

Møte i NUFA																													
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)																												
<i>Dato</i>	1. og 2. september 2021																												
<i>Tid</i>	1. september kl. 10.00 – 13.30 og 2. september kl. 08.30 – 12.00																												
<i>Sted</i>	Videomøte																												
<i>Medlemmer</i>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Hans Løwe Larsen, Dir. for e-helse</td> <td style="width: 50%;">Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune</td> </tr> <tr> <td>Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF</td> <td>Sunniva Rognerud, Steinkjer Kommune</td> </tr> <tr> <td>Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF</td> <td>Thore Thomassen, Helsedirektoratet</td> </tr> <tr> <td>Geir Granerud, Helse Vest RHF</td> <td>Børge Myrlund Larsen, Helsedirektoratet</td> </tr> <tr> <td>Ola Jøsendal, Helse Vest RHF</td> <td>Peter Holmes, FHI</td> </tr> <tr> <td>Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF</td> <td>Mohammad Nouri Sharikabad, FHI</td> </tr> <tr> <td>Kristian Onarheim, Helse Midt RHF</td> <td>Odd Martin Solem, Norsk Helsenett SF</td> </tr> <tr> <td>Randi Brendberg, Helse Nord RHF</td> <td>Petter Brelin, Legeforeningen</td> </tr> <tr> <td>Øyvind Broback, Helse Nord RHF</td> <td>Gorm Braarvig, Digitaliseringsdirektoratet</td> </tr> <tr> <td>Heidi Slagsvold, KS</td> <td>Arnfinn Aarnes, FFO</td> </tr> <tr> <td>Egil Rasmussen, KS</td> <td>Sverre Ur, Diabetesforbundet</td> </tr> <tr> <td>Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune</td> <td>Maren Krogh, Apotekforeningen</td> </tr> <tr> <td>Kirsti Pedersen, Oslo Kommune</td> <td>Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund</td> </tr> <tr> <td>Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune</td> <td></td> </tr> </table>	Hans Løwe Larsen, Dir. for e-helse	Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune	Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF	Sunniva Rognerud, Steinkjer Kommune	Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF	Thore Thomassen, Helsedirektoratet	Geir Granerud, Helse Vest RHF	Børge Myrlund Larsen, Helsedirektoratet	Ola Jøsendal, Helse Vest RHF	Peter Holmes, FHI	Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF	Mohammad Nouri Sharikabad, FHI	Kristian Onarheim, Helse Midt RHF	Odd Martin Solem, Norsk Helsenett SF	Randi Brendberg, Helse Nord RHF	Petter Brelin, Legeforeningen	Øyvind Broback, Helse Nord RHF	Gorm Braarvig, Digitaliseringsdirektoratet	Heidi Slagsvold, KS	Arnfinn Aarnes, FFO	Egil Rasmussen, KS	Sverre Ur, Diabetesforbundet	Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune	Maren Krogh, Apotekforeningen	Kirsti Pedersen, Oslo Kommune	Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund	Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune	
Hans Løwe Larsen, Dir. for e-helse	Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune																												
Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF	Sunniva Rognerud, Steinkjer Kommune																												
Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF	Thore Thomassen, Helsedirektoratet																												
Geir Granerud, Helse Vest RHF	Børge Myrlund Larsen, Helsedirektoratet																												
Ola Jøsendal, Helse Vest RHF	Peter Holmes, FHI																												
Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF	Mohammad Nouri Sharikabad, FHI																												
Kristian Onarheim, Helse Midt RHF	Odd Martin Solem, Norsk Helsenett SF																												
Randi Brendberg, Helse Nord RHF	Petter Brelin, Legeforeningen																												
Øyvind Broback, Helse Nord RHF	Gorm Braarvig, Digitaliseringsdirektoratet																												
Heidi Slagsvold, KS	Arnfinn Aarnes, FFO																												
Egil Rasmussen, KS	Sverre Ur, Diabetesforbundet																												
Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune	Maren Krogh, Apotekforeningen																												
Kirsti Pedersen, Oslo Kommune	Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund																												
Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune																													
<i>Observatører</i>	Darlén Gjølstad, Helse- og omsorgsdepartementet																												

Sak	Agenda NUFA	Tidspunkt	Sakstype
	Dag 1		
18/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 21. – 22. april 2021	10:00	Godkjenning
19/21	Orientering fra Direktoratet for e-helse	10:05	Orientering
20/21	Innføring av dokumentdeling gjennom kjernejournal	10:25	Drøfting
21/21	Evalueringsmodell av nasjonal styringsmodell for e-helse	10:55	Drøfting
	Pause	11:40	
22/21	Felles hjelpenummer	11:50	Drøfting
23/21	Innspill til prinsipper for kobling mellom Helsenorger og andre løsninger i markedet	12:20	Drøfting
24/21	Gjennomgang av rapport – «Forsvarlig pasientbehandling uten IKT?» og videre arbeid	13:05	Orientering
	Slutt dag 1	13:30	
	Dag 2		
	Velkommen og introduksjon til dagen	08:30	
25/21	Ny e-helsestrategi fra 2023 – nåsituasjonsanalyse v 07		Drøfting
	Innledning	08:35	
	Læring og vurdering av eksisterende strategi inkludert plenumsdiskusjon	08:45	
	Pause	09:25	
	Diskusjon i grupper: Oppsummering av nåsituasjonsanalysen (SWOT)	09:35	
	Diskusjon i plenum: E-helsestrategiens rolle	10:35	
	Avslutning og neste steg	10:50	
	Pause	10:55	
26/21	Strategisk områdeplan for digitalisering av legemiddelområdet	11:05	Drøfting
27/21	Eventuelt	11:55	
	Slutt dag 2	12:00	

Sak	Onsdag 1. september 2021	
	Start dag 1	10:00
18/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 21. – 22. april 2021	Godkjenning
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 21. – 22. april 2021.	Vedlegg 1: Referat fra NUFA 21. – 22. april 2021.
	Forslag til vedtak: NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referatet fra 21. – 22. april 2021.	
19/21	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
	Direktoratet for e-helse vil orientere NUFA om følgende saker: <ul style="list-style-type: none"> • Tiltaksplan for datadeling knyttet til digital hjemmeoppfølging • Status porteføljestyling 2.0 og veikart • Status forprosjekt digital samhandling steg 2 	Ingen toppnotat
	Forslag til vedtak: NUFA tar sakene til orientering.	
20/21	Innføring av dokumentdeling gjennom kjernejournal	Drøfting
	Direktoratet for e-helse ved Program digital samhandling ønsker å: <ul style="list-style-type: none"> • Orienterer om forslag til nasjonal innføringsplan for dokumentdeling • Drøfte mulige og alternative virkemidler som kan bidra til en raskere innføring av dokumentdeling gjennom kjernejournal. 	Vedlegg 2: Toppnotat Innføring av dokumentdeling gjennom kjernejournal
	Forslag til vedtak: Programmet drøfter bruk av virkemidler som skal understøtte den nasjonale innføringsplanen for dokumentdeling, og prosjektet tar med seg innspill fra NUFA inn i det videre arbeidet.	
21/21	Evalueringsmodell av nasjonal styringsmodell for e-helse	Drøfting
	Direktoratet for e-helse ønsker å drøfte NUFAs rolle i forbindelse med videreutviklingen av nasjonal styringsmodell for e-helse.	Vedlegg 3: Toppnotat Evaluering av nasjonal styringsmodell for e-helse
	Forslag til vedtak: NUFA drøfter saken og Direktoratet for e-helse tar med seg innspill i det videre arbeidet.	
22/21	Felles hjelpenummer	Drøfting
	Direktoratet for e-helse ønsker å orientere NUFA om arbeidet som pågår rundt felles hjelpenummer og ny personidentifikator sett i sammenheng med Skatteetatens utredning av en 3dje personidentifikator, og drøfte eventuelle behov utover det som er mottatt tidligere.	Vedlegg 4: Toppnotat Felles hjelpenummer

	Forslag til vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene fra drøftingen inn i arbeidet.	
23/21	Innspill til prinsipper for kobling mellom Helsenorge og andre løsninger i markedet	Drøfting
	<p>Direktoratet for e-helse er nå i gang med hovedleveransen i oppdraget, nemlig prinsipper for kobling mellom Helsenorge og andre løsninger i markedet.</p> <p>Arbeidet er i en tidlig fase, og vi ønsker å få innspill til følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva bør være formålet med prinsippene? • Hvem skal prinsippene gjelde for? • Hvilket nivå skal prinsippene ligge på? • Er vi på et modenhetsnivå hvor vi kan utarbeide prinsipper, eller burde vi på nåværende tidspunkt heller omtale det som anbefalinger? • Hvordan skal prinsippene/anbefalingene forankres med sektor? • Hvilke perspektiver er det forventet at de ulike interessentgruppene vil ha? 	Vedlegg 5: Toppnotat Innspill til prinsipper for kobling mellom Helsenorge og andre løsninger i markedet
	Forslag til vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene inn i det videre arbeidet.	
24/21	Gjennomgang av rapport – «Forsvarlig pasientbehandling uten IKT?» og videre arbeid	Orientering
	Helsetilsynet vil presentere funnene fra Helsetilsynets kartlegging av kritiske systemer, risikovurderinger og nødrutiner ved 17 norske sykehus gjennomført i 2020.	Vedlegg 6: Toppnotat Gjennomgang av rapport – «Forsvarlig pasientbehandling uten IKT?» og videre arbeid
	Forslag til vedtak: NUFA tar med seg funnene fra rapporten i det videre arbeidet.	
	Slutt dag 1	13:30

Sak	Torsdag 2. september 2021	Sakstype
	Start dag 2	08:30
	Velkommen og intro til dagen	
25/21	Ny e-helsestrategi fra 2023 – nåsituasjonsanalyse v 07	Drøfting
	<p>Direktoratet for e-helse vil legge frem uttrekk fra en 0.7-versjon av nåsituasjonsanalysen, hvor direktoratet ønsker diskusjoner i NUFA på foreløpige funn.</p> <p>Vedlegg 7A «Nasjonal e-helsestrategi 2023 nåsituasjonsanalyse v0.7» er lenket opp i toppnotatet og på ehelse.no sine sider.</p>	<p>Vedlegg 7: Toppnotat Ny e-helsestrategi fra 2023 – nåsituasjonsanalyse v 07</p> <p>Vedlegg 7A: Nasjonal e-helsestrategi 2023 nåsituasjonsanalyse v0.7</p>

	Forslag til vedtak: NUFA ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill mottatt i møtet i det videre arbeidet.	
26/21	Strategisk områdeplan for digitalisering av legemiddelområdet	Drøfting
	Direktoratet for e-helse ønsker å få innspill fra NUFA når det gjelder mål, ambisjonsnivå, hovedtiltak og ansvarsfordeling i <i>Strategisk områdeplan for digitalisering av legemiddelområdet</i> . Bakgrunnen og status for arbeidet vil bli presentert som grunnlag for diskusjon.	Vedlegg 8: Toppnotat Strategisk områdeplan for digitalisering av legemiddelområdet
	Forslag til vedtak: NUFA diskuterer saken og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.	
27/21	Eventuelt	
	Slutt dag 2	12:00

Referat fra møte i NUFA		
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)	
<i>Dato</i>	21. – 22. april 2021	
<i>Tid</i>	21. april kl. 10.00 – 13.30 og 22. april kl. 10.00 – 13.30	
<i>Sted</i>	Videomøte	
<i>Medlemmer</i>	Hans Löwe Larsen, Dir. for e-helse Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF Geir Granerud, Helse Vest RHF Ola Jøsendal, Helse Vest RHF Kristian Onarheim, Helse Midt RHF Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF (dag 2) Randi Brendberg, Helse Nord RHF Øyvind Broback, Helse Nord 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 Odd Martin Solem, Norsk Helsenett SF Petter Brelin, Legeforeningen Gorm Braarvig, Digitaliseringsdirektoratet Arnfinn Aarnes, FFO Maren Krogh, Apotekforeningen Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund (forlot møtet kl. 13 dag 1) Darlén Gjølstad, Helse- og omsorgsdepartementet (dag 2)
<i>Ikke til stede</i>	Sverre Ur, Diabetesforbundet (begge dagene)	
<i>Stedfortreder</i>	Ingeborg Berge, KS (for Heidi Slagsvold, KS) Kjersti Metliaas, Helse- og omsorgsdepartementet (for Darlén Gjølstad, Helse- og omsorgsdepartementet dag 1)	
Direktoratet for e-helse	Siv Ingebrigtsen Sonja Turøy Brugman	Karen Lima Vibeke Jonassen Wang

Sak	Agenda NUFA	Tidspunkt	Sakstype
	Dag 1		
9/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 27. – 28. januar 2021	10:00	Godkjenning
10/21	Orientering fra Direktoratet for e-helse	10:05	Orientering
11/21	Program Helhetlig samhandling og forprosjekt for helhetlig samhandling	10:25	Drøfting
12/21	Strategi digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren	10:55	Drøfting
	Pause	11:25	
13/21	Digital hjemmeoppfølging – forslag til tiltaksområder for arkitektur og infrastruktur	11:40	Drøfting
14/21	Sentral forskrivningsmodul SFM	12:10	Orientering
15/21	Informasjonsutveksling NAV og helsetjenesten	12:30	Drøfting
	Slutt dag 1	13:00	
	Dag 2		
	Velkommen og introduksjon til dagen	10:00	
16/21	Tema: Standardisering og arkitekturstyring i utvikling	10:10	Drøfting
	Samarbeid og metode	10:20	
	Pause	11:20	
	Styring og normering	11:30	
	Pause	12:40	
	Veien videre	12:50	
17/21	Eventuelt	13:25	
	Slutt dag 2	13:30	

Sak	Onsdag 21. april 2021
9/21	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møtet i NUFA 27. – 28. januar 2021
	<p>Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 27. – 28. januar 2021.</p> <p>Vedr. sak 6/21: Dette var en orienteringssak hvor det kom mange innspill og hvor medlemmene ble bedt om å ettersende innspill på epost. NUFA foreslår at man i stedet for å be om skriftlig innspill, kommer tilbake med drøftingssak. Direktoratet for e-helse er enige og vil ta innspillet med seg fremover.</p>
	<p>Vedtak: NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referatet fra 27. – 28. januar 2021.</p>
10/21	Orientering fra Direktoratet for e-helse
	<p>Direktoratet for e-helse orienterte NUFA om følgende saker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ny direktør i Direktoratet for e-helse • Samarbeid mellom NHN og Direktoratet for e-helse • Ny nasjonal e-helsestrategi • Strategiplan for digitalisering av legemiddelområdet • Status etablering Helsedataservice og Helseanalyseplattformen • TEHDaS
	<p>Vedtak: NUFA tar sakene til orientering.</p>
11/21	Program helhetlig samhandling og forprosjekt helhetlig samhandling
	<p>Thomas Grimeland og Bjarte Aksnes, Direktoratet for e-helse, orienterte NUFA om pågående arbeid i regi av Program helhetlig samhandling. Det ble drøftet beskrivelser av målbildet for helhetlig samhandling og foreløpig vurdering av avhengigheter til veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-hesløsninger og øvrige pågående e-helsetiltak.</p> <p>Følgende innspill ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tas det i dette arbeidet prinsipielt stilling til hvor dataansvaret skal ligge? Direktoratet for e-helse svarte at man baserer seg på konseptvalget for Akson hvor grunnprinsippet er deling av data. Man går derfor ikke inn i diskusjon om eierskap til journaldata. Det kan vurderes felles datakilder for enkelte tjenester som benytter endre og dele samhandlingsformen. - Hvilke planer er det for å involvere innbyggere og pasienter i samhandlingen? Direktoratet svarte at det legges til grunn at alle informasjonstjenester skal kunne tilrettelegges for innbyggere og at dette skal skje på helsenorge. Dette er ikke konkretisert i steg 1. Når det gjelder data fra digital hjemmeoppfølging, så må man vurdere behovene og bygge løsningene stegvis for de enkelte tjenestene. - Svangerskapsjournal er et felt som kunne egnet seg datadeling. Direktoratet svarte at dette ikke ligger i planene, men at direktoratets rolle i så fall ville vært å avklare samhandlingsbehovet og ikke beslutte hvem som skal lage løsningen eller hvordan den skal være. <p>Følgende innspill blir tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Man bør øke fokuset på beredskap og smittevern i dette arbeidet. I forbindelse med sikkerhet og beredskapsarbeid er det viktig med en gjennomtenkt arkitektur i hele samhandlingskjeden med tydelig beskrivelse av juridisk ansvar og dataansvar.

	<ul style="list-style-type: none"> - I NUFA uttrykte FHI at veikartet ikke tar hensyn til MSIS og MSIS Labdatabase, som representerer en kritisk avhengighet i forhold til utbredelse av NILARs meldingsformidlingsplaner. FHI informerte så om at de har initiert et prosjekt for å kunne bidra til NILAR, et prosjekt som inkludere overordnede mål. - FHI informerte videre at med de rette grepene ved innføring av NILARs meldingstjeneste samt arbeid med videre standardisering av utfylling, og eventuelt utvidelse, av svarrapportstandarden kan meldingskompleksitet for mikrobiologiske laboratoriene holdes på samme nivå eller forenkles. - Strategi for digital sikkerhet må ivaretas i arbeidet. - Elektroniske meldinger gir stor nytte for fastlegene og må ivaretas i arbeidet, men det er ønskelig med en videreutvikling av nye tjenester. - PLL er viktig for å bedre situasjonen i forhold til legemiddelbehandling og bør vurderes å realiseres raskere enn planlagt. <p>Det ble spurt om hvilke forventninger og forpliktelser det er til NUFA-medlemmene når saker behandles i NUFA. Direktoratet svarte at NUFA er en arena hvor helsefag og arkitekturfag møtes for dialog og innspill til nasjonalt e-helsearbeid og programmet, og NUFA er en verdifull arena for dette. Innspill er ikke bindende for medlemmene eller direktoratet, men tas med i det videre arbeidet. Programmet gjennomføres på oppdrag fra departementet med midler over statsbudsjettet, og programstyret har en sentral rolle i å prioritere innenfor programmets rammer.</p> <p>Sentralisert versus distribuert dataansvar var et tema som ble nevnt flere ganger i løpet av dette NUFA og kan være et aktuelt tema å sette på agenda på et senere tidspunkt.</p>
	<p>Vedtak: NUFA drøfter saken og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
12/21	Strategi digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren
	<p>Birgitte Jensen Egseth og Jan Gunnar Borch, Direktoratet for e-helse presenterte prosjektets to hovedleveranser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren • tiltaksoversikt som skal understøtte strategien <p>Arbeidet med tiltaksoversikten er prosjektets første leveranse. NUFA drøftet hvordan tiltaksoversikten best kan gi verdi for sektoren.</p> <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det ble spurt om avveiningen mellom digital sikkerhet og pasientsikkerhet som handler om liv og helse, er løfte inn. Direktoratet for e-helse kommenterte at digital sikkerhet er et verktøy for å ivareta pasientsikkerhet og personvern. Man har ikke har de samme konfliktene mellom digital sikkerhet og pasientsikkerhet. <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det ble spurt om kompetanse på dette området er god nok i sektoren, spesielt hos mindre aktører. Det kon forslag om å etablere et robust støtteapparat som kan bistå aktørene i sektoren. Direktoratet for e-helse svarte at det å bygge kompetanse på ID-management blir viktig. Behovet tas med i det videre arbeidet. - Kompetanse er en viktig forutsetning. Videre må sikkerhet og robusthet ivaretas i hele kjeden med tydelige ansvarskart. Det er viktig at aktørene inviteres inn slik at man får en felles forståelse av risikobildet. - Det er viktig å følge med på det globale trusselbildet mot identitetssikkerhet for å sikre god kontroll på dette området. - Realiseringen av tillitsmodellen bør inn som et område innen digital sikkerhet.

	<ul style="list-style-type: none"> - FHI har laget en komponent for å forenkle integrasjonen mellom applikasjon og API for å sikre riktig integrasjon mot HelsED. Denne kan gjenbrukes i sektoren. - Økt digital samhandling og åpning av våre systemer digitalt til andre samarbeidende, behandlere og pasienten selv, gjør at den enkelte aktør får et økt ansvar for den digitale sikkerheten. Ansvarsfordelingen må tydeliggjøres, da vi vil ha ulikt ansvar ut fra hvilken rolle vi har i tillitsmodellen. - Flere sektorer jobber med digital sikkerhet. Det er derfor viktig for kommunene at strategiene ikke i konflikt med hverandre.
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
13/21	<p>Digital hjemmeoppfølging – forslag til tiltaksområder for arkitektur og infrastruktur</p>
	<p>Thor Steffensen, Direktoratet for e-helse ga en status på det pågående arbeidet med digital hjemmeoppfølging.</p> <p>Det er gjennomført kartlegging av behov for nasjonale avklaringer, rammeverk og felleskomponenter for digital hjemmeoppfølging (DHO) knyttet til datadeling mellom utstyr/løsninger ute hos pasienten og i sentrale fagsystem/plattformer hos tjenesteyter. Det er videre foreslått nasjonale tiltak som bidrar til å adressere noen av behovene. Sentrale spørsmål fra dette arbeidet ble lagt frem for diskusjon i NUFA.</p> <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behovene beskrevet i DHO er sammenfallende med behovene som er identifisert i Velferdsteknologiprogrammet (VKP). Det søkes etter sammenfallende utprøvningsprosjekter for datadeling og for digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner. Det kom spørsmål om hvor godt kjent spesialisthelsetjenesten er med erfaringene fra arbeidet i kommunene og om planlagt utprøving av datadeling er koordinert mellom spesialist og kommuner. Direktoratet svarte at enkelte helseforetak deltar sammen med kommuner i pågående utprøving av DHO i regi av Nasjonalt velferdsteknologiprogram, og at nye utprøvinger vil søke mot samhandling mellom spesialist og primærhelsetjenesten.. DHO er en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram som ledes av Helsedirektoratet. Prosjektet jobber sammen med miljøene som jobber med digitale behandlingsplaner og egenbehandlingsplaner slik at dette blir samkjørt. - Det er viktig å ha en helhetlig plan for hvordan data skal lagres, gjøres tilgjengelig for andre og lage en beskrivelse av et felles økosystem for at velferdsteknologisk knutepunkt skal gi større verdi enn kun å integrere det mot enkelte journalsystem. Direktoratet svarte at velferdsteknologisk knutepunkt ikke lagrer data i dag, men kun er et kontaktpunkt med adapterfunksjonalitet som tilrettelegger for datadeling mellom velferdsteknologisk løsninger som støtter definerte FHIR-profiler og kommunale EPJ-system som tilbyr datadeling gjennom leverandørspesifikke APIer. En av fordelene med velferdsteknologisk knutepunkt er at løsninger kan skiftes ut uten av dette påvirker de andre løsningene som det skal deles data med. Dette er spesielt viktig nå som det planlegges utskiftning av journalsystem. Det ble spurt om det er vurdert å ta i bruk plattformteknologi fra større internasjonale leverandører for å få større fart på oppkobling av medisinskteknisk utstyr og sensorteknologi? Direktoratet svarte at dette ikke er innenfor omfanget at oppdraget det nå arbeides med. Det pågår imidlertid annet arbeid i Helsedirektoratet der Direktoratet for e-helse deltar, som omfatter ordning for godkjenning av helseapper og håndtering av data fra eget utstyr i behandlingen. Disse vurderingene må inn i en større arkitekturdiskusjon. <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Det er en bekymring knyttet til arbeidet med FHIR-profiler med tanke på om sektoren står nok samlet på dette området. Det er frykt for at det lages suboptimale løsninger dersom profilene ikke ivaretar informasjonsbehovet. - FHIR-profiler bør testes stegvis gjennom konkrete case, for å sikre at riktig informasjon deles på riktig vis. - Det er viktig å drøfte dataeierskap som må inn i nasjonal målarkitektur. Dette blir særlig viktig når man skal ta i bruk data fra pasienters eget utstyr. - Utstyr som benyttes hos pasienten må kunne brukes også om behandlingen skifter mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. I denne sammenhengen er det også viktig å tenke på eierskap og ansvar for data.
	<p>Vedtak: NUFA drøftet sentrale spørsmål knyttet til foreslåtte tiltaksområder og tilnærming for gjennomføring, og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene i det videre arbeidet.</p>
14/21	Sentral forskrivningsmodul SFM
	<p>Dag Hammer og Ida Normann, Norsk helsenett SF orienterte NUFA om hvordan sentral forskrivningsmodul (SFM) inngår i samhandlingen og e-reseptkjeden. Det ble også gitt et innblikk i tekniske valg og arkitektur. Avslutningsvis ble det presentert en oversikt over fremdriftsplanen for utvikling og ferdigstillelse av SFM-løsningen.</p> <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det ble spurt om alle journalleverandører blir pålagt å kunne bruke SFM, eksempelvis gjennom et normerende dokument. Norsk Helsenett SF svarte at plikt til å ta i bruk SFM ble vurdert av Helse- og omsorgsdepartementet i innledende fase. Det ble da konkludert at det ikke er hjemmel for det. - Det ble spurt om konseptet SFM kan være egnet til å bli et nasjonalt behandlingsrettet helseregister. Norsk Helsenett SF svarte at det er gjort mye arbeid rundt disse konseptene over lengre tid. Det er gjort mye forskriftsarbeid. Det tas nå viktige skritt på vei til et enklere system uten at SFM blir et sentralt helseregister. <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konseptet Pasientens legemiddelliste skulle realiseres innen 5 år, uten forskriftsendringer. Dette er en god illustrasjon på utfordringsbildet til digitalisering i sektoren. På legemiddelområdet bør informasjon være mest mulig på et sted. Forskriftsendringene gjøres ved utvikling av løsningene. NUFA ønsker å spille inn at det gjøres en større vurdering av det juridiske grunnlaget på dette feltet.
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering.</p>
15/21	Informasjonsutveksling NAV og helsetjenesten
	<p>Grete Damberg og Jarle Øvretveit Strømmen, Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV), orienterte om pågående arbeid tilknyttet rapport til Arbeids- og sosialdepartementet på gjennomgang av attester og erklæringer som leger utsteder for NAV. Det ble særlig fokusert på delen av rapporten som omhandler behov for digitalisering og forslag til anbefalinger tilknyttet dette.</p> <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det ble uttrykt bekymring rundt bruken av ny plattform knyttet til dette arbeidet. NAV forsikret om at det ikke er snakk om en ny teknisk plattform, men en plattform for å få inn nødvendige profiler og avklaringer knyttet til dette. <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primærhelsetjenesten har gode erfaringer med gjennomføringsevnen til NAV. Samtidig er det viktig at all informasjon som sendes blir behandlet og lest. Ved implementering må det gjøres organisasjonsmessige tilpasninger slik at verktøyet blir

	<p>brukt i samhandlingen med de som forvalter informasjonen. NAV kommenterte at dette er en viktige prinsipiell diskusjon, og at endringer som foreslås også vil få organisatoriske konsekvenser for NAV.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det er viktig at man tenker helhetlig i forhold til informasjonsbehovet og også får med spesialisthelsetjenesten for å unngå suboptimale løsninger. På sykemeldingsområdet er det stort potensiale for automatisering som vil ta ned arbeidsbelastningen for leger. NAV kommenterte at de ønsker bredde i løsningene og har hatt dialog med spesialisthelsetjenesten gjennom legeföreningen. - Dette arbeidet blir viktig fremover når helseforetakene tar i bruk strukturert journal. Det bør gjøres et nasjonalt arbeid for å finne gode felles verktøy for funksjonsvurderinger og hva som bør ligge til grunn for en sykemelding. <p>I møtet ble det spurt om apotekene blir berørt av dette. NAV ba i møtet om å få undersøke dette. NAV kan bekrefte at initiativet ikke vil berøre eksisterende løsninger for Apotekene. Det faglige eierskapet til e-resept og andre løsninger for apotekene ligger til Helsedirektoratet, men enkelte tekniske løsninger og felleskomponenter forvaltes av NAV IT på vegne av Helsedirektoratet. Arbeidet som nå igangsettes skal understøtte NAVs behov for helseopplysninger i form av erklæring og dialoger med helsepersonell knyttet til NAVs egen tjenesteyting herunder vurdering av retten til ytelser fra NAV.</p>
	<p>Vedtak: Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) tar med seg innspillene som fremkommer i møtet til videre arbeid med rapporten.</p>
	<p>Slutt dag 1</p>

Sak	Torsdag 22. april 2021
16/21	Tema: Standardisering og arkitekturstyring i utvikling
	<p>Hans Löwe Larsen, Direktoratet for e-helse, innledet. Direktoratet presenterte status på standardisering og arkitekturstyring og pekte fremover på noen områder aktørene i helse- og omsorgssektoren må samarbeide på for å få til en god utvikling av alle samhandlingsformene. Dagen var strukturert rundt tre tema:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Samarbeid og metode - Styring og normering - Veien videre
	<p>Samarbeid og metode Temaet ble innledet med følgende presentasjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Status nasjonal arkitekturstyring v/ Lars Kristian Roland, Direktoratet for e-helse - ModelX – behov for datadeling, v/ Geir Kristian Hansen, KS - Arkitekturstyring i NHN, v/ Anders Ravik, Norsk helsenett SF <p>Følgende spørsmål ble svart ut i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Norsk Helsenett SF svarte bekræftende på spørsmål om verktøyet Sparx EA blir brukt for modellering. - Det ble spurt om hvor dynamiske modellene er med tanke på kontinuerlig endring i prosessene. Norsk Helsenett SF svarte at modeller gjør det enklere enn tegninger da man kun trenger å gjøre oppdateringer ett sted. Endringer som gjøres på ett objekt gjenspeiler seg i andre modeller. <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det er viktig å få enighet om og være bevisst i forhold til hvilket nivå vi skal dele filer på, og hva vi kan dele. - Det bør være forståelse for ønsket om deling av filer ved behov for involvering av fagmiljøer utenfor sin egen sektor. - Det er viktig å involvere klinikere i dette arbeidet når målet er å beskrive de kliniske prosessene og behovene.

	<ul style="list-style-type: none"> - Det er viktig å være bevisst på formålet med modelleringsarbeidet, forstå hvorfor vi modellerer og forvaltningsarbeidet modellen krever. - Flexibilitet er en del av modellen, noe som er viktig å synliggjøre i forhold til en kost-nyttevurdering. - Det er viktig å ivareta virksomhetsarkitekturarbeidet i visualisering gjennom modeller, noe som kan være krevende.
	<p><u>Styring og normering</u></p> <p>Temaet ble innledet med følgende presentasjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny retningslinje; Målarkitektur for datadeling v1.0, v/Lars Kristian Roland, Direktoratet for e-helse - Standardisering for dokument- og datadeling, v/ Espen Stranger Seland, Direktoratet for e-helse - Europeisk og internasjonalt samarbeid, v/ Martha Schei Hynne, Direktoratet for e-helse - Hva skal til for mer helhetlig bruk av standarder?, v/ Bjørn Ravnstad, Helse Sør-Øst <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det er positivt at vi går mot en strukturert input basert på hvordan fagene ønsker den inputen, og at faget selv får ansvaret for å strukturere informasjonen. - Det må tas en diskusjon på om det skal være en sentral eller distribuert lagring av data når vi ser behovene i den enkelte sammenheng. - Det er nye erfaring fra Velferdsteknologiprogrammet og Velferdsteknologisk knutepunkt man kan dra nytte av her; alt fra å dele data, åpne opp systemene og ta eierskap til data. - Det er positivt med økt aktivitet på datadeling gjennom praktiske eksempler hvor man også har med klinikere. - Kompleksiteten i dette og kravet om ressursinnsats fra klinikere må ikke undervurderes. - Man bør se på hvordan informasjonsmodellen og datamodellen kan understøtte hverandre. - Informasjonsmodeller på internasjonale standarder må vi akseptere, for så å utvikle de til vårt behov. - FHI er nå en offisiell partner av Unicom, og det er ønskelig å få til et møte med Direktoratet for e-helse for sammen å drøfte utfordringsbildet.
	<p><u>Veien videre</u></p> <p>Temaet ble innledet med følgende presentasjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeidsform, innovasjon, roller og ansvar, v/ Georg F. Ranhoff, Direktoratet for e-helse - Veien videre for åpne API, v/ Lars Kristian Roland, Direktoratet for e-helse <p>Følgende innspill ble tatt med fra møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vi må jobbe for å realisere operasjonalisering av tillitsmodellen. Det er et godt sted å starte. - Det er et behov ute i tjenesten for å bringe datadeling videre. Som nevnt på dag 1 av NUFA, kan svangerskapsjournal være et sted å starte. Når man lykkes med det, vil det vise nytten av datadeling og skape interesse i tjenesten og hos leverandørene. - Det er viktig å skape handlingsrom i forhold til styring og koordinering av dette arbeidet.
	<p><u>Vedtak:</u></p> <p>NUFA ber om at innspillene fremkommet i møtet blir hensyntatt i det videre arbeidet med arkitekturstyring og standardisering</p>
17/21	Eventuelt

	<p>Juridiske rammer for digitalisering i helse- og omsorgstjenesten Utvikling og innføring av digitale verktøy utfordrer rammene som ligger i lovverket. Det oppleves som at lovverk til tider gjør utvikling og innføring av gode løsninger i helsetjenesten vanskelig. Det kom forslag om å sette prosesser, utfordringer og muligheter som ligger i de juridiske virkemidlene som tema på NUFA.</p>
	Slutt dag 2

Til Møte 3/21
Dato 01.09.2021
Saksnummer 20/21
Type Drøfting

Fra Hans Løwe Larsen
Saksbehandler Thomas Grimeland

Innføring av dokumentdeling gjennom kjernejournal

Forslag til vedtak

Programmet drøfter bruk av virkemidler som skal understøtte den nasjonale innføringsplanen for dokumentdeling, og prosjektet tar med seg innspillene fra NUFA inn i det videre arbeid

Hensikt med saken

Program digital samhandling skal realisere dokumentdeling gjennom kjernejournal slik at helsepersonell kan få tilgang til journaldokumenter hos andre virksomheter, i første omgang hos Helse Sør-Øst og Helse Nord. En utprøving av løsningen er gjennomført i perioden november 2020 til februar 2021 og resultatene fra denne utprøvingen danner grunnlag for NHN sitt forslag til en nasjonal innføringsplan.

For å ivareta sine forpliktelser som dataansvarlig, har Helse Sør-Øst og Helse Nord stilt nye krav til konsumentene, og disse kravene vil medføre endringer hos konsumentene. For å lykkes med den nasjonale innføringsplanen, vil det derfor kreve at kjernejournal sine eksisterende konsumenter gjør endringer i sine løsninger. Dette kan erfaringsmessig ta lang tid. Merk at det fortsatt gjenstår juridiske avklaringer rundt innføringen av dokumentdeling, men dette er holdt utenfor denne saken.

Programmet ønsker å:

- Orienterer om forslag til nasjonal innføringsplan for dokumentdeling
- Drøfte mulige og alternative virkemidler som kan bidra til en raskere innføring av dokumentdeling gjennom kjernejournal

Bakgrunn

I tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2021, i nasjonal sykehusplan og i oppdragsbrev til Helse Sør-Øst RHF fremkommer det at departementet har til hensikt at journaldokumenter via kjernejournal skal deles mellom omsorgsnivåer, regioner og virksomheter.

Dokumentdeling gjennom kjernejournal har blitt prøvd ut med Helse Sør-Øst og Helse Nord som dokumentkilder. Oslo universitetssykehus og helseforetakene i Helse Nord har delt journaldokumenter i perioden november 2020 til februar 2021. Utprøvingen inkluderte 239 navngitte brukere, både leger og

sykepleiere fra ulike virksomheter. Brukere fra utprøvingen har fortsatt tilgang til løsningen. Norsk helsenett har publisert en evalueringsrapport om utprøvingen.¹

Utprøvingen viste at dokumentdeling gir størst nytte for helsepersonell ved kommunal akutt døgnenhet (KAD), legevakter og mellom sykehus. Fra et nasjonalt ståsted vurderes det derfor at innføring til disse gruppene gir størst gevinst og bør prioriteres.

Det er viktig for å lykkes med innføringen at tilgangsstyring basert på navngitte brukere endres til tilgangsstyring basert på helsepersonellens rolle/autorisasjon og deres tilknytning til en helsevirksomhet etter samme modell som kjernejournal benytter

Opprinnelig plan var å gjenbruke dagens tilgangsstyring i kjernejournal. Erfaringer fra utprøvingen viser at dette ikke er mulig da Helse Sør-Øst som hovedsamarbeidspartner, og Helse Nord, har vurdert at innholdet i sikkerhetsbilletten ikke er tilstrekkelig for at de som dataansvarlige kan ivareta sine plikter ved tilgjengeliggjøring av deres journaldokumenter. Dette gjelder spesielt forpliktelser knyttet til sporbarhet, plikten til å drive etterfølgende kontroll og visning av tilgangsløgg til innbygger. For å ivareta sine forpliktelser, har dokumentkildene vurdert at de må ha mer informasjon om grunnlaget for oppslaget, inkludert den aktuelle behandlingsrelasjonen helsepersonellet har med aktuell pasient, før de kan utlevere et journaldokument.

Behovet for mer informasjon om oppslaget medfører at HelseID, kjernejournal, dokumentkildene og alle konsumentene må utvikle tekniske endringer på sine løsninger. Dette er arbeid som vil ta tid å gjennomføre. NHN vil derfor som første steg gjøre følgende:

- Tilrettelegge for dokumentdeling til personellgrupper hvor dokumentkildene kan akseptere mindre informasjon. Dette gjelder per i dag fastleger.
- Inngå et tett samarbeid med Oslo kommune som konsument for å utvikle, teste og prøve ut løsning hvor mer informasjon blir oppgitt i utvidet sikkerhetsbillett.
- Gå i dialog med andre aktuelle konsumenter for å gi ut informasjon om hva som kreves for å få tilgang til dokumentdeling via kjernejournal slik at de kan starte endringsprosessene på sin side.

Direktoratet for e-helse utarbeidet i 2020 et forslag til en felles tillitsmodell, i samarbeid med representanter fra sektoren. Arbeidet har resultert i en rapport om tiltak som kreves for å kunne etablere løsninger for tilgang til helseopplysninger mellom aktørene, slik at ansvarsforhold, avtaler, informasjonssikkerhet og rammene for øvrig er så avklart på forhånd som mulig. Målet er å unngå at alle aktører må håndtere dette i et en-til-en-forhold med hverandre. Rapporten er ikke endelig, og tillitsmodellen er ikke ferdigstilt. Prosjektet for dokumentdeling via kjernejournal er en viktig del av operasjonalisering av felles av felles tillitsmodell som gjennomføres i regi av program digital samhandling Problemstillinger i prosjektet som berører felles tillitsmodell vil bli svart ut og tilpasset slik at krav og retningslinjer, avtaler og tekniske løsninger vil kunne gjenbrukes for andre typer samhandling. Gjennom bruk av dokumentdeling som et samarbeidsprosjekt er det mulig å utvikle løsninger, prosesser og krav for å etablere «første versjon» av felles tillitsmodell i sektoren.

¹ https://www.nhn.no/nasjonale-e-helseslosninger/kjernejournal/journaldokumenter-i-kjernejournal/Evalueringsrapport_for_dokumentdeling_i_kjernejournal.pdf

Alle virksomheter som i dag bruker kjernejournal inkluderes i prosjektets målgruppe for innføringen av dokumentdeling. De aktørene som vil bli direkte berørt av dokumentdeling via kjernejournal er kilder, konsumenter og innbyggere.

Forslag til nasjonal Innføringsplan

For å legge en plan for innføring av dokumentdeling er det flere forhold å ta hensyn til, noen av de viktigste er angitt under:

- **Stegvis bredding:**
HSØ og HN ønsker en stegvis bredding til konsumentene for å skaffe seg erfaring underveis. Dette vil medføre at ikke alle helsepersonellgrupper og behandlingssteder kan få tilgang samtidig.
- **Prioritere helsepersonellgrupper og behandlingssteder med høyest nytte:**
NHN ønsker å prioritere de personellgrupper og behandlingssteder som under utprøvingen har vist seg å ha høyest nytte av løsningen: KAD, legevakt og sykehus. Fastleger har rapportert noe lavere klinisk nytte.
- **Utvikling av løsninger:**
Som nevnt tidligere vil konsekvensen av at HSØ og HN har behov for mer informasjon om grunnlaget for oppslagene medføre at det må utvikles løsninger både hos konsumenter, NHN og kildene. Dette vil påvirke planen for breddingen. Kildene er klare for å dele til konsumenter som oppfyller disse kravene når ny teknisk løsning for kildene er utviklet og risikovurdering og DPIA er gjennomført. NHN legger opp stegene for breddingen slik at man etter beste evne unngår avhengighet mellom aktørene. Dette for å unngå at noen aktører må vente på andre for å realisere sine målsettinger for dokumentdeling
- **Gjennomføring av ROS/DPIA:**
Når flere dokumentkilder (dataansvarlige som deler sine journaldokumenter) skal på plass, er det behov for å gjennomføre ROS/DPIA. Erfaringen så langt er at selv med effektivisering gjennom gjenbruk, så tar dette tid og vil påvirke planen.
- **Forsering for enkelt helsepersonellgrupper:**
NHN vil tilrettelegge for bredding til helsepersonellgrupper hvor det teknisk sett er færre krav til endringer. Deling til fastleger krever mindre endringer og de vil derfor være den første gruppen som på nasjonalt nivå blir prioritert. Deling til leger og psykologer innad i HSØ er en annen gruppe som krever mindre tekniske endringer og vil bli prioritert.
- **Virkemiddelbruk**
Bruk av de rette virkemidlene kan redusere innføringsperioden, se overordnet introduksjon av ulike virkemidler lenger ned

Alle RHF'ene med regionale IKT-organisasjoner har levert planer for innføringen av dokumentdeling. I Vedlegg 1 er et utkast til nasjonal innføringsplan beskrevet. Den viser når dokumentkildene er (tentativt) klare til å dele sine journaldokumenter med hvilke helsepersonellgrupper. Planen viser ikke når de ulike konsumentene har planlagt sine endringer.

Det er stor usikkerhet knyttet til tidspunktene som er angitt i planen, da dette har avhengigheter til avklaringer og fremdrift hos dokumentkildene i tillegg til de aktivitetene som NHN har ansvaret for. Gitt disse forholdene er det høy risiko for at innføring kan ta lang tid, spesielt for konsumentene.

Virkemidler for å understøtte forslag til nasjonal innføringsplan

Gitt den høye risikoen for at innføring kan ta lang tid, er det behov for å vurdere alternative virkemidler som skal understøtte den nasjonale innføringsplanen.

Per i dag er den **økonomiske virkemiddelbruken** begrenset til at prosjektet i NHN vil bli finansiert av program digital samhandling, mens finansieringen av innføringen hos virksomhetene er virksomhetens eget ansvar. Videre er bruk av **juridiske virkemidler** basert på avtaler/databehandleravtaler og spesielle bruksvilkår, herunder operasjonalisering av vurderinger som er foretatt av dokumentkildene som dataansvarlige. Enkelt dokumentkilder har løftet behovet for ytterligere juridiske avklaringer. Arbeidet og resultatet av slike avklaringer vil også kunne medføre endringer i tidsplanen. Dessuten er **organisatoriske virkemidler** lagt opp slik at NHN vil få et ansvar for å etablere en sentralisert forvaltning av dokumentdeling hvor NHN blant annet får ansvaret for å migrere eksisterende konsumenter av kjernejournal over på ny løsning samt innrullere nye konsumenter. I tillegg vil NHN få et nasjonalt ansvar for avklaringer knyttet til informasjon og kommunikasjon med innbygger i forbindelse med innføringen.

Det er en bekymring for at innføring av dokumentdeling vil ta uforholdsmessig lang tid, spesielt innenfor kommunehelsetjenesten. Det er derfor behov for å vurdere hvilke andre virkemidler som er nødvendig for å understøtte den nasjonale innføringsplanen, gitt risiko beskrevet over.

Spørsmål til drøfting knyttet til økonomiske, juridiske og organisatoriske virkemidler:

- Hvilke andre eller alternative virkemidler kan tas i bruk for å redusere tiden det tar å innføre dokumentdeling hos konsumentene?
 - Hvordan få nødvendige endringer prioritert hos EPJ-leverandører og kommunene?
 - Hvordan forenkle/tydeliggjøre/styrke en hensiktsmessig prosess for å sikre avklaringer knyttet til gjeldende og nye juridiske problemstillinger gitt kompleksiteten på området?
 - Hvordan legge til rette for tilstrekkelig opplæring og kommunikasjon for konsumerende virksomheter?
 - Hvilke andre aktører (utover nevnte aktører over) kan bidra til en raskere innføring og hvordan?
 - Eventuelt andre innspill?

Vedlegg 1: Forslag til nasjonal innføringsplan

Dato	Berørt gruppe	Hva	Aktør
Sep 21---	Konsumenter KAD/Legevakt/andre	Dialog og avklaringer	NHN og konsumenter
Sep 21---	Konsumenter og leverandører	Konsumenter gjør nødvendige endringer for å levere	Konsumenter (Systemleverandører ved EPJ + kommuner)
Nov/des 21		Utvidelse av sikkerhetsbilletten basert på behovsanalysen	NHN
Nov/des 21	Alle brukere av KJ	Tilgjengeliggjøring av fanen "journaldokumenter" for alle brukere av KJ	NHN
Nov/des 21	Fastleger	NHN produksjonssetter teknisk løsning for nasjonal deling til fastleger	NHN
Nov/des 21	Fastleger	HN klar for deling til fastleger	HN
Nov/des 21	Leger, psykologer (og ev X) ansatt i sykehus utenfor HN	HN klar for deling til sykehus i andre regioner	HN
Des 21	Leger, psykologer (og ev X) ansatt ved KAD	HN klar for deling til KAD i andre regioner	HN
Des 21	Leger, psykologer (og ev X) ansatt ved legevakter	HN klar for deling til legevakt i andre regioner	HN
2022			
Feb/mar 22	Alle brukere av KJ	Deling av referanser fra alle HF i HSØ til alle konsumenter av KJ	HSØ
Feb/mar 22	Leger og psykologer i HF innad i HSØ	Deling til leger og psykologer mellom HF innad i HSØ	HSØ
Feb/mar 22	Fastleger	Deling av dokumenter fra HSØ til fastleger	HSØ
Feb/mar 22	Leger og psykologer ved en eller flere av: Oslo Kommune (KAD/legevakt),	HSØ deler dokumenter fra sine foretak til leger og psykologer ved en eller flere av: Oslo Kommune	HSØ

	Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus	(KAD/legevakt), Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus	
2022-202x?	Brukere av KJ i PLO og sykehus utenfor regionen	Konsumenter ved KAD/legevakt/Sykehus får innsyn	Konsumenter
Feb-apr 2022	TBD	Utprøving av journaldeling via KJ til utvalgte bestemte parter	HV
2023	TBD	HMN vil kunne tiltre nasjonal dokumentdeling	HMN

Til Møte 3/21
Dato 01.09.2021
Saksnummer 21/21
Type Drøftingssak

Fra Karl Vestli
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

Evaluering av nasjonal styringsmodell for e-helse

Forslag til vedtak

NUFA drøfter saken og Direktoratet for e-helse tar med seg innspillene i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Drøfte NUFAs rolle i forbindelse med videreutviklingen av nasjonal styringsmodell for e-helse.

Bakgrunn

Nasjonal styringsmodell for e-helse, slik den er i dag, ble etablert av Direktoratet for e-helse i 2016 for å styrke gjennomføringsevnen av e-helseutviklingen i helse- og omsorgssektoren og for å bidra til sterkere nasjonal styring. Styringsmodellen skal sikre sterk forankring av nasjonale valg innen e-helse på tvers i helse- og omsorgssektoren. Den skal også bidra til en koordinert gjennomføring slik at gevinster i større grad kan hentes ut. Styringsmodellen har tre nasjonale utvalg; Nasjonalt e-helsestyre, Prioriteringsutvalget (NUIT) og Fagutvalget (NUFA). Utvalgene har en rådgivende funksjon overfor Direktoratet for e-helse.

Styringsmodellen er konsensusbasert og skal gjennom sin brede sektordeltagelse bidra til å gi aktørene økt innflytelse på den nasjonale e-helseutviklingen. De tre utvalgene i styringsmodellen har en rådgivende funksjon overfor Direktoratet for e-helse. Direktoratet for e-helse har i tildelingsbrev for 2021 fått i oppdrag å levere forslag til hvordan den nasjonale styringsmodellen for e-helse kan videreutvikles for å ivareta helhetlig og i størst mulig grad forpliktende e-helseutvikling. Oppdraget har frist 15. oktober 2021. Arbeidet skal baseres på evaluering av dagens styringsmodell og skal skje i tett samarbeid med, og forankres hos, aktørene i helse- og omsorgssektoren.

I 2019 drøftet NUFA evaluering av nasjonale utvalg, sak 32/19. Det er skjelt til dette i det pågående arbeidet.

Behov for endringer i styringsmodellen

Det er flere forhold som gjør at det er behov for endringer i Nasjonal styringsmodell for e-helse. Flere endringer trådte i kraft fra 1.1.2020 som omhandlet styring, finansieringsmodeller og organisering i

sektoren. Nasjonal tjenesteleverandør ble etablert. Direktoratet fikk en tydeligere myndighetsrolle og Teknisk beregningsutvalg ble etablert.

Direktoratet for e-helse gjennomførte en omdømmeundersøkelse i 2020. I undersøkelsen fremkom det at medlemmene mener de har liten innflytelse på beslutninger. I tillegg ble det påpekt at det er en krevende styringsstruktur med mange styringsgrupper, styrer og utvalg.

Riksrevisjonens undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal (2021), avdekket at aktørene opplever manglende innflytelse på prioriteringer, at det er utfordrende å se sammenhenger mellom tiltakene og at styringsmodellen ikke er en fullgod mekanisme for forankring.

Behov for endringer i styringsmodellen er også kommet frem i utvalgsmøtene. En av tilbakemeldingene derfra er at saker tas til orientering og ikke tilsluttes.

- **Skisse til overordnet formål for nasjonal styringsmodell for e-helse:** Bidra til å gi aktørene økt innflytelse på den nasjonale e-helseutviklingen
- Sikre god nasjonal koordinering, felles prioriteringer og god forankring i sektoren
- Bidra til å fremme felles forståelse av det nasjonale utfordringsbildet og prioriteringer som gjøres for utvikling nasjonalt, regionalt og lokalt
- Bidra til å sikre bredt forankrede prosesser, og til at både departementet og direktoratet har en tilstrekkelig god oversikt over behovene i sektoren

Følgende prinsipper legges til grunn (hentet fra prinsipper for samstyringsmodell er definert i «Én digital offentlig sektor», Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019 – 2025). *Likeverdighet og innflytelse:* Styringsmodellen må bidra til å gi partene reell medinnflytelse. Representasjon i råd og utvalg der samstyring foregår, må legge grunnlag for likeverdig og balansert medvirkning og påvirkning.

- *Representativitet:* Kommunesektorens representanter i statlige råd og utvalg må oppnevnes og delta på vegne av en samlet sektor. KS oppnevner kommunesektorens representanter. Tilsvarende vil statlige virksomheter oppnevne egne representanter til utvalg og råd.
- *Tidlig involvering:* De utvalgene og rådene der samstyring foregår, må involveres så tidlig som mulig i relevante nasjonale saker som berører deres mandat eller ansvarsområde.

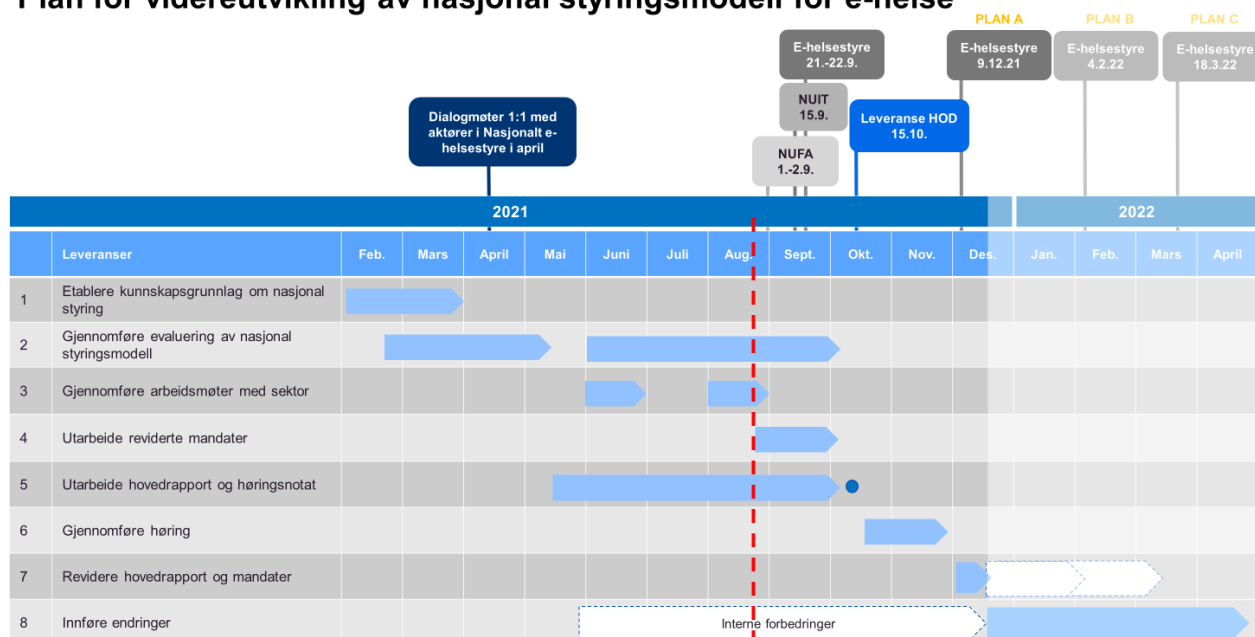
En konsensusbasert styringsmodell innebærer ikke at det alltid må oppnås enighet mellom alle aktørene i de enkelte sakene, men at uenighet kommer frem og blir dokumentert.

Det skal i styringsmodellen også ta hensyn til kommunenes og helseforetakenes særskilte behov og strategiske planer, investeringsplaner mv.

Plan og prosess

Direktoratet for e-helse gjennomførte dialogmøter med medlemmene av Nasjonalt e-helsestyre i april og mai 2021. I dialogmøtene kom det nyttige tilbakemeldinger til hvordan nasjonal styringsmodell for e-helse kan videreutvikles. Deretter ble det gjort et analysearbeid med å sammenstille funnene fra dialogmøtene i et utfordringsbilde, samt forslag til forbedringstiltak. Utfordringsbildet og forslag til forbedringstiltak drøftes i dialogmøter med medlemmene av NUIT i august 2021. I tillegg håndteres noen forbedringstiltak, som handler om administrative og praktiske forhold, internt i Direktoratet for e-helse.

Plan for videreutvikling av nasjonal styringsmodell for e-helse



Direktoratet for e-helse planlegger å gjennomføre en formell høring i høst, for å få flere innspill fra hele sektoren. Det legges opp til at reviderte mandater blir tilsluttet i utvalgene i nasjonal styringsmodell i første kvartal 2022.

Nåsituasjon og utfordringsbilde

Datagrunnlaget er basert på tilbakemeldinger i samtaler med medlemmer i Nasjonalt e-helsestyre våren 2021, Omdømmeundersøkelsen av Direktoratet for e-helse 2020, Riksrevisjonens undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med Én innbygger – én journal (2021). I tillegg til arbeidsmøter med ledelsen i Direktoratet for e-helse.

Analysen viser at det er behov for en nasjonal styringsmodell for e-helse. Digitaliseringsstrategien for offentlig sektor 2019 – 2025 påpeker at erfaring fra samarbeid mellom statlig og kommunal sektor på e-helseområdet kan danne grunnlag for gode samarbeidsmodeller. Digitaliseringsstrategien trekker også frem at samarbeidet mellom kommunesektoren og staten er styrket på digitaliseringsområdet gjennom etablering av Nasjonalt e-helsestyre og underliggende fag- og prioriteringsutvalg. I Omdømmeundersøkelsen for Direktoratet for e-helse 2020 omtaler respondentene spesielt samstyringsmodellen som banebrytende og viktig, også for andre fagområder. I dialogmøtene våren 2021, var alle medlemmene i Nasjonalt e-helsestyre samstemmige i at vi trenger en nasjonal styringsmodell for e-helse.

Nasjonalt e-helsestyre har flere positive tilbakemeldinger om styringsmodellen:

- Målsettingen bak Nasjonalt e-helsestyre er god og nødvendig
- Å ha et organ som tar styring på prioriteringer er helt avgjørende for å lykkes med felles kommunal journal
- Styringsmodellen har blitt veldig bra. Det er en god mekanisme for å samkjøre og koordinere, og til å få mange aktører til å gå i samme retning.
- Det er viktig å ha en arena på toppledernivå
- Det er viktig at vi som skal finne løsninger sammen sitter rundt samme bord. Vi blir klokere på hverandres virkelighet når vi gjør det.

- Det er flere viktige saker som er felles for hele sektoren, og da er det viktig å ha en arena hvor alle møtes

Utfordringsbilde

Tabellen under viser en oppsummering av hovedutfordringene ved styringsmodellen.

Hovedutfordring	Beskrivelse
Reell styring kontra råd?	<ul style="list-style-type: none"> • Opplevs ikke som en reell styringsmodell • Medlemmene har ikke reell beslutningsmyndighet • Direktoratets myndighetsrolle er uklar • Hvordan balansere konsensusbaserte rådgivning med behovet for tilslutning i saker med behov for finansiell forpliktelse ved implementering av nasjonale e-helsetiltak
Hva betyr en tilslutning?	<ul style="list-style-type: none"> • Det er stilt spørsmål om verdien av en tilslutning da E-helsestyret i noen saker ikke kan gi tilslutning på det direktoratet ber om • Uklart hva som er konsekvensen av saksvedtak i ulike utvalg, gode vedtakstekster er viktig
Relevante saker	<ul style="list-style-type: none"> • Det opplevs at det er få tilslutnings- og drøftingssaker i Nasjonalt e-helsestyre, mest orientering • Det er ikke tilstrekkelig strategiske saker
Antall utvalg	<ul style="list-style-type: none"> • Det er uklare grenser mellom råd og utvalg som Nasjonalt e-helsestyre, NUIT, NUFA, programstyrer, områdeutvalg, produktstyrer og styret i NHN • Sektoren kan ha begrenset kapasitet, noe som gjøre det utfordrende å bidra overalt
Samordning mellom statlige myndighetsorgan	<ul style="list-style-type: none"> • Helsedirektoratet, FHI og Direktoratet for e-helse og kan jobbe tettere sammen for å få helheten tydeligere frem på de sakene som løftes inn i møtene • Manglende koordinering av tverrsektorielle digitaliseringsinitiativ
Kommunenes behov	<ul style="list-style-type: none"> • Det er viktig å ha tid nok til å kjøre forankrings- og modningsprosesser i kommunesektoren for å lettere kunne få forpliktende vedtak i kommunene. Lokaldemokratiet står sterkt i Norge, det må respekteres.
Sammensetning	<ul style="list-style-type: none"> • Tillates ikke stedfortredere i Nasjonalt e-helsestyre • Strategiske perspektivet må ivaretas, det er viktig med et topplederforum • NHN har endret rolle til nasjonal tjenesteleverandør etter siste revidering av mandatene • Sentrale fagmiljøer (for eksempel forskning, innovasjon næringsutvikling) er ikke representert i utvalgene og kan ikke påvirke styring av utviklingen av e-helseutviklingen gjennom denne typen utvalg
Prosess	<ul style="list-style-type: none"> • Det er ønskelig at styringsmodellen involveres tidligere. Da kan medlemmene komme med innspill og sørge for forankring underveis, før de skal tilslutte. • Mangelfull tydelighet i saksunderlag på hva vi vil oppnå • Det er til tider for liten tid til god nok forankring i forkant av møtene i styringsmodellen etter at sakspapirene er sendt ut

	<ul style="list-style-type: none">• Det som er presentert i møtet er annerledes enn det som er sendt ut i saksunderlaget• Er det saker av prinsipiell karakter er det viktig at de får fulgt opp hva som skjer i etterkant av en behandling i Nasjonalt e-helsestyre, NUIT og NUFA
--	---

Nåsituasjon og utfordringsbildet danner grunnlag for forslag til forbedringstiltak i videreutvikling av nasjonal styringsmodell for e-helse.

Videreutvikling av styringsmodellen

Direktoratet for e-helse er i prosess med å utarbeide forslag til endringer. Foreløpige forslag blir drøftet i dialogmøter med NUIT-medlemmene i uke 33 og 34.

Den foreløpige anbefalingen fra Direktoratet for e-helse er å beholde strukturen med en tredelt styringsmodell, men med noen endringer. Mandatene må tydeliggjøres og spisses. Det anbefales også å tydeliggjøre at modellen er rådgivende, men med tilslutningssaker. Enhver tilslutning skal tydeliggjøre konsekvenser for aktørene. Dette inkluderer også å tydeliggjøre mandat for andre styrer og utvalg, som programstyrer og områdeutvalg. Det blir også drøftet hvilke saker som skal behandles i styringsmodellen. Det er viktig at E-helsestyret behandler de strategiske sakene, både fra Direktoratet for e-helse og de andre aktørene.

Forslag i endringer i mandatet for NUFA

Den foreløpige anbefalingen er at NUFA videreføres som et faglig utvalg, i hovedsak som i dag. I praksis vil dette bety at det vil være lignende saker som det som behandles i NUFA i dag. Dette ønskes drøftet med NUFA.

Direktoratet kommer til å foreslå noen endringer i sammensetning, der Norsk helsenett SF vil bli fast medlem, samt at forskningsmiljøene inviteres inn.

Drøfting

Vi ønsker å drøfte følgende problemstillinger med dere i møtet:

- utfordringsbildet, kjenner dere dere igjen i dette?
- overordnede forslag til endringer
- forslaget om at NUFA i hovedsak beholdes som i dag

Til Møte 3/21
Dato 01.09.2021
Saksnummer 22/21
Type Drøftingssak

Fra Jon Helge Andersen
Saksbehandler Lars Angell-Jørgensen

Felles hjelpenummer

Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene fra drøftingen inn i arbeidet.

Hensikt med saken

Saken omhandler felles hjelpenummer og ny personidentifikator sett i sammenheng med Skatteetatens utredning av en 3dje personidentifikator. Hensikten er å orientere NUFA om arbeidet som pågår (kort gjennomgang av arbeidet i Skatteetaten og i Direktoratet for e-helse), og drøfte eventuelle behov utover det som er mottatt tidligere.

Bakgrunn

Direktoratet for e-helse utredet i 2019/2020 bruk av felles hjelpenummer og innføring av ny personidentifikator (PID) i helse – og omsorgssektoren på oppdrag fra HOD.

Gjennomføring av dette er så langt ikke prioritert/finansiert, men det er satt av midler i 2021 fra RHF'ene for å oppgradere dagens hjelpenummerløsning til modernisert plattform. Midlene er per nå ubrukt.

Skatteetaten har i 2021 igangsatt en tverrsektoriell, overordnet utredning av samfunnets behov for en tredje type personidentifikator. Denne utredningen skal være ferdigstilt 15. oktober 2021. I forbindelse med denne utredningen har Direktoratet for e-helse, i samarbeid med NHH, koordinert og innhentet innspill til dette arbeidet. Tidligere gjennomført utredning er også oversendt Skatteetaten.

Direktoratet for e-helse ved program MF Helse vil oppdatere utredningen fra 2020 basert på evt. endring i rammevilkår og med ny kunnskap samlet inn i forbindelse med Skatteetatens utredning. Oppdatert utredning blir beslutningsunderlag for hvordan en 3dje identitet skal tas i bruk i sektoren, og skal være klar innen 2021.

Til Møte 3/21
Dato 01.09.2021
Saksnummer 23/21
Type Drøftingssak

Fra Elin Høyvik Kindingstad
Saksbehandler Inger Anette Finrud og Merete Lassen

Innspill til prinsipper for kobling mellom Helsenorge og andre løsninger i markedet

Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene inn i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse er nå i gang med hovedleveransen i oppdraget, nemlig prinsipper for kobling mellom Helsenorge og andre løsninger i markedet.

Arbeidet er i en tidlig fase, og vi ønsker å få innspill til følgende:

- Hva bør være formålet med prinsippene?
- Hvem skal prinsippene gjelde for?
- Hvilket nivå skal prinsippene ligge på?
- Er vi på et modenhetsnivå hvor vi kan utarbeide prinsipper, eller burde vi på nåværende tidspunkt heller omtale det som anbefalinger?
- Hvordan skal prinsippene/anbefalingene forankres med sektor?
- Hvilke perspektiver er det forventet at de ulike interessentgruppene vil ha?

Hva bør være formålet med prinsippene?

Et relatert spørsmål er også *Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?* Noe av problemet i dag er at det er uklart hva som bør være tilgjengelig på Helsenorge og hva som kan etableres i andre digitale innbyggertjenester. Gjennom dialog med aktører som FIN-oppdraget har gjennomført, har det kommet frem flere relevante problemstillinger som vil berøre prinsippene. Dette er f.eks. rolleforståelse mellom en offentlig nasjonal myndighet (Direktoratet for e-helse), tjenesteleverandør (NHN) og andre offentlig og private aktører og usikkerhet rundt forutsigbarhet for investeringer og mulighet for å innovere og tilby sine tjenester gjennom offentlig styrte plattformer som Helsenorge.

Det ser ut til å være et behov for prinsipper som tydeliggjør hva som bør finnes på en nasjonal portal og hva som kan tilgjengeliggjøres i andre løsninger, og samspillet mellom disse.

Hvem skal prinsippene gjelde for?

Skal prinsippene gjelde for alle som har utviklet, utvikler eller anskaffer en portal eller app som benyttes av innbyggere, eller er det behov for å avgrense dette? I tillegg til informasjons- og administrasjonsportaler, lages det også f.eks. løsninger som benyttes til digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologiske løsninger. Et annet eksempel på flere ulike løsninger (nettsider og app-er), viser seg nå under vaksinasjonsperioden for korona, hvor det utvikles flere offentlige og private løsninger for innbygger (eks. Helseboka, kommuner med egen løsning, osv.). Dette skjer også på andre områder som eks. fremveksten av private aktører som tilbyr legekonsultasjoner medfører også ofte etablering av løsninger og app-er på telefonen. Dette kan være nye løsninger som er tilpasset kun for Norge, eller løsninger som brukes i flere andre land (Norden, EU osv.)

Hvilket nivå skal prinsippene ligge på?

Det har vært diskutert om prinsippene skal ligge på et overordnet nivå, litt som Digitaliseringsdirektoratets arkitekturprinsipper, f.eks. "Ta utgangspunkt i brukernes behov". Et alternativ er å ha prinsipper som er mer detaljerte som f.eks. "Alle digitale innbyggertjenester skal forholde seg til innstillingene innbygger har lagt inn i den nasjonale personvernkomponenten". Hvilket nivå prinsippene skal ligge på, må være i samsvar med hva som er formålet med prinsippene og hvem de skal gjelde for.

Bakgrunn

Direktoratet for e-helse har i tilleggsoppdrag 3 blitt bedt om å utarbeide prinsipper for kobling mellom Helsenorge og andre løsninger i markedet, herunder Helsami. Etter dialog med Helse- og omsorgsdepartementet er det klart at de har en forventning om at leveransen skal sette retning for hvordan utviklingen på innbyggertjenester skal være, og hvordan dette bygger opp under strategien i Nasjonal helse- og sykehusplan og nasjonal e-helsestrategi. Det er forventninger om at leveransen skal tydeliggjøre om det foreligger nødvendige rammebetingelsene for å oppnå det ønskede resultatet.

Arbeidsgruppen anser leveransen for å være av strategisk karakter, og ønsker å forankre innretning og få innspill fra sektoren.

Om oppdraget

Direktoratet for e-helse mottok 29. mars 2021 tilleggsoppdrag om å vurdere prinsipper for koblingen mellom Helsenorge og andre løsninger i markedet, herunder Helsami

Det fremgår av Nasjonal helse- og sykehusplan at regjeringen legger til grunn at helsenorge.no er, og fortsatt vil være, innbyggernes hovedinngang til offentlige helse- og omsorgstjenester på nett. Det er samtidig et mål at helsenorge.no skal tilrettelegges med grensesnitt som åpner for at ulike aktører og leverandører kan gjøre sine løsninger tilgjengelig på helsenorge.no. Vi ber på den bakgrunn om at direktoratet innen 1. oktober kommer med en nærmere beskrivelse av hvilke prinsipper direktoratet vurderer at skal ligge til grunn for koblingen mellom den offentlige innbyggerplattformen - Helsenorge og andre løsninger i markedet, herunder regionale/lokale plattformer. Oppdraget skal ses i sammenheng med direktoratets arbeide med utvikling av anbefaling om bruk av forskning, innovasjon og næringsutvikling for å styrke gjennomføringskraften på e-helseområdet, herunder forslag til prinsipper for bruk av markedet, som ble gitt i tildelingsbrev for 2021 og har frist den 1. oktober. Arbeidet skal gjøres i samarbeide med Norsk Helsenett SF.

Det fremgår videre av foretaksprotokollen for Helse Midt-Norge RHF for 2020 at

"Helsenorge.no skal være innbyggernes hovedinngang til offentlige helsetjenester på nett. Det er et mål at de regionale helseforetakene innen 2023 har gjort digitale innbyggertjenester for innsyn, dialog og administrasjon tilgjengelig på helsenorge.no. Det er videre et mål at helsenorge.no skal tilrettelegges med grensesnitt som åpner for at ulike aktører og leverandører kan gjøre sine

løsninger tilgjengelige på portalen." Vurderingene og innretningen på tjenestene som utvikles av Helseplattformen og Helsami må ta utgangspunktet i dette. Vi ber om at direktoratet innen 22. april kommer med en beskrivelse av hvordan helse Midt-Norge RHF med utviklingen av Helsami vil imøtekomme kravene i foretaksprotokollen, herunder en konkret beskrivelse av hvordan innbyggerne i helse Midt-Norge med utviklingen av Helsami vil oppleve inngangen til offentlige helse- og omsorgstjenester på nett. Arbeidet skal gjøres i samarbeide med Helse Midt-Norge RHF og Norsk Helsenett SF.

Direktoratet for e-helse hadde også en leveranse i april i forhold til samspillet mellom Helsenorge og Helsami her vurderte Direktoratet for e-helse at det spesielt var tre områder som vil påvirke hvordan innbyggerne opplever Helsenorge og Helsami som en helhet. Det er hvordan de er integrert, overlapp mellom tjenester og kommunikasjon og merkevare. Dette er vurderingene som ble tatt frem:

- For en innbygger er det avgjørende at opplysningene som ligger på Helsenorge er til å stole på. Hvis opplysningene ikke er til å stole på, vil løsningen få redusert verdi for innbyggeren og den vil bli mindre brukt. Opplysningene må være korrekte, gyldige og fullstendige. På bakgrunn av dette er det Direktoratet for e-helses vurdering at alle aktører i sektoren må etablere integrasjoner med Helsenorge på tjenesteområdene administrasjon, dialog og innsyn.
- Helsenorge har grensesnitt som åpner for at ulike aktører kan gjøre sine løsninger tilgjengelige på portalen, og Helse Midt-Norge bør benytte denne muligheten for å ivareta at innbyggere i Midt-Norge fortsetter å ha Helsenorge som sin hovedinngang til offentlige helse- og omsorgstjenester på nett.
- For å støtte kravet om universell utforming vurderer Direktoratet for e-helse at sømløse uthopp er metoden som skal benyttes for integrasjon mellom Helsenorge og Helsami. Med sømløst uthopp menes at innbygger ledes direkte til den oppgaven som skal utføres i Helsami, uten å måtte lete seg fram i et nytt system.
- Det er overlapp mellom tjenestene i Helsenorge og Helsami, og administrasjon, dialog og innsyn dekkes av begge løsningene.
- I brukergruppene med langvarige sykdommer, alder over 65 år og/eller lav utdanning er det dokumentert at det er utfordringer med å navigere i helsetjenesten og lave digitale ferdigheter. For disse brukerne vil trolig én inngang til den digitale helsetjenesten være viktigere enn hvilke merkevarer som tilbyr hvilke tjenester.

Basert på disse vurderingene ble det utarbeidet en liste med tiltak som det anbefales at helse Midt-Norge RHF gjennomfører for å oppfylle kravene i foretaksprotokollen.

Til Møte 3/21
Dato 01.09.2021
Saksnummer 24/21
Type Orientering

Fra Statens Helsetilsyn
Saksbehandler Lars Talstad

Gjennomgang av rapport – «Forsvarlig pasientbehandling uten IKT?» og videre arbeid

Forslag til vedtak

NUFA tar med seg funnene fra rapporten i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Å presentere funnene fra Helsetilsynets kartlegging av kritiske systemer, risikovurderinger og nødrutiner ved 17 norske sykehus gjennomført 2020.

Kartleggingen avdekte flere funn som er interessante for IKT-tilsynets videre arbeid, blant annet gjennomføres tilsyn med spesialisthelsetjenestens bruk av IKT-systemer med legemiddelinformasjon. Vi vil også kort gjennomgå forventninger vi har til tilsynsarbeidet.

Bakgrunn

Funn fra rapport fra kartlegging «[Forsvarlig pasientbehandling uten IKT?](#)» publisert 2/2021.

Til Møte 3/21
Dato 02.09.2021
Saksnummer 25/21
Type Drøftingssak

Fra Karl Vestli
Saksbehandler Barbro Maria Mæland og Kristin Bang

Ny e-helsestrategi fra 2023 – nåsituasjonsanalyse v 07

Forslag til vedtak

NUFA ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspill mottatt i møtet i det videre arbeidet

Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse legger med dette frem uttrekk fra en 0.7- versjon av nåsituasjonsanalysen, hvor vi ønsker diskusjoner i NUFA på foreløpige funn. Uttrekket fra analysen er å finne i vedlagte «[Kunnskapsgrunnlag nåsituasjon til ny e-helsestrategi V 0.7](#)».

Vi ønsker å drøfte følgende problemstillinger med NUFA:

1. Vi har ikke i dag en helhetlig og konkret måte å evaluere hvor langt vi er kommet i måloppnåelse på eksisterende strategi. Basert på mange ulike kilder har vi gjort en overordnet vurdering, se vedlegg side 18. Er den overordnede vurderingen av status og fremdrift på strategiske områder i eksisterende e-helsestrategi i tråd med slik NUFA ser den?
2. Oppsummeringen av styrker, svakheter, muligheter og trusler i nåsituasjonen er samlet i en «SWOT», se vedlegg side 43. Innholdet, slik det er presentert i SWOT-en, er basert på alle de ulike analysene som ligger til grunn i materialet. Er det noe som oppleves unyansert, eller ikke relevant, eller annet som mangler?
3. Det er i dag mange ulike førende strategier og dokumenter som aktørene i sektoren må forholde seg til. Hvilken rolle mener NUFA at e-helsestrategien skal fyller som sektoren ikke klarer hver for seg?

Vi legger opp til at punkt 2; oppsummering/SWOT, vies størst tid til i saken.

Bakgrunn

Nasjonal e-helsestrategi er helse- og omsorgsektorens felles strategi på e-helseområdet. Strategien skal gi felles retning og mål for helse- og omsorgssektoren og være førende for veivalg og prioriteringer innen digitalisering. Dagens nasjonal e-helsestrategi gjelder for perioden 2017-2022, ble utformet i samarbeid med sentrale aktører i helse- og omsorgssektoren og tilsluttet i Nasjonalt e-helsestyre. Strategien har vært viktig de første årene for å samle e-helseområdet, og det er god aktivitet på satsingsområdene totalt i helse- og omsorgssektoren. Arbeidet med å utvikle en ny strategi, gjeldende fra 2023, har startet.

Mandat for arbeidet med utvikling av ny e-helsestrategi, gjeldende fra 2023

- Strategien skal støtte opp om overordnede helsepolitiske målsettinger.
- Strategien skal ta sikte på å ivareta en helhetlig og i størst mulig grad forpliktende e-helseutvikling. Arbeidet skal gi et mulighetsrom til å både tenke helhetlig og fremover på lengre sikt, og samtidig peke på gevinster på veien dit.
- Strategien bør være mer spisset enn eksisterende strategi, gi bedre utgangspunkt for prioritering og tydelig kommunisere hvilke valg som skal tas for felles retning for digitaliseringsarbeidet i helse- og omsorgssektoren.
- Strategien må vris mer i retning av betydning for innbyggeren, vektlegge innbyggerens behov og innbyggeren som ressurs.
- Strategien skal gi retning for helse- og omsorgssektorens omgivelser og for næringslivet som partner ved at vi skaper forutsigbarhet gjennom hva vi prioriterer i neste periode
- Strategien skal være kunnskapsbasert, og kunnskap fra næringsliv og forskning bør inkluderes i kunnskapsgrunnlaget, i tillegg til at det i større grad skal ta hensyn til pågående internasjonalt arbeid og strategisk tenkning.
- Strategien må støtte ønsket utviklingsretning og fremme en mer bærekraftig utvikling av helse- og omsorgssektoren.

Overordnet plan for arbeidet med ny e-helsestrategi

Arbeidet med utvikling av ny e-helsestrategi skjer i 2021 og 2022. I 2021 vil det jobbes med å få på plass et oppdatert kunnskapsgrunnlag med nåsituasjonsbeskrivelse, strategisk analyse og fremtidsmålbilder (scenarier). Kunnskapsgrunnlaget skal ferdigstilles i desember 2021. Nåsituasjonen skal i løpet av høsten verifiseres og videreutvikles til 0.8- og 0.9-versjoner i dialog med representanter for innbyggere, helsepersonell, forskningsmiljø, næringsliv, forvaltningen, kommuner, RHF, stat, i tillegg til behandling i de nasjonale utvalgene.

Parallelt i høst starter arbeidet med å utvikle mål og strategiske retningsvalg, med utgangspunkt i kunnskapsgrunnlaget. Mål- og strategiutviklingen deles inn tre; 1) visjon og ambisjonsnivå, 2) strategiske valg, og 3) styring og oppfølging av strategien.

Året 2022 handler om å ferdigstille utkastet til ny e-helsestrategi i løpet av våren, få tilslutning av Nasjonal e-helsestyre i april 2022, før den i mai sendes på en fire måneders offentlig høring med påfølgende bearbeiding og tilslutning i Nasjonalt e-helsestyre i desember 2022.

Oppdatert kunnskap som grunnlag for mål- og strategiutvikling

Digital transformasjon må til for å skape bærekraftige helse- og omsorgstjenester med utgangspunkt i innbyggernes og tjenestenes behov, roller og ansvar. Tjenestene må være innovative, verdien av ny teknologi må realiseres, vi må tenke på tvers av tjenestenivå, og vi må endre måten vi samarbeider og løser oppgavene på. Koronapandemien har vist at en krise kan føre til økt nyskaping og innovasjon. Sektoren har tilegnet seg en kompetanse som er viktig å ta med seg i digitaliseringsarbeidet videre. Digitaliseringen har skutt fart og ført til vekst i både bruk og tilbud av digitale helsetjenester og selvbetjeningsløsninger.

Mye har skjedd siden den eksisterende e-helsestrategien ble utarbeidet. Vi jobber nå med å få plass et oppdatert kunnskapsgrunnlag for felles forståelse av behovene strategien skal imøtekomme. Vi har lagt opp til en prosess der representanter fra innbyggere, helsepersonell, forskningsmiljø, næringsliv og helse- og omsorgssektoren involveres i arbeidet. Gjennom analyser av oppdatert innsikt vil vi kunne få opp felles mål som blir retningsgivende i digitaliseringsarbeidet i årene som kommer. Nåsituasjonsanalysen utgjør en sentral del av kunnskapsgrunnlaget for strategiarbeidet.

Om innholdet i Kunnskapsgrunnlag nåsituasjon V.0.7

Kunnskapsgrunnlaget består av to hoveddeler; en scenarioanalyse (arbeidet gjennomføres høst 2021), og en nåsituasjonsanalyse. Nåsituasjonsanalysen er den dette dokumentet omhandler.

Nåsituasjonsanalysen v 0.7 utgjør foreløpig funn og baserer seg på nåsituasjonsanalyser på e-helseområdet i Norge, fra ulike perspektiver. Nåsituasjonen baserer seg på en kombinasjon av skrivebordsanalyser, intervjuer, spørreundersøkelser og workshops med representanter fra NUFA, NUIT, interesse- og fagorganisasjoner, representanter fra helsetjenesten, næringsliv, forskning m.fl.

Formålet er å redegjøre for hvordan e-helseområdet ser ut i dag, og hva det gir som utgangspunkt for ny strategiperiode og de strategiske valgene som skal fattes. Det dekker følgende:

- Føringer for e-helseområdet
- Læring fra og vurdering av eksisterende strategi
- Internanalyse
- Omverdensanalyse
- Brukerbehov
- Bærekraft på e-helseområdet
- Effekter av koronapandemien

Problemstillinger vi ønsker å drøfte i NUFA

1. *Vurdering av status og fremdrift på strategiske områder i dagens e-helsestrategi*

For å vurdere dagens strategi har vi gjort to ulike analyser; 1) overordnet status på strategiske områder og 2) strategiens robusthet. I dette møtet ønsker vi hovedsakelig innspill på analyse 1) nevnt over. Vi har ikke i dag en helhetlig og konkret måte å evaluere hvor langt vi er kommet i måloppnåelse på eksisterende strategi. I tillegg har ikke målene tydelige måltall som gjør at «målstreken» er noe flytende. Samtidig er det viktig for det videre arbeidet at vi har en formening om måloppnåelse på eksisterende strategi. Vi har derfor gjort en kvalitativ vurdering basert på ulike kilder på overordnet status og fremdrift på de seks strategiske områdene.

Hovedkildene har vært «Strategisk analyse 2019-2020», e-helsemonitor og strategiske indikatorer, nasjonal e-helseportefølje, veikart og tilhørende rapporter samt utviklingstrekkrapporten. I tillegg har vi innhentet kunnskap fra fagmiljø og fra årsrapport for

Direktoratet for e-helse. I tillegg har vi og basert på hendelser, fremdrift og tall. Det er mange elementer å hensynta som tidvis vil peke i noe ulik retning med tanke på hvor langt man er kommet i å nå målet og avhengig av ståsted, slik at det blir en kompleks vurdering. Vi ønsker derfor en kort drøfting med NUFA rundt: Er den overordnede vurderingen av status og fremdrift på strategiske områder i eksisterende e-helsestrategi i tråd med slik NUFA samlet ser den?

Direktoratet for e-helse ønsker diskusjon i NUFA på overordnet vurdering av status og fremdrift på strategiske områder i eksisterende e-helsestrategi.

2. Oppsummering av nåsituasjonsanalysen (SWOT)

De viktigste funn fra de ulike nåsituasjonsanalysene i kapittel 2 er kategorisert og oppsummert i styrker, svakheter, muligheter og trusler (SWOT-diagram). Dette er en oppsummering av nåsituasjonen i sin helhet, inklusive føringer, læringer, internanalyse, omverdensanalyse, brukerbehov, bærekraft på e-helseområdet og effekter av koronapandemien. For å komme frem til utkast til oppsummeringen som er fremstilt i SWOT-diagrammet, har vi tatt utgangspunkt i oppsummeringene av de ulike analysene nevnt over. Oppsummeringen er et av flere sentrale verktøy i den videre utviklingen av ny strategi, da ny strategi bør forsøke å utnytte styrkene, minimere eller eliminere svakhetene, dra nytte av mulighetene og ruste oss for å tåle eventuelle trusler. Det er viktig at SWOT-oppsummeringen er et resultat av flere analyser, og ikke av enkeltvurderinger. Vi ønsker derfor å bruke en god del av tiden i NUFA til å diskutere innholdet i SWOT-en sammen, slik at vi alle har en omforent forståelse for oppsummeringen av nåsituasjonen.

Direktoratet for e-helse ønsker diskusjon i NUFA på oppsummeringen av styrker, svakheter, muligheter og trusler (SWOT). Er det sentrale mangler, noe som oppleves unyansert eller annet?

3. Visjon og ambisjonsnivå

Arbeidet med mål og strategiutvikling starter nå i september. Det foreligger i dag svært mange føringer og styringslinjer som aktørene i sektoren må forholde seg til, og spørsmålet blir blant annet hvordan e-helsestrategien skal knytte disse sammen og samtidig bringe merverdi.

En del fundamentale dilemmaer og spørsmål skal avklares utover høsten, hvor vi starter med å avklare visjon og ambisjonsnivå for strategien. Spørsmålet *Hvilken rolle skal e-helsestrategien fylle som sektoren ikke klarer hver for seg*, skal blant annet behandles i Nasjonalt e-helsestyre 22. september 2021.

Sammen med kunnskapsgrunnlaget vil visjon og ambisjonsnivå være utgangspunkt for å starte opp arbeidet med strategiske valg rundt hvilke områder som skal være prioritet på nasjonalt nivå, og hvordan sektoren skal sørge for en omforent og effektiv operasjonalisering mv. Arbeidet vil starte i oktober.

Vi ønsker i denne omgang å ta en kort runde med innspill fra NUFA knyttet til visjon og ambisjonsnivå, som vi kan ta med oss inn i det videre arbeidet.

Direktoratet for e-helse ønsker diskusjon i NUFA på spørsmålet om hvilken rolle skal e-helsestrategien fylle som sektoren ikke klarer hver for seg.

Vi gjør oppmerksom på at vedlagte saksunderlag inneholder 47 PowerPoint-sider, hvorav 14 kun er kapittelinnledning for å lette leseropplevelsen. Fordi nåsituasjonsanalysen har et stort omfang, velger vi å legge ut mer utfyllende versjon av nåsituasjonsanalysen på NUFA sine sider på ehelse.no, innen 27. august 2021, som dere kan slå opp i ved behov.

Til Møte 3/21
Dato 02.09.2021
Saksnummer 26/21
Type Drøftingssak

Fra Ivar Thor Jonsson
Saksbehandler Mildrid Ræstad

Strategisk områdeplan for digitalisering av legemiddelområdet

Forslag til vedtak

NUFA diskuterer saken og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Det er ønskelig med innspill fra NUFA når det gjelder mål, ambisjonsnivå, hovedtiltak og ansvarsfordeling i *strategisk områdeplan for digitalisering av legemiddelområdet*. Bakgrunn og status for arbeidet vil bli presentert som grunnlag for diskusjon.

Bakgrunn

I 2021 ble avdeling legemidler etablert i Direktoratet for e-helse for å styrke arbeidet på digitaliseringsdelen av legemiddelområdet. Arbeidet med å utarbeide en strategisk områdeplan er godt i gang og er tett koblet til arbeidet med ny nasjonal e-helsestrategi.

Planen vil danne grunnlag for mål og prioriteringer på legemiddelområdet og bidra til realisering av helsepolitiske målsettinger. Hovedmålene er utledet av de faglige målene i legemiddelmeldingen og digitaliseringsmålene i én innbygger én journal. Det er lagt opp til bred forankring og involvering fra aktører i helsesektoren. Dette gjøres dels i informasjons- og orienteringsmøter og dels i dialog- og arbeidsmøter. For å favne bredt er det litt ulik representasjon fra virksomhetene i de ulike møtene. Avdeling legemidler i direktoratet er prosesseier for arbeidet, og jobber tett med Helsedirektoratet, Legemiddelverket, Folkehelseinstituttet og Norsk Helsenet (kjernegruppen).

Planen tar ikke mål av seg til å løse «alle» utfordringer, men baseres på sektorens samlede behov for digitalisering på legemiddelområdet. Planen skal bidra til å angi strategisk retning og prioritering av planlagte og pågående e-helsetiltak av *nasjonal* interesse samt forbedring og forvaltning av eksisterende tiltak.

Det vil i det videre arbeidet være den enkelte virksomhet som svarer ut hva målsettingene betyr for dem og komme med forslag til aktuelle tiltak. Deretter vil tiltakene bli foreslått i en prioritering som skal benyttes i den helhetlige prioriteringen av tiltak i nasjonal e-helsestrategi og nasjonal portefølje. Strategiske og prinsipielle valg som har betydning utover ett område, løftes også til nasjonal styringsmodell.

Planen vil ha flere tiltakseiere og flere sentrale bidragsytere, der det er behov for godt samarbeid, deltagelse og koordinering på tvers i sektoren. Utover å være eier for enkelttiltak, vil Direktoratet for e-helse ved avdeling legemidler ivareta direktoratets pådriverrolle for å:

- styrke digitalisering på legemiddelområdet for å understøtte effektiv og sammenhengende legemiddelbehandling i helse- og omsorgstjenesten
- legge til rette for nasjonal samordning og en helhetlig og forutsigbar e-helseutvikling innenfor digitalisering av legemiddelområdet