

<b>Møte i NUFA</b>			
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)		
<i>Dato</i>	27. – 28. januar 2021		
<i>Tid</i>	27. januar kl. 10.00 – 13.30 og 28. januar kl. 10.00 – 12.30		
<i>Sted</i>	Videomøte		
<i>Medlemmer</i>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">           Hans Løwe Larsen, Dir. for e-helse            Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF            Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF            Geir Granerud, Helse Vest RHF            Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF            Kristian Onarheim, Helse Midt RHF            Randi Brendberg, Helse Nord RHF            Heidi Slagsvold, KS            Egil Rasmussen, KS            Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune            Kirsti Pedersen, Oslo Kommune            Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune            Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune         </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">           Thore Thomassen, Helsedirektoratet            Børge Myrland Larsen, Helsedirektoratet            Peter Holmes, FHI            Mohammad Nouri Sharikabad, FHI            Odd Martin Solem, Norsk Helsenett SF            Petter Brelin, Legeforeningen            Gorm Braarvig, Digitaliseringsdirektoratet            Arnfinn Aarnes, FFO            Sverre Ur, Diabetesforbundet            Maren Krogh, Apotekforeningen            Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund         </td> </tr> </table>	Hans Løwe Larsen, Dir. for e-helse Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF Geir Granerud, Helse Vest RHF Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF Kristian Onarheim, Helse Midt RHF Randi Brendberg, Helse Nord RHF Heidi Slagsvold, KS Egil Rasmussen, KS Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune Kirsti Pedersen, Oslo Kommune Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune	Thore Thomassen, Helsedirektoratet Børge Myrland Larsen, Helsedirektoratet Peter Holmes, FHI Mohammad Nouri Sharikabad, FHI Odd Martin Solem, Norsk Helsenett SF Petter Brelin, Legeforeningen Gorm Braarvig, Digitaliseringsdirektoratet Arnfinn Aarnes, FFO Sverre Ur, Diabetesforbundet Maren Krogh, Apotekforeningen Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund
Hans Løwe Larsen, Dir. for e-helse Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF Geir Granerud, Helse Vest RHF Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF Kristian Onarheim, Helse Midt RHF Randi Brendberg, Helse Nord RHF Heidi Slagsvold, KS Egil Rasmussen, KS Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune Kirsti Pedersen, Oslo Kommune Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune	Thore Thomassen, Helsedirektoratet Børge Myrland Larsen, Helsedirektoratet Peter Holmes, FHI Mohammad Nouri Sharikabad, FHI Odd Martin Solem, Norsk Helsenett SF Petter Brelin, Legeforeningen Gorm Braarvig, Digitaliseringsdirektoratet Arnfinn Aarnes, FFO Sverre Ur, Diabetesforbundet Maren Krogh, Apotekforeningen Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund		
<i>Observatører</i>	Darlén Gjølstad, Helse- og omsorgsdepartementet		

Sak	Agenda NUFA	Tidspunkt	Sakstype
	<b>Dag 1</b>		
1/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 28. – 29. oktober 2020	10:00	Godkjenning
2/21	Tema: Legemiddelfeltet	10:05	
	Status og innføring av SAFEST i sektoren	10:20	Drøfting
	Pause	11:30	
	Legemiddelprogrammet (realisering av Pasientens legemiddelliste)	11:40	Orientering
	Pause	12:30	
	Forvaltning av bortfall av krav i e-reseptkjeden	12:40	Orientering
	Slutt dag 1	13:30	
	<b>Dag 2</b>		
	Velkommen og introduksjon til dagen	10:00	
3/21	Orientering fra Direktoratet for e-helse	10:05	Orientering
4/21	Veien videre med veikart for nasjonale e-helseløsninger	10:20	Drøfting
	Pause	10:50	
5/21	Helseplattformen og RHF-ene sitt arbeid med strukturert journal	11:05	Orientering
6/21	Digital behandlings- og egenbehandlingsplan	11:25	Orientering
7/21	NHN sin skystrategi og Schrems II-dommen	11:45	Orientering
8/21	Eventuelt	12:25	
	Slutt dag 2	12:30	

Sak	Onsdag 27. januar	Sakstype
	<b>Start dag 1</b>	<b>10:00</b>
1/21	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 28. – 29. oktober 2020</b>	<b>Godkjenning</b>
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 28. – 29. oktober 2020.	<b>Vedlegg 1:</b> Referat fra NUFA 28. – 29. oktober 2020
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referatet fra 28. – 29. oktober 2020.	

2/21	Tema: Legemiddelfeltet	Drøfting og orientering
	<p>NUFA vil bli orientert og involvert i pågående arbeid på utvalgte temaer knyttet til legemiddelområdet.</p> <p><b>Følgende saker står på agendaen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>SAFEST - drøfting</u> Status for arbeidet og drøfting av mulighetene for at SAFEST kan videreutvikles til en felles grunndatatjeneste for enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon til bruk i hele sektoren.</li> <li>• <u>Legemiddelprogrammet (realisering av Pasientens legemiddelliste) - orientering</u> Status fra programmet med fokus på utprøvningsprosjektet i Bergen.</li> <li>• <u>Forvaltning av bortfall av krav i e-reseptkjeden - orientering</u> Orientering om arbeidet i Norsk Helsenett med revidering av rekvirentkrav.</li> </ul>	<p><b>Vedlegg 2:</b> Toppnotat Legemiddelfeltet</p>
	<p><b>Forslag til vedtak:</b> NUFA tar sakene til orientering og ber Direktoratet for e-helse om å ta med seg innspill fra drøftingen i møtet i det videre arbeidet.</p>	
	<b>Slutt dag 1</b>	<b>13:30</b>

Sak	Torsdag 28. januar	
	<b>Start dag 2</b>	<b>10:00</b>
<b>3/21</b>	<b>Orientering fra Direktoratet for e-helse</b>	<b>Orientering</b>
	Direktoratet for e-helse vil orientere NUFA om følgende saker: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Strategi for digital sikkerhet</li> <li>▪ Tildelingsbrev</li> <li>▪ Ny organisering</li> <li>▪ Direktoratets endelige portefølje</li> </ul>	Ingen toppnotat
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA tar sakene til orientering.	
<b>4/21</b>	<b>Veien videre med veikart for nasjonale e-helseløsninger</b>	<b>Drøfting</b>
	Direktoratet for e-helse vil orientere om Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 – 2025 som ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet i november 2020. Det er ønskelig å drøfte veien videre med NUFA slik at veikartet kan bli et felles verktøy fremover.	<b>Vedlegg 3:</b> Toppnotat Veikart for nasjonale e-helseløsninger
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA drøftet anbefalingene for veien videre for veikart for nasjonale e-helseløsninger og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene i det videre arbeidet.	
<b>5/21</b>	<b>Helseplattformen og RHF-ene sitt arbeid med strukturert journal</b>	<b>Orientering</b>
	Helse Midt Norge vil orientere NUFA om arbeidet i Helseplattformen knyttet til strukturert journal og hvilken betydning dette kan ha for den øvrige helsetjenesten.	<b>Vedlegg 4:</b> Toppnotat Helseplattformen og RHF'ene sitt arbeid med strukturert journal
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering.	
<b>6/21</b>	<b>Digital behandlings- og egenbehandlingsplan</b>	<b>Orientering</b>
	Helsedirektoratet og Norsk Helsenett (NHN) vil orientere NUFA om prosjektet Digital behandlings- og egenbehandlingsplan. Det vil bli lagt særlig vekt på det tekniske løsningskonseptet. I toppnotatet stilles det to spørsmål som medlemmene kan gi innspill på i møtet, evt. sende til prosjektgruppen i etterkant av møtet.	<b>Vedlegg 5:</b> Toppnotat Digital behandlings- og egenbehandlingsplan
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering og ber Helsedirektoratet og Norsk Helsenett ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.	
<b>7/21</b>	<b>NHN sin skystrategi og Schrems II-dommen</b>	<b>Orientering</b>
	Direktoratet for e-helse og NHN vil orientere om Schrems II-dommen og redegjør for konsekvensene av Schrems II-dommen for nasjonal e-helseportefølje og NHNs skystrategi.	<b>Vedlegg 6:</b> Toppnotat NHN sin skystrategi og Schrems II-dommen
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering.	
<b>8/21</b>	<b>Eventuelt</b>	
	<b>Slutt dag 2</b>	<b>12:30</b>

Referat fra møte i NUFA		
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)	
<i>Dato</i>	28. – 29. oktober 2020	
<i>Tid</i>	28. oktober kl. 08.30 – 11.30 og 29. oktober 08.30 – 11.30	
<i>Sted</i>	Videomøte	
<i>Medlemmer</i>	Inga Nordberg, Direktoratet for e-helse Karl Vestli, Direktoratet for e-helse Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF Geir Granerud, Helse Vest RHF Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF Kristian Onarheim, Helse Midt RHF Egil Rasmussen, KS Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune Kirsti Pedersen, Oslo Kommune Ann-Kristin Smilden, Trondheim kommune Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune	Thore Thomassen, Helsedirektoratet Børge Myrland Larsen, Helsedirektoratet Peter Holmes, FHI Mohammad Nouri Sharikabad, FHI Sindre Solem, Norsk Helsenet SF Pål H. Brekke, Legeforeningen Gorm Braarvig, Digitaliseringsdirektoratet Arnfinn Aarnes, FFO Sverre Ur, Diabetesforbundet Maren Krogh, Apotekforeningen Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund
<i>Ikke til stede</i>	Randi Brendberg, Helse Nord RHF Inga Nordberg, Direktoratet for e-helse (dag 1) Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF (dag 2)	Heidi Slagsvold, KS Kristian Onarheim, Helse Midt RHF (dag 2)
<i>Observatører</i>	Darlén Gjølstad, Helse- og omsorgsdepartementet	
<i>Stedfortreder</i>		
Direktoratet for e-helse	Christine Bergland (dag 2) Siv Ingebrigtsen Sonja Turøy Brugman	Karen Lima Vibeke Jonassen Wang Hans Löwe Larsen

Sak	Tema	Sakstype
33/20	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møtet i NUFA 26. august 2020	Godkjenning
34/20	Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger	Orientering
35/20	Nasjonal e-helseportefølje	Orientering
36/20	Revidert plan for Felles grunnmur 2021	Drøfting
37/20	Porteføljestyling 2.0	Drøfting
38/20	Justering av mandat for NUFA	Drøfting
39/20	Etablering av Områdeutvalg for digitalisering av legemiddelområdet	Drøfting
40/20	Fremtidig modell for styring og brukerinnflytelse av Helsedataservice og Helseanalyseplattformen	Drøfting
	Orientering fra Direktoratet for e-helse ved Christine Bergland	
41/20	Internasjonalt arbeid i Direktoratet for e-helse	Drøfting
42/20	Internasjonale standarder	Drøfting
43/20	Case studier i bruk av SNOMED CT fra andre land	Orientering
44/20	Nye normerende produkter	Orientering
45/20	Standard databehandleravtale med veileder	Drøfting
46/20	Eventuelt	

Sak	Onsdag 28. oktober
33/20	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møtet i NUFA 26. august 2020</b>
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte i NUFA 26. august 2020.
	<b>Vedtak:</b> NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referat fra møtet 26. august 2020.
34/20	<b>Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger</b>
	<p>Direktoratet for e-helse orienterte om status på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å utarbeide et veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger i helse- og omsorgssektoren innen 16. november 2020 (utsatt frist fra 1. november)</p> <p>I diskusjonen ble det spurt om arbeidet med å gjøre informasjon fra MSIS-databasen tilgjengelig er en del av veikartet. Direktoratet for e-helse svarte at dette ligger i målet om å gjøre laboratorie- og radiologisvar tilgjengelig for helsepersonell uavhengig av hvor undersøkelsen ble foretatt. Direktoratet for e-helse svarte bekreftende på at det vil være samhandling og involvering med sektoren i dette arbeidet.</p> <p>Flere fokuserte på viktigheten av å se på nytten av de nasjonale e-helseløsningene. Det ble påpekt at nyttige produkter og tjenester vil bli tatt raskere i bruk, både av innbyggere og helsepersonell.</p> <p>Direktoratet for e-helse kommenterte at veikartet skal synliggjøre hva som er besluttet rundt innføring av de nasjonale produktene og det vi er blitt enige om i sektoren. Veikartet skal gi informasjon om når løsningene er tilrettelagt og planlagt tatt i bruk.</p>
	<b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.
35/20	<b>Nasjonal e-helseportefølje</b>
	<p>Direktoratet for e-helse orienterte NUFA om følgende tema:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Foreløpig status på porteføljen oktober 2020</li> <li>2. Koronastyringsgruppen</li> <li>3. Satsningsforslag 2022: Utvide Legemiddelregisteret til å omfatte legemidler gitt i institusjon (FHI)</li> </ol> <p><b>Innspill knyttet til Koronastyregruppen</b>            I møtet ble det stilt spørsmål til hvordan man kan gi innspill til koronaporteføljen. Direktoratet for e-helse svarte at man kan gjøre det gjennom aktørenes representanter i styringsgruppen. Følgende aktører er representert: Direktoratet for e-helse (v/ Karl Vestli og Siv Ingebrigtsen), Folkehelseinstituttet (v/Roger Schäffer), Helsedirektoratet (v Jo W. Harbitz og Svein Lie), KS (v/Terje Wistner), representanter for spesialisthelsetjenesten (v/ Eli S. Rondeel) og Norsk Helsenett (v/ Bodil Rabben). Direktoratet presiserte at tildelingsmidlene som ble gitt i forbindelse med korona-situasjonen nå er fordelt. Styringsgruppen sin rolle nå er å følge opp tiltakene som ble prioritert til midlene og for å drøfte og koordinere nye og relevante pågående koronatiltak.</p> <p><b>Innspill knyttet til FHI satsningsforslag</b>            Flere medlemmer uttrykte bekymring for at det er begrenset utviklingskapasitet hos EPJ-leverandører til kommunal sektor. Satsningsforslaget FHI legger frem er viktig. Samtidig har arbeidet med Pasientens legemiddelliste (PLL) høyere prioritet. Selv om FHI påpeker at det ikke er overlapp mellom det presenterte satsningsforslaget og PLL, vil det ta</p>

	<p>kapasitet hos leverandørene, RHF-ene og direktoratet. Det er viktig at de overordnede prioriteringene også reflekteres ovenfor leverandørene. FHI og direktoratet vil ta innspillet med seg.</p> <p>Det ble stilt spørsmål til beregning av kostnadene for institusjoner, og hvordan dialogen rundt dette har vært. FHI informerte om at det ble gjennomført et forankringsmøte før sommeren, i tillegg til flere workshops. Videre nevnte FHI at de har vært i kontakt med alle RHF-ene for å legge frem et kostnadsestimat for etablering av løsningen og drift.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
<b>36/20</b>	<b>Revidert plan for Felles grunnmur 2021</b>
	<p>Direktoratet for e-helse presenterte revidert plan for Felles grunnmur for 2021, og ønsket innspill til denne fra medlemmene i NUFA.</p> <p>Det kom spørsmål knyttet til prioritering av grunnmurslevereanser opp mot initiativ som sektoren er opptatt av. En kommunerepresentant påpekte at datadeling er viktig for det pågående arbeidet med digital hjemmeoppfølging og VKP i kommunal sektor, og at prioriteringer på grunnmursområdet som gjøres er i tråd med disse initiativene. Direktoratet presiserte at forslag til plan for 2021 omfatter tiltak som understøtter et videre arbeid på dokumentdeling men at flere tiltak også er viktige for en videre fremdrift på datadeling (eks personvern, logging, tillitsmodell og HelseID).</p> <p>Det etterspørres hvorvidt entydig identifisering av lokasjon er en del av tiltaket på virksomhetsdata hvor direktoratet svarte at vurdering av dette inngår i planperioden og at en del av det videre arbeidet er å avklare hva som prioriteres i hvilken rekkefølge sammen med aktørene. Direktoratet påpekte i denne sammenheng at arbeidet med virksomhet og personell først vil påbegynnes når tildeling over statsbudsjettet er bekreftet.</p> <p>I forbindelse med grunndata person, ble det kommentert at folkeregisteret kun gir fra seg juridisk kjønn, mens helsetjenesten også har behov for biologisk kjønn. Direktoratet kommenterer at de noterer behovet til det videre arbeidet, men at "person" er en videreformidling av folkeregisterets informasjon.</p> <p>I møtet ble det understreket at det er bra at avhengighetene til de flere av initiativene er synliggjort, herunder dokumentdeling og Pasientens legemiddelliste.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA drøfter saken og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
<b>37/20</b>	<b>Porteføljestyling 2.0</b>
	<p>Direktoratet for e-helse presenterte forslag til kriterier for innmelding og vurdering, samt porteføljesegmenter, som er en ny måte å håndtere tiltakene i nasjonal e-helseporteføljen på. Vedlegg 5A er lenket opp i toppnotatet og tilgjengelig på <a href="https://www.nufo.no/sider/pa-ehelse.no">NUFA sine sider på ehelse.no</a> gir en nærmere beskrivelse av forslagene.</p> <p>Direktoratet ba NUFA gi innspill på tre spørsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vil foreslåtte kriterier bringe de rette tiltakene inn i nasjonal e-helseportefølje?</li> <li>• Er etablering av porteføljesegmentene hensiktsmessig for å få fokus på det vi må lykkes med sammen? (Samstyre)</li> <li>• Er de andre segmentene (Koordinere, Observere, Inspirere) hensiktsmessig for å differensiere nasjonal e-helseportefølje?</li> </ul>

	<p>Følgende innspill kom frem i diskusjonen og vil tas med i det videre arbeidet med videreutvikling av nasjonal porteføljestyling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kriteriene for hva som er tiltak av nasjonal betydning kan virke å være for lite differensierende. Det kan lede til at mange tiltak meldes inn til nasjonal e-helseportefølje, selv om det ikke er hensiktsmessig.</li> <li>• Man bør vurdere ordet "Samstyring". Direktoratet bør utdype begrepene slik at de ikke kan misforstås</li> <li>• Det bør komme tydeligere frem hva som ligger i begrepene "nasjonal e-helseløsning" vs "nasjonal løsning"</li> <li>• Det kan se ut til at det kun er tiltak som eies av Direktoratet for e-helse som vil havne i samstyringssegmentet. Dette er et viktig spørsmål som direktoratet vil se på. Det er også viktig at man vurderer om man kan oppnå samme resultat ved at tiltak ligger i koordineringssegmentet.</li> <li>• Skillet mellom segmentene Observere og Inspirere bør gjøres tydeligere, det bør eventuelt vurderes om disse kan slås sammen</li> <li>• Det kom forslag om at man setter opp kriteriene for vurdering og hvilket segment tiltak skal være i, i motsatt rekkefølge. Dvs. at man starter med kriteriene for segmentet Inspirere.</li> </ul> <p>Det ble kommentert at mandatet for arbeidet med utvikling av nasjonal porteføljestyling er uklart nå som ny e-helselov er trukket. Direktoratet for e-helse svarte at porteføljestylingen er under stadig utvikling og at forslagene til videreutvikling er ønskelig, uavhengig av loven. Direktoratet håper at sektoren også ser verdien i at vi har en oversikt over nasjonale e-helsetiltak.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA drøfter saken og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
<p><b>38/20</b></p>	<p><b>Justering av mandat for NUFA</b></p>
	<p>Direktoratet for e-helse la frem forslag til justert mandat for NUFA. Medlemmene ble spesifikt spurt om forslaget gir NUFA nok spillerom til å fylle sin rolle som fag- og arkitekturutvalg.</p> <p>Det kom innspill om at det bør vurderes om det bør inviteres andre aktører og fagpersoner på spesifikke saker. Dette kan være hensiktsmessig for at direktoratet skal få gode faglige innspill. Direktoratet påpekte at mandatet åpner for dette og vil ta med innspillet. Videre sa direktoratet at møtene i nasjonal styringsmodell er åpne. Det er kun unntaksvis at man unntar saker fra offentligheten. Man kan henvende seg til sekretariatet for nasjonal styringsmodell dersom det er ønskelig med bisittere.</p> <p>Det ble stilt spørsmål om hvordan NUFA vil bli involvert i arbeidet med digital sikkerhet. Direktoratet svarte at utvalgene involveres i alt arbeid og alle oppdrag direktoratet får gjennom sakene som legges frem i utvalgene.</p> <p>Det ble også stilt spørsmål om bakgrunnen for at man spesifiserer funksjonstid for utvalget når aktørene selv utpeker sine representanter i utvalgene. Direktoratet svarte at det ikke har vært vurdert å fjerne virketid. Det er vanlig å ha dette med i mandat for jevnlig å gjøre en helhetlig vurdering av innholdet og medlemssammensetning.</p> <p>Det ble kommenter at det kan være vanskelig å få oversikt over prosjekter, programmer, råd og områdeutvalg og deres forhold til styringsmodellen. Direktoratet har forståelse for at dette kan være uklart i og med at styringsmodellen er under stadig utvikling. Direktoratet vil ta med innspillet til arbeidet med en større evaluering.</p>

	<p><b>Vedtak:</b> NUFA drøfter saken og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
<b>39/20</b>	<p><b>Etablering av Områdeutvalg for digitalisering av legemiddelområdet</b></p> <p>Direktoratet for e-helse presenterte forslag til mandat og sammensetning av Områdeutvalg for digitalisering av legemiddelområdet. Saken ble lagt frem som ledd i eksternt forankring og innspillsrunder for etablering av områdeutvalget.</p> <p>NUFA ble bedt om å gi innspill på følgende områder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan</li> <li>• Mandat</li> <li>• Sakstyper og innretning på sakene som bør behandles i områdeutvalget</li> <li>• Sammensetning av områdeutvalget (nivå og profil)</li> <li>• Ressursbruk (antall møter og aktivitet mellom møter)</li> </ul> <p>NUFA gav følgende innspill til det videre arbeidet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primærbruk av legemiddelinformasjon er viktigst, men det er også viktig at man beskriver sekundærbruk tydeligere i mandatet</li> <li>• Styringslinjer mellom områdeutvalg og styringsmodellen kan beskrives tydeligere slik at det kommer fram hvor endelige prioriteringer gjøres.</li> <li>• Det kom innspill om at man bør sikre at alle aktører som forskriver legemidler er representert i utvalget.</li> </ul> <p>Det ble poengtert at det er etablert mange utvalg og råd. Det er viktig å sikre at saker som blir lagt frem i flere utvalg, blir beriket ved hver behandling.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA drøfter saken og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
<b>40/20</b>	<p><b>Fremtidig modell for styring og brukerinnflytelse av Helsedataservice og Helseanalyseplattformen</b></p> <p>Direktoratet for e-helse orienterte NUFA om oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til fremtidig modell for styring og brukerinnflytelse i utvikling av Helsedataservice og Helseanalyseplattformen etter Helsedataprogrammets slutt. Direktoratet har utarbeidet et første forslag til overordnet modell og prosess for innspill og forankring, og ønsket innspill fra NUFA til modellen.</p> <p>Det kom spørsmål til saken om hva som er inkludert i omfanget for det nasjonale økosystemet for helseanalyse. Direktoratet for e-helse svarte at økosystemet for helseanalyse til utvikles over tid. Ved oppstart er det kjernen med dataplattform og analyseverktøy sammen med dataprodukter fra registrene som er de sentrale komponentene. Over tid er ambisjonene større og kan inkludere andre type tjenester og data.</p> <p>Det ble fremhevet at det blir bra at sektoren skal kunne bruke dataene som rapporteres inn til helseregistrene. For kommunesektoren vil dette kunne være nyttig knyttet til arbeid med folkehelse og inkludering. Det ble stilt spørsmål om det er aktuelt at Arbeids- og inkluderingsdepartementet beskrives inn i modellen. Det ble også stilt spørsmål om modellen er blitt lagt frem for Skate, Digitaliseringsdirektoratet strategiske samarbeidsråd. Direktoratet for e-helse svarte at dette var gode innspill som vil tas med i det videre arbeidet.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA drøfter saken og ber om at innspill til modell for styring og brukerinnflytelse i videre utvikling av Helsedataservice og Helseanalyseplattformen tas med i videre arbeid.</p>
	<p><b>Slutt dag 1</b></p>



Sak	Torsdag 29. oktober
41/20	<b>Internasjonalt arbeid i Direktoratet for e-helse</b>
	<p>Direktoratet for e-helse presenterte forslag til ambisjon og mål for internasjonalt arbeid i e-helse 2021 – 2023.</p> <p>Norge har et stort engasjement på e-helseområdet, men utfordringene for e-helse stanser ikke ved landegrensene. Internasjonalt samarbeid om e-helse gir oss muligheten til å kommunisere norsk fagkunnskap om e-helse og dele vår kompetanse internasjonalt. Samtidig gir det internasjonale arbeidet oss muligheten til å lære av andre lands erfaringer. Dette gir kunnskap som vi kan bruke til å styrke vår egen e-helsesatsing, og i noen tilfeller komme raskere til målet.</p> <p>I diskusjonen ble det kommentert at man er positiv til internasjonalt arbeid. Det er bra at man har større grad av samarbeid med Europa og at det kan være ressursbesparende. Flere kommenterte at det er bra at direktoratet tar en rolle i dette arbeidet og at de holder NUFA orientert. Videre kom det innspill om at vi bør knytte innsatsen opp mot de fagområder som er prioritert nasjonalt.</p> <p>Direktoratet for e-helse kommenterte at vi har stor innflytelse selv om vi er små, fordi vi er digitalt moden. Videre informerte direktoratet om at de også har et tett samarbeid med nordiske land. Dette gjør at vi får en sterk stemme i EU. Når vi er aktive og engasjerer oss så, kan vi påvirke standardiseringsutviklingen internasjonalt.</p> <p>Videre påpekte medlemmene at det er viktig at man har fokus på gevinster og hvordan det internasjonale arbeidet kan bidra til effektivisering, når man skal velge hvilke områder man skal involverer seg i. Det er også et ønske fra NUFA å få en oversikt over hvem i sektoren som er involvert i dette arbeidet, slik at man vet hvem man kan kontakte når man får henvendelser.</p> <p>Det ble stilt spørsmål til hva årsaken er til at Digital hjemmeoppfølging ligger under "Taktisk- følge med-nivå" og ikke på et strategisk nivå. Direktoratet for e-helse svarte det anbefales dette nivået på grunn av modenheten i dette arbeidet også internasjonalt.</p> <p>Digitaliseringsdirektoratet sin representant informerte at de også følger mye med på dette arbeidet, og ser det som positivt at Direktoratet for e-helse er så engasjert. Direktoratet for e-helse informerte om at det er et etablert samarbeid mellom disse to direktoratene rundt dette.</p>
	<p><b>Vedtak:</b>          NUFA drøfter saken og ber Direktoratet for e-helse om å ta med innspill i det videre arbeidet med å utarbeide mål og tiltak for internasjonalt arbeid i e-helse. NUFA godkjenner referat fra møtet 26. august 2020.</p>
42/20	<b>Internasjonale standarder</b>
	<p>Direktoratet for e-helse ønsket å drøfte planarbeidet rundt internasjonale standarder, og få innspill til hvordan sektor og myndigheter kan samspille om utviklingen av internasjonale standarder. Det var også ønskelig å diskutere hvilke hovedområder som bør prioriteres for standardisering de neste fire årene.</p> <p>I møtet ble det kommentert at planen sa lite om erfaringer med bruk av internasjonale standarder. Videre ble det påpekt at det bør jobbes med lovverk som gjør det mulig å dele informasjon på tvers av landegrensene. Direktoratet for e-helse svarte at man arbeider for at Norge og Norden skal formalisere standarder for informasjonsutveksling, og at det vil gjøre at man også får grunnlag for å dele informasjon på tvers av land. I dette ligger mye juridisk arbeid. Det er også en stor jobb å få standardene implementert i de</p>

	<p>ulike landene. Direktoratet sier innspillene er viktig og tyder på at det må gjøres tydeligere at målet er å dele informasjon på tvers av land.</p> <p>I møtet informerte FHI om at EPJ-løftet har spurt om mulighet for at FHI kan levere API for vaksinasjonsstatus. Hvis dette må løses med en FHIR-integrasjon, så må dette arbeidet starte raskt og ønsker å samarbeid med direktoratet om dette. Direktoratet for e-helse er positive til samarbeid om dette og kommenterte videre at pandemien intensiverer det internasjonale samarbeidet. Land har like behov, blant annet behov om å dele informasjon på tvers av sektoren.</p> <p>Det kom innspill om at det er viktig å ta utgangspunkt i de kliniske behovene, og tydeliggjøre hvordan man skaper nytteverdi i tjenesten. Av bruksområder legemiddelområdet med pasientens legemiddelliste nevnt som viktigste. Andre bruksområder er logistikk og sporing og standarder for sikker samhandling med dokument- og datadeling. Det ble påpekt at standarder er et virkemiddel mot et mål om bedre pasientbehandling og pasientsikkerhet. Direktoratet presiserte at internasjonalt standardiseringsarbeid starter med det kliniske miljøet før man starter på den tekniske arbeidet. I diskusjonen ble det videre påpekt at det kan være interessant å se hvilke standarder de store internasjonale leverandører velger å bruke i sine løsninger. De har erfaringsmessig etablert pragmatiske standarder, ofte på bakgrunn av klinisk nytte.</p> <p>Det ble poengtert at helsetjenesten i stadig større grad forholder seg internasjonalt både i forhold til pasienter fra andre land, men også i samarbeidet med eksempelvis laboratorieanalyser. Datatilsynet sine tolkninger av juridiske problemstillinger knyttet til dette har i stor grad fokus på GDPR. Det er ønskelig at direktoratet bidrar inn i denne diskusjonen slik at man i tillegg har fokus på å sikre gode samtykkeløsninger til informasjonen som skal deles. Det ble gitt innspill om at det ikke kun er Datatilsynet sin tolkning som er utfordring, men at lovgivningen i Norge hindrer å kunne utveksle informasjon over landegrensene. Direktoratet påpekte at det vil være et viktig fokusområde fremover.</p> <p>Det ble også gitt innspill om at man må se på det tverrsektorielle behovet, samt om vi kan gjøre nytte av internasjonale standarder innenfor felleskomponenter og grunndata.</p> <p>Direktoratet for e-helse takker for mange gode innspill til plan for internasjonale standarder.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA drøfter saken og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet. NUFA støtter arbeidet med internasjonale standarder og de utvalgte områdene som planen peker på.</p>
<p><b>43/20</b></p>	<p><b>Case studier i bruk av SNOMED CT fra andre land</b></p>
	<p>Direktoratet for e-helse orienterte om utviklingen av SNOMED CT internasjonalt på ulike områder. Videre ble en studie fra England presentert der har brukt SNOMED-koder i kombinasjon med andre kodeverk for å trekke ut helsedata.</p> <p>Flere påpekte at det var nyttig og inspirerende å se hvordan terminologien SNOMED CT kan gi klinisk nytte. Det ble videre påpekt at det er viktig med god kodekvalitet for å kunne gjøre slike analyser. Arbeidet som direktoratet gjør med SNOMED CT er viktig.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tak saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>

<b>44/20</b>	<b>Nye normerende produkter</b>
	<p>Direktoratet for e-helse orienterte om normerende produkter som nylig er publisert eller er under utarbeidelse. Direktoratet har delt inn normerende produktene i fire nivåer, med en stigende normeringsgrad – veiledere, retningslinjer, anbefalte standarder og obligatoriske standarder.</p> <p>Det ble kommentert i møtet at det var en fin presentasjon og et nyttig arbeid.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering.</p>
<b>45/20</b>	<b>Standard databehandleravtale med veileder</b>
	<p>Direktoratet for e-helse orienterte om arbeidet med standard databehandleravtale med veileder og ønsket å motta innspill på avtalens og veilederens innretning og innhold. Dette er et oppdrag gitt av Helse- og omsorgsdepartementet til Direktoratet for e-helse i tildelingsbrevet for 2020.</p> <p>Apotekforeningen ønsker å gi Direktoratet for e-helse innspill fra personvernombudet sitt. De har hatt god nytte av en tidligere standardavtale som direktoratet har utarbeidet og har erfaringer, spesielt knyttet til oppsettet av avtalen, som de gjerne deler. Direktoratet for e-helse kommenterte at det er veldig nyttig å få tilbakemeldinger fra praktisk bruk av malen og ser frem til innspill fra Apotekforeningen.</p> <p>Det ble påpekt at Helseplattformen AS og Akson Journal AS kan komme i den situasjonen at de begge sannsynligvis vil opptre som dataansvarlige. Helseplattformen har dialog med Helse- og omsorgsdepartementet om dette og forventet avklaringer i løpet av desember. Det er ønskelig at tidslinjen for arbeidet med databehandleravtalen med veileder samkjøres med prosessen Helseplattformen har med Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet for e-helse takket for godt innspill og vil inkludere relevante avklaringer fra Helse- og omsorgsdepartementet i det videre arbeidet med databehandleravtalen med veileder.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA drøfter saken og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
<b>46/20</b>	<b>Eventuelt</b>
	<p>Direktoratet for e-helse har sendt ut innkalling til møter for 2021. På grunn av pandemien vil det fortløpende vurdere hvorvidt vi kan gjennomføre fysiske møter.</p> <p>Direktoratet for e-helse ønsker å gjennomføre en evaluering av NUFA via questback, og vil sette pris på om medlemmene tar seg tid til å svare på den.</p>
	<b>Slutt dag 2</b>

Til Møte 1/21  
Dato 27.01.2021  
Saksnummer 2/21  
Type Drøfting og orientering

Fra Ivar Thor Jonsson  
Saksbehandler Espen Hetty Carlsen

## Legemiddelfeltet: Noen utvalgte temaer på legemiddelområdet

### Forslag til vedtak

NUFA tar sakene til orientering og ber Direktoratet for e-helse om å ta med seg innspill fra drøftingen i møtet i det videre arbeidet.

### Hensikt med saken

Orientere og involvere NUFA i pågående arbeid på noen utvalgte temaer knyttet til legemiddelfeltet.

### Bakgrunn

Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 er helse- og omsorgssektorens felles strategi for IKT og digitalisering. Strategien angir målene for IKT og digitalisering i sektoren, og hvordan disse bidrar til å realisere overordnede helse- og omsorgspolitiske mål. Sammen med aktørene i den nasjonale styringsmodellen for e-helse er det utarbeidet Plan for e-helse for perioden 2019-2022.

Strategi med tilhørende plan er førende for prioriteringer i den nasjonale e-helseporteføljen, hvor legemiddelområdet er høyt prioritert av sektoren. Legemiddelområdet er inkludert i strategien og plan innder to områder

1. Strategisk satsningsområde Digitalisering av arbeidsprosesser  
Innsatsområde #1.2 Digitalisere legemiddelkjeden innenfor hver virksomhet
2. Strategisk satsningsområde Bedre sammenheng i pasientforløp  
Innsatsområde #2.2 Dele oppdaterte legemiddelopplysninger

Nasjonal e-helseportefølje rommer konkrete tiltak som skal bidra til å realisere målsetningene innenfor innsatsområdene. Denne NUFA sesjonen vil trekke fram prosjekter og perspektiver knyttet til disse tiltakene innenfor hvert av innsatsområdene. I tillegg vil det være en sesjon som omhandler e-resept, der Helse Nord og Helseplattformen vil dele sine erfaringer med å koble seg på e-reseptkjeden med henholdsvis DIPS Arena og EPIC, og NHN vil gi en orientering om arbeidet med revisjon av rekvirentkrav som ble gjennomført i 2020.

<sup>1</sup> [Nasjonal e-helsestrategi 2017-22](#)

<sup>2</sup> [Plan for e-helse 2019-2022](#)

### **1. Innsatsområde #1.2 - Digitalisere legemiddelkjeden innenfor hver virksomhet**

Målsetningen for innsatsområdet er at helsepersonell jobber digitalt med legemiddelopplysninger i egen virksomhet og har tilgang til digital beslutningsstøtte. Internt i virksomhetene er det flere systemer som behandler legemiddelinformasjon. Sømløs flyt av legemiddelinformasjon mellom systemene vil gi et vesentlig bidrag for å ta ut gevinster. Dette vil kreve enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon, som også vil være en forutsetning for beslutningsstøtte.

Innledningsvis i sesjonen vil NUFA få presentert status i SAFEST gjennomføringsprosjektet, innføringsplanen i Helseplattformen og plan for lukket legemiddelsløyfe. Deretter blir det en kort innledning for å drøfte mulighetene for at SAFEST kan videreutvikles til en felles grunndata-tjeneste for enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon til bruk i hele sektoren.

### **2. Innsatsområde #2.2 - Dele oppdaterte legemiddelopplysninger**

I 2019 etablerte Direktoratet for e-helse programmet "Digitalisering av legemiddelområdet". Programmet skulle sørge for samordning, koordinering og prioritering av prosjekter for å realisere pasientens legemiddelliste. Pasientens legemiddelliste er det viktigste tiltaket for å kunne samhandle rundt og dele pasientens legemiddelopplysninger i "sann tid" på tvers av virksomheter. En digital deling på tvers av virksomheter vil vanskelig la seg realisere dersom virksomhetene internt ikke støtter digitaliserte arbeidsprosesser for legemiddelhåndtering. Et virkemiddel for å støtte digitale arbeidsprosesser er utviklingen av "sentral forskrivningsmodul" (SFM). SFM er sett på som en forutsetning for å lykkes med "Pasientens legemiddelliste".

Innledningsvis i sesjonen vil det bli gitt en kort status fra programmet etterfulgt av sesjonens hoveddeler som vil orientere om utprøvningsprosjektet i Bergen som er igangsatt, og det vil gis en demonstrasjon av SFM.

NUFA medlemmene vil få anledning til å stille spørsmål under sesjonen, og avslutningsvis vil det være en kort oppsummering.

### **3. Revisjon av rekvirentkrav og påkobling til e-reseptkjeden**

Opprinnelig rekvirentspesifikasjon for e-resept ble utformet i e-reseptprogrammet som ble avsluttet i 2011, med tanke på at den skulle være gjeldende for samtlige rekvirentsystemer. Av historiske årsaker har rekvirentkravene utviklet seg til å omfatte krav til funksjonalitet som ikke er e-reseptfunksjonalitet og som ikke kan hjemles i reseptformidlerforskriften eller i NHN sitt ansvar som forvalter av e-reseptkjeden. Rekvirentkravene ble derfor revidert av Norsk Helsenett i 2020, og Norsk Helsenett vil dele bakgrunn, formål og resultat av denne revisjonen med NUFA. Parallelt med revisjonen har både Helse Nord og Helseplattformen arbeidet med å koble seg på e-reseptkjeden med henholdsvis Dips Arena og EPIC. Foretakene vil dele sine erfaringer fra prosessen, samt dele sine planer for innføring av e-resept i de respektive regioner.

Til slutt i sesjonen blir det satt av tid til diskusjon og innspill.

Til Møte 1/21  
Dato 28.01.2021  
Saksnummer 4/21  
Type Drøfting

Fra Jon Helge Andersen  
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

## Veien videre med veikart for nasjonale e-helseløsninger

### Forslag til vedtak

NUFA drøftet anbefalingene for veien videre for veikart for nasjonale e-helseløsninger og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene i det videre arbeidet.

### Hensikt med saken

November 2020 leverte Direktoratet for e-helse *Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 – 2025* til Helse- og omsorgsdepartementet. Veikartet ligger tilgjengelig her: <https://ehelse.no/publikasjoner/veikart-for-nasjonale-e-helselosninger>.

Hensikten med denne saken er å orientere om veikartet og drøfte veien videre for veikartet slik at det kan bli et felles verktøy fremover.

### Bakgrunn

Veikartet dekker tiltakene som har som mål å oppnå følgende endringer:

- Innbygger skal ha mulighet for å administrere behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorger
- Innbygger skal ha muligheter for digital hjemmeoppfølging
- Helsepersonell skal ha tilgang til pasientens legemiddelliste
- Helsepersonell skal ha tilgang til en oppdatert og autoritativ beskrivelse av kritisk informasjon
- Helsepersonell skal ha tilgang til journalldokumenter uavhengig av hvor pasienten har mottatt helsehjelp
- Helsepersonell skal ha tilgang til laboratorie- og radiologisvar uavhengig av hvor undersøkelsen er foretatt
- Helsepersonell skal ha tilgang til dialogmeldinger og forbedrede henvisninger.

Veikartet viser følgende:

- Flere og flere aktører i sektoren vil tilby administrasjon av behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester til innbyggere gjennom Helsenorge mellom 2021-2025.
- I perioden frem til 2023/2024 gjennomføres utvikling og utprøving av sentral forskrivingsmodul og pasientens legemiddelliste. E-resept innføres i sykehjem og hjemmetjeneste.
- Helsepersonell får tilgang på dialogmeldinger og forbedrede henvisninger.
- Helse Vest, Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge planlegger å prøve ut muligheten for å ha en kilde for oppdatert og autoritativ kritisk informasjon.
- Innsyn i journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten kommer gradvis frem mot 2022/2023.
- Innenfor digital hjemmeoppfølging er planen å fortsette den pågående utprøvingen, og bruke de eksisterende prosjektene til å realisere et felles rammeverk for informasjonsdeling.
- Det å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger i kommunene før Akson journal eventuelt er på plass, vil være en fordel, da dette vil strekke ut innføringsarbeidet og sikre god samhandling på utvalgte områder i overgangsperioden.

Endringene som kommer i veikartsperioden, er viktige bidrag til å videreutvikle samhandlingen i sektoren. Samtidig viser målbildet for helhetlig samhandling at det er mye som gjenstår, selv på prioriterte områder.

Det er en risiko for at planene i veikartet ikke kan realiseres i henhold til tidsplanen. Denne risikoen har i hovedsak bakgrunn i finansiering, tilrettelegging av tilgjengelige løsninger i helse- og omsorgstjenesten og kontroll på avhengighetene.

### **Veien videre for veikartet**

Utarbeidelse og vedlikehold av veikart er en løpende aktivitet som Direktoratet for e-helse vil ivareta fremover på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdatering og videreutvikling av veikartet må skje i kontinuerlig og tett samarbeid med sektoren, og det er behov for å drøfte med NUFA hvordan dette arbeidet bør innrettes og hva det er viktig å ta tak i i 2021.

I kapittel 7 i veikartet (hoveddokumentet) ble følgende anbefalt for veien videre:

- 1) Det er behov for en transparent og omforent prosess for hvordan aktørene i helse- og omsorgssektoren velger tiltak som krever nasjonal innsats
- 2) Det er behov for bedre underlag for å vurdere gevinsten av de ulike tjenestene på de nasjonale e-helseløsningene
- 3) Det er behov for bedre oversikt over hvem som har tatt i bruk de ulike tjenestene på de nasjonale e-helseløsningene og hvilke erfaringer sluttbrukerne gjør seg
- 4) Det er behov for å holde veikartet oppdatert, og innholdet bør være lett tilgjengelig i en nettleser
- 5) Det er behov for å utvide omfanget av veikartet

NUFA bes drøfte disse anbefalingene og gi innspill til hva Direktoratet for e-helse skal prioritere i 2021.

Til Møte 1/21  
Dato 28.01.2021  
Saksnummer 5/21  
Type Orientering

Fra Helse Midt Norge  
Saksbehandler Per Olav Skjesol

## Helseplattformen og RHF'ene sitt arbeid med strukturert journal

### Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering

### Hensikt med saken

Det er ønskelig at NUFA er kjent med det arbeidet som foregår i Helseplattformen knyttet til strukturert journal og hvilken betydning dette kan ha for den øvrige helsetjenesten.

### Bakgrunn

I oppdragsdokument fra HOD er følgende oppdrag gitt:

*"Helse Midt-Norge tar en lederrolle for helseregionene i arbeidet med standardisert språk, SNOMED CT. Alle de regionale helseforetakene skal bidra i arbeidet i tråd med avtaler med Direktoratet for e-helse, som leder arbeidet med å etablere felles standardisert språk og kodeverk i helse- og omsorgssektoren. Ved anskaffelser bør de regionale helseforetakene stille krav om bruk av felles språk og kodeverk.*

Helse Midt Norge gjennomfører sammen med Trondheim kommune i Helseplattformen AS et omfattende arbeid for å strukturere pasientens journal. Dette arbeidet omhandler å ta stilling til hvordan journalen skal struktureres, hvilke informasjonselementer som å defineres, hvordan disse skal kodes og bruk av terminologi. Mye av dette arbeidet oppfattes ikke å være spesifikt for Epic løsning, men kan gjenbrukes også i andre systemer som strukturerer journalinformasjon. Det er derfor dialog mellom de fire RHF'ene om hvordan dette kan gjøres på en best mulig måte, inkludert avstemming mot arketypearbeidet.

I møtet vil det bli gjort en gjennomgang av dette arbeidet med eksempel fra et kvalitetsregister.



Til Møte 1/21  
Dato 28.01.2021  
Saksnummer 6/21  
Type Orientering

Fra Helsedirektoratet

Saksbehandler Karin Sygna

## Digital behandlings- og egenbehandlingsplan

### Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering og ber Helsedirektoratet og Norsk Helsenett ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.

### Hensikt med saken

Digital behandlings- og egenbehandlingsplan (heretter DBEP) er et prosjekt som eies av Helsedirektoratet og gjennomføres i tett samarbeid med Norsk Helsenett (NHN). Prosjektet fikk midler i StimuLab-ordningen i Digitaliseringsdirektoratet til å gjennomføre et innsikts- og konseptutredningsarbeid i 2020. I løpet av StimuLab-arbeidet har det vært høy grad av involvering av aktører i sektoren for innsikt og testing og iterering av konseptet for DBEP. Prosjektet går over i gjennomføringsfase i april 2021 for å starte med utvikling, testing og pilotering, med forbehold om finansiering.

Hensikten med saken er å orientere NUFA om prosjektet og få innspill. I møtet blir det lagt særlig vekt på det tekniske løsningskonseptet. Innspill kan også sendes til prosjektgruppen i etterkant av møtet.

### Bakgrunn for prosjektet

Det har over lengre tid vært behov for en mer strukturert tilnærming til å legge opp behandlingsløp for en rekke pasienter, og for mer koordinering og informasjonsdeling på tvers av hele helse- og omsorgstjenesten. Flere prosjekter har tidligere omhandlet disse utfordringene, uten at noen av initiativene har klart å komme helt i mål. Begrunnelsen for manglende måloppnåelse er til dels stor kompleksitet og manglende finansiering av et tiltak som krever samarbeid og involvering av mange aktører på tvers av tjenestene. Dette resulterer i behov fra ulike kanter, og ikke minst at det er vanskelig å definere eierskap til utformingen, utviklingen og implementeringen av en løsning. Én enkelt aktør har ikke hatt kapasitet eller midler til å gå videre med dette etter en utredning.

I prosjektene Primærhelseteam (PHT) og Digital hjemmeoppfølging (tidligere MAO) er det behov for at det utvikles mal for behandlingsplan og egenbehandlingsplan, samt teknologi som understøtter deling av innholdet. Helsedirektoratet jobbet med en utredning for DBEP i perioden mai 2018 til februar 2019. I utredningen fremkom det behov for å jobbe videre med en nasjonal løsning for DBEP.

## Formål

Med DBEP er det ønske om å oppnå:

- Bedre sammenheng i pasientforløpet med mer helhetlige og koordinerte tjenester
- Digitalisering av informasjonsdeling, der all informasjon knyttet til en pasients behandlingsløp skal være tilgjengelig mellom ulike behandlere i helse- og omsorgstjenesten og pasienten selv
- Standardisering og dermed effektivisering av arbeidsprosesser, der aktører i helse- og omsorgstjenesten har maler og verktøy for å utarbeide behandlingsplaner og egenbehandlingsplaner
- Pasienter som føler seg tryggere i egen behandling og som kan gjøre mer tilpasninger hjemmefra

Målbildet er en helhetlig plan for behandling av pasienter, både fra helsetjenesten (behandlingsplan) og i pasientens eget hjem (egenbehandlingsplan), samt informasjonsdeling på tvers av behandlere og pasienten selv. Det vil kunne bidra til smidigere samhandling, økt pasientinvolvering og økt pasientsikkerhet.

## Status

Basert på det grundige innsiktsarbeidet som er gjennomført i 2020 så vil det i mars 2021 foreligge en detaljert konseptbeskrivelse av DBEP. Konseptbeskrivelsen vil inneholde:

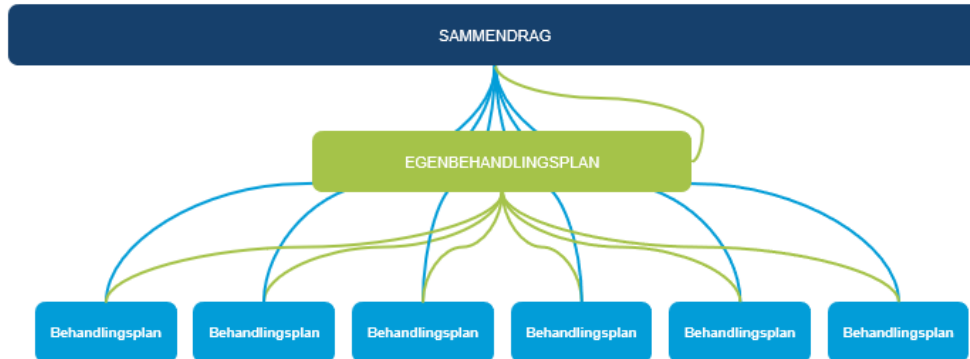
- Dokumentasjon fra behovskartleggingen (intervju og workshops med pasienter, pårørende og helsepersonell i spesialist- og primærhelsetjenesten)
- Konseptdesign som setter prinsipper for DBEP og en to-be prosess eksemplifisert med noen enkle skjermiskisser
- Gevinstrealiseringsplan
- Beskrivelse av klinisk innhold
- Konsept for teknisk realisering
- Prioriteringer, veikart og plan for gjennomføring

Med forbehold om finansiering, så vil prosjektet i april 2021 kunne gå over i gjennomføringsfase for å utvikle, teste og pilotere en løsning. I utviklingen er det svært viktig med videre involvering av helsepersonell i sektoren og pasienter/pårørende og en smidig tilnærming til utviklingsarbeidet.

Det søkes om finansiering i Medfinansieringsordningen (forvaltes av Digitaliseringsdirektoratet) [Medfinansieringsordninga | Digdir](#). Svar på søknaden gis i mars 2021. Alternativ finansiering vil være samfinansiering i sektoren.

## Konseptdesign – foreløpig skisse

Det er vurdert ulike konseptuelle alternativ, og foreløpig struktur for konseptdesignet er fremstilt i denne skissen:



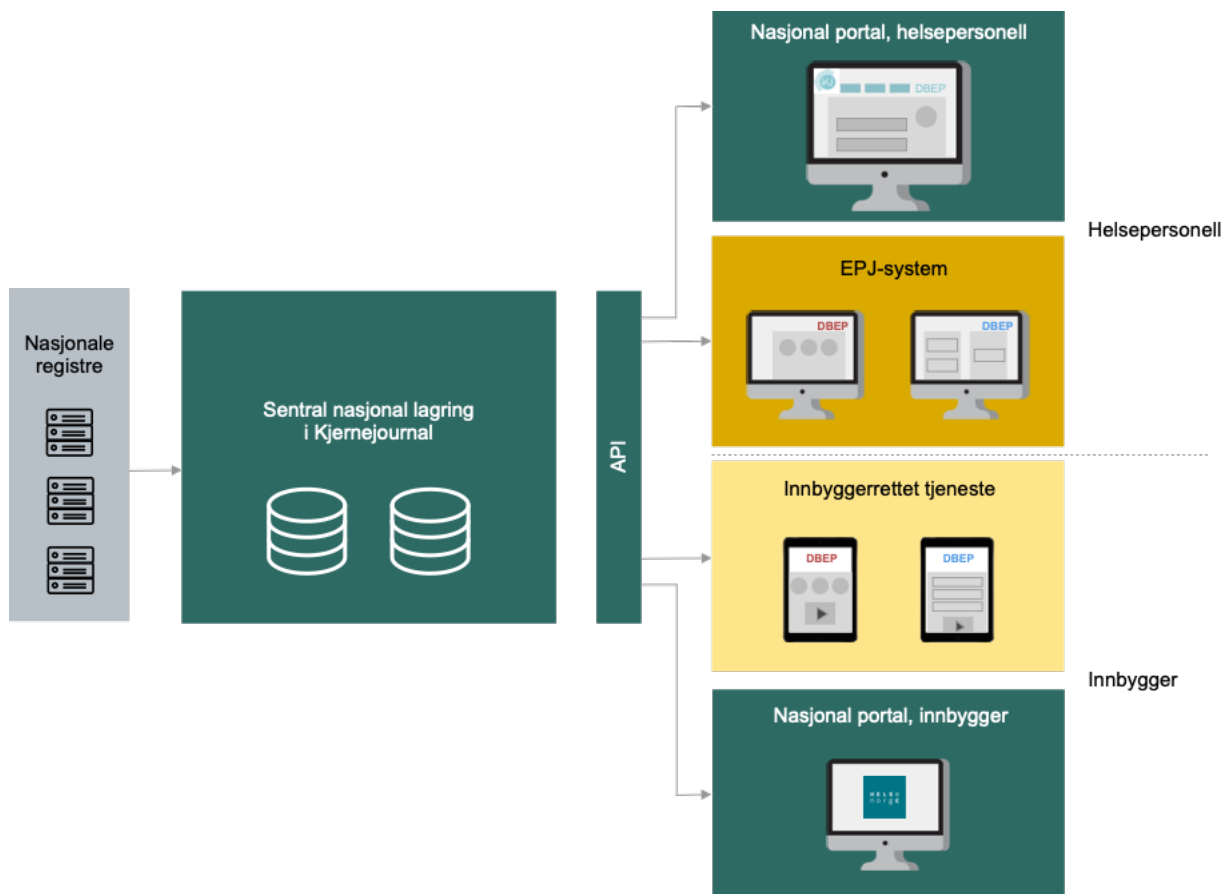
Konseptdesignet definerer en struktur som er fleksibel nok til å kunne bygge videre på, og vil ikke definere eller standardisere rigide arbeidsprosesser rundt DBEP. Konseptdesignet vil beskrive et tilgjengelig verktøy som legger til rette, fremmer og understøtter elektronisk samhandling. Dette imøtekommer utfordringene med at situasjoner, behandlingsløp og arbeidsprosesser er mangfoldige og ulike.

### Teknisk konsept

Gjennom innsikts- og konseptarbeidet er det også gjennomført møter og intervjuer bredt i helsesektoren og med private leverandører av EPJ-systemer og innbyggerrettede tjenester, samt vurdert ulike tekniske konsept for realisering av DBEP. Basert på dette anbefales det et teknisk konsept der det etableres:

- **Sentral nasjonal lagring** for å sikre at helsepersonell har tilgang til lik informasjon om pasientens DBEP uavhengig av behandlingssted og EPJ-system. Dette anbefales etablert i kjernejournal som har eksisterende infrastruktur for lagring av helseopplysninger, og hjemmel for å lagre behandlingsplaner etter kjernejournalforskriften.
- **En informasjonsmodell** som bygger på HL7 FHIR og FHIR Care plan. FHIR er Direktoratet for e-helses anbefalte standard for utveksling av helseinformasjon.
- **Tjenester for DBEP i EPJ-systemene og i innbyggerrettede tjenester** slik at helsepersonell og innbyggere kan interagere med DBEP i eksisterende brukerflater og i de løsningene de bruker mest. Det anbefales å realisere dette ved å tilgjengeliggjøre APIer for tredjepartsløsninger (både EPJ-systemer og innbyggerrettede tjenester) slik at leverandørene kan utvikle egne tjenester i sine brukergrensesnitt, samtidig som det vises den samme, og fullstendige, dataen på tvers av systemer.
- **En portalløsning for helsepersonell i kjernejournal og for innbyggere i Helsenorge** for raskere bredding til sektoren.

Teknisk konseptskisse (merk: dette er ikke en arkitekturskisse):



Dette konseptet:

- Gjenbruker eksisterende tjenester for helsepersonell og innbygger, både offentlige og private, i tillegg til eksisterende infrastruktur for lagring og deling av helseopplysninger
- Gjenbruker data fra kjernejournal, Helsenorge og private leverandører
- Er i tråd med NHNs strategi 2026 ved å utvikle API og sluttbrukerløsninger
- Er i tråd med Direktoratet for e-helses sin anbefaling om og veileder for åpne APIer
- Legger til rette for behandlere som ikke har EPJ som tilbyr tjenesten
- Har kortere tid til gevinst og mer kontroll på gjennomføringen (sammenlignet med andre konsepter vurdert)

Prosjektet ber NUFA gi innspill til:

- Vil konseptskissen for digital behandlings- og egenbehandlingsplan støtte opp om og harmonerer med planer som foreligger i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten innenfor digital hjemmeoppfølging?
- Innspill til veivalget som er lagt opp til ved bruk av dagens samhandlingskomponenter (Kjernejournal og HelseNorge).

Til Møte 1/21  
Dato 28.01.2021  
Saksnummer 7/21  
Type Orientering

Fra Karl Vestli  
Saksbehandler Marit Larsen Haarr (E-helse) og Sindre Solem (NHN)

### NHN sin skystrategi og Schrems II-dommen

#### Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering

#### Hensikt med saken

Orientere om Schrems II-dommen og redegjøre for konsekvensene av Schrems II-dommen for nasjonal e-helseportefølje og NHNs skystrategi.

#### 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 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. januar 2021.

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

Det er pr. januar 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.

### **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 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:**

For utviklingen av Smittestopp ble det avgjørende at Microsoft ikke har kunnet gi garanti om at data ikke overføres til andre land enn EU ved bruk av Microsoft Azure. Prosjektet valgte derfor hosting hos Netcompany. Overgang til en on-premise-løsning førte ikke til utsettelse, og appen ble lansert som planlagt 21.12.20.

Andre prosjekter som **Helseplattformen** 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. KS har nedsatt en arbeidsgruppe som jobber mot praktiske leveranser til kommunene som omfatter bl.a. informasjonstiltak og DPIA.

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

### **Hva gjør NHN?**

NHN jobber langs mange akser, hvor dette er noe:

- Kartlegging – for å få kontroll over stort og smått som behandler personopplysninger, "utdanne" både interne ressurser og spesielt leverandører. Tydeliggjøring av hva "personopplysninger" omfatter og hva "overføring" betyr
- Prioritert vurdering av viktig skybruk, f.eks. Microsoft Azure og M365 (tidligere kalt Office 365) – hva er tilstrekkelige tiltak?
- Veilede helseforvaltningen og øvrige kunder, prioritet på områder hvor NHN er dataansvarlig eller databehandler
- Vi jobber fremdeles med å legge til rette for skybruk for både kunder og tredjepartsleverandører i helsenettet

### **Hva ser vi nå og hva er utfallet?**

Mange eksisterende leveranser bygger på manglende forståelse, og gir dermed dårlige eller manglende databehandleravtaler. Det er stor variasjon i kompetanse hos våre underleverandører, og det krever betydelig arbeid å få dette kartlagt og utbedret.

Det er vanskelig/umulig å beskytte administrative (ansattes) personopplysninger ved bruk av leverandører fra tredjeland/USA. Lovmessig lar ikke dommen oss skille mellom øvrig kategori personopplysninger og administrative personopplysninger. Dette vil være et problem ved enhver bruk av amerikanske leverandører, også utenfor skyen, f.eks. for aktivering av personlige lisenser, supporttjenester, osv.. Selv for løsninger helt "on-premises" er det vanskelig å ikke ha avhengighet til leverandører utenfor EU/EØS, på programvare eller hardware, og hvor det kan være behov for å dele personopplysninger.

Ikke-administrative persondata, som kundedata, databaser osv., vil kunne la seg sikre i stor grad ved hjelp av kryptering og/eller pseudonymisering, i tillegg til øvrige tiltak fra leverandør. Software-as-a-

service har dette i liten grad på plass, men mulighetene er større ved tjenester man selv bygger i skyen. En ulempe er at dette typisk gir en vesentlig økning i kompleksitet.

Foreløpig veiledning fra Datatilsynet gir oss ikke særlig stort spillerom, men vi trenger mulighet for å vurdere restrisiko og interessen for våre data etter at øvrige tiltak er på plass, skille mellom hypotetiske scenarier og reelle. Hvor "amerikansk" må en leverandør f.eks. være for at risikoen for en utlevering er reell? Hvor eksponert må persondata være hos leverandøren for at risikoen for utlevering er reell? Selv krypterte data kan kanskje knekkes om 100, 50, 20 år, hva er akseptabel risiko og hvor reell er risikoen for at det er interesse for å utlevere dette for langvarig oppbevaring?

Kan vi beholde en tillit til at leverandører ikke lager bakdører i sine egne systemer for å oppfylle utleveringsforespørsler fra amerikanske myndigheter?

### **NHNs skystrategi**

NHNs ambisjoner på sky må balanseres opp mot Schrems II-dommen. Det betyr at vi foreløpig er tilbakeholdne med å produksjonssette nye tjenester i allmenn sky, men jobber videre med hvordan tiltak kan utføres for å bøte på Schrems-problemene. Dette arbeidet vil fortsette en god stund fremover.

Under følger utdrag fra NHNs skystrategi, som er formulert før Schrems II-dommen. Strategien legger opp til en fordeling av tjenester mellom allmenn og privat sky, men det antas fordelingen skyves med større vekt på privat sky i det minste på kort sikt.

*NHN hjelper innbyggerne med å mestre sin egen helsehverdag, helsesektoren til å yte gode helsetjenester, forskerne til å utvikle ny kunnskap og næringslivet til å levere sine tjenester for bedre helse. Vi forenkler også arbeidsdagen til helseforvaltningen slik at de kan samle seg om sitt samfunnsoppdrag.*

*Norge har kommet langt i digitaliseringen, og har et av verdens beste helse- og omsorgssystem der helsepersonell leverer tjenester av høy kvalitet til innbyggerne. Samtidig er det viktig å forstå at det digitale etterslepet er stort. Dette begrenser god utnyttelse av sektorens ressurser. Med voksende utgifter til helse og omsorg og fallende oljeinntekter vil det bli en stor utfordring å møte de langsiktige samfunnsbehovene uten at ting gjøres drastisk annerledes.*

*Vi har en sentral rolle i digitaliseringen av helse- og omsorgssektoren, og får stadig nye oppgaver og mer ansvar. Vårt engasjement i sektoren øker, det er store forventninger til oss, og vi har høye ambisjoner som vil bidra til å muliggjøre fremtidens helse-Norge. For å lykkes må vi sørge for raskere digitalisering, bedre digitale tjenester, og mer effektiv ressursbruk. Vi har i tillegg behov for ny teknologi og innovative løsninger. Her kommer bruk av skytjenester og markedet inn i bildet. Vi trenger ikke gjøre selv det som markedet kan gjøre bedre. Det er i skyen det skjer! Vi forventer at allmenne skytjenester, med ferdige løsninger fra markedet, på lang sikt mer eller mindre vil erstatte eksisterende tjenester. Vi skal derfor øke bruken av allmenne skytjenester fremover. I dag kan imidlertid ikke slike tjenester understøtte vårt samfunnsoppdrag alene, men vi kan nyttiggjøre oss teknologien for å modernisere våre egne datasentre. Økt bruk av allmenne skytjenester og skyteknologi vil med dette bidra til å styrke fundament vårt for utvikling, drift og forvaltning av produkter og tjenester. Slik skal vi legge til rette for bedre digitale tjenester for våre kunder og brukere, raskere digitalisering av helsetjenesten og helseforvaltningen, mer effektiv samlet ressursbruk i sektoren og økt innovasjon og næringsutvikling.*

### **Strategiske mål**

- 1. Nye og eksisterende tjenester skal plasseres der det er hensiktsmessig**  
Når vi skal etablere nye eller endre på eksisterende tjenester skal vi vurdere allmenne skytjenester på lik linje med andre leveranseformer, kombinere når det er riktig, og industrialisere der vi kan.
- 2. Våre tjenester skal fungerer som avtalt, uavhengig av hvor de er plassert**  
Våre datasentre skal utvikle seg i retning av privat sky, og fungere sammen med allmenn sky for å opprettholde sikker og stabil drift på kritiske og prioriterte tjenester, sikre data og muliggjøre morgendagens løsninger.
- 3. Vi skal være kjent for vår kunnskap, dele kompetanse og erfaring, og være en attraktiv arbeidsgiver**  
Vi skal være et oppdatert og attraktivt miljø med kompetanse og erfaring på trygg og effektiv bruk av skytjenester.
- 4. Vår sikkerhet og vårt personvern skal gi trygghet**  
Vi skal ha kontroll på hvilke data som ligger hvor, sikre med privat sky når det er nødvendig, og sørge for innebygd person i alle våre tjenester, uavhengig av hvor de er plassert.
- 5. Kundene våre skal oppleve at vi er åpne, bidrar til forutsigbarhet og er effektive**  
Våre kunder skal ha tilstrekkelig innsikt i hva de betaler for, og hvordan tjenestekostnadene vil utvikle seg.
- 6. Vi skal bidra til verdiskaping i næringslivet gjennom smart bruk av markedet og innovative løsninger**  
Vi har behov for tilgang til allmenne skytjenester på tvers av leverandørene sin skytilbud. Tilgang på innovative løsninger og ny funksjonalitet, bedre muligheter for å optimalisere kostnader, og nye alternativer for tilgjengelighet og skalerbarhet er eksempler på fordeler dette vil gi oss.

## Innsatsområder

### Allmenn sky

Legge til rette for at både nye og eksisterende tjenester kan plasseres i allmenn sky, slik at tjenester kan plasseres der det er hensiktsmessig.



### Kompetanse

Etablere kompetansemiljø for bruk av skytjenester i helse- og Omsorgssektoren, slik at er kjent for å kunne sky, deler av vår kompetanse og erfaring, og er en attraktiv arbeidsgiver.



### Kostnadskontroll

Etablere prosesser og ta i bruk verktøy som sikrer at vi har oversikt over og kan tilby innsikt i kostnadene, slik at kundene våre opplever at vi er åpne, bidrar til forutsigbarhet og er effektive.



© Samuel Zetter

### Privat sky

Etablere privat sky for å ivareta behov som ikke kan understøttes av allmenn sky alene, slik at våre tjenester kan plasseres der det er hensiktsmessig, og fungerer som avtalt, uavhengig av hvor de er plassert.



### Sikkerhet

Styrke arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern, slik at vår sikkerhet og vårt personvern gir trygghet.



### Innovasjon

Følge med på trender og ny teknologi, markedet og prising, og muligheter på tvers av skytilbudene, slik at vi bidrar til verdiskaping i næringslivet gjennom smart bruk av markedet og innovative løsninger.



### Overordnet tidslinje

