

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>	<table border="0"> <tr> <td>Hans Løwe Larsen, Dir. for e-helse</td> <td>Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune</td> </tr> <tr> <td>Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF</td> <td>Thor J. Bragstad, Trondheim 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> </table>	Hans Løwe Larsen, Dir. for e-helse	Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune	Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF	Thor J. Bragstad, Trondheim 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
Hans Løwe Larsen, Dir. for e-helse	Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune																										
Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF	Thor J. Bragstad, Trondheim 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																										
<i>Observatører</i>	Darlén Gjølstad, Helse- og omsorgsdepartementet																										

Sak	Agenda NUFA	Tidspunkt	Sakstype
	<b>Dag 1</b>		
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	
	<b>Dag 2</b>		
	Velkommen og introduksjon til dagen	10:00	
16/21	<b>Tema: Standardisering og arkitekturstyring i utvikling</b>	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	<b>Eventuelt</b>	13:25	
	Slutt dag 2	13:30	

Sak	Onsdag 21. april 2021	
	<b>Start dag 1</b>	<b>10:00</b>
<b>9/21</b>	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 27. – 28. januar 2021</b>	<b>Godkjenning</b>
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referatet fra NUFA 27. – 28. januar 2021.	<b>Vedlegg 1:</b> Referat fra NUFA 27. – 28. januar 2021.
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referatet fra 27. – 28. januar 2021.	
<b>10/21</b>	<b>Orientering fra Direktoratet for e-helse</b>	<b>Orientering</b>
	Direktoratet for e-helse vil orientere NUFA om følgende saker: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nasjonal e-helseportefølje</li> <li>• TEHDaS</li> <li>• Status etablering Helsedataservice og Helseanalyseplattformen</li> <li>• Ny nasjonal e-helsestrategi</li> <li>• Samarbeid mellom NHN og Direktoratet for e-helse</li> <li>• Ny direktør i Direktoratet for e-helse</li> </ul>	
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA tar sakene til orientering.	
<b>11/21</b>	<b>Program helhetlig samhandling og forprosjekt helhetlig samhandling</b>	<b>Drøfting</b>
	Direktoratet for e-helse vil orientere og involvere NUFA i pågående arbeid i regi av Program helhetlig samhandling. Fokus i saken er å drøfte beskrivelser av målbildet for helhetlig samhandling og foreløpig vurdering av avhengigheter til <a href="#">veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger</a> og øvrige pågående e-helsetiltak.  Vedlegg " <a href="#">Målbildet for helhetlig samhandling</a> " er lenket opp på ehelse.no sine sider.	<b>Vedlegg 2:</b> Toppnotat Program helhetlig samhandling og forprosjekt helhetlig samhandling  <b>Vedlegg 2A:</b> <a href="#">Målbilde for helhetlig samhandling</a>
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA drøfter saken og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.	
<b>12/21</b>	<b>Strategi digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren</b>	<b>Drøfting</b>
	Direktoratet for e-helse vil presentere prosjektets to hovedleveranser: <ul style="list-style-type: none"> <li>• strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren</li> <li>• tiltaksoversikt som skal understøtte strategien</li> </ul> Arbeidet med tiltaksoversikten er prosjektets første leveranse og vil være hovedfokus i denne saken. Det er ønskelig å drøfte hvordan tiltaksoversikten best kan gi verdi for sektoren. Toppnotatet beskriver de konkrete teamene det er ønskelig å drøfte.	<b>Vedlegg 3:</b> Toppnotat Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren
	<b>Forslag til vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.	
<b>13/21</b>	<b>Digital hjemmeoppfølging – forslag til tiltaksområder for arkitektur og infrastruktur</b>	<b>Drøfting</b>
	Direktoratet for e-helse vil gi status på det pågående arbeidet med digital hjemmeoppfølging.	<b>Vedlegg 4:</b> Toppnotat Digital hjemmeoppfølging – forslag til

	<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.</p> <p>Det er ønskelig å involvere NUFA gjennom diskusjon knyttet til sentrale spørsmål.</p>	tiltaksområder for arkitektur og infrastruktur
	<p><b>Forslag til vedtak:</b> 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>	
<b>14/21</b>	<b>Sentral forskrivningsmodul SFM</b>	<b>Orientering</b>
	<p>Norsk helsenett SF vil orientere NUFA om hvordan sentral forskrivningsmodul (SFM) inngår i samhandlingen og e-reseptkjeden, samt innblikk i tekniske valg og arkitektur.</p> <p>Det er også ønskelig å gi en oversikt over fremdriftsplanen for utvikling og ferdigstillelse av SFM-løsningen.</p>	<b>Vedlegg 5:</b> Toppnotat Sentral forskrivningsmodul SFM
	<p><b>Forslag til vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering.</p>	
<b>15/21</b>	<b>Informasjonsutveksling NAV og helsetjenesten</b>	<b>Drøfting</b>
	<p>Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) orienterer om pågående arbeid tilknyttet rapport til Arbeids- og sosialdepartementet på gjennomgang av attester og erklæringer som leger utsteder for NAV. Det vil særlig fokuseres på delen av rapporten som omhandler behov for digitalisering og forslag til anbefalinger tilknyttet dette.</p>	<b>Vedlegg 6:</b> Toppnotat Informasjonsutveksling NAV og helsetjenesten
	<p><b>Forslag til vedtak:</b> Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) tar med seg innspillene som fremkommer i møtet til videre arbeid med rapporten.</p>	
	<b>Slutt dag 1</b>	<b>13:30</b>

Sak	Torsdag 22. april 2021	Sakstype
	<b>Start dag 2</b>	<b>10:00</b>
	Velkommen og intro til dagen	
<b>16/21</b>	<b>Tema: Standardisering og arkitekturstyring i utvikling</b>	Drøfting
	<p>Direktoratet for e-helse vil presentere status på standardisering og arkitekturstyring og peke fremover på noen områder aktørene i helse- og omsorgssektoren må samarbeide på for å få til en god utvikling av alle samhandlingsformene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbeid og metode</li> <li>• Styring og normering</li> <li>• Veien videre</li> </ul>	<b>Vedlegg 7:</b> Toppnotat Standardisering og arkitekturstyring i utvikling
	<p><b>Forslag til vedtak:</b> NUFA ber om at innspillene fremkommet i møtet blir hensyntatt i det videre arbeidet med arkitekturstyring og standardisering</p>	
<b>17/21</b>	<b>Eventuelt</b>	
	<b>Slutt dag 2</b>	<b>13:30</b>

Referat fra møte i NUFA		
Møte	Fagutvalget (NUFA)	
Dato	27. – 28. januar 2021	
Tid	27. januar kl. 10.00 – 13.30 og 28. januar kl. 10.00 – 12.30	
Sted	Videomøte	
Medlemmer	Hans Løwe Larsen, Dir. for e-helse Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF Geir Granerud, Helse Vest RHF Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF Kristian Onarheim, Helse Midt RHF (dag 1 fra kl. 11) Randi Brendberg, 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 Sverre Ur, Diabetesforbundet Maren Krogh, Apotekforeningen Sissel Skarsgård, Norsk Sykepleierforbund (dag 2 fra kl. 11.15)
Ikke til stede	Heidi Slagsvold, KS Børge Myrland Larsen, Helsedirektoratet (dag 2)	Darlén Gjølstad, Helse- og omsorgsdepartementet
Observatører		
Stedfortreder	Ingeborg Berge, KS (for Heidi Slagsvold, KS) Ane Engelstad og Kjersti Metliaas, Helse- og omsorgsdepartementet (for Darlén Gjølstad)	
Direktoratet for e-helse	Siv Ingebrigtsen Sonja Turøy Brugman	Tone Haadem Titland Vibeke Jonassen Wang

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

Sak	Onsdag 27. januar 2021
1/21	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møtet i NUFA 28. – 29. oktober 2020</b>
	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte i NUFA 28. – 29. oktober 2020.
	<b>Vedtak:</b> NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referat fra møtet 28. – 29. oktober 2020.
2/21	<b>Tema: Legemiddelområdet</b>
	Avdelingsdirektør Ivar Thor Jonsson i Direktoratet for e-helse gav en introduksjon til dagen.
	<b>Status og innføring av SAFEST</b>
	<p>Temaet ble innledet med følgende presentasjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Status for SAFEST-prosjektet og behov for videreutvikling ved Helga Festøy i Statens legemiddelverk</li> <li>• Planer for innføring av SAFEST i Helseplattformen ved Janne Kutschera Sund. Liv Johanne Wekre orienterte om arbeidet med virkestoffordinering sett i sammenheng med SAFEST.</li> <li>• Planer og innføring av SAFEST i Helse Vest ved Jan Helge Norekval</li> <li>• Status for lukket legemiddelsøyfe i Helse Sør-Øst ved Arve Melum</li> <li>• Hvordan SAFEST kan være utgangspunkt for enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon for hele sektoren ved Espen Hetty Carlsen</li> </ul> <p>Det ble spurt om Helseplattformen har identifisert risikoområder i forhold til forordning av legemidler i hjemmetjenesten og i tverrfaglig team/ambulante team mellom sykehus og kommune. Helseplattformen svarte at det er startet arbeid med å beskrive denne arbeidsprosessen, men at arbeidet ikke er ferdigstilt.</p> <p>Det ble påpekt at spesialisthelsetjenestens behov er godt ivaretatt i arbeidet. Det ble stilt spørsmål om man ser hele behandlingsskjeden for pasienter i sammenheng og sikrer representasjon fra primærhelsetjenesten. Direktoratet for e-helse orienterte at primærhelsetjenesten ikke har vært involvert i arbeidet med SAFEST. I en eventuell ny utredning vil alle aktører involveres. Spesialisthelsetjenesten forklarte at bakgrunnen for fokuset på sykehusenes behov, var at RHF'ene innledningsvis ble pålagt å finansiere arbeidet med SAFEST, men er enige i at primærhelsetjenestens må innlemmes i det videre arbeidet.</p> <p>Statens legemiddelverk påpekte at SAFEST krever koordinering på arkitektur, kodeverk og forvaltningsstyring. Det etterlyses en nasjonal koordineringsstruktur for å sikre plan og mekanismer for prioritering og finansiering av dette området. Det er viktig at aktørbildet avklares og nasjonal styring av dette området prioriteres.</p>
	<b>Legemiddelprogrammet (realisering av Pasientens legemiddelliste)</b>
	<p>Temaet ble innledet med følgende presentasjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Status for Legemiddelprogrammet ved Rune Røren, programleder for programmet i Direktoratet for e-helse</li> <li>• Utprøving av pasientens legemiddelliste (PLL) i Mari Dale Slørdal, Helse Vest, orienterte om det igangsatte utprøvningsprosjektet "Multidose i e-resept" i Bergen.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstrasjon av sentral forskrivningsmodul (SFM) ved Trude Nordby Bø og Ida Norman, NHN.</li> </ul> <p>Det ble spurt om SFM Basis API er klar for bruk i 2021. NHN bekrefter at de sammen med Norsk Helsenett planlegges oppstart og utprøving i september 2021.</p> <p>Det ble etterspurt løsninger for pasienter som er skeptiske til sentral lagring av informasjon og ønsker dokumenter lagret lokalt på papir. Norsk Helsenett informerte om at SFM har funksjonalitet for papirresept som kan skrive ut til pasienten, slik at man ikke må sende resepten til reseptformidleren.</p> <p>Det kom spørsmål om kritisk legemiddelinformasjon i Pasientens legemiddelliste og sammenheng med kritisk informasjon i kjernejournal. Norsk Helsenett informerte om at det er ønskelig å se på dette. Man venter på avklaring på hvordan prosjektet om API-et for integrasjon mot kritisk informasjon i kjernejournal skal videreføres.</p> <p>Fra kommunesektoren ble det spurt om alle rekvirenter, også på helsestasjon og jordmødre er tenkt som brukere av SFM. Norsk Helsenett bekreftet at samtlige rekvirenter er inkludert til å bruke SFM.</p> <p>Det ble stilt spørsmål om man får gevinster ved å ta i bruk SFM selv om man ikke tar i bruk PLL og forskrivningsmodulen. NHN informerte om at man får gevinster om man tar i bruk SFM uten PLL. Man får legemiddelopplysninger direkte inn fremfor manuell registrering. På sykehus vil man bruke ulike kombinasjoner av løsninger gjennom pasientforløpet. Hovedfokuset i utprøvingen er på arbeidsprosessene.</p>
<b>Forvaltning og bortfall av krav i e-reseptkjeden</b>	
	<p>Temaet ble innledet med følgende presentasjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Status for ny legemiddelmodul i DIPS Arena i Helse Nord ble presentert av Heidi Johansen, prosjektleder for DIPS Arena i nord</li> <li>• Status Helseplattformen og påkobling til e-resept ble presentert av Janne Kutschera Sund, løsningsansvarlig legemiddelområdet i Helseplattformen</li> <li>• Revisjon av rekvirentkrav i e-resept ble presentert av Ervin Ricardo Reyes Suarez fra Norsk Helsenett.</li> </ul> <p>I diskusjonen ble det stilt spørsmål om vi arkitekturmessig tenker fremtidsrettet nok. I diskusjonen ble det påpekt at presentasjonene viste at e-resept integreres på ulike måter av ulike aktører og leverandører. Det ble stilt spørsmål om man fra et arkitekturperspektiv tenker fremtidsrettet nok med tanke på mulige endringer i leverandørmarkedet og en dreining mot mer åpne løsninger.</p> <p>Helseplattformen forstår problemstillingen og bekrefter at de i arbeidet med å utvikle en løsning for å integrere e-resept, henger fast ved tekniske krav som er basert på dagens arkitektur kontra kontekstbaserte krav.</p> <p>Norsk Helsenett utdypet svaret ved å påpeke at e-resept er en samhandlingskjede som er sammensatt av flere meldinger basert på ebXML-rammeverk. Disse meldingene kan brukes på ulike måter. Dette er ikke en utdatert standard. SFM tilbyr et mer moderne grensesnitt. Det er et behov for å etablere noe som kan erstatte eller være en parallelle løsninger til meldinger. Dette vil gi mer fleksibilitet for å ta i bruk ny funksjonalitet, nye versjoner eller koble på nye systemer. Det er en krevende oppgave som blant annet innebærer en vurdering av fremtidig rolle til reseptformidleren. Denne vurderingen bør gjøres i kontekst av steg 2 av Helhetlig samhandling.</p>

	Videre ble det spurt om hvilke vurderinger de som presenterte saker gjorde når det gjaldt pasient- og brukerperspektivet i utviklingen av løsningene. Helseplattformen svarte det er brukerpanel og ungdomspanel som involveres i alle overordnede prosesser. I arbeidet med "Helsa mi" har pasient- og brukere en enda mer aktiv rolle både når det gjelder hvordan man bygger løsningen og i testingen av den. Direktoratet svarte at dette generelt sett er et viktig aspekt og et tema som det er aktuelt å sette på agenda på et fremtidig NUFA.
	<b>Vedtak:</b> NUFA tar sakene til orientering og ber Direktoratet for e-helse om å ta med seg innspill fra drøftingen i møtet i det videre arbeidet.
	<b>Slutt dag 1</b>

Sak	Torsdag 28. januar 2021
<b>3/21</b>	<b>Orientering fra Direktoratet for e-helse</b>
	Direktoratet for e-helse orienterte NUFA om følgende saker: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strategi for digital sikkerhet</li> <li>• Tildelingsbrev</li> <li>• Ny organisering</li> <li>• Direktoratets endelige portefølje</li> <li>• Status Program helhetlig samhandling</li> </ul>
	<b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering.
<b>4/21</b>	<b>Veien videre med veikart for nasjonale e-helseløsninger</b>
	Direktoratet for e-helse orienterte om Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 – 2025 som ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet i november 2020.  Direktoratet for e-helse ønsket innspill fra NUFA på behovene som er identifisert i det videre arbeidet: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behov for å etablere veikartet som en prosess med tett involvering av sektor</li> <li>• Behov for å holde veikartet oppdatert og lett tilgjengelig</li> <li>• Behov for bedre underlag for å vurdere nytten av tjenester på nasjonale e-helseløsninger</li> <li>• Behov for bedre oversikt over hvem som har tatt i bruk hva og hvilken erfaring de gjør seg</li> <li>• Behov for å utvide omfanget av veikartet</li> </ul> NUFA gav følgende innspill: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flere aktører har løsninger som brukes nasjonalt. Det må klargjøres hva en nasjonal løsning er og kriteriene for hvilke løsninger som skal inn i veikartet</li> <li>• Det er behov for avklaring om finansiering av arbeidet med kritisk informasjon i kjernejournal i 2021.</li> <li>• For å sikre konsistent innhold i kritisk informasjon i kjernejournal er det viktig å avklares sammenhengen mellom kjernejournal og f.eks. informasjon om overfølsomhetsreaksjoner i pasientens legemiddelliste</li> <li>• Det blir viktig å vise nytten av de nasjonale løsningene. Norsk Helsenett har i sitt strategiarbeid jobbet med dette, og ønsker å måle nytte for å forbedre leveransene</li> <li>• Det ble spurt om veikartet har innsikt i planer for deling av dokumenter i PLO. KS og kommunene bekreftet at dette var en ambisjon. Det ble påpekt at man juridisk sett har plikt til å dele journal med pasient. I dag skjer dette ved utskrift, men fremover er det ønskelig å dele journaldokumenter med innbygger på helsenorge. Erfaringen fra Helseplattformen vil gi nyttig innsikt på dette området.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Når det gjelder digital hjemmeoppfølging ble det meldt om bekymringer for at vi ikke har nasjonale initiativ, og det etterspørres koordinerende politikk på området.</li> <li>For kommunesektoren er det viktig at veikartet ses i sammenheng med Akson. Veikartet må være lett tilgjengelig og oppdatert dersom det skal kunne brukes som beslutningsverktøy for rekkefølge og prioritering av tiltak.</li> <li>Veikartet bør vise status og risiko fortløpende.</li> </ul> <p>Avslutningsvis ble det stilt spørsmål om det er sett på sammenhengen mellom veikartet og nasjonale strategier. Direktoratet for e-helse svarte at det er et godt innspill. I arbeidet med veikartet er det tatt hensyn til politiske føringer og nasjonal e-helsestrategi. Det er ikke sett på om det i lys av andre føringer, er tiltak som mangler i veikartet.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA drøfter saken og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
<b>5/21</b>	<b>Helseplattformen og RHF-ene sitt arbeid med strukturert journal</b>
	<p>Helse Midt Norge orienterte om arbeidet i Helseplattformen knyttet til strukturert journal og hvilken betydning dette kan ha for den øvrige helsetjenesten.</p> <p>Det kom spørsmål om SNOMED er oversatt til norsk. Helse Midt-Norge svarte at den skal oversettes. Direktoratet for e-helse arbeider med dette. Det er et møysommelig arbeid for å sikre at hvert begrep blir korrekt og fungerer for alle yrkesgrupper og at det er verifisert av klinikere.</p> <p>Det ble stilt spørsmål til hvordan man fremover kan arbeide sammen rundt informasjonsmodellen slik at alle kan nyttiggjøre seg arbeidet som er gjort så langt. Helse Midt-Norge informerte om at de er i dialog med RHF'ene og Direktoratet for e-helse om dette. Det ble presisert at det gjenstår en del arbeid. Strukturert journal har ikke vært prøvd i praksis.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA drøfter saken og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
<b>6/21</b>	<b>Digital behandlings- og egenbehandlingsplan</b>
	<p>Karin Sygna, Helsedirektoratet, og Adele Heger, NHN, orienterte om prosjektet Digital behandlings- og egenbehandlingsplan. Det ble lagt særlig vekt på det tekniske løsningskonseptet.</p> <p>Det ble spurt om det er vurdert om dette arbeidet kan løse utfordringene med individuell plan. Helsedirektoratet bekreftet at dette er diskutert. Løsningen er avgrenset til behandling og egenbehandlingsplan i helse- og omsorgstjenesten. Individuell plan kan involvere aktører fra flere sektorer enn helse. Digital behandlings- og egenbehandlingsplan kan være en del av, men ikke fungere som individuell plan.</p> <p>Medlemmene i NUFA kan sende sine innspill og spørsmål til Helsedirektoratet. Kontaktadresse distribueres til medlemmene i etterkant av møtet.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering og ber Helsedirektoratet og Norsk Helsenett ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.</p>
<b>7/21</b>	<b>NHN sin skystrategi og Schrems II-dommen</b>
	<p>Marit Kristin Larsen Haarr, Direktoratet for e-helse, og Sindre Solem, NHN, orienterte om Schems II-dommen og redegjorde for konsekvensene av Schrems II-dommen for enkelte tiltak i nasjonal e-helseportefølje og NHNs skystrategi.</p>



	<p>Det ble kommentert at mange små aktører i helsetjenesten tar i bruk EPJ-løsninger som baserer seg på amerikanske skyløsninger. Direktoratet for e-helse poengterte at dette er problematisk. Den enkelte aktør har et selvstendig ansvar for behandlingen av person- og helseopplysninger i elektroniske systemer. For å sikre at hver enkelt ikke må ta disse vurderingene alene, er det derfor interessant å se dette ut fra et felles initiativ hvor både datatilsynet og leverandører er involvert.</p> <p>Det ble spurt om en konkretisering av hvilke tekniske løsninger som drøftes som mulige løsninger for å sikre kontroll på data som er i skyløsninger. Direktoratet for e-helse kommenterte at veilederen for den Europeiske personvernrådet (EDPD) peker på løsninger som sikrer kryptering og pseudonymisering. Det gjenstår mange avklaringer, blant annet om datalagring, datatransitt, nøkkelhåndtering, som vil påvirke vurderinger og løsninger.</p> <p>Det ble stilt spørsmål om hvordan dommen treffer de nasjonale komponentene som man er avhengig av, eksempelvis MF Helse og Helsedataplattformen. NHN har vurdert at MF Helse, som følge av dommen, ikke kan gjennomføres som først tenkt. Det arbeides med en ny plan. Man har valgt midlertidig å legge løsningen i en privat skytjeneste "on premis" i stedet for skytjeneste fra Azure.</p> <p>Det ble spurt om det finnes arenaer hvor dette kan diskuteres på et internasjonalt plan. Direktoratet for e-helse svarte at det ikke finnes et overnasjonalt datatilsyn eller andre overnasjonale organer hvor personvern kan diskuteres internasjonalt. Det er noen lyspunkt. Problemstillingen står høyt prioritert i det Europeiske datatilsynet (EDPS) og USA har nye president har utpekt en ansvarlig person for å håndtere spørsmålet om internasjonal flyt av personopplysninger.</p>
	<p><b>Vedtak:</b> NUFA tar saken til orientering.</p>
8/21	Eventuelt
	Slutt dag 2

Til Møte 2/21  
Dato 21.04.2021  
Saksnummer 11/21  
Type Drøfting

Fra Hans Löwe Larsen  
Saksbehandler Bjarte Aksnes

## Program helhetlig samhandling og forprosjekt for helhetlig samhandling

### Forslag til vedtak

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

### Hensikt med saken

Orientere og involvere NUFA i pågående arbeid i regi av Program helhetlig samhandling. Fokus i dette møtet er å drøfte beskrivelser av målbildet for helhetlig samhandling og foreløpig vurdering av avhengigheter til [veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger](#) og øvrige pågående e-helsetiltak.

Vedlegg til saken:

- [Målbildet for helhetlig samhandling](#): Dokumentet beskriver målbildet som utgangspunkt for det videre arbeidet, hvorfor vi trenger helhetlig samhandling, hva som er hovedutfordringer med dagens samhandling, samt hvordan ulike samhandlingsløsninger og plattformer kan bidra til å realisere målbildet gjennom en stegvis tilnærming.

### Bakgrunn

Helhetlig samhandling skal sørge for at de ulike digitale løsningene i Helse-Norge snakker bedre sammen. Dette skal bidra til bedre behandling av pasienter, og gjøre det enklere og tryggere for innbyggere og helsepersonell.

Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag <sup>1,2,3</sup> å gjennomføre forprosjekt for helhetlig samhandling og steg 1 i utviklingsretningen av helhetlig samhandling. Direktoratet har etablert program helhetlig samhandling for å gjennomføre dette. Steg 1 er avgrenset til realisering av prosjektene Tillitstjenester, API management og grunndata (TAG) og Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar (NILAR), samt forprosjekt helhetlig samhandling. Norsk Helsenett har en særlig rolle i gjennomføringen av de to første på oppdrag fra direktoratet og er også aktivt deltakende i forprosjektet.

Forprosjektet skal beskrive hva som omfattes av helhetlig samhandling og foreslå gjennomføringsplan. Det skal også beskrives avhengigheter og grensesnitt til eksisterende veikart for nasjonale e-helseløsninger og øvrige e-helsetiltak, eksempelvis pasientens legemiddelliste felles kommunal journalløsning, samt de regionale helseforetakenes og kommunenes egne utviklingsplaner.

Foreløpig innretning for arbeidet, ref. [oppdragsbrev for forprosjekt for helhetlig samhandling](#):

- Direktoratet for e-helse skal lede forprosjektet. De regionale helseforetakene, Norsk helsenett SF, Helsedirektoratet, KS og representanter for kommunesektoren skal ha en aktiv rolle og bidra til nødvendig fremdrift i forprosjektet. Forprosjektet skal sørge for god dialog med interessenter og aktører.
- Forprosjektet skal legge til rette for en kontinuerlig og særlig tett samhandling med Helseplattformen, Akson og arbeidet med samordnet utvikling av de øvrige regionale helseforetakenes journalløsninger. Dette inkluderer også arbeidene med elektronisk kurve. Dette for i størst mulig grad sikre gjensidige avhengigheter.
- Forprosjektet skal foreslå felles prinsipper, tekniske krav og standarder for samhandling på tvers av forvaltningsnivåene. Som del av arbeidet skal det vurderes hvorvidt prinsipper, krav, prosessbeskrivelser, standarder og terminologi for samhandling som er benyttet i journalløsningen i Midt-Norge kan gjenbrukes nasjonalt. Det skal i størst mulig grad legges opp til gjenbruk og erfaringsoverføring fra utprøvingen av det nasjonale målbildet for én innbygger – én journal i helseregion Midt-Norge. Internasjonale standarder og åpne grensesnitt skal legges til grunn der dette er hensiktsmessig.
- Forprosjektet skal så langt som mulig identifisere behov for regelverksutvikling og beskrive økonomiske og administrative konsekvenser.

Forprosjektet skal beskrive realisering av nasjonale samhandlingsløsninger i en helhet. Forprosjektet skal ta utgangspunkt i behovskartleggingen og målbildet for helhetlig samhandling fra konseptvalgutredningen og forprosjekt for Akson samt [veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger](#). Gjennomføringsplanen må også hensynta øvrig tjeneste- og ikt-utvikling i spesialist- og primærhelsetjenesten.

Forprosjektet skal konkretisere målbildet, foreslå en gjennomføringsplan, en finansieringsmodell og en styringsmodell for realisering av målbildet for helhetlig samhandling.

Første delleveranse til Helse- og omsorgsdepartementet er 30. april. Denne leveransen omfatter foreløpige vurderinger av måloppnåelse og ambisjonsnivå for forprosjektet, vurdering av dagens veikart for nasjonale e-helseløsninger opp mot målbildet for helhetlig samhandling, realismen i styringsmålene, prinsipper for kostnadsdeling, gjennomføringsmodell og behov for regelverksendringer.

---

<sup>1</sup> [Prop. 1 S \(2020-2021\) \(regjeringen.no\)](#)

<sup>2</sup> [Tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse for 2021](#)

<sup>3</sup> [Konkretisering av oppdrag – oppstart av forprosjekt helhetlig samhandling](#)

For å lykkes forutsetter det et sektorsamarbeid hvor aktørene må bidra aktivt i å beskrive og stille krav til realiseringen av målbildet, planlegge og prioritere de stegvise tiltakene samt planlegge for å ta ut gevinster løpende gjennom egne utviklingsplaner.

### **Målbildet for helhetlig samhandling**

Befolkningen blir eldre og sykdomsbildene mer komplekse som følge av nye behandlingsmetoder og økt levealder. For å tilby kommende generasjoner helsetjenester med den kvaliteten vi kjenner i dag må samhandlingen forbedres. I dag er viktig pasientinformasjon ofte spredt i ulike journalsystemer og ikke tilgjengelig for helsepersonell og innbyggere.

Målbildet for programmet viser hvordan samhandling skal understøtte helsetjenestene. Helhetlig samhandling skal tilrettelegge for at helsepersonell og innbyggere har tilgang til relevant og oppdatert helseinformasjon uavhengig av hvor informasjonen opprinnelig ble registrert. Informasjonen som deles er basert på helsepersonell og innbyggers behov. Helseinformasjonen er kun tilgjengelig for aktører som har tjenstlige behov.

Målbildet består av 26 informasjonstjenester. Implementering av informasjonstjenestene krever store organisatoriske endringer samt regelverksendringer, semantisk- og teknisk utvikling. Helhetlig samhandling påvirker ansvarsområder og -metoder noe som gjør det krevende å implementere i virksomhetene.

Helhetlig samhandling etablerer en samhandlingsplattform for de nasjonale e-helseløsningene og andre felleskomponenter, som forvaltes og driftes av Norsk Helsenett. Samhandlingsplattformen skal bygges på en skalerbar, kostnadseffektiv, sikker og fleksibel infrastruktur som muliggjør raskere endringer og tjenesteutvikling. Samhandlingen bygger på en felles grunnmur som består av kodeverk og terminologi, felles grunndata, felleskomponenter, krav og retningslinjer samt felles infrastruktur. Datadeling ved bruk av åpne API og internasjonale standarder er målet, men det vil også benyttes andre samhandlingsformer som meldingsutveksling og dokumentdeling som understøtter behovene.

Målbildet skal realiseres stegvis og smidig basert på prioriterte behov og kost/nytte vurderinger. Hvert steg realiserer verdi løpende og gir fortløpende gevinster.

### **Foreløpig vurdering av avhengigheter til veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger og øvrige pågående e-helsetiltak**

[Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 – 2025](#) viser et situasjonsbilde av de nasjonale e-helseløsningene. I arbeidet med forprosjekt for helhetlig samhandling, er det behov for å vise sammenheng mellom tiltak på kort- og mellomlang sikt og målbildet for helhetlig samhandling. Tiltakene i veikartet kan sies å danne en "baseline" (nullalternativ) for videre utvikling og innføring av samhandlingsfunksjonalitet frem mot målbildet for helhetlig samhandling.

Det gjøres nå et arbeid med å oppdatere og utvide veikartet for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger. Grunnlaget for oppdateringen er prosjektene i den nasjonale e-helseporteføljen. Følgende vurderinger vil bli gjort:

1. Hvilke prosjekter/programmer i den nasjonale e-helseporteføljen som skal inkluderes i veikartet.
2. Hvor stor del av det funksjonelle målbylde for helhetlig samhandling som kan realiseres gjennom de tiltakene som beskrives i veikartet.

3. Hva er det totale finansieringsbehovet for å realisere veikartet og hva er status på finansiering av prosjektene/programmene og hvilken del av utviklingen og innføringen av ny samhandlingsfunksjonalitet som omfattes av forpliktet finansiering.
4. Hvilke tekniske kapabiliteter for å understøtte helhetlig samhandling er etablert som følge av tiltakene i veikartet, og hvilke av disse vil kunne gjenbrukes for realisering av målbilde for helhetlig samhandling.
5. Hva er status for innføring av tekniske kapabiliteter hos de aktører som skal benytte helhetlig samhandling.

Mye av informasjonsgrunnlaget for å gjøre disse vurderingene finnes i den kvartalsvise rapporteringen til nasjonal e-helseportefølje. Vi ser likevel at det vil være behov for ytterligere informasjonsinnhenting for å gi et godt nok bilde. Spesielt gjelder det punkt 3 og 5. Det er behov for at prosjektene/programmene gir et oppdatert bilde av det totale finansieringsbehovet og finansieringsstatus. I tillegg er det behov for å få oppdaterte planer for tilgjengeliggjøring av planlagt samhandlingsfunksjonalitet hos de aktører som skal benytte den løsningene som gjøres tilgjengelig i veikartsperioden.

Til Møte 2/21  
Dato 21.04.2021  
Saksnummer 12/21  
Type Drøfting

Fra Hans Löwe Larsen  
Saksbehandler Jan Gunnar Broch

## Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren

### Forslag til vedtak

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

### Hensikt med saken

Hensikten med saken er å gi NUFA en oppsummering av arbeidet så langt, og få innspill og faglige vurderinger til det videre arbeidet. Prosjektet har to hovedleveranser, en strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren og en tiltaksversikt som skal understøtte strategien. Det er arbeidet med tiltaksversikten som vil være hovedfokuset i denne saken ettersom det er prosjektets første leveranse. Hovedfokuset for drøftingen vil være hvordan tiltaksversikten best kan gi verdi for sektoren.

Prosjektet ønsker å diskutere følgende temaer med NUFA:

Drøftingstema 1:

Er det noen av temaområdene fra den nasjonale strategien for digital sikkerhet som bør prioriteres spesielt i helse- og omsorgssektoren?

- Digitalisering på en sikker og tillitsvekkende måte, bedre evne til egenbeskyttelse
- Robust og pålitelig digital infrastruktur
- Styrket digital sikkerhetskompetanse
- Avdekke og håndtere digitale angrep
- Bekjempe data- og IKT-relatert kriminalitet

Drøftingstema 2:

Forslag til tiltak som bør gjennomføres i helse- og omsorgssektoren (innenfor for hver av de fem temaområdene fra den nasjonale strategien som er gjengitt over).

## Bakgrunn

Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag gjennom tildelingsbrev for 2021 fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren. Strategien skal tydeliggjøre roller og ansvar, og identifisere relevante strategiske virkemidler og tiltak for å løfte arbeidet med digital sikkerhet i sektoren. Det ble utarbeidet en forstudie for prosjektet i 2020 på oppdrag fra HOD: [Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren - vurdering av behov og innretning \(IE-1064\)](#).

Arbeidet utføres i samarbeid med Helsedirektoratet, Helsetilsynet, Norsk Helsenett SF, de regionale helseforetakene og kommunal sektoren/KS. Disse aktørene inngår i både prosjektets styringsgruppe og i utvidet kjerneteam.

Som delleveranse skal det i juni leveres en tiltaksversikt for helse- og omsorgssektoren som skal understøtte strategien og sikre at den blir handlingsrettet.

### Leveransebeskrivelse av tiltaksversikten:

Tiltaksversikten skal inneholde eksisterende, pågående og ønskede tiltak som er relevant for sektoren som helhet og for virksomhetene i sektoren. Med tiltak menes her en konkret handlingsrettet aktivitet som vil ha en forventet effekt innen en gitt tidsperiode.

Tiltaksversikten skal ta for seg tiltakenes relevans for den enkelte virksomhet, hvilke tiltak som skal iverksettes sentralt og der det er relevant hvem som er tiltakseier og har ansvar for oppfølging og rapportering.

Tiltaksversikten vil kunne komme i oppdatert versjon som en del av hovedleveransen «Strategi for digital sikkerhet i helse- og omsorgssektoren».

Tiltaksversikten skal dekke de samme temaområdene som i den [nasjonale strategien for digital sikkerhet](#) (Gjengitt over under Drøftingstema 1).

Det vil bli utarbeidet en interessentanalyse. Denne vil danne grunnlag for en møteplan for å sikre at relevante aktører får anledning til å bidra med innspill til tiltaksversikten og senere strategien i møter og innspillsrunder. Det vil bli gjennomført en innspillsrunde for tiltaksversikten i løpet av mai.

Etter at arbeidet med tiltaksversikten er ferdigstilt vil prosjektet gå videre med å utarbeide strategien. Strategien vil i tillegg til temaene nevnt over behandle sektorspesifikke temaer som ble identifisert i forstudien:

- Sikker samhandling
- Sikker digital hjemmeoppfølging
- Sikkerhet i leverandørkjeden

Det planlegges en drøftingssak i NUFA med hovedvekt på de sektorspesifikke temaene 27./28.oktober.

Til Møte 2/21  
Dato 21.04.2021  
Saksnummer 13/21  
Type Drøfting

Fra Robert Nystuen  
Saksbehandler Thor Steffensen

## Digital hjemmeoppfølging – forslag til tiltaksområder for arkitektur og infrastruktur

### Forslag til 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.

### Hensikt med saken

Hensikten med denne saken er å gi kort status på det pågående arbeidet og videre involvere NUFA gjennom diskusjon knyttet til sentrale spørsmål. 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.

### Bakgrunn

Direktoratet for e-helse har i sitt tildelingsbrev for 2021 fått i oppdrag å kartlegge og foreslå nasjonale tiltak for DHO. Konkret betyr dette å:

1. Kartlegge status og planer som til sammen viser forskjeller, mangler og avklaringsbehov knyttet til datadeling i pågående og planlagte DHO aktiviteter i helse- og omsorgssektoren, med spesielt fokus på samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjeneste.
2. Beskrive tiltak som myndighetene bør gjennomføre knyttet til tilrettelegging for innhenting av data fra medisinsk utstyr hos pasienten og tilgjengeliggjøring av relevant informasjon for pasient og helsepersonell både innen samme virksomhet og mellom involverte virksomheter i behandlingsforløpet.
3. Avklare rollen til og videre forvaltning og finansiering av velferdsteknologisk knutepunkt (VKP).

Arbeidet har frist 15. mai 2021. Planer for gjennomføring av de beskrevne tiltakene skal leveres Helse- og omsorgsdepartementet innen 15. oktober 2021.

Arbeidet er gjennomført i tett samarbeid med de fire regionale helseforetakene, utvalgte helseforetak, kommuner og KS. Vi opplever god støtte i gjennomføringen.

### Kartlagte behov

Kartleggingen viser at helseregionene har noe forskjellig tilnærming til arbeidet med arkitektur og infrastruktur for datadeling knyttet til DHO. Det er også forskjeller på hvor langt de ulike helseregionene



har kommet. Kartleggingen har avdekket behov for avklaringer, føringer og koordinering på flere områder, både innenfor omfanget av dette oppdraget og utenfor. De viktigste behovene innenfor oppdragets omfang er oppsummert under:

- Felles mål bilde for deling av data mellom medisinsk utstyr som benyttes hjemme hos pasienten og fagsystemer i flere behandlingsnivåer – harmonisering av arkitektur
- Prosess for prioritering, utvikling, standardisering og forvaltning av grensesnitt mot medisinsk utstyr som benyttes hjemme hos pasienten (API'er – HL7/FHIR)
- Felles terminologi og kodeverk knyttet til data som høstes fra medisinsk utstyr som benyttes hjemme hos pasienten
- Tydelige rammer og retningslinjer om personvern og informasjonssikkerhet knyttet til håndtering av data fra medisinsk utstyr som benyttes hjemme hos pasienten
- Anbefalinger knyttet til enkel tilgang (single sign-on) for helsepersonell til data fra flere utstyrskategorier hos samme pasient
- Anbefalinger knyttet til krav som kan benyttes i anskaffelser av medisinsk utstyr som skal benyttes hjemme hos pasienten

I tillegg er det fremmet ønske om nasjonale/regionale tiltak innen disse områdene (vurdert utenfor omfanget av dette oppdraget):

- Felles rammer/løsning for endring og deling av digitale behandlingsplaner og egenbehandlingsplaner
- Felles tjenestemodeller som tydeliggjør grenser/overganger for ansvar og oppgaver
- Felles prosesser for logistikk, leveranser, oppkobling og drift/vedlikehold av medisinsk utstyr som skal benyttes hjemme hos pasienten.
- Mer bruk av felles anskaffelser regionalt/nasjonalt

### **Forslag til tiltaksområder**

For å adressere behovene har vi foreslått arbeid innenfor følgende tiltaksområder som myndighetene bør ha fokus på og arbeide med i fellesskap (adresserer kun behovene innenfor oppdragets omfang):

- Teknisk samhandlingsarkitektur
  - Spesifisering og forvaltning av teknisk samhandlingsarkitektur for datadeling som dekker behovene knyttet til deling av data fra medisinsk utstyr som benyttes hjemme hos pasienten
- Standardisering
  - Felles prosess for utvikling og forvaltning av standarder/API'er
  - Felles språk for informasjon og data fra medisinsk utstyr (Kodeverk og terminologi)
- Råd og veiledning
  - Varig struktur for mottak og håndtering av behov fra tjenesten knyttet til VFT og DHO (juridiske forhold, personvern og informasjonssikkerhet, tekniske krav til anskaffelser, mm.)

### **Forslag til tilnærming for gjennomføring av tiltakene**

Det er igangsatt flere initiativer i sektoren, i Norsk helsenett og i Direktoratet for e-helse som omfatter arkitektur for datadeling som kan benyttes i forbindelse med DHO. Det foreslås som et prinsipp at behovene i størst mulig grad løses i pågående prosjekter/aktiviteter som adresserer tilsvarende behov. Foreløpig er følgende pågående prosjekter/aktiviteter identifisert som mulige samarbeidspartnere for å løse behovene:

- Konseptutredninger i HSØ
- Målarkitekturarbeid i HV
- Datadeling knyttet til helseplattformen i HMN
- Utprøvningsprosjekt dokumentdeling i HN
- Samhandlingsplattform i NHN
- Struktur for råd og veiledning knyttet til DHO i Helsedirektoratet
- Målarkitektur for datadeling i Direktoratet for e-helse
- Program Helhetlig samhandling i Direktoratet for e-helse

- Helsefaglig kodeverk og terminologi i Direktoratet for e-helse

I tillegg er det flere implementeringer av DHO-løsninger ute i tjenesten, både i primær- og spesialisthelsetjenesten som arbeider med datadeling direkte mellom enkeltsystemer. Disse kan være egnede arenaer for blant annet utvikling av grensesnitt og utprøving av disse.

#### **Videre arbeid**

Vi vil frem mot leveransen 15.mai jobbe med å detaljere tiltaksområdene ytterligere, og definere hvordan disse kan gjennomføres i størst mulig grad innenfor, eller i tett samarbeid med, noen konkrete pågående prosjekter/aktiviteter som nevnt over. I perioden medio mai til 15.oktober vil vi planlegge gjennomføring av tiltakene sammen med disse.

#### **Direktoratet for e-helse ber NUFA drøfte følgende spørsmål:**

- Har NUFA innspill til tiltaksområdene Direktoratet for e-helse har anbefalt?
- Har NUFA innspill til foreslått tilnærming for gjennomføring av tiltakene?

Til Møte 2/21  
Dato 21.04.2021  
Saksnummer 14/21  
Type Orientering

Fra Hilde Lyngstad, Norsk helsenett SF  
Saksbehandler Jorunn Mosbergvik, Norsk helsenett SF

## Sentral forskrivningsmodul SFM

### Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering.

### Hensikt med saken

Hensikten med saken er å informere NUFA om hvordan sentral forskrivningsmodul (SFM) inngår i samhandlingen og e-reseptkjeden, samt innblikk i tekniske valg og arkitektur.

Det er også ønskelig å gi en oversikt over fremdriftsplanen for utvikling og ferdigstillelse av SFM-løsningen.

### Bakgrunn

Sentral forskrivningsmodul-prosjektet ga i NUFA 27.01.2021 en demonstrasjon av løsningen, og et oppfølgingspunkt etter denne gjennomgangen var å gi en overordnet presentasjon av teknisk løsning og innhold i de ulike leveransene av SFM.

SFM blir presentert i kontekst:

- Generelt om hva SFM er
- SFM som en del av EPJ
- SFM som kilde til kurve i Helse Vest
- SFM og Helseplattformen

Det vil bli gitt en gjennomgang av status på utviklingen av SFM - hva som er klart til oppstart av pilotering høsten 2021 og hva som er planlagt innhold i kommende leveranser.

Til Møte 2/21  
Dato 21.04.2021  
Saksnummer 15/21  
Type Drøfting

Fra Grete Damberg, NAV  
Saksbehandler Jarle Strømmen, NAV

## Informasjonsutveksling NAV og helsetjenesten

### Forslag til vedtak

Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) tar med seg innspillene som fremkommer i møtet til videre arbeid med rapporten.

### Hensikt med saken

Orienterer om pågående arbeid tilknyttet rapport til Arbeids- og sosialdepartementet på gjennomgang av attester og erklæringer som leger utsteder for NAV. Det vil særlig fokuseres på delen av rapporten som omhandler behov for digitalisering og forslag til anbefalinger tilknyttet dette.

### Bakgrunn

NAV har fått i oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) å gjennomgå attester og erklæringer som leger utsteder for NAV og som involverer fastleger og annet helsepersonell. Hensikten med arbeidet er å identifisere mulige tiltak for å redusere tidsbruk. Det skal undersøkes hvorvidt skjemaer kan fjernes, forenkles eller slås sammen. I tillegg er det ønskelig å vurdere muligheter for gjenbruk av data slik at de ikke er nødvendig å innhente igjen. I arbeidet er det også kommet opp mer prinsipielle problemstillinger tilknyttet informasjonsutvekslingen og samhandlingen mellom NAV og fastleger. Arbeidet vil resultere i en rapport til ASD som skal overleveres innen 31.05.2021. Arbeidet gjennomføres i samarbeid med Helsedirektoratet og skal særlig fokusere på fastlegers arbeid.

Arbeidet utføres av en tverrfaglig prosjektgruppe som dekker sentrale fagområder i NAV. Prosjektet har hatt bred involvering i NAV hvor fag- og digitaliseringsmiljøer, rådgivende legetjeneste medbestemmelsesapparat og ledelse har vært involvert. I tillegg har det vært tett dialog med Legeforeningen og Helsedirektoratet. Prosjektet har gjennomført flere workshops med fastleger og andre aktører for å definere hypoteser og anbefalinger i rapporten.

Selv om prosjektet tar for seg innholdet i konkrete enkeltskjema, favner rapporten også om større prinsipielle problemstillinger tilknyttet informasjonsutvekslingen mellom fastleger og NAV. Det synes å være en generell enighet om at justering av enkeltskjema alene ikke vil løse de største utfordringene tilknyttet informasjonsutvekslingen. De identifiserte hovedutfordringene omhandler større områder tilknyttet blant annet rolleforståelse, overordnet brukeropplevelse, samt digitalisering som forutsetning for økt dynamikk i samhandlingen.

## Overordnede hypoteser

I prosjektets analyse er det utarbeidet flere overordnede hypoteser med tilhørende smertepunkter, mulighetsrom for forbedring og konkrete anbefalinger til videre arbeid. Samtlige hypoteser ble utarbeidet i tett samarbeid med fastleger, Helsedirektoratet og relevante fagmiljøer i NAV. Se vedlegg for nåværende utkast til hypoteser.

## Behov for digitaliseringstiltak

For å realisere behovene for endring som fremkommer gjennom hypotesene, kreves det økt digitaliseringstakt og muligheten til en mer smidig og forretningsdrevet utvikling. Dagens løsninger for informasjonsutveksling legger ikke til rette for dette, og det foreslås derfor å se på muligheten for en ny teknisk plattform for informasjonsutveksling mellom NAV og helsepersonell. En slik teknisk plattform bør legge til rette for kontinuerlig videreutvikling hvor NAV har kontroll på innholdet i tjenesten, samtidig som tjenesten integreres tett mot fastlegens systemer.

I 2019 kom Direktoratet for e-helse med en overordnet anbefaling til leverandører og andre aktører om å bruke HL7 sin FHIR-standard for datadeling i helsesektoren og rammeverket SMART on FHIR for applikasjonsintegrasjon i helseinformasjonssystemer<sup>1</sup>. NAV ser på bruken av FHIR-standard og SMART-rammeverket som en lovende teknologi og som utgangspunkt for en ny samhandlingsplattform mellom NAV og helsesektoren. Samtidig er utbredelsen og erfaringene ved bruk begrenset i Norge. Flere aktører i markedet peker på at det mangler en større og helhetlig tilnærming til en slik plattform. Det pekes også på behovet for å avklare finansieringen av en slik investering for EPJ-markedet.

For å etablere og teste ut den nye plattformen anbefales det å nedsette en større satsing i NAV i samarbeid med helsesektoren. Satsingen bør se på hvordan en kan få etablert nødvendig infrastruktur for integrasjon mellom NAV og fastlegens EPJ-systemer. Her bør det avklares hvordan etablering av teknologien kan finansieres, samt sørge for at teknologien kan gjenbrukes av andre. Som pilot foreslås det å benytte Legeerklæring ved arbeidsuførhet. Legeerklæringen har et særlig behov for modernisering samt at den er tidkrevende for fastlegene og har et stort omfang. Det anbefales at arbeidet gjennomføres i samarbeid med Direktoratet for e-helse, Norsk Helsenett og Legeforeningen

Den nye plattformen vil være forutsetning for videre digitalisering og forbedring av informasjonsutvekslingen mellom NAV og helsetjenesten. Det er derfor viktig å komme raskt i gang. Det anbefales derfor å starte arbeidet allerede høsten 2021 med sikte på å lansere en første versjon av tjenesten i EPJ-løsninger første halvdel av 2022. Når første tjeneste, infrastruktur og integrasjon er etablert, vil NAV fortløpende forbedre og lansere nye tjenester til fastlegene.

Fulldigitale tjenester aktualiserer flere juridiske problemstillinger som bør gås opp som ett ledd i arbeidet. Det er viktig å vurdere det juridiske handlingsrommet for digital utveksling av personopplysninger mellom NAV og helsepersonell. Det bør også ses nærmere på handlingsrommet og mulige teknologiske løsninger for å ivareta det juridiske kravet til avansert digital signering.

---

<sup>1</sup> <https://ehelse.no/standarder/ikke-standarder/anbefaling-om-bruk-av-hl7-fhir-for-datadeling>  
<https://ehelse.no/standarder/ikke-standarder/anbefaling-om-bruk-av-smart-on-fhir>

## Diskusjon

Målsettingen er å få på plass en tydelig anbefaling om et slikt arbeid til rapporten leveres. I den forbindelse er det ønskelig med NUFA sine tilbakemeldinger på forslaget om å etablere en ny plattform for informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten.

## Vedlegg: Oversikt over utkast til hypoteser for gjennomgang i rapporten

I rapporten vil hypotesene fordeles på tre hovedområder:

### Forløpene sykdom til utføre

- *NAV må i større grad benytte fastlegen tidlig i arbeidet for å avklare hvilke brukere vi bør fokusere innsatsen rundt. For de resterende brukerne kan en benytte mindre tid og forenkle innhenting av informasjon*
- *Et tydeligere skille på dialogen rundt mulighet for aktivitet og vurdering av om kravene til ytelsen er oppfylt vil øke kvaliteten i arbeidet*
- *Fastlegen bør oftere få en tydeligere rolle i AAP-forløpet, for å kunne bidra når NAV etablerer en plan for oppfølging av brukeren og i dialogen rundt tiltakene gjennom forløpet*
- *Bedre funksjonsvurdering vil kunne bidra til god oppfølging av bruker*

### Overordnet kommunikasjon og samhandling

- *Fremtidens dialog mellom NAV og fastleger bør løses gjennom å innhente den informasjonen det er behov for, når det er behov for den*
- *Bedre bestillerkompetanse hos NAV-veiledere vil sikre mer målrettede spørsmål og øke kvaliteten i informasjonsinnhenting og redusere tidsbruk*
- *Bedre kunnskap hos NAV og fastlege om hverandres roller vil medføre både økt kvalitet i informasjonsinnhenting og redusert tidsbruk*
- *Takstregimet bør i større grad brukes som et strategisk virkemiddel for å bedre kvalitet og fremme riktig praksis i informasjonsutvekslingen*

### Digitalisering

- *Det må sørges for bedre oversikt gjennom forløpet, både internt og mellom fastlege og NAV, slik at alle har et klart og sammenfallende bilde av målsetning, status og viktige aksjoner*
- *Mer strukturert innhenting av informasjon vil kunne bedre kvaliteten og forenkle bruk og gjenbruk av data, men det er viktig å finne riktig balanse*

- *Det må legges opp til tekniske løsninger som tilrettelegger for kontinuerlig utvikling hvor NAV har kontroll på innholdet i tjenesten, samtidig som tjenesten integreres tett mot fastlegens systemer*
- *NAV og fastlegene ville brukt mindre tid på enkeltskjemaer dersom de digitaliseres, tilgjengeliggjøres bedre, samt at utfylling understøttes gjennom veiledning*

Til	Møte 2/21
Dato	22.04.2021
Saksnummer	16/21
Type	Drøfting

Fra	Hans Löwe Larsen
Saksbehandler	Lars Kristian Roland og Georg F. Ranhoff

## Standardisering og arkitekturstyring i utvikling

### Forslag til vedtak

NUFA ber om at innspillene fremkommet i møtet blir hensyntatt i det videre arbeidet med arkitekturstyring og standardisering.

### Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse understøtter innføring av nye samhandlingsformer gjennom økt bruk av internasjonale standarder.

Nasjonal arkitekturstyring har som formål å bidra til en koordinert og enhetlig IKT-utvikling i helse- og omsorgssektoren som understøtter den ønskede strategiske retningen for e-helse. Riktige arkitekturvalg og samarbeid rundt arkitektur skal styrke gjennomføringsevnen og gi bedre samlet måloppnåelse. Nasjonal arkitekturstyring har ansvar for å se IKT-utviklingen i et helhetlig og langsiktig perspektiv.

Hensikten med denne saken er å presentere status på standardisering og arkitekturstyring og peke fremover på noen områder aktørene i helse- og omsorgssektoren må samarbeide på for å få til en god utvikling av alle samhandlingsformene.

### Samarbeid og metode

#### Status på nasjonal arkitekturstyring

Direktoratet for e-helse har tidligere presentert sitt ansvarsområde innen nasjonal arkitekturstyring for NUFA, og direktoratets rolle og oppgaver er ikke endret siden dette ble presentert. Direktoratet for e-helse samarbeider tett med NHN, KS, helseregionene, Helsedirektoratet og FHI og Digitaliseringsdirektoratet rundt arkitekturarbeid, og vi har et ønske om å utvikle oss og gi enda bedre støtte innen arkitekturstyring til helse- og omsorgssektoren.

Noen viktige arkitekturstyringsarenaer for Direktoratet for e-helse den siste tiden har vært det interregionale arkitekturutvalget til spesialisthelsetjenesten, områdeutvalget for samhandling, arbeidsgruppen for data- og dokumentdeling, jevnlig møter med KS og Digitaliseringsdirektoratet, det



interne arkitekturrådet i E-helse og dialogmøter med aktører i sektoren. Koronaarbeidet har også gitt en mulighet til å jobbe raskere og tettere sammen, og har gitt mye læring som vi bør ta med oss videre.

Vi har den siste tiden invitert noen eksterne deltagere inn i det interne arkitekturrådet til Direktoratet for e-helse. Dette arkitekturrådet har et mandat for å gi råd til arkitekturstyringen og ledelsen i direktoratet. I den videre prosessen ønsker vi å finne en god måte å formelt utvide dette arkitekturrådet til å inkludere faste medlemmer fra sektoren, men dette bør vurderes som del av den nasjonale styringsmodellen. Uformell invitasjon til arkitekturrådet er en måte å lære på slik at vi kan utvide rådet på en god måte senere.

Noen av sakene som arkitekturstyring i Direktoratet har vært involvert i den siste tiden er:

- I lys av Schrems II dommen jobbes det med kartlegging og vurdering av intern portefølje og Direktoratets del av nasjonal portefølje. Det er primært konsekvenser ved bruk av sky-leverandører og om databehandling foregår innen EU eller ikke.
- Utarbeidelse av policyer innen sikkerhet og beredskap
- Støtte til arkitekturarbeid i koronaprojekter
- Avdeling arkitekturstyring har noen arkitekter som spesialiserer seg på spesifikke områder, for eksempel legemidler, samhandling, innbyggertjenester og helsedata. Disse områdearkitektene samarbeider tett med områdeansvarlige og bistår med spisskompetanse både i behandling av saker og i mer langsiktige områdeoppdrag som områdestrategi og målarkitekturer for områder.
- Deltagelse i nasjonale programmer, som for eksempel Program helhetlig samhandling
- Arkitekturbidrag i nasjonal porteføljestyling med kartlegging av helheten og avhengighetsforhold mellom aktivitetene som grunnlag for prioritering. Vi vurderer også kriteriene for nasjonale aktiviteter og segmenteringen av disse
- Oppdrag om utviklingsretning for automatisert innrapportering til helseregistre
- Gjennomført webinar om SMART on FHIR med mange deltagere
- Arkitektursamarbeid med Digitaliseringsdirektoratet og KS
- Arkitekturbistand og vurderinger av tverrsektorielle oppgaver i SKATE og SKATE AU

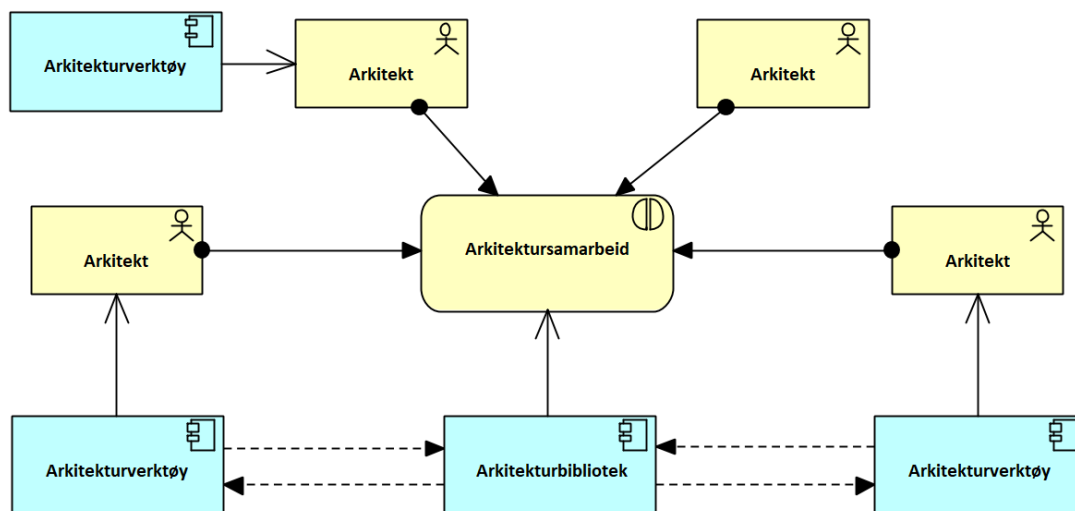
Avdelingen følger tett med på trender og metode innen arkitektur og ønsker å være en ressurs for arkitekter i sektoren. Samtidig ønsker vi å fremheve Digitaliseringsdirektoratets arkitekturprinsipp nummer 2: "Ta arkitekturbeslutninger på rett nivå". Dette prinsippet innebærer at arkitekturbeslutninger bør tas så nær oppgaveløsningen og brukernes behov som mulig, men at enkelte beslutninger likevel må løftes for å øke evnen til å samhandle. Det er vår felles oppgave å samarbeide på en god måte og legge til rette for at arkitekter nær brukerne kan ta slike beslutninger og også vet når og hvordan arkitekturbeslutninger bør løftes. Arbeidet med [felles arkitekturprinsipper](#) og normerende dokumenter er viktig for å oppnå en effektiv arbeidsfordeling mellom arkitekter som er distribuert blant mange forskjellige aktører.

### **Behov for deling av arkitekturbibliotek**

Digitalisering som helhetlig hjelp og støtte til å yte bedre helsetjenester er forventet å tas i bruk på stadig flere områder. Utviklingsretningen danner et behov for å se og forbedre digital tjenesteyting på stadig flere felt. For å se sammenhenger og avhengigheter er det et økende behov for å kunne digitalt gjengi "hvordan alt henger sammen – med alt".

Arkitektur er kunsten å gjengi slike sammenhenger ved hjelp av modeller. Ved å skape modeller som gjengir en stadig større mengde av helseopplysninger, helsetjenester, helsefag samt sammenhengene mellom disse, oppstår det et behov for å koble disse "hver-seg-modeller" sammen. Slik kan vi sammen unngå at forskjellige prosjekter og aktører jobber parallelt uten å kjenne til hva de andre gjør. Mange ser derfor et behov for å kunne beskrive en større og mer sammensatt arkitektur og samle dette i et bibliotek.

Frem til nå har Direktoratet for e-helse hatt søkelys på å fremstille slike problemstillinger som referanse- og målarkitekturer som er utviklet i samarbeid med sektor. Disse arkitekturene har vært delt som PDF-dokumenter, men vi bør vurdere hvordan slikt arbeidet kan gjøres og deles i fremtiden.



Figur 1 viser at med arkitekturverktøy som kan utveksle modeller og figurer gjennom et bibliotek så blir arkitektursamarbeidet også enklere. Noen arkitekter har delte verktøy og arkitekturbibliotek, andre arkitekter har egne arkitekturverktøy uten felles bibliotek, og noen arkitekter jobber fremdeles i Office uten spesialtilpassede verktøy som gir mulighet for deling og gjenbruk. Vi bør ha en ambisjon om kunne dele arkitektur på et hensiktsmessig detaljnivå.

På samme måte som et vanlig bibliotek er et arkitekturbibliotek et sted å samle arkitektur som er beskrevet eller modellert. Slike bibliotek eller digitale innholdssamlinger har mange navn og forbindes gjerne med håndtering av kontekster, fag, områder og versjoner av disse, samt arkivering. Fordelen med et bibliotek er å kunne styrt ta fram kunnskap samlet og sammensatt, skapt av mange.

For å dekke dette behovet for styring ved hjelp av arkitektur, ved felles å kunne se mer av sammenhengene samt på tvers av sektorer, er det på initiativ fra Digitaliseringsdirektoratet og KS startet en tverrsektoriell pilot (ModellX) som skal teste utveksling av hverandres arkitekturmodeller. De som til nå har vært involvert har vært arkitekter fra Digitaliseringsdirektoratet, Direktoratet for e-helse, NHN, KS, enkeltkommuner og aktører fra andre sektorer (for eksempel fra utdanning). Digitaliseringsdirektoratet har bidratt til å sette dette inn i et helhetlig nasjonalt samhandlingsperspektiv (EIF) og videre bruk med utgangspunkt i et felles samspillsbibliotek (Git-repo). Deltakere fra flere av de større og ivrigste kommuner som for eksempel Oslo, Bergen, Drammen og Lillestrøm, har deltatt i arbeidet.

Til nå i arbeidet med piloten "ModellX" har det vært fokusert på tre formater eller "markeringsspråk" for beskrivelse av arkitektur. Disse tre er; ArchiMate, BPMN og UML.

ArchiMate er valgt til å beskrive på "konseptuelt overordnet nivå" – arkitektur som er felles for virksomheter, samt hvordan dette kan fungere tverrsektorielt. ArchiMate har blitt populært i og med at begrep, lag og nivåer er tilstrekkelig dekkende for å beskrive motivasjon, strategi og forretningsarkitektur. Det er også mulig å inkludere og vise sammenheng til den mer tekniske arkitekturen, samt å gå ytterligere inn i sammenhengene eller arkitekturen til de faktiske løsningene. ArchiMate har mulighet til å vise slike sammenhenger mellom forskjellige lag i arkitekturen.

Til å beskrive og ytterligere presisere arkitekturen for prosesser er "[Business Process Modelling Notation \(BPMN\)](#)" et mer egnet språk. For å kunne spesielt presisere eller gjengi modeller av arkitekturen til

informasjonen (strukturerte metadata – den eksakte annotasjon), er [Unified Modeling Language \(UML\)](#) egnet.

Alle disse tre "markeringsspråk for arkitektur" (Markup Languages eller metadata formatene) er basert på det samme strukturerte representasjonsformatet i [Extensible Markup Language \(XML\)](#) og har et felles markeringsspråk for utveksling - [XML Metadata Interchange \(XMI\)](#). Ett felles utvekslingsformat har mange fordeler samt gjør utveksling mulig, også når arkitekter bruker forskjellige verktøy.

Oppsummert er ModelIX et tverrsektorielt motivert samarbeid som søker å få på plass samhandling for å kunne styre arkitekturen ved hjelp av arkitektur. Saken vil bli presentert av KS, men Digitaliseringsdirektoratet har også vært avgjørende i å få i stand samarbeidet.

### Status på arkitekturstyring i NHN

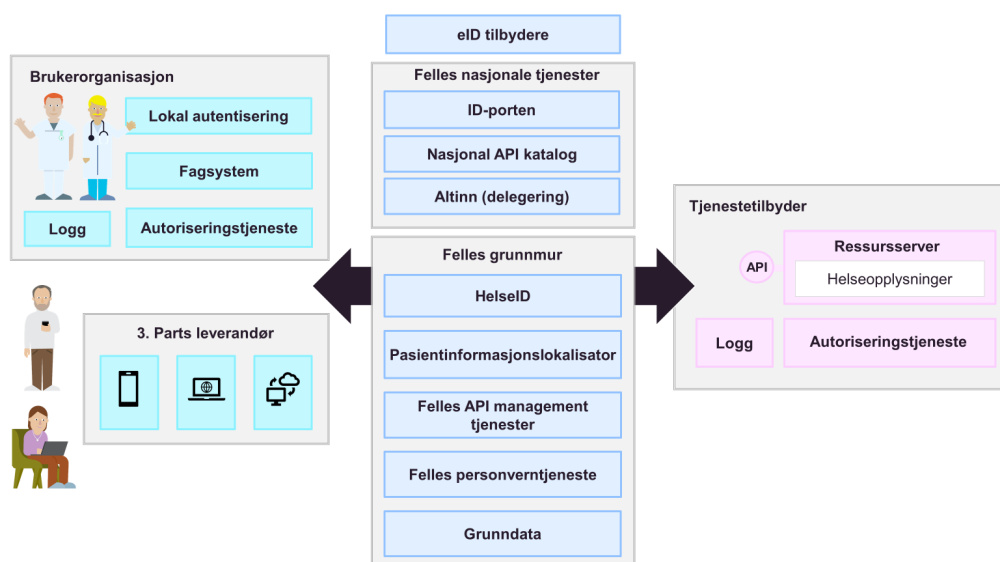
NHN informerer kort om arkitekturstyring i NHN og litt om hvordan denne praktiseres i virksomheten. Som en del av arkitekturarbeidet benyttes modellering av arkitektur i ArchiMate, og vi får en liten smakebit på hva NHN benytter her og hva de benytter det til og behov for deling av arkitekturmodeller med andre virksomheter.

## Styring og Normering

### Målarkitektur for datadeling

Målsetningen med målarkitekturen for datadeling er å anbefale hvordan en umiddelbar og sikker deling og oppdatering av strukturert informasjon på tvers av aktører i helse- og omsorgstjenestene og med innbyggere skal realiseres. Det skal være enkelt for aktører å etablere deling og oppdatering av person- og helseinformasjon på en strukturert og standardisert måte.

En målarkitektur er en fremtidig, ønsket tilstand. Det er naturlig å ha en stegvis, behovsprøvd tilnærming til realisering av målarkitekturen. Samtidig er det viktig at de første stegene forholder seg til en fremtidig målarkitektur for å unngå arkitekturvalg som senere vil være kostbare å endre på. Målarkitekturen beskriver ikke hvordan løsningene i arkitekturen skal realiseres og kan derfor sammenlignes med en reguleringsplan.



*Figur 2 viser en oppsummering av målarkitekturen for innbygger og nasjonale tjenester.*

Referansearkitekturen for datadeling som ble publisert i 2018 beskriver generelle arkitekturbyggeklosser som er nødvendig for å realisere datadelingsløsninger uten å ta stilling til hvordan de skal løses. I arbeidet med målarkitekturen er det diskutert med sektoren hvilke av arkitekturbyggeklossene i referansearkitekturen som bør realiseres som felleskomponenter.

Diskusjonene har resultert i et arkitekturvalg per arkitekturbyggekloss som er blitt vurdert. Disse arkitekturvalgene ligger til grunn for selve målarkitekturen.

I mars 2020 ble 0.8-versjon av målarkitekturen publisert på e-helse.no, med innspillsfrist 15. juni. Vi har mottatt 15 innspill fra et bredt spekter av aktører som nå er ferdig bearbeidet inn i ny versjon som er klar for publisering.

Etter innspillsrunden i fjor har vi nå oppdatert målarkitekturen i henhold til de viktigste tilbakemeldingene, og den er nå publisert som en 1.0-versjon på ehelse.no med normeringsgrad: "Retningslinje".

Tilbakemeldingene fra innspillsrunden har i hovedtrekk vært positive til målarkitekturen for datadeling, med fyldige svar med ulike forslag til endringer. Innspillene som gikk direkte på arkitekturvalg er behandlet i arbeidsgruppen for data- og dokumentdeling. Av andre mer generelle innspill som vi har behandlet i kjørneteamet kan vi trekke frem:

- Hvordan plassere målarkitekturen sammen med andre initiativer fra E-helse?
- Har alle interessenter vært involvert i arbeidet?
- Omfanget burde vært større/mindre
- Innspill på begrepsbruk
- Vanskelig å forstå målarkitekturen for de som ikke er arkitekter

På bakgrunn av tilbakemeldingene har vi valgt å gjøre strukturelle endringer for å gjøre informasjonen mer tilgjengelig for ulike målgrupper. Dokumentet er nå delt inn i tre hoveddeler, hvor første er felleskomponenter og arkitekturvalg, andre er kapabiliteter og siste del er arkitekturvurderingene.

Målarkitekturens konsekvens for aktørene er at de må bruke felleskomponenter for datadeling inn mot nasjonale e-helseløsninger og i datadeling mot innbyggerne. Dette vil forenkle bruk av nasjonale e-helseløsninger og gjøre det enklere for leverandører av innbyggertjenester å tilby konsistente løsninger på tvers av helseaktører. Flere bruksområder beskrevet i målarkitekturen er ikke behandlet da disse områdene trenger mer koordinering med andre programmer og prosjekter. Disse er for eksempel datadeling mellom virksomheter, lokal integrasjon og innovasjon, og helsedataområdet.

I innspillsrunden til *målarkitekturen* nevnte flere aktører at det haster å få på plass datadeling. Direktoratet for e-helse deler utålmodigheten i sektoren og ønsket om å dekke flere bruksområder enn målarkitekturen gjør i denne versjonen. Vi ser også at det er viktig å få delt arbeidet som er gjort i denne runden, og heller legge inn arbeid i nye versjoner i tiden fremover. Målarkitekturen står heller ikke alene, og komplementeres av andre normerende produkter og pågående programmer som bidrar i det totale bildet. Målarkitekturen for datadeling er nå publisert i versjon 1.0. Videre arbeid er nødvendig for å legge til målarkitektur for andre bruksområder.

## Standardisering for dokumentdeling og datadeling / Åpne API

For å oppnå elektronisk samhandlingsevne i helsesektoren er det nødvendig med støtte i alle lag i EIF-modellen: Juridisk, organisatorisk, semantisk og teknisk samhandlingsevne.



Figur 3 Digitaliseringsdirektoratets oversettelse av European Interoperability Framework (EIF)

I denne saken fokuseres det på standardisering for å oppnå semantisk samhandlingsevne for dokumentdeling og datadeling.

I hovedsak er det tre sentrale områder for å oppnå semantisk samhandlingsevne:

- Felles informasjonsmodeller
- Felles kodeverk/terminologi
- Felles format

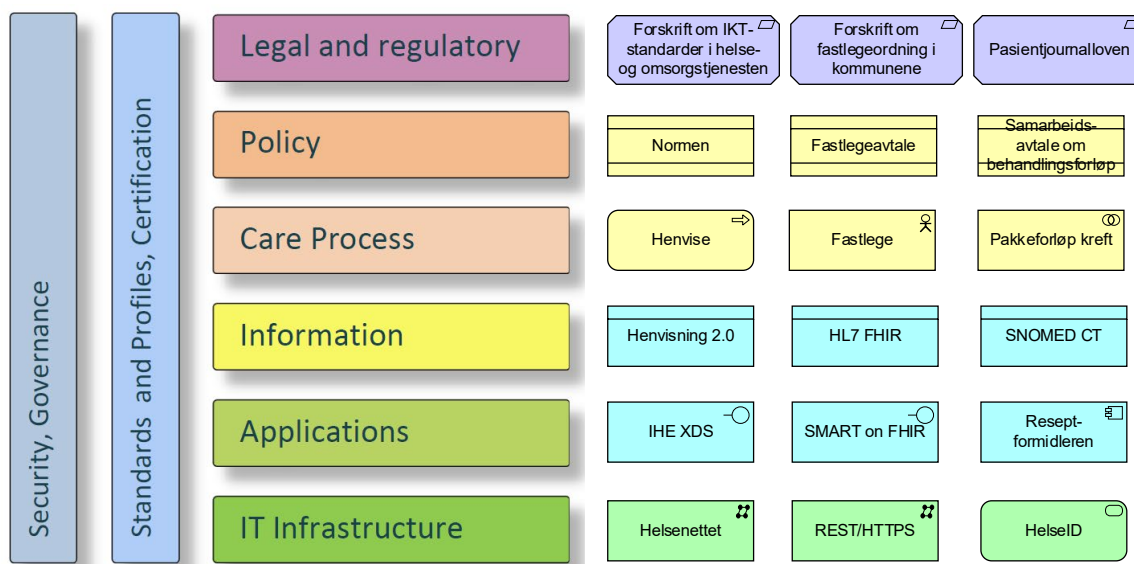
Hvilke informasjonsmodeller og kodeverk/ terminologi som benyttes bestemmes av de øvre lagene. Juridisk forteller om krav, rett og plikter. Organisatorisk forteller om forretningsprosesser og anvendelser/use case; kort sagt hva vi gjør og ønsker å oppnå.

**Felles informasjonsmodeller** skal i størst mulig grad ta utgangspunkt i internasjonale standarder for både generelle og for mer spissede anvendelser. Eksempler er HL7 FHIR, CEN IPS (International Patient Summary), ISO IDMP og OpenEHR Archetypes. Det vil dog en god stund fremover finnes en rekke nasjonale kilder som vil påvirke felles informasjonsmodeller, for eksempel innrapportering til registre. Ved å arbeide målrettet vil gapet mellom internasjonale og nasjonale/proprietære informasjonsmodeller minskes.

**Felles kodeverk/terminologi** skal passe inn med informasjonsmodellene og den enkelte anvendelse. Det benyttes i dag svært mange forskjellige terminologier og kodesett, både internasjonale og nasjonale. Eksempler inkluderer alt fra små kodesett på Volven.no, landkoder, ICPC-2 og opp til SNOMED CT.

Det arbeides med å benytte samme kodeverk/terminologi på tvers av flest mulig anvendelser i programmet "Felles språk", blant annet med fokus på SNOMED CT som referanseterminologi.

**Felles format** er hvordan innholdet (informasjonsmodeller og kodeverk/terminologi) formatert rent teknisk for overføring. For datadeling (API) er det anbefalt å benytte HL7 FHIR (JSON/XML). For dokumentdeling benyttes eksisterende meldingsstandarder (KITH XML), ustrukturerte formater som PDF med mer. Det skal vurderes om HL7 FHIR skal benyttes som standardformat for strukturerte dokumenter.



Figur 4 Eksempler satt inn i en utvidet EIF-modell (Refined eHealth EIF)

**Normering og samarbeid:** Å oppnå full semantisk samhandlingsevne for alle ønskede anvendelser er en betydelig jobb. Det er nødvendig med bidrag fra hele sektoren. Direktoratet for e-helse har laget en metode for utvikling av nasjonale områdeprofiler for HL7 FHIR som kombinerer forvaltningsmodellen for normerende produkter og en smidig utviklingsmetodikk. Det siste er begrunnet at tradisjonell normering tar for lang tid og ikke går i takt med sektorens behov. I stedet for at det lages en standard som så skal rulles ut (*top down*), utvikles standarden av prosjektet/programmet som skal ta den i bruk, for så å kunne normeres i etterkant (*bottom up*).

Ønskede anvendelser er stort og må prioriteres, som fører til diskusjon og avklaringsbehov. Hvilken informasjon skal fagsystemer eksponere? Hvilke samhandlingsbehov er viktigst? På hvilket nivå skal formelle krav ligge på? Kan vi starte smått og øke ambisjonene senere i takt med erfaring?

## Veien videre

### Arbeidsform, innovasjon, roller og ansvar

For å støtte opp under en smidig utviklingsprosess, der myndigheter, virksomheter og leverandører jobber koordinert, blir det viktig å kjenne til hvilke internasjonale erfaringer som bør gjenbrukes, og hvilke nasjonale og overnasjonale føringer vi må følge. Det er de siste årene etablert og styrket flere fora, som skal bidra til at aktørene i sektoren kan jobbe koordinert. Fra å ha en følge-med-rolle i EU sitt pågående e-helse arbeid, har Norge styrket sitt engasjement ved aktiv deltakelse innen EU sitt arbeid på legemiddelområdet, helsedata og standardisering. Aktører i sektoren kan bidra i flere av aktivitetene direkte eller gjennom [Standardiseringsutvalget for internasjonale e-helsestandarder](#). Det er også opprettet egen standardiseringsgruppe underlagt det nordiske samarbeidet gjennom Nordic eHealth group.

Direktoratet for e-helse har bidratt til økt samarbeid mellom aktørene gjennom arbeidsgrupper underlagt de norske avdelingene for internasjonale standarder. Standard Norge sin [e-helse komité](#) som jobber med ISO og CEN standarder, og HL7 Norge sitt fagforum for utvikling av FHIR profiler. Samarbeidsforaene skal bidra til at prosjekter og aktører skal kunne prøve ut internasjonale standarder på et tidlig tidspunkt. Mindre aktiviteter kan prøve ut standardene til konkrete bruksområder, og i en tidlig fase kunne involvere

flere aktører, slik at det som brukes kan være utgangspunkt for hva som etter hvert skal være gjeldene på nasjonalt nivå. Det skal legges til rette for at innovasjon og næringsutvikling kan også være drivende for hva som normeres.

Det er nå ferdigstilt en Plan for internasjonale standarder 2021 – 2024. Planen skal bidra til felles prioritering av standardiseringsaktivitet som støtter opp under nasjonale mål og prioriteringer. Med en forutsigbar plan, vil flere kunne bidra til at virksomheter, leverandører og myndigheter utfyller hverandre for å oppnå felles mål.

### **Veien videre for Åpne API å legge til rette for innovasjon**

For å komme videre med datadeling som grunnlag for innovasjon og videreutvikling av samhandling i helse og omsorg må vi ha tiltak på tvers av hele EIF-modellen, og styring som spenner disse områdene. Vi har allerede utviklet et stort antall normerende dokumenter for å få fart i dette området, som for eksempel arkitekturprinsipper, Målarkitektur for datadeling, Veileder for SMART on FHIR, og flere veiledere og retningslinjer for bruk av semantiske standarder, Veileder for åpne API og Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse og omsorgstjenesten. Erfaring fra eksisterende datadeling og bruk av API både i vår egen sektor og andres er også viktige elementer i å få utviklingen fremover. Det foregår også et viktig arbeid på felles språk og semantiske standarder som sektoren er tett involvert i.

Stortinget ønsker en innovativ og lønnsom helsenæring som kan bidra til mer effektiv ressursbruk, økt verdiskaping, nye lønnsomme arbeidsplasser i privat sektor og bedre helsepolitisk måloppnåelse gjennom å utnytte mulighetene den teknologiske og medisinske utviklingen gir. Dersom innholdet i grunnmuren og andre e-helseløsninger er godt tilrettelagt for innovatører, kan det være en kilde til økt innovasjon og næringsutvikling. Resultatmål 7 i plan for Felles grunnmur handler om å gjøre byggeklossene i Felles grunnmur tilgjengelige for et bredere utvalg av brukere og aktører, slik at innovasjon i norsk e-helse enklere kan kobles til utviklingen i internasjonal e-helse.

Ny teknologi kan gi store gevinster hvis den utnyttes riktig, blant annet gjennom individuelt tilrettelagt behandling, digital kommunikasjon og nye forretningsmodeller og tjenester.

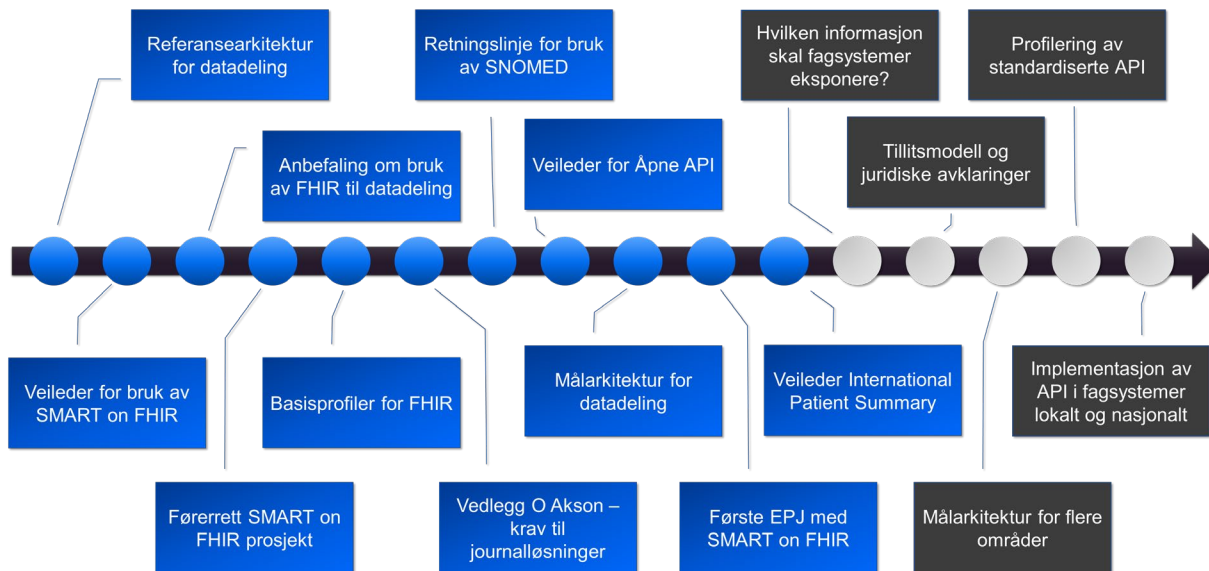
For å tilrettelegge for innovasjon og nye samarbeidsformer på tvers av aktører i sektoren, bør det legges til rette for et økosystem bestående av Felles grunnmur, e-helseløsninger og innovative aktører. Økosystemet bør omfatte samarbeid med det offentlige, industrien, forskning og utdanning.

Et økosystem må bidra til økt kravforståelse, åpnere endringsprosesser og kunne tilby funksjoner og selvbetjeningsløsninger som er attraktive og gjør det mulig for innovatører å utvikle løsninger uten tidkrevende involvering fra det offentlige. Arkitektur, retningslinjer og standarder for felleskomponenter bør være lett tilgjengelig for alle. Det bør tilrettelegges for enkel tilgang til testmiljøer og -data gjennom standardiserte grensesnitt som gjør det mulig å teste ny funksjonalitet.

Et levedyktig økosystem må involvere en hel rekke aktører og tjenester, og går derfor utover arbeidet med grunnmuren. Resultatmål 7 dekker prioriterte tiltak i Felles grunnmur for økt innovasjon og næringsutvikling, men tar ikke med alle nødvendige fremtidige tiltak frem til et anvendelig økosystem.

Det er utarbeidet et målbylde og plan som beskriver ønsket tilstand for bruk av internasjonale standarder i 2024 i helse- og omsorgssektoren. I planen er det definert tiltak for at styring og ansvar er tydelig definert, som omhandler tydelig rollefordeling, der myndigheter, virksomheter, kommuner og leverandører må delta og bidra inn i arbeidet.

Utover resultatmålet må det arbeides videre med insentiver, finansiering, møteplasser for brukermedvirkning og felles styring, samt arrangementer av jevnliges utviklersammenkomster, såkalte "hackathons".



Figur 5 viser noen av arbeidet som har vært gjort for å oppnå datadeling og skisserer noen mulige steg fremover.

I andre land har det også lenge foregått arbeid for å åpne fagsystemer for bedre innbyggerinnsyn og deling mellom helsepersonell. I USA har blant annet HITECH og 21st Century Cures Act vært banebrytende i å stille strenge krav til helsevirksomheter om å åpne sine fagsystemer for deling av spesifikt innhold (<https://www.healthit.gov/isa/united-states-core-data-interoperability-uscdi>). Den økte satsingen fra EU innenfor e-helse tiltak vil påvirke norsk utvikling i stadig større grad fremover. EU jobber med tiltak innenfor alle lag i EIF modellen, der flere av tiltakene vil kunne bidra til raskere utvikling eller legge føringer for hvordan helseopplysninger utveksles regionalt og nasjonalt i Norge. EU inviterer bl.a. myndigheter, virksomheter, standardiseringsorganisasjoner inn i sitt arbeid. Noen eksempler på det er [X-eHealth](#), [UNICOM](#), [European Health Data Space](#).

Direktoratet for e-helse ser også behovet for en tilsvarende strengere normering innenfor dette feltet i Norge, som et av flere virkemidler for å lette innovasjon, involvere innbyggere i egen helsehjelp og fremme datadeling.

Denne sesjonen vil gi medlemmene i NUFA mulighet til å gi innspill på hva de neste stegene bør være for å få til Åpne API, innovasjon og datadeling i helse- og omsorgssektoren.