

Agenda for møte i NUFA																											
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)																										
<i>Dato</i>	30.-31.januar 2019																										
<i>Tid</i>	30.jan kl. 10:00 – 31.jan kl.13:50																										
<i>Sted</i>	Scandic Hotel, Lillestrøm (Stillverksveien 28, 2004 Lillestrøm)																										
<i>Medlemmer</i>	<table border="0"> <tr> <td>Inga Nordberg, Dir. for e-helse</td> <td>Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune</td> </tr> <tr> <td>Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF</td> <td>Thor Johannes Bragstad, Trondheim Kommune</td> </tr> <tr> <td>Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF</td> <td>Mona Pedersen, Lenvik kommune</td> </tr> <tr> <td>Geir Granerud, Helse Vest RHF</td> <td>Thore Thomassen, Helsedirektoratet</td> </tr> <tr> <td>Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF</td> <td>Kirsten Petersen, Helsedirektoratet</td> </tr> <tr> <td>Kristian Onarheim, Helse Midt RHF</td> <td>Anders Grimsmo, Norsk Helsenett</td> </tr> <tr> <td>Randi Brendberg, Helse Nord RHF</td> <td>Sindre Solem, Norsk Helsenett</td> </tr> <tr> <td>Timoleon Papas, NIKT</td> <td>Peter Holmes, FHI</td> </tr> <tr> <td>Bente Saltnes Nedrebø, NIKT</td> <td>Helena Niemi Eide, FHI</td> </tr> <tr> <td>Heidi Slagsvold, KS</td> <td>Torgeir Fjermestad, Fastlege</td> </tr> <tr> <td>Egil Rasmussen, KS</td> <td>Rune Karlsen, Difi</td> </tr> <tr> <td>Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune</td> <td>Arnfinn Aarnes, FFO</td> </tr> <tr> <td>Kirsti Pedersen, Oslo Kommune</td> <td>Sverre Ur, Diabetesforbundet</td> </tr> </table>	Inga Nordberg, Dir. for e-helse	Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune	Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF	Thor Johannes Bragstad, Trondheim Kommune	Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF	Mona Pedersen, Lenvik kommune	Geir Granerud, Helse Vest RHF	Thore Thomassen, Helsedirektoratet	Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF	Kirsten Petersen, Helsedirektoratet	Kristian Onarheim, Helse Midt RHF	Anders Grimsmo, Norsk Helsenett	Randi Brendberg, Helse Nord RHF	Sindre Solem, Norsk Helsenett	Timoleon Papas, NIKT	Peter Holmes, FHI	Bente Saltnes Nedrebø, NIKT	Helena Niemi Eide, FHI	Heidi Slagsvold, KS	Torgeir Fjermestad, Fastlege	Egil Rasmussen, KS	Rune Karlsen, Difi	Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune	Arnfinn Aarnes, FFO	Kirsti Pedersen, Oslo Kommune	Sverre Ur, Diabetesforbundet
Inga Nordberg, Dir. for e-helse	Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune																										
Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF	Thor Johannes Bragstad, Trondheim Kommune																										
Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF	Mona Pedersen, Lenvik kommune																										
Geir Granerud, Helse Vest RHF	Thore Thomassen, Helsedirektoratet																										
Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF	Kirsten Petersen, Helsedirektoratet																										
Kristian Onarheim, Helse Midt RHF	Anders Grimsmo, Norsk Helsenett																										
Randi Brendberg, Helse Nord RHF	Sindre Solem, Norsk Helsenett																										
Timoleon Papas, NIKT	Peter Holmes, FHI																										
Bente Saltnes Nedrebø, NIKT	Helena Niemi Eide, FHI																										
Heidi Slagsvold, KS	Torgeir Fjermestad, Fastlege																										
Egil Rasmussen, KS	Rune Karlsen, Difi																										
Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune	Arnfinn Aarnes, FFO																										
Kirsti Pedersen, Oslo Kommune	Sverre Ur, Diabetesforbundet																										
<i>Observatører</i>	Tor Eid, Helse- og omsorgsdepartementet																										
<i>Stedfortreder</i>																											

Sak	Tema	Sakstype
1/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 7.nov-8.nov 2018	Godkjenning
2/19	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
3/19	Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste – presentasjon av ekstern kvalitetssikring (KS1)	Orientering
4/19	Velferdsteknologisk knutepunkt	Orientering
5/19	Medisinsk avstandsoppfølging	Orientering
6/19	HL7 FHIR og nasjonal styring – hvordan og hvem?	Drøfting
7/19	Oppdatert produktstrategi grunndata	Orientering
8/19	Digitalisering av legemiddelområdet	Orientering
9/19	Orientering om rapporten "E-konsultasjon hos fastlege og legevakt"	
10/19	Strategisk plan for e-helse	Orientering
11/19	Innsatsområdet beredskap, informasjonssikkerhet og personvern	Orientering
12/19	Eventuelt	

Sak	Onsdag 30.januar – Strategi-, portefølje- og forvaltningsprosessen	Saksunderlag
1/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 7.nov-8.nov 2018	Godkjenning
	<u>Forslag til vedtak:</u> NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referat fra møte 7.nov-8.nov 2018	Vedlegg 1: Referat fra NUFA-møte 7.nov-8.nov 2018
2/19	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
	Direktoratet for e-helse vil orientere om aktuelle saker.	
	<u>Forslag til vedtak:</u> NUFA tar sakene til orientering.	

3/19	Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste – presentasjon av ekstern kvalitetssikring (KS1)	Orientering
	Direktoratet for e-helse vil orientere om resultat fra ekstern kvalitetssikring av konseptvalgutredning for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Direktoratet for e-helse overleverte konseptvalgutredningen til Helse- og omsorgsdepartementet 6. juli 2018. Rapport med vedlegg er tilgjengelig på ehelse.no.	Vedlegg 2: Topppnotat Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste – presentasjon av ekstern kvalitetssikring (KS1)
	Forslag til vedtak: NUFA tar saken til orientering.	
	Pause	10.40-10.45
4/19	Velferdsteknologisk knutepunkt	Orientering
	Hensikt med saken er å orientere om status for utprøvingen av velferdsteknologisk knutepunkt, og få innspill til hva som er viktig å vurdere og prioritere i det videre arbeidet, spesielt ut fra et helhetlig strategisk perspektiv om integrasjonsbehov.	Vedlegg 3: Topppnotat Velferdsteknologisk knutepunkt
	Forslag til vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse om å ta med innspill i det videre arbeidet med å utarbeide anbefaling om realisering av et nasjonalt knutepunkt for velferdsteknologi.	
5/19	Medisinsk avstandsoppfølging	Orientering
	Helse- og omsorgsdepartementet har varslet at helsetjenester på nye måter ved hjelp av teknologi blir et satsingsområde i Helse- og sykehusplan 2020-2023. I denne forbindelse har departementet initiert et arbeid for nasjonalt å tilrettelegge for økt bruk av medisinsk avstandsoppfølging i helsetjenestene. HOD har godkjent en overordnet plan for arbeidet, som nå er under detaljplanlegging. Prosjektgruppen ønsker å orientere NUFA om planen for medisinsk avstandsoppfølging og ønsker innspill på hva som er viktig å ivareta i det videre arbeidet.	Vedlegg 4: Topppnotat Medisinsk avstandsoppfølging Vedlegg 4-A: Rapport Medisinsk avstandsoppfølging – Felles plan for utredning- og implementeringsoppgaver for nasjonal tilrettelegging
	Forslag til vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Statens Legemiddelverk om å ta med innspill i det videre arbeidet med detaljering av plan for medisinsk avstandsoppfølging.	
	Lunsj	11:30 – 12:14
6/19	HL7 FHIR og nasjonal styring – hvordan og hvem?	Drøfting
	Direktoratet for e-helse vil presentere bruksområder for HL7 FHIR, erfaringer fra implementeringer og sette standarden i et nasjonalt og internasjonalt perspektiv. Det legges opp til drøfting av ulike problemstillinger knyttet til FHIR gjennom gruppediskusjoner.	Vedlegg 5: Topppnotat HL7 FHIR og nasjonal styring
	Forslag til vedtak: NUFA ber om at innspillene fremkommet i møtet blir hensyntatt i det videre arbeidet med HL7 FHIR.	
	Pause	15.15-15.30
7/19	Oppdatert produktstrategi grunndata	Orientering

	<p>Grunndataplattformen utvikles til å omfatte tre nye tjenester for grunndata knyttet til personell, virksomhet og person, som skal tilbys til sektoren gjennom standardiserte grensesnitt og med felles sikkerhetsløsning. For å berede grunnen for denne utviklingen er det utarbeidet en revidert produktstrategi 2019-2021. Målet med den reviderte produktstrategien er å tydeliggjøre tiltak på alle nivåer, og sørge for mer enhetlig styring og forvaltning. Det vil redegjøres for elementer i forslag til revidert produktstrategi, og hvilke muligheter og gevinster endringene vil kunne gi sektoren. Det ønskes en dialog med NUFA om hvilke avhengigheter og fremtidige behov virksomhetene har til grunndata.</p>	<p>Vedlegg 6: Topppnotat Revidert produktstrategi Grunndata</p>
	<p>Forslag til vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse innarbeide innspill fremkommet i møtet.</p>	
8/19	Digitalisering av legemiddelområdet	Orientering
	<p>Direktoratet for e-helse har etablert et program for digitalisering av legemiddelområdet, og leverte et forslag til mandat for en konseptvalgutredning til HOD 15. november vedrørende enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon. Hensikten med denne saken er å orientere om programmet og mandatet for konseptvalgutredningen, samt motta innspill i det videre arbeidet.</p>	<p>Vedlegg 7: Topppnotat Digitalisering av legemiddelområdet</p>
	<p>Forslag til vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet.</p>	
	Slutt dag 1	17:00
	Middag	18:30

Sak	Torsdag 31.januar – tema: e-konsultasjon	Saksunderlag
	Velkommen – Karl Vestli	
9/19	Orientering om rapporten "E-konsultasjon hos fastlege og legevakt"	Orientering
	<p>Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse fikk den 22. mai 2018 i oppdrag om å utrede bruk av e-konsultasjon. Direktoratene har sammenstilt sine funn og anbefalinger i en felles rapport. Hensikten med denne saken er å gi NUFA en orientering om innholdet i rapporten og erfaringer med videokonsultasjoner (Confrere) og e-konsultasjon i praksis (Legeforeningen). I tillegg legges det til rette for å gi tilbakemeldinger om det videre arbeidet med e-konsultasjon gjennom en plenumsdiskusjon.</p> <p><i>E-konsultasjon – kommet for å bli!</i> Nina Brøyn, Helsedirektoratet Jon-Torgeir Lunke, Direktoratet for e-helse</p>	<p>Vedlegg 8: Topppnotat om e-konsultasjon</p> <p>Vedlegg 8-A: Rapport E-konsultasjon hos fastlege og legevakt</p>
	Erfaringer med e-konsultasjon:	
	<u>Videokonsultasjoner i praksis</u> Ida Aalen, Confrere	
	<u>E-konsultasjon på fastlegekontoret – er det nyttig?</u> Petter Brelín, Legeforeningen	
	Pause	10:40-10:50

	Diskusjon i plenum om e-konsultasjon med deltakelse fra innleiderne	
	Forslag til vedtak: NUFA tar saken til orientering.	
	Lunsj	12:00-12:45
10/19	Strategisk plan for e-helse	Orientering
	Som en del av Direktoratets <i>strategiprosess</i> for forvaltning av nasjonal e-helsestrategi har Direktoratet utarbeidet en strategisk plan for e-helse for perioden frem til 2022, samt oppdatert inneværende strategi. Den oppdaterte strategien og den strategiske planen for e-helse ble presentert NUIT 21. november 2018 (sak 21/18) og Nasjonalt e-helsestyre 6. desember 2018 (sak 51/18). Begge utvalgene tilsluttet seg saken og ba om at innspill fremkommet i møtet tas med i videre arbeid. Våren 2019 vil Direktoratet, i samarbeid med den nasjonale styringsmodellen, arbeide med å utvikle kriterier og prosess for prioritering av innsatsområdene i den strategiske planen. Formålet er å gjøre planen handlingsrettet og egnet som verktøy for prioriteringsdiskusjoner i den nasjonale e-helse porteføljen.	
	Forslag til vedtak: NUFA tar saken til orientering.	
11/19	Innsatsområdet beredskap, informasjonssikkerhet og personvern	Orientering
	Direktoratet for e-helse vil gjennom presentasjonen gi NUFA en kort innføring i noen dagsaktuelle saker knyttet til informasjonssikkerhet, personvern og beredskap. Dette er et oppspill til en større drøfting, og vil følges opp med en egen temadag senere.	Vedlegg 9: Toppnotat Innsatsområdet beredskap, informasjonssikkerhet og personvern
	Forslag til vedtak: NUFA tar presentasjonen til orientering, og imøteser en oppfølging av temaet i senere møter.	
	Oppsummering av dag 2 – Karl Vestli	
12/19	Eventuelt	
	Slutt dag 2	14:30

Oversikt over toppnotat og ekstra vedlegg:

- Vedlegg 1 (ref. sak 1/19): Referat fra NUFA møtet 7.-8.november 2018
- Vedlegg 2 (ref. sak 3/19): Toppnotat Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste – presentasjon av ekstern kvalitetssikring (KS1)
- Vedlegg 3 (ref. sak 4/19): Toppnotat Velferdsteknologisk knutepunkt
- Vedlegg 4 (ref. sak 5/19): Toppnotat Medisinsk avstandsoppfølging
- Vedlegg 4-A (ref. sak 5/19): Rapport Medisinsk avstandsoppfølging – Felles plan for utredning- og implementeringsoppdrag for nasjonal tilrettelegging
- Vedlegg 5 (ref. sak 6/19): Toppnotat HL7 FHIR og nasjonal styring
- Vedlegg 6 (ref. sak 7/19): Toppnotat Revidert produktstrategi grunndata
- Vedlegg 7 (ref. sak 8/19): Toppnotat Digitalisering av legemiddelområdet
- Vedlegg 8 (ref. sak 9/19): Toppnotat E-konsultasjon
- Vedlegg 8-A (ref. sak 9/19): Rapport "E-konsultasjon hos fastlege og legevakt"
- Vedlegg 9 (ref. sak 11/19): Toppnotat Innsatsområdet beredskap, informasjonssikkerhet og personvern

Referat fra møte i NUFA		
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)	
<i>Dato</i>	7.-8.november 2018	
<i>Tid</i>	7.nov kl. 12:30 – 8.nov kl.15:50	
<i>Sted</i>	Thon Hotel Arena, Lillestrøm	
<i>Medlemmer</i>	Inga Nordberg, Dir. for e-helse Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF (dag 2) Kristian Onarheim, Helse Midt RHF Randi Brendberg, Helse Nord RHF Tim Papas, NIKT Bente Saltnes Nedrebø, NIKT Heidi Slagsvold, KS Egil Rasmussen, KS Bjørn Eivind Berge, KS	Kirsti Pedersen, KS Ann-Kristin Smilden, KS Thor Johannes Bragstad, KS Kirsten Petersen, Helsedirektoratet (dag 2) Anders Grimsmo, Norsk Helsenett Sindre Solem, Norsk Helsenett Peter Holmes, FHI Torgeir Fjermestad, Fastlege Rune Karlsen, Difi Arnfinn Aarnes, FFO Sverre Ur, Diabetesforbundet
<i>Ikke til stede</i>	Ulf Sigurdson, Helse Sør-Øst RHF Geir Granerud, Helse Vest RHF Tor Eid (Observatør), HOD	Helena Niemi Eide, FHI
<i>Observatører</i>		
<i>Stedfortreder</i>	Torgny Neuman, Helse Vest RHF	Gunnar Misvær, Helsedirektoratet (dag 1)
Nasjonalt portefølje-kontor	Sonja Turøy Brugman Tor Gunnar Saakvitne	

Sak	Tema	Sakstype
36/18	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 5.sept-6.sept 2018	Godkjenning
37/18	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
38/18	Nasjonal arkitekturstyring	Orientering
39/18	Plan for utvikling av felles grunnmur	Orientering
40/18	Terminologi i prehospitaltjenester	Drøfting
41/18	Veikart og planer for e-helsestandarder 2018-2022	Drøfting
42/18	Helsedataprogrammet	Orientering
43/18	Nasjonal e-helseportefølje - Introduksjon	Orientering
44/18	Helseplattformen	Orientering
45/18	Felles plan for EPJ	Orientering
46/18	Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste – status og videre arbeid	Orientering
47/18	Status Strategiprosessen	Drøfting
48/18	Nasjonal e-helsemonitor	Orientering
49/18	Eventuelt	

Sak	Onsdag 6.november – Strategi-, portefølje- og forvaltningsprosessen
36/18	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 5.sept-6.sept 2018
	Ingen kommentarer til innkalling og dagsorden Ingen kommentarer til referat fra møte 5.sept-6.sept 2018
	Vedtak: NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referat fra møte 5.sept-6.sept 2018
37/18	Orientering fra Direktoratet for e-helse

	<p>Inga Nordberg ga en kort orientering fra Direktoratet for e-helse av følgende saker:</p> <p>Foreløpig Statsbudsjett Helsedataprogrammet og MF Helse er satsningsområder i 2019. Direktoratet for e-helse er også bedt om å prioritere trygg forvaltning av de nasjonale løsningene direktoratet har ansvar for, fortsette arbeid med Én innbygger – én journal, pasientens legemiddelliste og standardisering, nasjonal arkitektur, kodeverk og terminologi</p> <p>Det kom innspill på at man er bekymret over en tekst i statsbudsjettet som indikerer at KommUT skal avvikles. KommUT har en viktig rolle for utbredelse av løsninger i kommunesektoren. Det er en felles bekymring fra NUFA for konsekvensene av en nedleggelse av KommUT.</p> <p>Relevante tilleggsoppdrag fra HOD 2018 til direktoratet for e-helse Tilleggsoppdragene som ble presentert var:</p> <ul style="list-style-type: none"> • E-konsultasjon (video, tekst og bilde). Dette er et felles oppdrag mellom Helsedirektoratet for Direktoratet for e-helse. Nasjonalt Senter for E-helseforskning skal i tillegg lage en kunnskapsoppsummering av feltet. Arbeidet skal ferdigstillelse 1.12. • Diagnosekoder for antibiotika-resepter. Det skal lages en felles rapport sammen med FHI. Formålet med arbeidet er å redusere antibiotikaforbruket i samfunnet. • Løsning for nyfødtscreening: Direktoratet for e-helse bistår Helse Sør-Øst med informasjonstiltak og teknisk løsning for nyfødtscreening, bl.a. ift håndtering av samtykke. • Enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon. RHF'ene har fått i oppdrag å realisere de fire prioriterte kravområdene knyttet til SAFEST. Direktoratet for e-helse har i parallell fått i oppdrag å gjøre en overordnet vurdering av mulige tiltak for realisering av enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon i den samlede helse- og omsorgstjenesten. <p>Én vei inn – presentert av Per Meinich, HSØ Det ble gitt en orientering fra arbeidet med Én vei inn. Det skal etableres et felles meldesystem for uønskede hendelser. Skal kunne brukes av hele helsetjenesten, inklusiv fra pasienter, men i initial fase lages løsninger for sykehus. I fase 1 skal man lage en første versjon av et felles meldesystem som skal inkludere meldinger om bivirkninger av legemidler. I løpet av fase 2 skal man vurdere å inkludere andre meldinger i tjenesten. Det er foreløpig laget en webløsning der meldingen går inn til en meldingssentral som deretter tar informasjonen videre til andre registre.</p> <p>Det kom spørsmål om det er aktuelt å gjøre det mulig å sende meldinger om avvik fra andre deler av helsetjenesten? Det ble svart at oppdraget er å lage en felles innmelding av uønskede hendelser slik at dette ikke behøver gjøres på andre steder. Man ser videre på en utvidelse av meldeordningen hvor man eksempelvis inkluderer reaksjoner på kosmetikk, matvarer, vaksiner, mm. En av hovedhensiktene med løsningen er å få opp meldefrekvensen.</p>
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering.</p>
<p>38/18</p>	<p>Nasjonal arkitekturstyring</p>
	<p>Hans Løwe Larsen, Direktoratet for e-helse la frem hovedelementene i rapporten "Nasjonal arkitekturstyring".</p> <p>Rammene for å bygge en funksjon for nasjonal arkitekturstyring er gitt i direktoratets hovedinstruks. Formålet er å bidra til koordinert og enhetlig arkitekturstyring i et langsiktig</p>

	<p>perspektiv. Arkitekturstyring skal integreres i styringsmodellen og understøtte de nasjonale hovedprosessene;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strategiprosessen - Porteføljestyingsprosessen - Forvaltningsstyringsprosessen. <p>DIFI har en rolle for å definere arkitekturprinsipper og rammeverk for hele offentlig sektor. Den nasjonale arkitekturstyringen i Direktoratet for e-helse vil få en tilsvarende normerende rolle innen helse- og omsorgssektoren.</p> <p>NUFA diskuterte hvordan Direktoratet for e-helse kan samarbeide med sektoren om arkitekturstyring. Noen av innspillene var:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etablere tydelige krav og retningslinjer for nasjonale arkitekturprinsipper og krav til standarder og sikkerhet for å gjøre det mulig for leverandører å utvikle løsninger ihht krav. - Etablere sertifiseringsordninger for leverandører slik at aktørene vet hvilke leverandører som følger nasjonale krav. - Det ble forslått å samle alle normerende dokumenter på e-helse.no. - Ift involvering av sektoren er det viktig å bruke etablerte arenaer for kommunikasjon og dialog. - NUFA anses som en viktig arena for å nå hele sektoren, og det etterspørres en tydelig beskrivelse av NUFAS rolle den nasjonale arkitekturstyringen. - Det bør etableres en funksjon i Direktoratet for e-helse som sektoren og leverandører kan kontakte. - For å få sektoren til å jobbe sammen kan man vurdere om hver virksomhet som er representert i NUFA bør ha en utpekt person knyttet til arkitekturstyring. - NUFA ser det som positivt at Direktoratet for e-helse samarbeider med DIFI om arkitekturprinsipper og rammeverk for hele offentlig sektor. For kommunene er dette viktig for å få løsninger som ivaretar helheten. <p>NUFA er positiv til retningen som rapporten skisserer. Det anbefales at den gjennomgås med den hensikt å unngå repetisjoner. Videre er det ønskelig at er tydelig på hvordan og på hvilket nivå man definerer arkitekturstyringen. NUFA mener arkitekturstyringen på et nasjonalt nivå ikke må legge for store føringer for selve virksomhetsarkitekturen men fokuserer på samhandlingsperspektivet.</p>
	<p><u>Vedtak:</u> NUFA drøftet rapporten "Nasjonal arkitekturstyring" og ber Direktoratet ta med seg innspillene fra møtet i den videre etablering av denne funksjonen.</p>
39/18	<p>Plan for utvikling av felles grunnmur</p> <p>Vidar Mikkelsen, Direktoratet for e-helse, informerte om status for prosjektet, og diskutere innspill til Plan for utvikling av felles grunnmur med særlig fokus på nyttevirkninger/effekter av felles grunnmur.</p> <p>Status i arbeidet med Plan for utvikling av felles grunnmur; I første innspillsrunde kom det totalt 641 innspill. Overordnet oppsummering av innspill ble presentert i møtet. Relevante innspill til versjon 0.6 er innarbeidet i versjon 0.8 av planen. Andre innspillsrunde pågår med frist for innsendelse 13. november. En vesentlig endring fra versjon 0.6 til 0.8 er at kostnads- og virkningsanalysen nå er tatt inn i planen. Prosjektet opplever at det er stor interesse rundt dette arbeidet.</p> <p>Nyttevirkninger i Plan for utvikling av felles grunnmur er vurdert kvalitativt med referanse til lignende arbeid som er tidligere utført i offentlig sektor, slik beskrevet i rapportene</p>

	<p>"Felles IKT-arkitektur i Offentlig sektor" og "Gevinstpotensialet i et felles konsept for informasjonsforvaltning i offentlig sektor".</p> <p>Det ble gjennomført gruppeoppgaver med gjennomgang og diskusjon av nyttevirkningene knyttet til følgende spørsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • For hvem, og hvordan, fremkommer nyttevirkningene • Hvilke forutsetninger må være på plass for at nyttevirkningene skal realiseres? • Hvilken vurdering gir gruppene av de enkelte nyttevirkinger, fra 0 (ubetydelig) til 4 (meget stor positiv) • Er det ytterligere nyttevirkinger som kan tenkes å inntreffe? <p>Oppsummering fra gruppearbeidet</p> <p>I plenumsoppsummeringen ble følgende trukket frem av gruppene;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyttevirkningene kan ikke vurderes i lys av "å ikke gjøre tiltakene i det hele tatt". Det er besluttet nasjonalt at Én innbygger- én journal er det fremtidige målbildet, og vurderingen av nyttevirkningene må derfor gjøres med det som bakgrunn. Tiltakene og felles grunnmur er steg på veien mot Én innbygger- én journal. • Det er til dels utfordrende å vurdere hver nyttevirkning samlet for hver aktør. For eksempel kan enkelte virksomheter få økte investeringskostnader, mens hoveddelen av aktørene kan få reduserte. • Av de presenterte nyttevirkningene var det ingen som ble vurdert som ikke relevante, enkelte nyttevirkinger ble vurdert til å underbygge andre nyttevirkinger; en gruppe presiserte at Økt tillit oppnås når man kan vise til mer effektiv samhandling, økt kvalitet og økt sikkerhet og kontroll. • To nye nyttevirkinger ble lagt frem; Økt kompetanse og Økt standardisering. • Totalt sett ble nyttevirkningene vurdert å ha sterkere positiv konsekvens/styrke enn slik vurdert i v 0.8 av Plan for utvikling av felles grunnmur. • Enkelte forutsetninger for at nytteeffektene skal kunne realiseres ble trukket frem; godkjenningsordninger må på plass, standarder må respekteres, fellesløsningene og aktivitetene må styres stramt og løsningene må tas i bruk av alle i en samordnet samtidighet og at sektoren er avhengig av leverandørene for å kunne ta i bruk byggeklossene. <p>Tilbakemeldingene fra NUFA blir tatt med i det videre arbeidet med planen.</p>
	<p><u>Vedtak:</u> NUFA tar saken til orientering.</p>
<p>40/18</p>	<p>Terminologi i prehospitaltjenester</p>
	<p>Janne Kjøllesdal, Helsedirektoratet, og Jørn Andre Jørgensen, Direktoratet for e-helse, orienterte om muligheten som ligger i å benytte nasjonal standard for helsefaglige terminologi for prehospitaltjenester.</p> <p>Det ble presentert hvilke samhandlingsbehov det er mellom AMK, legevakt og kommunale helsetjenester som sykehjem, andre døgnenheter og akuttmottak i spesialisthelsetjeneste. Målet er at hver enkelt aktør i kjeden gir optimal behandling. Da er det viktig at informasjonen følger pasienten. Det gjør den ikke i dag. Det er derfor behov for å ta et skritt tilbake for å se på om standardisering av kodeverk og terminologi kan bidra positivt i informasjonsbehovet. Videre ble det fokusert på behovet for helsedata til registerformål og for styring og kvalitetsarbeid.</p>

	<p>NUFA erfarer at det er komplisert å flytte innholdet i Norsk Medisinsk Indeks fra analogt til digitalt format. Det ble kommentert at dette er enkelt i forhold til standardisert terminologi.</p> <p>NUFA påpeker at alle fire RHF er med i AMK-anskaffelsen fra mai i år.</p> <p>NUFA stilte også spørsmål om hvorfor SNOMED oversettes når vi ikke har bruk for annet enn maskinkoden. Det ble svart at SNOMED trenger norske ord som vises i løsningen. Noen land bruker engelsk, for eksempel Portugal.</p> <p>Det ble informert om at Oslo og Bergen kommune er i gang med anskaffelse av nytt IKT-system for legevakt som skal være ferdig i 2023. Kommunene er opptatt av at man stiller riktige krav til løsningen. Direktoratet for e-helse anbefaler kommunene å starte en dialog med Helsedirektoratet rundt dette.</p>
	<p><u>Vedtak:</u> Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse tar med seg innspill fra NUFA til arbeidet med terminologi for prehospitaltjenester.</p>
41/18	Veikart og planer for e-helsestandarder 2018-2022
	<p>Jon Stolpnessæter, Direktoratet for e-helse, orienterte om Veikart for e-helsestandarder, som konkretiserer tiltak knyttet til standarder for meldingsutveksling, datadeling og dokumentdeling i perioden 2018-2022.</p> <p>Veikart for e-helsestandarder har som formål å gi virksomheter og leverandører et grunnlag for mer forutsigbar planlegging. Samtidig vil veikartet ligge til grunn for fremtidige prioriteringer, blant annet gjennom produktstyre for e-helsestandarder. E-helsestandarder og tiltak knyttet til utviklingen av disse er en del av Felles grunnmur for digitale tjenester. E-helsestandarder er en del av byggeklossen Krav og retningslinjer i grunnmuren.</p> <p>Veikartet er delt i to deler; tiltak knyttet til eksisterende meldingsstandarder og tiltak for å tilrettelegge og innføre nye standarder for datadeling og dokumentdeling.</p> <p>For meldingsstandarder er det prioritert å innføre de fastsatte standardene Tjenestebasert adressering, Henvisning 2.0 og Helsefaglig dialog. I tillegg er det foreslått å innføre kun én versjon av hver standard i forskrift. Når dette er gjort vil det primært være behov for forvaltning av fastsatte standarder, og nye behov søkes primært løst med eksisterende standarder.</p> <p>For å kunne understøtte en effektiv og helhetlig samhandling er det foreslått å basere nye e-helsestandarder for datadeling og dokumentdeling med basis i internasjonale standarder som for eksempel HL7 FHIR og profiler av IHE XDS-spesifikasjoner. Konseptuelt er dette delt i tre steg; 1. Utarbeide grunnleggende krav til standarder for datadeling og dokumentdeling, 2. Utrede og anbefale standarder for samhandlingsmodeller og funksjonelle bruksområder og 3. Utarbeide planer og etablere e-helsestandarder for alle samhandlingsmodeller.</p> <p>I påfølgende diskusjon kom følgende innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I forrige NUFA ble prosjekt Førerrett presentert, med løsning basert på SMART On FHIR. Hvor ligger dette i veikartet? Svar: SMART on FHIR berører både arkitektur og standarder. Det vil være aktuelt å bruke slike prosjekter til å trekke erfaringer og basere anbefalinger på dette. Gjennom grunnmur er det lettere å se disse tingene i sammenheng. - Det var spørsmål knyttet til de juridiske aspektene rundt databehandling, dataansvarlig, tilgangsstyring i forbindelse med standarder og grunnmur. Man bør

	<p>være tydelig på hvor man jobber med juridiske vurderinger. En fare er at de juridiske vurderingene kan bli for snevre hvis det gjøres innenfor hvert enkelt prosjekt. Det er behov, generelt sett, for hvilke juridiske avklaringer som må tas fremover.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det var en diskusjon rundt begrepsbruk, eksempelvis begrepene "samhandling" og "datadeling". Dette gjelder også for grunnmursdokumentet, ikke bare veikart for e-helsestandarder. Direktoratet vil se på om dette kan klargjøres i dokumentasjonen. - Det kom spørsmål om GS1. Denne er en kandidat for utredning av standarder for funksjonelle bruksområder (logistikk). - NUFA kommenterte at planene kan virke ambisiøse og at det er krevende å få innført alt.
	<p><u>Vedtak:</u> NUFA ber om at innspill fremkommet i møtet tas med i det videre arbeidet med Veikart og planer for e-helsestandarder</p>
42/18	Helsedataprogrammet
	<p>Henrik Næss, Direktoratet for e-helse, orienterte om arbeidet i Helsedataprogrammet. Helsedataprogrammet består av fire delprosjekter, og det ble orientert om følgende utvalgte aktiviteter fra programmet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiseringsplan og veikart for Helseanalyseplattformen • helsedata.no • FAIR-prinsipper for evaluering av helseregistre • Filoverføringstjenesten • Etablering av nasjonal variabel- og metadatakatalog • Innbyggertjenester <p>Utfordringen i dag er knyttet til at helseregistrene er opprettet over flere år, og at det er vanskelig å få oversikt over data. Det er i tillegg en svært lang utleveringstid for data; gjennomsnittlig utleveringstid av koblede data er 17 måneder. For programmet er det forsker og innbygger som er hovedinteressentene. Det ble våren 2018 gjennomført en konseptvalgutredning (KVU) der konsept 7, Analyseøkosystem, ble valgt.</p> <p>Det jobbes nå med å gi innbygger innsyn i registrene og ivareta samtykker, harmonisering av informasjonsutveksling, informasjonsinnhold og arkitektur. Det arbeides også med Helseanalyseplattformen. Den handler om koblinger av forvaltningstjenester, analysetjenester, søknadstjenester, dataplattform med innebygget personvern, datakilder og innbyggertjenester. Det er en målsetting å bygge et økosystem hvor flere tilbydere kan tilby analysekapabiliteter i økosystemet.</p> <p>Programmet har et eget delprosjekt knyttet til organisasjonsutvikling. Det skal leveres en utredning den 1.12 hvor mulig organisatorisk forankring av helseanalyseplattformen skal beskrives. Denne skal blant annet omfatte er vurdering av hvor databehandlingsansvaret skal ligge. Det planlegges en formell høring ila 2019 rundt ulike organisatoriske alternativer.</p> <p>NUFA gav innspill til at flere forskningsmiljøer er aktuell for å ha kontakt med i det videre arbeidet, herunder for eksempel helseøkonomimiljøene på universitetene.</p>
	<p><u>Vedtak:</u> NUFA tar saken til orientering.</p>
	Slutt dag 1

Sak	Torsdag 7.november – Tema:
43/18	Nasjonal e-helseportefølje – Introduksjon

	<p>Siv Ingebrigtsen, Direktoratet for e-helse, orienterte om status på innmelding av nasjonal portefølje 2019. Nasjonal e-helseportefølje 2019 vil legges frem til NUIT 21. november og Nasjonalt e-helsestyre 6. desember.</p> <p>Alle aktørene har nå meldt inn prosjekter i nasjonal e-helseportefølje. Det er god progresjon i å få innrapportert alle data fra prosjektene/programmene. I porteføljearbeidet er det nå fokus på gevinster, noe som er også har vært tema i møter med porteføljekontakter. Fremover vil det være fokus på å få flere kvantifisere gevinster.</p> <p>De tre parallelle tiltakene i veikart for En innbygger - en journal er alle del av nasjonal e-helseportefølje. Disse legges i dag frem for NUFA til orientering.</p>
	<p><u>Vedtak:</u> NUFA tar saken til orientering.</p>
44/18	Helseplattformen
	<p>Per Olav Skjesol og Hilde Grimnes Olsen, Helse Midt-Norge RHF, ga en orientering om Helseplattformen med særlig fokus på det som berører nasjonale forhold, slik som legemiddelområdet, kodeverk og terminologi, grunnmur. Orienteringen omfattet også status og videre planer, hva som skal oppnås med Helseplattformen og hvordan kommuner og fastleger involveres.</p> <p>Det er en stor og kompleks anskaffelsesprosess, med planlagt kontraktsinngåelse i løpet av første kvartal 2019. Man mener man vil oppnå effektmålene som er satt med løsningen som nå tilbys av Epic. Helse Midt-Norge leder anskaffelsen. Alle kommunene i Midt-Norge har tegnet avropsavtaler på løsningen som gjør at de kan slutte seg til løsningen etter hvert. Det samme gjelder for fastleger. Private aktører har også mulighet til å ta del i løsningen. For å sikre kommunal deltakelse i prosjektet er det etablert en samarbeidsavtale med Trondheim kommune.</p> <p>Prosjektet er fortsatt i rute i forhold til tidslinjen. Etter kontraktsinngåelse starter innføringsprosjekt med konfigurering fra slutten av 2019 frem til 2020. Det arbeides nå med standardisering og beslutningsstruktur inn mot konfigureringsfasen, mobilisering av personell, modenhetsanalyse, analyse av driftskonsekvenser og kommunikasjon. Problemstillinger knyttet til governance og styring, nasjonal koordinering, standardisering, kodeverk og terminologi, felles legemiddelliste er områder det er spesielt fokus på.</p> <p>Det kom innspill fra NUFA om hvilken erfaringsdeling det har vært mellom Helseplattformen og innføring av Epic-løsning i København/Sjælland-regionene. Helseplattformen svarte at man har lært mye av denne innføringen. Innføringen i Danmark var en toppstyrt prosess der klinikerne ikke var tilstrekkelig involvert. Videre var det liten til ingen integrering mot kvalitetsregistre. Det gjør at man ikke får tatt ut effekten av strukturert journal. Det var også lav endringstakt etter implementert. Dette gjorde at det tok lang tid før man endret feil eller mangler som var gjort i konfigureringen. Helseplattformen opplever at Epic også har lært fra prosessen i Danmark. De er opptatt av avklaringer rundt nasjonale sertifiseringsordninger, integrering mot nasjonale løsninger, o.l. Generelt sett oppleves det som om at det er forhold utenfor selve prosjektet som skaper de største utfordringene; politiske føringer, finansieringen, juridiske spørsmål og ivaretagelse av de mange ulike aktørenes roller og ansvar i en ny løsning som skal favne bredt.</p>
	NUFA tar saken til orientering.
45/18	Felles plan for EPJ
	Erik M. Hansen, Helse Vest RHF, orienterte om felles plan fra de regionale helseforetakene som ble overlevert HOD 1. november.

	<p>De tre RHF-ene som bruker DIPS har i oppdragsdokumentet fra HOD fått i oppgave å lage en felles plan for utvikling av EPJ. Planen skal beskrive hvordan RHF-ene skal bidra til å realisere målbildet gitt i En innbygger - en journal.</p> <p>Det er krevende å samstemme en felles plan for utvikling av EPJ med de regionale digitaliseringsprogram i hvert RHF, hvor fokuset er å utvikle IKT-løsningene for å kunne gi bedre pasientbehandling. Planen kan ikke avgrenses kun til EPJ, men må omfatte planer for integrasjon av funksjonalitet som medikasjon og kurve, medie-arkiv, klinisk logistikk, m.m. Dialogen RHF-ene har hatt med DIPS i arbeidet med felles plan har bidratt til positive effekter.</p> <p>Det pågår arbeid i hvert RHF hvor de kliniske IKT-systemene i sykehusene skal gjennom et teknologisk generasjonsskifte. Dette er krevende i seg selv. Det å samarbeide om felles plan har likevel bidratt til at man oppdager felles behov. Eksempelvis ser man behov for at Kjernejournal blir nasjonal autorativ kilde for kritisk informasjon. De tre RHF-ene mener initiativene som ligger i nasjonal e-helsestrategi blir viktig også for RHF-ene. Felles rammeverk og standarder for deling av informasjon vil være noe hele sektoren trenger. RHF-ene mener videreutvikling av e-resept, velferdsteknologisk knutepunkt og helsenorge.no blir viktig. Arbeidet med grunnmur anses som spesielt viktig for at RHF'ene skal innfri det nasjonale målbildet. Pasientens legemiddelliste må også prioriteres høyt.</p> <p>NUFA ser det som positivt at RHF-ene har en felles plan for utviklingen av EPJ. Det var enighet om at områdene som RHF-ene ønsker skal prioriteres er viktig og riktig. NUFA gav innspill om at behovet for samhandling om pasienter kan tydeliggjøres i rapporten, f.eks. ved å beskrive hvordan felles behandlingsplan kan se ut, eksempelvis for diabetikere. Dette er viktig for å tydeliggjøre behovet for dokumentdeling.</p>
	<p><u>Vedtak:</u> NUFA tar saken til orientering.</p>
<p>46/18</p>	<p>Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste – status og videre arbeid</p>
	<p>Direktoratet for e-helse overleverte konseptvalgutredningen til Helse- og omsorgsdepartementet 6. juli 2018. Konseptvalgutredningen er per nå under ekstern kvalitetssikring. Are Muri, Direktoratet for e-helse, orienterte om status for arbeidet.</p> <p>Ekstern kvalitetssikrer leverer endelig rapport 21. desember. Dersom konseptvalgutredningen godkjennes, kan det se ut til at saken vil behandles i regjeringen i løpet av våren 2019.</p> <p>Arbeidet med kvalitetssikring har vært omfattende. Direktoratet for e-helse hadde siste møte med ekstern kvalitetssikrer 7. november. I tillegg har prosjektet parallelle aktiviteter, som f.eks. å gi støtte til Oslo og Bergen kommune i anskaffelse av løsning for legevaktstjenesten og KAD.</p> <p>Den eventuelle neste fasen er et forprosjekt som definert i statens KS-ordning. Det skal da utarbeides et styringsdokument og et beslutningsunderlag som oppfyller KS-ordningens krav til KS2 (ekstern kvalitetssikring) før endelig beslutning om tiltak og investering.</p> <p>I diskusjonen kom det spørsmål om man er ferdig avstemt i forhold til hvilke behov det er for samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Direktoratet for e-helse svarte at dette er beskrevet på et nivå som tilfredsstillende kravene i en konseptvalgutredning, men ikke på et nivå for anskaffelse og gjennomføring. Omfanget på samhandling vil også avhenge av hvilke(n) EPJ-løsning(er) som velges. NUFA ytret</p>

	<p>bekymring ift at man velger løsninger på kort sikt som gir store utgifter, men som man ikke vil trenge i endelig løsning.</p> <p>NUFA pekte også på utfordringen knyttet til å "styre" kommunene som demokratisk valgte organ. Direktoratet for e-helse svarte at oppslutning og engasjement i kommunesektoren er kritisk for prosjektet.</p>
	<p><u>Vedtak:</u> NUFA tar saken til orientering og ber prosjektet om å ta med innspill i det videre arbeidet.</p>
47/18	Status Strategiprosessen
	<p>Irene Olaussen, Direktoratet for e-helse, innledet med å oppdatere om status på revideringsfasen i strategiprosessen. I handlingsplanen er det 15 innsatsområder under de seks strategiske satsningsområdene.</p> <p>Det kom kommentarer om at det er viktig å tydeliggjøre målene. Digitaliseringen handler om mer enn bare teknologi. Det handler også om kultur, organisasjon, samhandling på helt nye måter, finansiering med mer. Det er komplisert å jobbe med prioriteringsprosjekt i fellesskap da aktørene har ulike prioritering basert på ulike behov. Da blir det viktig med tydelige mål.</p> <p>Andreas Moan, Helse Sør-Øst, informerte om arbeidet med "Regional utviklingsplan 2035" for Helse Sør-Øst. Det er viktig å ta i bruk beste praksis og gjøre forbedringer basert på det andre har gjort som man vet fungerer. Dette innebærer at man må finne fleksible måter å jobbe på – blant annet løse oppgaven på ulike steder. Fire områder er løftet frem som de viktigste i planperioden</p> <p>1. Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi I Danmark har digital oppfølging av pasienter redusert konsultasjoner i poliklinikk med ca. 50 %. På Sunnaas sykehus utgjør digitale konsultasjoner i dag ca. 11% av det totale antall polikliniske konsultasjoner. Gevinster er 85% lavere kostnad sammenlignet med vanlig poliklinisk konsultasjon. Andre eksempler er psykisk helsevern i Helse Vest der man har laget nettbaserte moduler hvor man selv kan vurdere om man har behov for konsultasjon. Det er flere eksempler fra inn- og utland på hvordan nye arbeidsformer, samhandling og bruk av teknologi har ført til kostnadsbesparelser, bedre helse samlet sett for pasientene og bedre oppfølging. Det er viktig å få til en god prosess på pasientenes premisser. For mange gode tiltak blir i dag ikke gjennomført på grunn av overdreven frykt for personvern.</p> <p>2. Ta tiden tilbake Det har vært viktig å løfte fokuset på at man må ta tiden tilbake for helsepersonell. Det blir ofte påpekt at man kan ikke løpe enda fortere. Når det skal oppnås kostnadsbesparelser i helsevesenet har man ofte kuttet i administrative funksjoner med den følge at de administrative oppgavene som likevel må gjøres, overføres til klinisk personell.</p> <p>3. Uønsket variasjon og samhandlingsverktøy Det har vært viktig å fokusere på å finne ulike behandlingsmetoder for samme type sykdommer. Dette for å gi pasientene en valgfrihet i forhold til ulike behandlingsmetoder for samme type sykdommer.</p> <p>4. Samarbeid om de som trenger det mest Det har vært viktig å anerkjenne at man må tilrettelegge for de små andelen av pasienter som utgjør en stor andel av forbruket av helsetjenester. Det ble referert til eksempler fra innland og utland på hvordan dette er forsøkt løst og hvilke gevinster som er forbundet med dette.</p>

	<p>Oppsummert handler det om å skape enighet og forståelse i helsetjenesten om målbildet og å legge forholdene til rette for møtet mellom pasient og behandler. Det skjer en utvikling på dette området. Ulempen er ofte at insentivsystemet slår feil ut i forhold til det man ønsker å oppnå; oppnår man effektivisering blir rammene kuttet. Det oppleves likevel at dette er en kursendring.</p>
	<p><u>Vedtak:</u> NUFA tar saken til orientering.</p>
48/18	Nasjonal e-helsemonitor
	<p>Ole Bryøen, Direktoratet for e-helse, presenterte formål med og status i arbeidet med Nasjonal e-helsemonitor, samt målbildet for monitoren. Direktoratet er ansvarlig for leveransen, men ønsker å involvere sektor. Nasjonal e-helsemonitor skal bidra til å gi bedre kunnskapsgrunnlag for gjennomføring, styring og oppfølging av satsninger på e-helse i Norge.</p> <p>Det ble stilt spørsmål til NUFA om målbildet for monitor virker formålstjenlig. NUFA kommenterte at målbildet må operasjonaliseres og detaljeres ytterligere med fokus på effekter og nytte av indikatorene. Direktoratet drøftet med NUFA hvilke andre indikatorer som kan være aktuelle, og NUFA gav konkrete innspill til ytterligere indikatorer som kan utvikles på sikt.</p> <p>Direktoratet for e-helse presenterte utkast til innbyggerundersøkelse, en spørreundersøkelse rettet mot innbyggerne med spørsmål om e-helse. Dette er et område som for tiden er under utvikling og skal operasjonaliseres i løpet av 2018.</p> <p>Det ble stilt spørsmål til NUFA om innspill til prioritering av overordnede temaer til innbyggerundersøkelsen, og flere gode innspill ble notert. Det ble også notert innspill til andre spørsmål og tema som kan være interessante å stille i spørreundersøkelsen.</p>
	<p><u>Vedtak:</u> NUFA tar saken til orientering og ber om at innspill i møtet tas med i det videre arbeidet.</p>
49/18	Eventuelt
	Intet til eventuelt.
	Slutt dag 2

Til	Møte 1/19
Dato	30.01.2019
Saksnummer	3/19
Type	Orientering

Prosjekt Én innbygger – én journal

Sak 3/19: Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste – presentasjon av ekstern kvalitetssikring (KS1)

Forslag til vedtak:

NUFA tar saken til orientering.

Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse vil orientere om resultat fra ekstern kvalitetssikring av konseptvalgutredning for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Direktoratet for e-helse overleverte konseptvalgutredningen til Helse- og omsorgsdepartementet 6. juli 2018. [Rapport med vedlegg er tilgjengelig på ehelse.no.](#)

Ekstern kvalitetssikring (KS1)

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet har Holte Consulting, Samfunns- og næringslivsforskning (SNF) og A-2 Norge gjennomført en ekstern kvalitetssikring av konseptvalgutredningen, og kvalitetssikringsrapporten (KS1) er nå klar. [Rapporten er tilgjengelig på ehelse.no.](#)

Ekstern kvalitetssikrer anbefaler at konseptalternativ 7, en nasjonal journalløsning med helhetlig samhandling, velges. Dette er i tråd med direktoratets anbefaling. Kvalitetssikringsrapporten understreker at konseptvalgutredningen er basert på en grundig behovsanalyse som tydelig viser at tiltaket er nødvendig, og de anbefaler at forprosjektet settes i gang så raskt som mulig.

For å sikre en komplett innføring i alle kommunene utenfor Midt-Norge anbefaler kvalitetssikrer at det bør være en stor grad av forpliktelse før et såpass stort tiltak settes i gang.

Videre arbeid

Konseptvalgutredningen og kvalitetssikringsrapporten er underlag for videre behandling i Helse- og omsorgsdepartementet og et eventuelt oppdrag om å igangsette forprosjekt.

Til Møte 1/19
Dato 30.01.2019
Saksnummer 4/19
Type Orientering

Fra Karl Vestli
Saksbehandler Marianne Bårtvedt van Os

Velferdsteknologisk knutepunkt

Forslag til vedtak

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

Hensikt med saken

Hensikt med saken er å orientere om status for utprøvingen av velferdsteknologisk knutepunkt, og få innspill til hva som er viktig å vurdere og prioritere i det videre arbeidet, spesielt ut fra et helhetlig strategisk perspektiv om integrasjonsbehov.

Bakgrunn

Direktoratet for e-helse har sammen med Norsk Helsenett og Oslo kommune i 2018/2019 samarbeidet om en utprøving av et nasjonalt velferdsteknologisk knutepunkt (VKP). Formålet med utprøvingen er å verifisere om et velferdsteknologisk knutepunkt er bærekraftig som en nasjonal løsning for integrasjon av velferdsteknologiske løsninger (VFT) og kommunenes elektroniske pasientjournal (EPJ).

Per 1.februar 2019 omfatter utprøvingen Oslo kommune med én tjeneste. VKP har siden 23.mai 2018 sørget for at ca 500 journalnotater fra medisineringsstøttesystemer i Oslo kommune daglig blir lagt automatisk inn i deres EPJ, uten kritiske feil. Per 1.feb.er ca 120.000 journalnotater overført. Meldingen fra tjenesten er udelt positiv, der spesielt tidsbesparelser og økt dokumentasjonskvalitet trekkes frem som positive effekter.

Erfaringen så langt viser også at det tar lang tid å få på plass nye utviklingsleveranser i produksjon. Det kommunale markedet for velferdsteknologiske løsninger og EPJ er et fragmentert marked bestående av mange mindre aktører med begrenset kapasitet, og integrasjonen har så langt ikke hatt prioritet hos de kommunale EPJ leverandørene. Dette gir et sårbart risikobilde, hvor forsinkelser lett oppstår. Prosjektet har derfor fokusert på å få flere leveransepakker i produksjon. Utprøvingen har siden oktober signert samarbeidsavtaler med ytterligere 6 kommuner (Bodø, Ringerike, Trondheim, Arendal, Grimstad, Kristiansand) i tillegg til Bærum kommune og 110-Telemark (Skien, Porsgrunn, Bamble) som allerede var en del av utprøvingen. Det forventes at Bodø kommune og Ringerike kommune kommer i produksjon

med deres integrasjon i løpet av februar måned. Det forventes også at Oslo kommune kommer i produksjon med flere tjenester.

Prosjektet arbeider ut fra identifiserte områder som skal dokumenteres i den videre utprøving og utredning.



Disse områdene er igjen inndelt i 4 arbeidsspør:

- Arkitektur og IKT erfaringer
- Juridisk og ROS
- Gevinster og økonomisk analyse
- Implementering og forvaltning

På grunnlag av de erfaringer som er oppbygget basert på Oslo kommune og aktivitetene i samarbeidskommunene, kan vi trekke ut foreløpige hovedbudskap.

Arkitektur og IKT erfaringer:

Erfaringer fra utprøvingen av knutepunktet tyder på at det gir mening å bygge opp et integrasjonslag mellom velferdsteknologiløsninger og EPJ løsninger som er implementert i norske kommuner.

VKP bidrar med økt fokus på informasjonssikkerhet, økt standardiseringsgrad og mer robusthet for integrasjonen mellom ulike type løsninger.

Erfaringen viser at det er en fordel for aktørene på markedet å få tydelige retningslinjer rundt standarder de må forholde seg til og sikkerhetskrav de må dekke. Bruk av internasjonale standarder (FHIR meldinger) bidrar også i å sette en retning på markedet. Dette krever derfor at andre leverandører løfter deres løsninger i samme retning.

Knutepunktet er basert på grensesnitt som gjør det lett for eksterne leverandører å koble seg til. Den sentrale løsningen bygges på Microsoft Azure tjenester, noe som bidrar på høy fleksibilitet og kontinuerlig forbedring.

Erfaringene fra utprøvsperioden viser at plattformen er stabil med relativt få driftshendelser. Det har ikke vært registrert svakheter eller feil omkring informasjonssikkerhet.

Til tross for at erfaringen nå tilsier at oppkoblingen av nye kommuner tar lang tid, er det grunnlag for å anta at oppkoblingen ikke er spesielt kompleks eller tidkrevende, hvis bare arbeidet hadde blitt prioritert og fått fokusert innsats spesielt fra EPJ leverandørenes side, og også fra kommunene.

Juridisk og ROS:

Det rettslige rammeverket for VKP var ikke klart før driftssetting. Her måtte VKP "brøyte vei". Resultatene fra utprøvingen viser at det er mulig å behandle pasientdata gjennom VKP-løsningen på en forsvarlig måte fra ende til ende, men det må undersøkes om dette også gjelder for en fullskala nasjonal løsning.

Noen forbedringer må innføres for å sikre en solid og stabil løsning. Tilgjengelighet av VKP-tjenesten må for eksempel sikres med opprettelse av redundante komponenter.

Rettslig rammeverk/avtalestruktur bør vurderes på nytt med tanke på å etablere en mer hensiktsmessig rolle- og ansvarsfordeling. Endelige beslutninger må også tas når det gjelder lagring/logging av data for å sikre at konseptet har nødvendig rettslig grunnlag for videre drift av løsningen.

Gevinster og økonomisk analyse

Erfaringer fra utprøvingen av medisineringsstøtte knyttet til kommunens EPJ system (Geric) viser følgende effekter:

- Økt kvalitet: Dokumentasjonen av helsehjelpen blir bedre, da man nå dokumenterer mer enn før – og i alle tilfeller. Dette medfører bedre kvalitet.
- Frigjort tid: Anslagsvis 200 journalføringer¹ pr dag som tidligere ble gjort manuelt blir nå gjort automatisk. En manuell journalføring er anslått til å ta 2-5 minutter – og dette utgjør da i sum ca. 1-2 dagsverk pr dag.

Implementering og forvaltning

Implementering og forvaltningen av VKP har under utprøvingen blitt utført i prosjektet. For en fullskala tjeneste må implementerings- og forvaltningsoppgavene i størst mulig grad håndteres i synergi med tilsvarende oppgaver for andre nasjonale e-helse løsninger.

Implementerings- og forvaltningsoppgaver kan grovt deles inn i følgende områder:

- Håndtering og prioritering av ønsker om endring og videreutvikling
- Utvikling, test og godkjenning av VKP funksjonalitet
- Videreutvikling og forvaltning av nasjonale grensesnitt (FHIR profiler)
- Håndtering av henvendelser fra 3.part (VFT- og EPJ- leverandører) for tilpasning og klargjøring for å koble løsninger på VKP
- Håndtering av bestillinger og leveranser av påkoblinger (fra kommuner)
- Håndtering av support og feilhåndtering under drift
- Håndtering av kundeoppfølging (kommuner) og fakturering

Hvor omfattende disse oppgavene er må vurderes etter hvert som prosjektet får mer erfaring fra utprøvingen.

¹ Under halvparten av 500 journalføringer pr dag krever en aktiv handling i Dignio Prevent – og disse journalføres nå automatisk (mot manuelt tidligere).

Strategiske perspektiver

I tillegg til de praktiske erfaringene fra utprøvingen, er det andre strategiske perspektiver det bør tas hensyn til i vurderingen av hvordan en fullskala tjeneste bør realiseres. Det er spesielt to perspektiver som må vurderes:

- Integrasjonsbehov – nå og fremover
- Bruk av felleskomponenter og andre e-helse løsninger

Integrasjonsbehov nå og fremover

Får å åpne for at nye velferdsteknologiske løsninger enkelt skal kunne implementeres i helse- og omsorgstjenesten er det hensiktsmessig at disse kan forholde seg standardiserte, åpne grensesnitt for å kunne utveksle data med eksisterende EPJ'er. Hvilke typer data som skal utveksles kan utvikle seg med nye løsninger. VKP fungerer i dag som en integrasjonstjeneste som tilbyr standardiserte, åpne grensesnitt mot ulike velferdsteknologiske løsninger og som, på den andre siden er tilpasset de ulike EPJ-leverandørenes leverandørspesifikke grensesnitt. Dette gjøre det mulig for velferdsteknologiske løsninger å utveksle data med EPJ-systemene. Hvis EPJ-systemene også forholder seg til de standardiserte, åpne grensesnittene, så ville behovet for VKP bli redusert. Hvor fort dette vil skje – og om det vil skje – er usikkert på det nåværende tidspunkt.

Bruk av felleskomponenter og andre e-helse løsninger

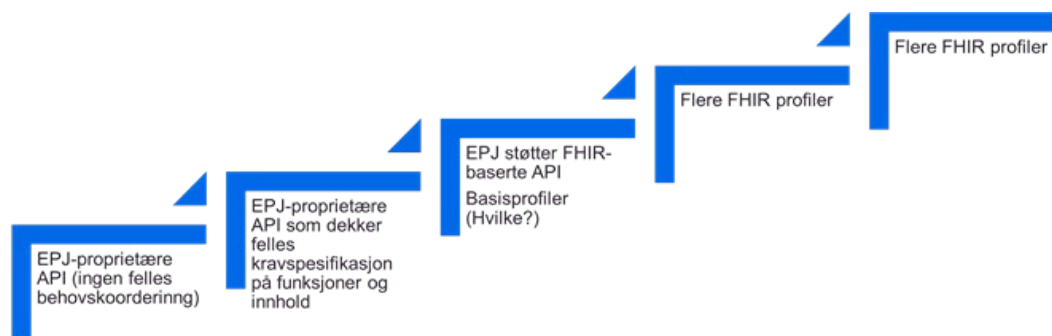
VKP teknologien må ses i sammenheng med initiativene for felles grunnmur for e-helse, og en felles tilnærming til API management.

VKP løsningen har i utprøvingen vært basert på skytjenester. Dette sikrer standardisering og fleksibilitet med tanke på volum. Det har også hele tiden vært et høyt fokus på sikkerhet. Den samme plattformen/teknologi kan brukes til andre typer løsninger og tjenester, og åpner dermed for konsolidering og besparelser.

VKP må også på lengre sikt ses i sammenheng med "Én innbygger – én journal".

Overordnet VKP veikart

En gradvis økt bruk av standardiserte grensesnitt og økt tilbud av funksjonalitet fra felleskomponenter og andre e-helse løsninger vil resultere i at funksjonaliteten som leveres av VKP løsningen gradvis kan justeres i takt med denne utviklingen. Det er viktig at denne muligheten jevnlig vurderes for å oppnå en mest mulig hensiktsmessig implementering. Hvilke forutsetninger som VKP funksjonaliteten baseres på kan illustreres i følgende trappetrinnsmodell:



Alternative realiseringsmodeller

Det finnes i utgangspunktet tre ulike modeller for å bygge opp et teknisk grensesnitt mellom VFT løsninger og EPJ systemer

- a. Etablere en plattform fra bunnen basert på on-premiss arkitektur og som eies og forvaltes av Direktoratet for e-helse eller et annet offentlig organ. Dette alternativet medfører egenutvikling av det offentlige og drift i offentlig regi.
- b. Kjøpe en nøkkelferdig tjeneste som leveres og forvaltes av en eller potensielt flere tredjeparts leverandører. Dette alternativet medfører maksimal bruk av markedet.
- c. Bygge opp en tjeneste basert på eksisterende plattformer (skyløsning) med relevante partnere, som forvaltes av Direktoratet for e-helse eller annet offentlig organ. Dette vil medføre en type privat/offentlig samarbeid.

Det er et behov for en fleksibel tilpasning av VKP funksjonalitet i forhold til perspektivene behandlet over. Det er derfor nødvendig med en enkel implementering med stor grad av fleksibilitet. Den etter hvert tette koblingen mot e-helse felleskomponenter og andre e-helse løsninger taler for at ansvaret for forvaltningen av VKP bør ligge hos Direktoratet for e-helse. P.t. vurderes alternativ c som det mest aktuelle.

Forvaltningsmodell

Basert på det valgte alternativet kan man definere flere forvaltningsmodeller med ulik grad av outsourcing.

Forvaltningsmodellen som har blitt testet i utprøvingen består av følgende aktører:

- Løsningen er bygget opp på eksisterende skytjenester som forvaltes av Microsoft (Azure)
- Forvaltning og videreutvikling av løsningen er håndtert i direktoratet for e-helse (VKP prosjektet)
- Drift av løsningen (Kundeservice, overvåking, monitorering og feilhåndtering) er håndtert i Norsk Helsenett (NHN)
- Alle kommuner som bruker VKP er med for å rapportere feil og beskrive nye ønskede funksjonaliteter

Leveranseprosessen i VKP følger Agile prinsipper med tre ukers utviklingsprinter og kontinuerlig prioritering av nye oppgaver. Denne prosessen sikrer en kontinuerlig forbedring av VKP tjenesten med regelmessige og kontrollerte produksjon settinger.

Forvaltningsmodellen er basert på best practises fra de øvrige nasjonale tjenester i direktoratet for e-helse (e-resept, helsenorge.no, kjernejournal). Prosjektroller, system og arbeidsprosesser følger de samme retningslinjene. Dette er en fordel med tanke på standardisering av tjenesteporteføljen, men også med tanke på gjenbruk av ressursene på tvers av tjenester.

Forvaltningsmodellen gir også fleksibilitet ved at mange av de tekniske ressursene (utvikling og test) er hentet fra konsulentselskaper via avrop.

Kommuner og VFT leverandør som ønsker å benytte seg av VKP følger en oppskrift som sikrer maksimal gjenbruk av tekniske komponenter og optimal ressursutnyttelse.

Finansiering

Prinsipper for finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak er utredet i direktoratets rapport "Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak" (2017):

- Myndighetsoppgaver bør finansieres over statsbudsjettet
- Leveranseoppgaver bør finansieres dels over budsjett (utviklingsoppgaver) og dels brukerbetaling (forvaltnings- og driftsoppgaver)

Knutepunktet er å anse som en leveranseoppgave, og det vil derfor være naturlig med et innslag av brukerfinansiering. Videre vurderes det ikke som aktuelt å gjøre knutepunktet obligatorisk i bruk, og det må derfor tilbys som en frivillig tjeneste på markedsmessige vilkår.

Det finnes ulike prismodeller for dette, og en modell som baserer seg på kommunens størrelse (antall innbyggere) antas å være svært aktuell.

Man antar at prisene for de første års drift ikke vil dekke kostnadene, da det vil medføre en pris som vil bli oppfattet som for dyr for kommunene å ta i bruk tjenesten. Det betyr at man må «gå med underskudd» i en oppbyggingsperiode.

I den videre utprøvingen vil vi søke å verifisere estimater, og gjøre flere analyser for å belyse temaet bedre, bl.a. se til andre nasjonale løsninger med brukerfinansiering (AltInn, IDporten, e-resept, helsenorge m.fl.), og vurdere tiltak for å unngå at de første kommunene betaler mye mer enn de som kommer sist.

Vedtak på tilsluttende saker

Sak	Tema	Vedtaksformulering
NR/ÅÅ		
...		

Sett inn rader ved behov

Til Møte 1/19
Dato 30.01.2019
Saksnummer 5/19
Type Orientering

Fra Kristin Mehre og Karl Vestli
Saksbehandler Lasse Frantzen og Marianne Bårtvedt van Os

Helsetjenester på nye måter – medisinsk avstandsoppfølging

Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering og ber Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Statens Legemiddelverk om å ta med innspill i det videre arbeidet med detaljering av plan for medisinsk avstandsoppfølging.

Hensikt med saken

Helse- og omsorgsdepartementet har varslet at helsetjenester på nye måter ved hjelp av teknologi (tidligere omtalt som medisinsk avstandsoppfølging) blir et satsingsområde i Helse- og sykehusplan 2020-2023. I denne forbindelse har departementet initiert et arbeid for nasjonalt å tilrettelegge for økt bruk av medisinsk avstandsoppfølging i helsetjenestene.

HOD har godkjent en overordnet plan for arbeidet, som nå er under detaljplanlegging. Prosjektgruppen ønsker å orientere NUFA om planen for medisinsk avstandsoppfølging og ønsker innspill på hva som er viktig å ivareta i det videre arbeidet.

Bakgrunn

Oppdraget om nasjonal tilrettelegging er gitt samlet til Statens legemiddelverk, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet, der Helsedirektoratet er gitt koordinerende rolle. Det forutsettes tett samspill med de regionale helseforetakene og kommunene. Oppdraget omfatter både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Arbeidet vil pågå ut 2019. Oppdraget er bredt anlagt og vil omfatte bl.a. juridiske, finansielle, normerende, e-helse, medisinsk utstyr relaterte problemstillinger.

Det er etablert en ressursgruppe for oppdraget med bred deltakelse fra helseforetak og RHF. Det registreres en stor interesse for arbeidet i både RHF, helseforetak, hos fastleger og i kommunene.

Arbeidet har en rekke overlapp til pågående utredningsarbeid og endringsprosesser, særlig knyttet til e-helse og finansieringsmekanismer. Det er å forvente at flere problemstillinger vil fanges opp i andre pågående prosesser, som har et lengre tidsløp enn ut 2019.

Det skal innen 31/3 leveres en detaljert innholdsplan for arbeidet til HOD. Det skal videre den 15/6 leveres en statusrapport og en sluttrapport 15/12.

Vedtak på tilsluttende saker

Sak	Tema	Vedtaksformulering
NR/ÅÅ		
...		

Sett inn rader ved behov

Til Møte 1/19
Dato 30.01.2019
Saksnummer 6/19
Type Drøfting

Fra Hans Löwe Larsen
Saksbehandler Jon Stolpnessæter

HL7 FHIR og nasjonal styring – hvordan og hvem

Forslag til vedtak

NUFA ber om at innspillene fremkommet i møtet blir hensyntatt i det videre arbeidet med HL7 FHIR.

Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse understøtter innføring av nye samhandlingsformer gjennom økt bruk av internasjonale standarder. Samhandling gjennom datadeling vil tas i bruk i større grad, og det er behov for økt innsats innenfor standardisering for å oppnå semantisk samhandlingsevne. HL7 FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources) regnes som den viktigste internasjonale standarden for datadeling innenfor e-helse.

Det er behov for å avklare hvordan utvikling og bruk av FHIR i Norge skal foregå de neste årene. Dette gjelder spesielt grad av sentral styring versus lokal utvikling, samarbeid mellom ulike aktører, avklaring av roller og ansvar og finansiering.

Direktoratet for e-helse vil presentere bruksområder for HL7 FHIR, erfaringer fra implementeringer og sette standarden i et nasjonalt og internasjonalt perspektiv. Det legges opp til drøfting av ulike problemstillinger knyttet til FHIR gjennom gruppediskusjoner.

Bakgrunn

FHIR er en fritt tilgjengelig standard fra HL7 International som standardiserer det semantiske informasjonsinnholdet i elektronisk samhandling i helse- og omsorgstjenesten. De sentrale delene av FHIR ble normative i januar 2019, noe som betyr at det ikke forventes større endringer i disse de neste årene. Samtidig arbeider HL7 videre for å gjøre nye deler av standarden normativ. Hvor raskt dette vil skje avhenger blant annet av i hvor stor grad standarden er tatt i bruk og implementert.

Per januar 2019 er over 100 FHIR-profiler enten i produksjon eller under utvikling i Norge. Dette omfatter både helseforetakene og Direktoratet for e-helse. Det forventes at FHIR vil gi en raskere og enklere realisering av samhandlingsløsninger, men dette krever at man har en avklart tilnærming til hvordan standarden skal brukes og implementeres. Så langt har det vært begrenset innsats innen koordinering og

samarbeid når det gjelder utvikling av FHIR-profiler i Norge, og det foreligger ikke noen felles plan for hvordan utviklingen skal skje.

Veikart og planer for e-helsestandarder skisserer aktiviteter for i større grad å styre utvikling og implementering av FHIR i helsesektoren i Norge. Dette omfatter spesielt

- Utvikling av basisprofiler
- Kommunikasjon av beste praksis og retningslinjer
- Etablering av fagmiljø

Det er påbegynt et arbeid for å utvikle basisprofiler for FHIR som er tilpasset norske forhold. Basisprofilene er gjenbrukbare komponenter som er basert på de mer generelle ressursene i FHIR-standarden, og spesifiserer særnorske informasjonselementer og strukturer, for eksempel bruk av mellomnavn. Arbeidet er koordinert av HL7 Norge og utføres sammen med Direktoratet for e-helse og andre aktører i sektoren. Prioritering av hvilke basisprofiler som skal utvikles er gjennomført i dialog med prosjekter som har behov for standardisering.

Det arbeides med å lage og publisere relevante veiledninger og retningslinjer for bruk av FHIR. Det er etablert ulike åpne nettsider for erfaringsutveksling og samling av dokumentasjon. Dette gjelder både basisprofiler som er utarbeidet, implementasjonsguides og beste praksis.

Det er foreslått å etablere et fagmiljø eller community for å samle aktører som arbeider spesifikt med FHIR, som kan ha et ansvar for å drive og koordinere utviklingen av standarden. Deltakere kan være helseforetak, leverandører, standardiseringsorganisasjoner og myndighetene. Internasjonalt ser vi at det etableres prosjekter/initiativ for utvikling og bruk av FHIR-profiler, f.eks. Argonaut i USA. Det er behov for å avklare hvorvidt et slikt fagmiljø kan fungere i Norge, for eksempel hvordan det passer inn i styringsmodellen og om det skal være koblinger til internasjonalt arbeid.

Andre internasjonale initiativ som kan berøre FHIR er arbeidet rundt International Patient Summary (IPS) i EU. Utarbeidelse av IPS er et samarbeid mellom åtte standardiseringsorganisasjoner, inkludert HL7. FHIR er foreslått som et alternativ for å utveksle informasjon i patient summary.

I Norge er det flere prosjekter som har etablert eller er i ferd med å implementere bruk av FHIR i nye løsninger. Eksempler på dette er Velferdsteknologisk knutepunkt, førerrett-prosjektet, Sentral forskrivningsmodul og nye tjenester på grunnnettdataplattformen.

Gartner gjorde i august 2018 en vurdering av FHIR. De viktigste fordelene med FHIR er at standarden støtter åpne plattformer, at den tilbyr gjenbrukbare komponenter, og støtter samhandling på tvers av teknologier og systemer. Samtidig sier Gartner at det vil gå mange år før eksisterende grensesnitt på HL7 v2, v3 og CDA vil bli erstattet av FHIR. Det vil være for nye bruksområder FHIR vil være aktuelt, og når standarden har demonstrert styrker og nådd kritisk masse, vil dette akselerere utviklingen.

For videre adopsjon av FHIR i Norge er det behov for å diskutere hvordan styring og koordinering av bruk og innføring av standarden skal skje. Dette inkluderer forhold som finansiering, nasjonal styring versus lokal utvikling, tilrettelegging av gjenbrukbare basisprofiler, etablering av fagmiljø og samarbeid hvor det er et avklart forhold til øvrige styringsmekanismer.

Til Møte 1/19
Dato 30.01.2019
Saksnummer 7/19
Type Orientering

Fra Bodil Rabben
Saksbehandler Ronny Holten Olsen

Revisjon av produktstrategi grunddata

Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse innarbeide innspill fremkommet i møtet.

Hensikt med saken

Grunndata er i bevegelse fra å være en samling registre som det gjøres oppslag i, til å bli en plattform for grunddatatjenester. Grunddataplattformen utvikles til å omfatte tre nye tjenester for grunddata knyttet til personell, virksomhet og person, som skal tilbys til sektoren gjennom standardiserte grensesnitt og med felles sikkerhetsløsning.

For å berede grunnen for denne utviklingen er det utarbeidet en revidert produktstrategi 2019-2021. Målet med den reviderte produktstrategien er å tydeliggjøre tiltak på alle nivåer, og sørge for mer enhetlig styring og forvaltning.

Hva vil dette bety for sektoren? I NUFA-fremlegget vil det redegjøres for elementer i forslag til revidert produktstrategi, og hvilke muligheter og gevinster endringene vil kunne gi sektoren.

Det ønskes en dialog med NUFA om hvilke avhengigheter og fremtidige behov virksomhetene har til grunddata.

Bakgrunn

Grunndata er en informasjonskilde om virksomheter, personer og personell i helse- og omsorgssektoren, tidligere realisert som registre. Grunddata er en viktig del av felles grunnmur og for å sikre informasjonsflyt i helsesektoren i dag. Grunddatas formål er å være sannhetskilden med enhetlig, oppdatert og kvalitetssikret informasjonsgrunnlag for informasjonstjenester knyttet til person, personell, virksomheter for helsesektoren og andre interessenter.

Bruksområder inkluderer å skape trygghet for dagens meldingsutveksling, tilgangsstyring til Kjernejournal, verifisering av rekvisisjonsrett i e-resept og statistikkformål. I tillegg tas Grunddata i bruk i forbindelse med nye e-helseinitiativer. Den nåværende produktstrategien ble vedtatt i 2017.

Grunndata har hatt en organisk vekst over 10 år, og har bestått av enkeltinitiativer i sektoren og prosjekter som har levert informasjonstjenester til forvaltningen. Arbeidet har vært preget av en manglende helhetlig forvaltning, hvor sektoren ikke har vært involvert i stor nok grad. Over 13000 aktører i sektoren er i dag koblet opp mot de ulike tjenestene fra grunndata. Det gjøres over 2,4 milliarder oppslag årlig, og grunndata er kilden for å adressere over 230 mill. meldinger på helsenettet i året. De siste årene har det vært en eksponentiell vekst i trafikken.

Det er avdekket betydelig med teknisk gjeld gjennom ROS arbeidet opp mot dagens behov og antatt fremtidig behov, og produktstrategien er revidert særlig mot behovet for:

- Økt sikkerhet
- Forbedret tilgangsstyring
- Økt tilgjengelighet
- Bedre kontroll og styring
- Større grad av standardisering (FHIR) – Person, Personell og Virksomhet

Disse endringene er såpass omfattende at de får **store organisatoriske konsekvenser** blant annet ift. ansvar, eierskap og forvaltningsmodell både i direktoratet og i sektoren. Innføringen må derfor være helhetlig og koordinert. Grunndata må, for å ta ned risiko innenfor akseptabel tidsperiode, etablere en ny robust løsning for sikkerhet, tilgangsstyring, og høytilgjengelig kapasitetshåndtering på nye tjenester for personell, virksomhet og person.

For å hindre gjentatte endringsbehov for sektoren, anbefales det å etablere en **ny grunndataplattform** hvor de **nye tiltakene kan samles** og implementeres på en god og gjennomført måte, slik at **sektoren gradvis tar i bruk** de nye tjenestene fra den nye plattformen.

Dette vil kreve at aktørene i sektoren må gjøre nødvendige tiltak for å komme over på ny løsning. Dette vil være en krevende øvelse som vil ta tid og kreve mye for å ta ned teknisk gjeld. Sektorkostnader ifm. tiltak er ikke beregnet.

Det vurderes blant annet å opprette et produktstyre med sektoren for Grunndataplattformen. Produktstyret bør opprettes med fokus på strategi og finansiering.

Vedtak på tilsluttende saker

Sak	Tema	Vedtaksformulering
7/17	Produktstrategi	NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse innarbeide innspill fremkommet i møtet
32/18	Enhetlig virksomhetsstrategi	NUFA tar saken til etterretning

Til Møte 1/19
Dato 30.01.2019
Saksnummer 8/19
Type Orientering

Fra
Saksbehandler Espen Hetty Carlsen

Digitalisering av legemiddelområdet

Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering og ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet..

Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse har etablert et program for digitalisering av legemiddelområdet, og Direktoratet leverte et forslag til mandat for en konseptvalgsutredning til HOD 15. november vedrørende enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon.

Hensikten med denne saken er å orientere om programmet og mandatet for konseptvalgsutredningen, samt motta innspill i det videre arbeidet.

Bakgrunn

Program for digitalisering av legemiddelområdet

Legemiddelområdet har høy prioritet i sektoren, og en hel helsetjeneste stiller seg bak behovet for å realisere pasientens legemiddelliste. Pasientens legemiddelliste (PLL) er et prosjekt med mange avhengigheter og programstyret i FIA etterlyste våren 2018 at den manglende oversikten over et samlet legemiddelområde utfordret programstyrets mandat.

Hovedleveranser i Direktorat for e-helse som PLL har avhengigheter til og som er forutsetninger for at PLL kan utprøves og innføres er bl.a. de pågående prosjektene i Direktorat for e-helse

- Utvikling av sentral forskrivningsmodul (SFM)
- Utprøving og innføring av multidoser (Multidoser)
- Legemidler og Kjernejournal til Sykehjem og hjemmetjenesten (LK-SHT)

For legemiddelområdet er det en rekke pågående prosjekter og de økonomiske rammene for å gjennomføre aktivitetene er uforutsigbare. Det er et løpende behov for å prioritere og koordinere aktiviteter slik at ressursene brukes optimalt og ønskede resultater og effekter oppnås. Med bakgrunn i dette, var det et behov for å etablere en ny organisering gjennom et program, med ikrafttredelse 1.1.2019, som samler prosjektene og koordinerer aktivitetene på legemiddelområdet.

Enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon

Helse- og omsorgsdepartementet ga de regionale helseforetakene 22. juni 2018 i oppdrag å realisere de fire prioriterte kravområdene knyttet til SAFEST.

Direktoratet for E-helse fikk samtidig i oppdrag i samråd med de regionale helseforetakene, FHI, Helsedirektoratet, KS og Statens legemiddelverk å gjøre en overordnet vurdering av mulige tiltak for realisering av enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon i den samlede helse- og omsorgstjenesten.

Vurderingen ble levert innen tidsfrist 15. november 2018 og munnet ut i et mandat for konseptfasen, herunder forslag til videre prosess på området og hvordan en eventuell konseptvalgutredning bør gjennomføres.

Som en del av arbeidet ble det utarbeidet en overordnet oversikt over sektorens behov knyttet til enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon og relevante e-helsetiltak på legemiddelområdet, herunder arbeidet med terminologi og kodeverk. Oversikten ga en kort beskrivelse av status, organisering og avhengigheter mellom tiltakene, og inkluderte både primærbruk (som forskrivning, ordinerings og ekspedering) og sekundærbruk (som rapportering til registre, administrasjon og analyse) av data. Videre ble behovet for tekniske tilpasninger i de nasjonale e-helseløsningene og behovet for et sentralt forvaltningsregime for strukturerte legemiddeldata, vurdert.

Til Møte 1/19
Dato 31.01.2019
Saksnummer 9/19
Type Orientering

Fra [Avsender]
Saksbehandler Jon-Torgeir Lunke/Lars Petter Ellefsen

Tema e-konsultasjon

Forslag til vedtak

NUFA tar orienteringen til etterretning.

Hensikt med saken

Med bakgrunn i de fire innledningene om e-konsultasjon ønsker Direktoratet for e-helse å legge opp til en diskusjon i NUFA om kunnskapsgrunnlaget og rammene for videre utvikling av e-konsultasjon.

Bakgrunn

Oppmerksomheten rundt og etterspørsel etter e-konsultasjon hos både fastleger og innbyggere er sterkt økende. Private helseaktører tilbyr i dag digitale helsetjenester og bidrar til å drive frem en utvikling av disse tjenestene både i Norge og i andre land. Det er stor interesse for å utvikle digitale helsetjenester innen offentlig helsetjeneste også i Sverige, Danmark og England.

Det finnes integrerte systemer for tekstkonsultasjon og frittstående systemer for videokonsultasjon på markedet. Videoløsninger kan tas i bruk av fastlegene i dag uten spesielle behov for tilpasning. Leger som bruker e-konsultasjon i dag er positive og opplever tjenestene som verdifulle både for seg selv og pasientene. Fastleger ønsker at e-konsultasjon i større grad likestilles med fysisk konsultasjon, og vil gjerne at funksjoner og integrasjoner med andre systemer utvikles videre. Både fastlegetjenesten og leverandørmarkedet ønsker at Helsenorge er nasjonal nettportal for helsetjenester til innbyggerne. Teknisk kompleksitet for å realisere e-konsultasjon vurderes som lav.

De siste årene har det vært en betydelig økning i antall e-konsultasjon, hovedsakelig tekstkonsultasjoner. E-konsultasjon utgjorde 2,2 % av det samlede antall konsultasjoner i fastlegetjenesten i oktober 2018. Det er grunn til å forvente en fortsatt vekst av e-konsultasjon (video, tekst, bilde), særlig ved å utvide e-konsultasjon til digital dialog mellom tjenesteytere. Det er vanskelig å vurdere hvor lenge veksten vil pågå og når volumet av e-konsultasjon når et tak i forhold til totalt antall konsultasjoner. Danske regioner har f.eks. angitt et mål om at innen utgangen av 2021 vil hver tredje kontakt mellom lege og pasient være digital.

Om den vedlagte rapporten:

Anbefalingene finner dere under sammendraget på side 4. Som leseveiledning anbefales det å lese kapittel 1 – Sammendrag, kapittel 8 – Konsekvenser, om økonomisk analyse (vedlegg 12.3, som i mer

detalj beskriver forutsetningene for analysen) og kapittel 9 – Anbefalinger og funn, som er en nærmere beskrivelse av det som finnes i sammendraget.

Spørsmål til NUFA som skal diskuteres i plenum

1. På hvilken måte kan e-konsultasjon bidra til å realisere pasientens helsetjeneste/netthelsetjeneste?
2. Hva er NUFAs vurdering av nødvendig skalering og utvikling av e-konsultasjon? Som også tar hensyn til et innbyggerperspektiv som muliggjør større grad av egenmestring.
3. Rapportens bygger på empirisk kunnskap fra Norge og andre utvalgte land. Vurderer NUFA behov for mer kunnskap om e-konsultasjon, og hvilke områder dette bør være?

Til **Møte 1/19**
 Dato **31.01.2019**
 Saksnummer **11/18**
 Type **Orienteringssak**

Fra **Juridisk avdeling, Direktoratet for e-helse**
 Saksbehandler **Jan Gunnar Broch**

Tre dagsaktuelle temaer knyttet til informasjonssikkerhet, personvern og beredskap

Forslag til vedtak

NUFA tar presentasjonen til orientering, og imøteser en oppfølging av temaet i senere møter.

Hensikt med saken

Ivaretagelse av informasjonssikkerhet, personvern og beredskap er en forutsetning for digitalisering i helse- og omsorgstjenesten. Styrking av innsatsen på dette området må skje gjennom en større og helhetlig satsning på felles tiltak i sektoren. Videre er det viktig å ivareta innebygd personvern og sikkerhet i nasjonale e-helseløsninger, og dette krever involvering og kompetanse i den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Gjennom presentasjonen gis NUFA en kort innføring i noen dagsaktuelle saker knyttet til informasjonssikkerhet, personvern og beredskap. Dette er et oppspill til en større drøfting, og vil følges opp med en egen temadag senere.

Bakgrunn

Det framgår av versjon 0.9 av STRATEGISK PLAN FOR E-HELSE 2019 – 2022 at et nytt innsatsområdene er: **6.3 Styrke arbeidet med beredskap, informasjonssikkerhet og personvern.**

En av målene som framgår, er at "den nasjonale styringsmodellen har tilstrekkelig sikkerhets- og personvernkompetanse, som styrker ivaretagelse av beredskap, informasjonssikkerhet og personvern i den nasjonale porteføljen av e-helseløsninger og gir bedre forankring av nye, felles sikkerhetstiltak i sektoren" Vi vil kort redegjøre for bakgrunnen for denne målsettingen, og hvordan målet kan nås.

Videre har diskusjon om personvern vs. pasientsikkerhet har preget mediebildet den siste måneden. Vi vil gi en kort oppsummering av diskusjonen, og dele noen tanker om hvorfor vi mener at både pasientsikkerhet og personvern begge er viktige hensyn som kan balanseres og eksistere side om side.

Til slutt vil vi redegjøre kort for arbeidet som pågår med å modernisere Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgstjenesten fram mot versjon 6.0.

Vedtak på tilsluttende saker

Sak	Tema	Vedtaksformulering
NR/ÅÅ		

...		
-----	--	--

Sett inn rader ved behov