i porteføljen.

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

### 3.5.1 Totale prosjektkostnader

Totale prosjektkostnader er definert som summen av påløpte kostnader fra prosjektets start og estimerte kostnader frem til planlagt sluttdato. De totale prosjektkostnadene som er innrapportert er 6 mrd. kroner, mot 4,5 mrd. i oktober, noe som er en økning på 33 %. Økningen anses mer som et mål på økt datakvalitet enn en reell økning i størrelse, ettersom 24% av porteføljen ikke har rapportert inn totale prosjektkostnader.

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

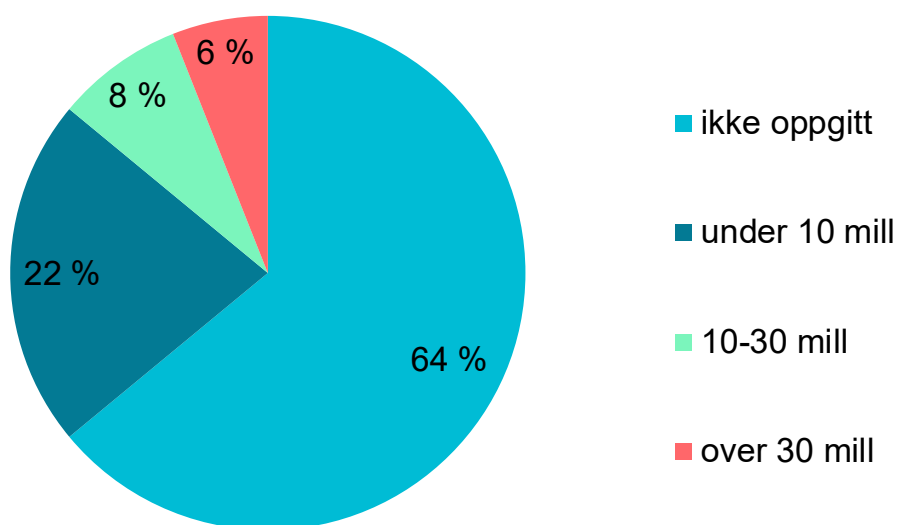


Figur 4: Prosentvis andel prosjekter i intervaller for totalkostnad

### 3.5.2 Årlige forvaltningskostnader

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

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



Figur 5: Prosentvis andel prosjekter i intervall for årlige forvaltningskostnader

## 4 Gevinster

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

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

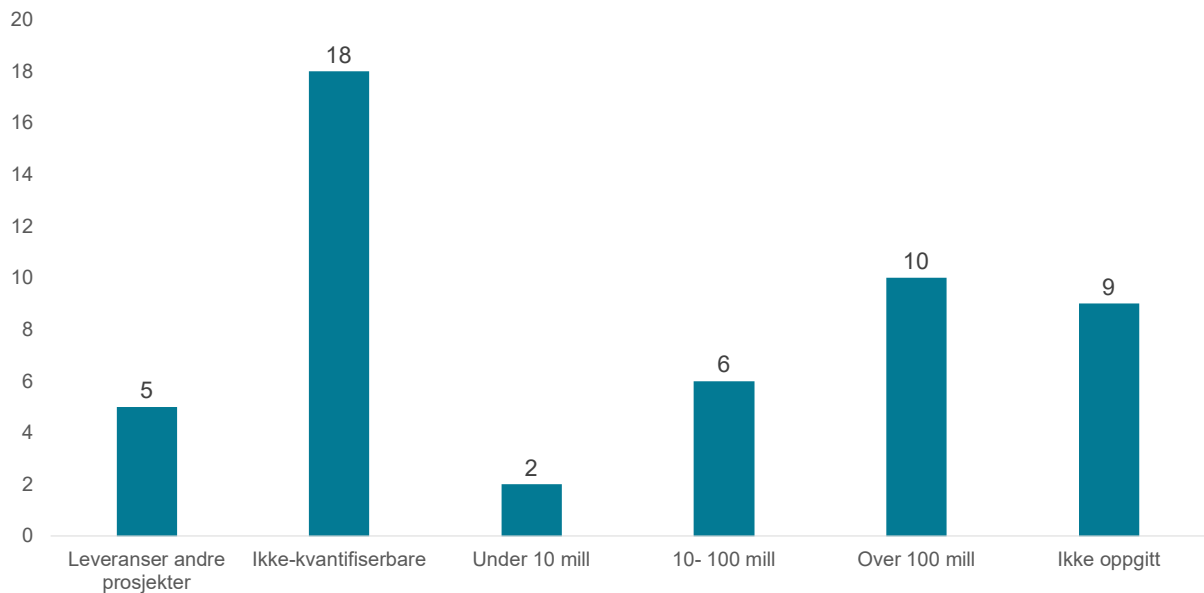
Nasjonalt porteføljekontor har definert gevinstmodenhet som et mål på hvor stor grad det arbeides med gevinstrealisering i prosjektene. Gevinstmodenhet er knyttet til følgende spørsmål:

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

Nesten alle prosjektene i plan- og gjennomføringsfase rapporterer middels til høy gevinstmodenhet.<sup>9</sup> Dette tyder på at prosjektene arbeider strukturert med gevinster. Færre prosjekter kategoriseres med lav gevinstmodenhet enn ved forrige rapportering. Men det er fortsatt potensiale for å følge opp porteføljens nytteverdi bedre, blant annet gjennom mer kvantifisering av gevinster i prosjektene. Det kan oppnås gjennom mer kunnskap om hvordan samfunnsøkonomiske gevinster kan kvantifiseres.

---

<sup>9</sup> Det er totalt 42 prosjekter som befinner seg i planleggingsfasen eller gjennomføringsfasen. Prosjekter får en lav, middels eller høy score på gevinstmodenhet avhengig om de har identifisert gevinstansvarlige, om det finnes en prosjektbegrunnelse, om gevinster er identifisert, om det finnes en gevinstplan og om det pågår gevinstrealiseringsaktiviteter.



Figur 6: Prosjektene fordelt i forhold til spesifiserte gevinstkategorier

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

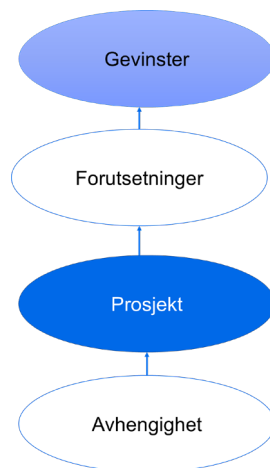
10 prosjekter, dvs. 20 % av porteføljen, oppgir en gevinst på mer enn 100 mill. Prosjektene dette gjelder er:

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

## 5 Forutsetninger og avhengigheter

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

Figur 7 illustrerer sammenhengen mellom forutsetninger og avhengigheter.



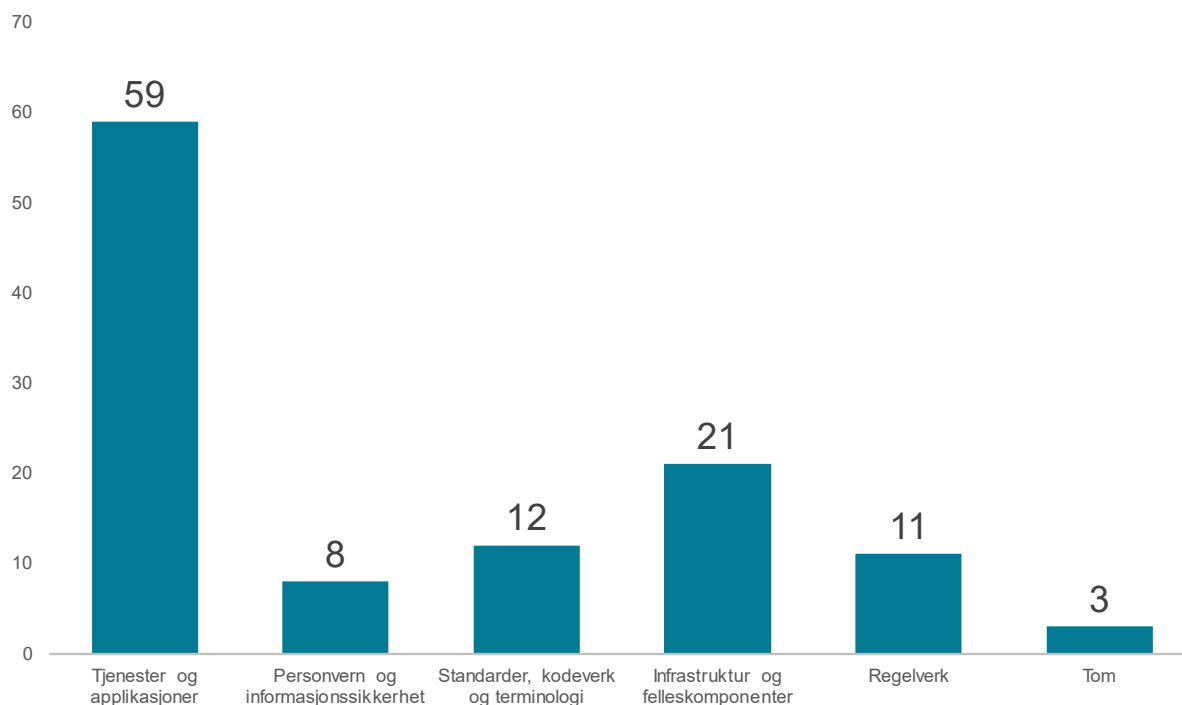
Figur 7: Sammenheng mellom gevinst, forutsetninger og avhengigheter

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

### 5.1 Avhengigheter

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

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



Figur 8: Fordeling av avhengigheter i kategorier

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

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

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

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

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



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

## 5.2 Forutsetninger

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

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

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

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

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

## 6 Status på felles grunnmur

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

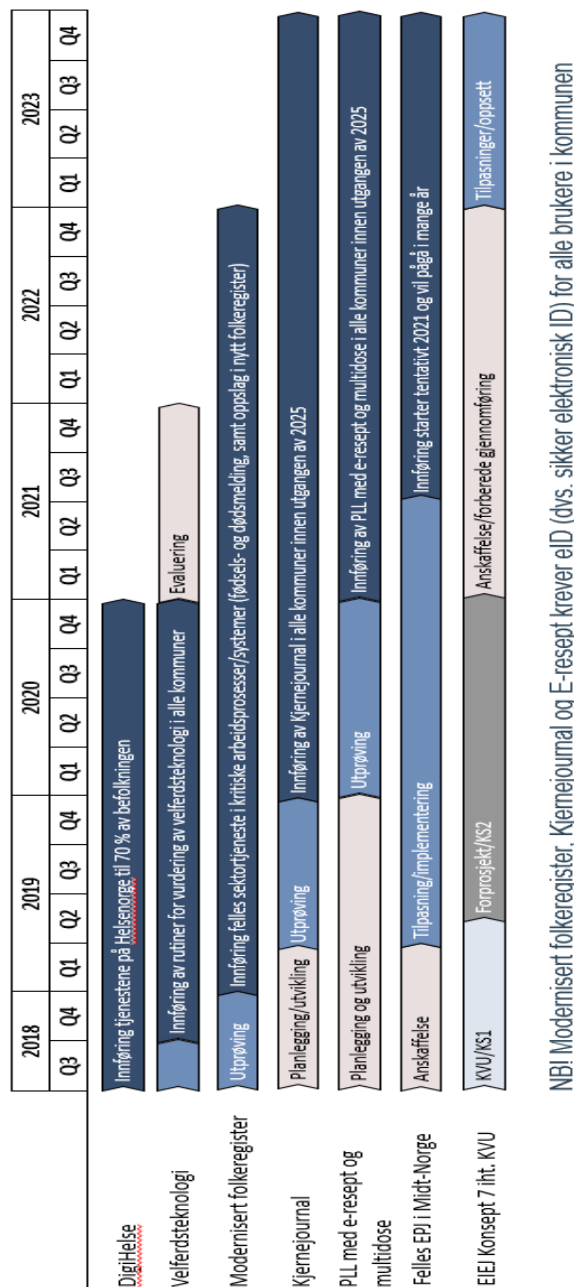
Direktoratet for e-helse vil i 2019 utarbeide en modell for koordinert utvikling og forvaltning av felles grunnmur. Målet er å sikre en helhetlig, samordnet, behovsprøvd og prioritert utvikling av byggeklossene med god forankring i sektoren. Inntil modellen er klar, skal avhengigheter til grunnmuren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

Det er nå aktivitet på følgende tiltak i grunnmuren:

ID	Tiltak
<b>Resultatmål 1: Koordinert utvikling og forvaltning av byggeklossene i Felles grunnmur er etablert med prosesser, roller og ansvar</b>	
RM1-T1	Utarbeide prosesser, roller og ansvar for utvikling og forvaltning av byggeklossene
RM1-T4	Etablere en plan for hvordan internasjonale standarder skal benyttes i forskjellige samhandlingsmodeller og bruksområder
<b>Resultatmål 2: Dagens samhandling er styrket på prioriterte områder</b>	
RM2-T1	Innføre prioriterte e-helsestandarder for å oppnå enhetlig meldingsutveksling
<b>Resultatmål 3: Dokumentdeling er en standardisert samhandlingsform</b>	
RM3-T1	Etablere nasjonale krav og retningslinjer for enhetlig innføring av dokumentdeling
<b>Resultatmål 4: Et felles rammeverk for standardisering deling av og samarbeid om strukturerte data er etablert</b>	
RM4-T1	Etablere nasjonale krav og retningslinjer for enhetlig innføring av datadeling
<b>Resultatmål 5: Det er enkel og sikker tilgang på felles grunndata med høy kvalitet</b>	
RM5-T1	Utvikle grunndataplattformen for økt sikkerhet, tilgjengelighet og kapasitet
RM5-T2	Etablere en enhetlig forvaltningsmodell for felles grunndata
RM5-T3	Etablere felles tjeneste for virksomhet, person og personell, med FHIR-standard og relevante kodeverk
RM5-T4	Etablere felles grunndata om virksomheter, inkludert modernisert enhetsregister (enhetlig virksomhetsstruktur)
<b>Resultatmål 6: En felles standardisert terminologi for deling av helsefaglige opplysninger er tilgjengelig for bruk i sektoren</b>	
RM6-T1	Etablere grunnlag for felles språk
RM6-T2	Etablere forvaltning av felles språk

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

## 7 Vedlegg



Figur 9: Forventet innføringsaktivitet i kommunene fra 2018 til 2023

 Direktoratet for e-helse

**Besøksadresse**  
Verkstedveien 1  
0277 Oslo

Til Møte 2/19  
Dato 22.03.2019  
Saksnummer 11/19  
Type Orientering

**Vedlegg 4**

Fra Inga Nordberg  
Saksbehandler Kjersti Skavik

**Program Kodeverk og terminologi – status og planer for perioden 2019 til 2023****Forslag til vedtak**

Nasjonalt e-helsestyre tar programmets planer til orientering. Programmet tar med seg innspillene som fremkom i møtet.

**Hensikt med saken**

Orientere om programmets planer for 2019 til 2023.

**Behov for en satsing på kodeverk og terminolog - felles språk i helse- og omsorgssektoren**

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

Den nasjonale satsingen skal understøtte behovene til en rekke sentrale initiativ, så som Helseplattformen i Helse Midt-Norge, de øvrige RHFene (Sør-Øst, Nord og Vest), Nasjonal kommunal løsning med flere. Helseplattformen i Midt-Norge skal implementere SNOMED CT, dette skal legge til rette for felles språk i oppgradering av journalløsningene i øvrig spesialisthelsetjeneste og i ny nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. I tillegg vil de øvrige RHFene (Sør-Øst, Nord og Vest) i perioden 2020 og 2021 fullføre innføring av DIPS Arena i egne helseforetak, etablere løsninger for tilgang og pasientprosesser på tvers av sykehus, fastleger og kommuner og videreutvikle informasjonsmodellen basert på nasjonale arketyper (forvaltet av Nasjonal IKT). I denne perioden kan RHFene velge å ta deler av løsningen for felles språk i bruk.

**Program Kodeverk og Terminologi 2015 til 2018**

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

Programmet har siden 2015 levert forbedrede helsefaglige klassifikasjoner til sektoren. I 2016 ble en samordning av prosedyrekodeverk for kirurgi, radiologi og medisin utarbeidet og publisert. Videre ble det for primærhelse-

tjenesten levert kodeverk (ICPC2B) i 2017 og i 2017 ble også Norsk Patologikodeverk levert. Norsk Laboratoriekodeverk ble utarbeidet gjennom en årrekke og implementert i sektor i 2017 til bruk for aktivitetsoversikt på laboratorier. I forbindelse med Riksrevisjonens rapport som påpekte mye feil i klinisk koding, er det produsert og publisert åtte nye e-læringsmoduler i medisinsk koding, som i dag er i bred bruk i helsesektoren. I 2018 anskaffet og implementerte PKT en kodeverks- og terminologiserver for lagring, forvaltning og publisering av nasjonale kodeverk, terminologier og registervariabler. Dette året ble kodeverk for aktiviteter på patologi utviklet.

#### **Pågående arbeid med målbilde og veikart og hovedtiltak 2019 – 2023**

I regi av programmet pågår det et arbeid med definering og forankring av målbilde og veikart for felles språk som underbygger den forankrede visjonen om et nasjonalt økosystem av terminologien SNOMED CT, administrative- og helsefaglige kodeverk samt helse- og kvalitetsregistervariabler. I perioden frem til 2023 vil følgende hovedtiltak være sentralt:

##### **1. Etablere grunnlag for felles språk**

Dette grunnlaget består av terminologien SNOMED CT, administrative og helsefaglige kodeverk og helse- og kvalitetsregistervariabler. Etablering av dette grunnlaget inkluderer oversettelse og norsk utvidelse av SNOMED CT, kobling til kodeverk og registervariabler og etterfølgende harmonisering av disse.

##### **2. Forvaltning av felles språk**

Dette tiltaket innebærer å sikre nasjonal forankring, samt etablere prosesser for videre harmonisering av registervariabler, administrative og helsefaglige kodeverk. Videre er det nødvendig å etablere et redaktøransvar og en styringsmodell med beslutningsstruktur for fastsettelse av hvordan SNOMED CT skal benyttes og videreutvikles i sektoren.

#### **Program Kodeverk og Terminologi 2019 til 2023**

Program Kodeverk og Terminologi vil være sentral i gjennomføringen av en nasjonal satsing på felles språk. Programmet går fra 2019 over i en ny fase gjennom samarbeidet med Helseplattformen i parallell med at arbeidet med nasjonal forankring mot sentrale satsinger og aktører i sektoren trappes opp. Programmet skal i 2019 legge til rette for felles standardisert terminologi i pasientforløpet, bidra til forbedring av helsedata, samt forenkle og forbedre kodingskvalitet og forbedre lagring, forvaltning og publisering av terminologi og kodeverk.

Programmet skal sikre god forankring av leveranser på flere nivå og arenaer. Interessentene vil bli invitert til deltagelse i arbeidet, både gjennom deltagelse i programstyret i tillegg til deltagelse i referansegrupper, faggrupper o.l.

Arbeidet med å ferdigstille målbilde og veikartet for felles språk ble påbegynt i 2018 og slutføres i 2019. Involvering og forankring av arbeidet i sektoren har og vil fortsatt være sentralt, blant annet gjennom etablerte fora i den nasjonale styringsmodellen.

Til Møte 2/19  
Dato 22.03.2019  
Saksnummer 12/19  
Type Orientering

Vedlegg 5

Fra Karl Vestli  
Saksbehandler Marianne Bårtvedt van Os

## Velferdsteknologisk knutepunkt

### Forslag til vedtak

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

### Hensikt med saken

Orientere om status for utprøvingen av velferdsteknologisk knutepunkt, og få innspill til hva som er viktig å vurdere og prioritere i det videre arbeidet, samt forslag til hvordan kommunene kan få til raskere og fremtidssikker integrasjon.

### Bakgrunn og behov

Direktoratet for e-helse har sammen med Norsk Helsenett og Oslo kommune i 2018/2019 samarbeidet om en utprøving av et nasjonalt velferdsteknologisk knutepunkt (VKP). Prosjektet skal levere endelig anbefaling om nasjonalt knutepunkt til HOD 1.oktober 2019.

Formålet med utprøvingen er å verifisere om et velferdsteknologisk knutepunkt er bærekraftig som en nasjonal løsning for automatisk overføring av helserelatert informasjon mellom velferdsteknologiske løsninger (VFT) og kommunenes elektroniske pasientjournal (EPJ)<sup>1</sup>.

Manglende integrasjon mellom VFT løsninger og EPJ system fremheves av flere kommuner som en hemmende faktor for utbredelsen av velferdsteknologi i den kommunale helse og omsorgstjeneste. Det er behov for automatisk dataflyt begge veier:

- Automatisk dataflyt fra VFT løsninger til EPJ for å unngå manuelle dobbeltregistreringer. Dette gir gevinster knyttet til spart tid for personell i helse- og omsorgstjenesten. Dette gir også gevinster

<sup>1</sup> Utprøvingen er avgrenset til trygghetsteknologiske løsninger og omfatter den kommunale helse- og omsorgstjenesten.



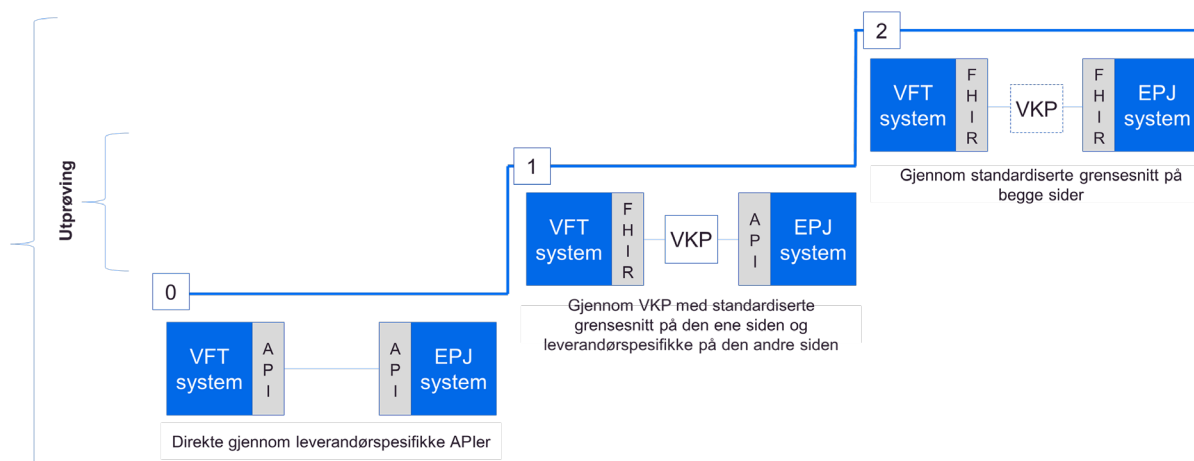
knyttet til økt kvalitet fordi oppdatert informasjon blir raskere tilgjengelig i EPJ-systemet og fordi det reduserer potensiell feilregistrering.

- Automatisk dataflyt fra EPJ til VFT løsninger for å få mest mulig oppdatert informasjon om tjenestemottakeren tilgjengelig for responstjenesteoperatøren. Dette gir gevinster knyttet til mer effektiv hjelp til tjenestemottakeren ved at flere hendelser kan løses av responstjenesteoperatøren raskere. Dette vil også skjerme øvrig personell i helse- og omsorgssektoren mot å bruke tid på hendelser som enkelt kan løses i "førstelinje" hvis de har mer informasjon.

Prosjektets tilnærming er å gjøre en praktisk *utprøving* av den tekniske løsningen VKP i kommunene, samtidig som det gjøres en grundig *utredning* av sentrale områder som har betydning for om VKP er et initiativ som kan anbefales nasjonalt eller ikke; juridisk, sikkerhet, arkitektur, forvaltning, økonomi og gevinster. Erfaringer fra den praktiske utprøvingen inngår som sentrale input til utredningen.

Den ønskede utvikling for integrasjon mellom VFT løsninger og EPJ baseres på de nasjonale anbefalinger om integrasjon for e-helseløsninger generelt. Det er sentralt for anbefalingen at VKP ses i sammenheng med initiativene for felles grunnmur og en felles tilnærming til API management.

Utredningen tar utgangspunkt i følgende alternativer for integrasjon:



Utredningen omfatter alle tre nivå. Utprøvingen gjøres på nivå 1.

### Overordnet status for utprøvingen

Utprøvingen omfatter én kommune i drift på VKP. Oslo kommune har siden mai 2018 vært koblet til VKP og har i denne perioden automatisk overført over 140.000 journalnotater fra medisineringsstøtte løsning til deres EPJ. Meldingen fra tjenesten er udelt positiv, og det har ikke vært rapportert om kritiske feil.

Bodø kommune forventes å gå i produksjon med deres løsning for digitalt tilsyn d.18.mars 2019, og Ringerike kommune vil følge kort etter, med samme løsning.

Ytterligere 7 kommuner; Bærum, Trondheim, Skien, Bamble, Arendal, Grimstad og Kristiansand er med i utprøvingen, og det jobbes for å få disse kommunene i produksjon i løpet av utprøvsperioden.

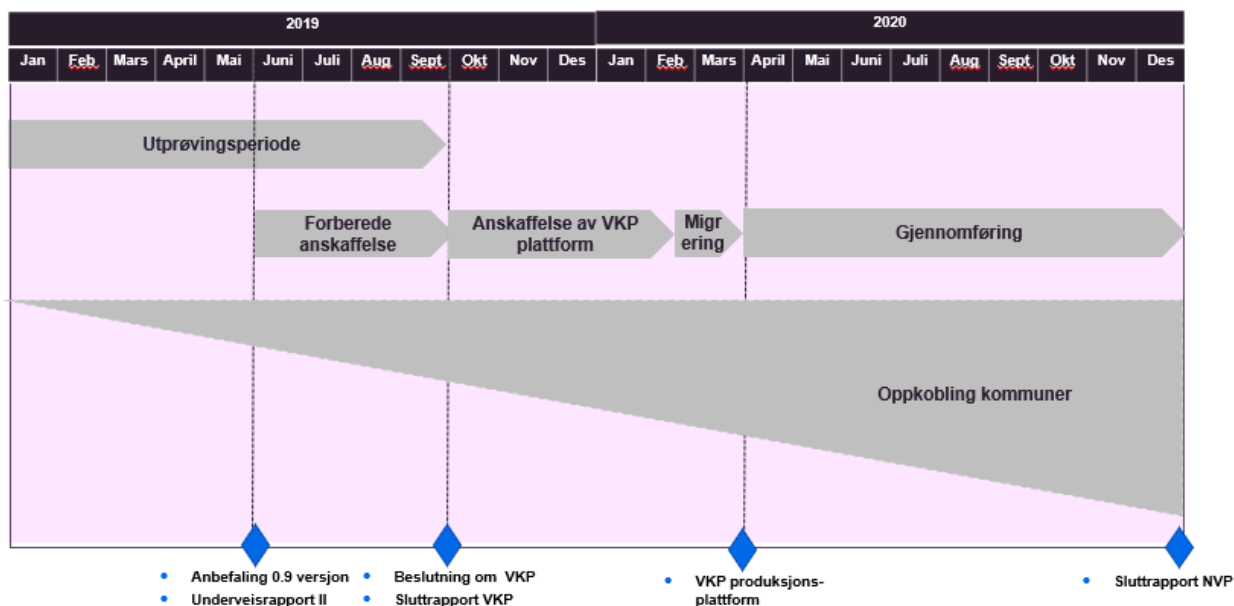
Den store utfordringen – og grunnen til at fremdriften i utprøvingen går så langsomt – er EPJ leverandørene. EPJ leverandørene har begrenset kapasitet, og prioriterer ikke arbeidet med VKP. Prosjektet er avhengig av å få med EPJ leverandørene, og det jobbes sammen med KS omkring tiltak:

- Felles kravstilling fra kommunene

- Felles møte med EPJ leverandørene for å drøfte hvordan vi kan samarbeide om felles tiltak for å løse kommunenes behov for en bedre integrasjon mellom VFT løsninger og EPJ

### Tidslinje nasjonal VKP

Forutsatt at det blir gjort en beslutning om at VKP skal implementeres som en nasjonal tjeneste, illustreres implementeringsforløpet i nedenstående tidslinje.



Hvor mange kommuner som vil være oppkoblet til VKP ved utgangen av 2020 avhenger først og fremst av fremdriften med EPJ leverandørene men også av gjenbrukbarhet av integrasjonene og tilgang på ressurser. Erfaringen fra utprøvingen så langt tilsier at det vil være utfordrende å kunne tilby VKP tjenesten til alle kommuner innen utgangen av 2020. Utredningen vil derfor også fokusere på initiativer som kan hjelpe kommunene å få til en raskere integrasjon; både hvordan man kan korte ned tiden det vil ta å få til en nasjonal VKP tjeneste, og hvordan kommunene kan få til en integrasjon i mellomtiden.

Til Møte 2/19  
Dato 22.03.2019  
Saksnummer 13/19  
Type Orienteringssak

Vedlegg 6

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

### Modernisering av folkeregisteret i helsesektoren

#### Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering og programmet tar med innspill inn i det videre arbeidet.

#### Hensikt med saken

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

#### Bakgrunn

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

Programmet vil orientere om følgende:

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

Til Møte 2/19  
Dato 22.03.2019  
Saksnummer 15/19  
Type Orientering

Vedlegg 7

Fra Helse Midt-Norge  
Saksbehandler Per Olav Skjesol

### Status for arbeidet med Helseplattformen

#### Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering.

#### Hensikt med saken

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

#### Bakgrunn

Helse Midt-Norge skal sammen med kommunene i Midt Norge anskaffe og implementere nytt pasientadministrativt system og ny elektronisk pasientjournal. Programmet eies av Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. Programmet går nå fra anskaffelsesfase til implementeringsfase

Det vil i møtet orienteres om følgende saker:

- status for anskaffelsen
- etableringen av Helseplattformen AS
- etablering av beslutningsstruktur og faglig involvering
- vurdering av siste tids medieomtaler og hva det betyr for Helseplattformen samt
- de viktigste utfordringene i tiden fremover.