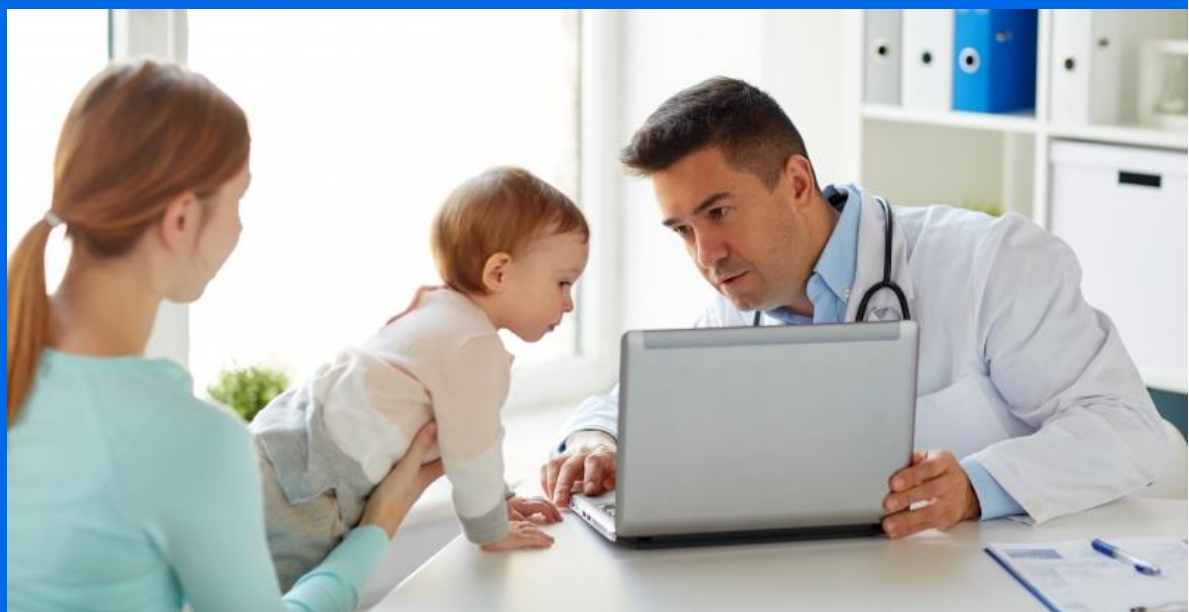


Sentralt styringsdokument

Steg 2 for digital samhandling

Versjon 1.0



Publikasjonens tittel:

Sentralt styringsdokument
Steg 2 for digital samhandling

Rapportnummer

IE-1087

Utgitt:

Januar 2022

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo
Tlf.: 21 49 50 70

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Forord



De helsepolitiske målene innebærer at det i årene som kommer vil bli stadig større behov for ulike former for digital helsehjelp. For å skape en effektiv og bærekraftig helsetjeneste, trenger vi bedre digital samhandling og systemer som snakker sammen.

18. desember 2020 fikk Direktoratet for e-helse i oppdrag å utarbeide et sentralt styringsdokument for det andre steget i utviklingsretningen for samhandling. I juni 2021 ble oppdraget konkretisert, ved at steg 2 skulle ta utgangspunkt i veikartet for nasjonale e-helseløsninger.¹

Forprosjektet har vært organisert som et prosjekt i program digital samhandling, ledet av Direktoratet for e-helse i tett samarbeid med Norsk helsenett SF. Programstyret for program digital samhandling har vært styringsgruppe for arbeidet.

Det anbefalte innholdet i steg 2 er innenfor prioriterte samhandlingsområder. Prioriteringen er gjort i tett samarbeid med programstyret og Nasjonalt e-helsestyre. Tiltakene er planlagt gjennomført med en smidig og stegvis tilnærming, som kan gi gevinst både på kort og lang sikt.

Vi takker alle som har bidratt i arbeidet. Vår felles helsetjeneste trenger bedre samhandlingsløsninger. De er selve navet som binder tjenesten sammen, og som gjør at pasienten opplever en helhetlig helse- og omsorgstjeneste. Ved å sammen legge til rette for bedre informasjonsflyt på tvers av helsetjenesten skaper vi et enklere Helse-Norge.

¹ [Veikart for nasjonale e-helseløsninger - ehelse \(november 2020\)](#)

Innhold

Innhold	4
Sammendrag	8
1 Overordnede rammer	11
1.1 Hensikt, krav og hovedkonsept	11
1.1.1 Oppdraget	11
1.1.2 Bakgrunn.....	11
1.1.3 Hensikt	12
1.1.4 Krav.....	12
1.1.5 Hovedkonsept	13
1.1.6 Sentrale interessenter	16
1.2 Prosjektmål	17
1.2.1 Samfunnsmål	18
1.2.2 Effektmål	18
1.2.3 Delmål (gevinster)	19
1.2.4 Resultatmål	20
1.3 Kritiske suksessfaktorer	21
1.4 Rammebetingelser	23
1.4.1 Føringer for forprosjektet for steg 2	23
1.4.2 Rammebetingelser fra lover og forskrifter.....	25
1.4.3 Rammebetingelser fra Helse- og omsorgsdepartementet.....	26
1.4.4 Rammebetingelser fra Direktoratet for e-helse	27
1.4.5 Rammebetingelser fra Norsk helsenett SF	27
1.4.6 Felles føringer og retningslinjer for IKT i offentlig sektor	27
1.5 Grensesnitt og avhengigheter	28
1.5.1 Nullalternativ	28
1.5.2 Avhengigheter for steg 2	29
1.5.3 Grensesnitt for steg 2	30
2 Prosjektstrategi	34
2.1 Usikkerhet som håndteres i prosjektstrategien	34
2.2 Gjennomføringsstrategi	36
2.2.1 Overordnet gjennomføringsplan	36
2.2.2 Prinsipper for gjennomføringsstrategien	37
2.2.3 Gjennomføringsmodell	38

2.2.4	Behovskø	38
2.2.5	Evaluerings- og beslutningspunkter	38
2.2.6	Gjennomføring av steg 2	39
2.3	Kontraktstrategi	45
2.3.1	Anskaffelsesbehov	45
2.3.2	Alternative kontraktstrategier	46
2.3.3	Anbefalt kontraktstrategi for program digital samhandling	47
2.3.4	Anbefalt kontraktstrategi for program pasientens legemiddelliste	47
2.4	Organisering og ansvarsdeling	47
2.4.1	Den overordnede organiseringen av steg 2	47
2.4.2	Overordnet organisering av program digital samhandling	48
2.4.3	Overordnet organisering av programmet pasientenes legemiddelliste	49
2.4.4	Organiseringen og styringen av steg 2	50
2.4.5	Programmenes bruk av den nasjonale styringsmodellen	57
2.4.6	Programmenes bruk av KS sin samstyringsmodell	58
2.4.7	Programmenes samarbeid med Helseplattformen	59
2.4.8	Strategi for oppslutning og ibruktakelse	59
2.4.9	Strategi for styring av usikkerhet i programmene	63
3	Prosjektstyringsbasis	65
3.1	Arbeidsomfang	65
3.1.1	Arbeidsomfang program digital samhandling	66
3.1.2	Arbeidsomfang program pasientens legemiddelliste	72
3.2	Risiko- og mulighetsvurdering	75
3.2.1	Risiko- og mulighetsvurdering av program digital samhandling	77
3.2.2	Risiko- og mulighetsvurdering av program pasientens legemiddelliste	81
3.3	Arbeidsnedbrytningsstruktur	86
3.3.1	Program digital samhandling	86
3.3.2	Program pasientens legemiddelliste	87
3.4	Kostnadsoverslag, budsjett og investeringsplan	88
3.4.1	Kostnadsramme og usikkerhetsavsetning for program digital samhandling	89
3.4.2	Kostnadsramme og usikkerhetsavsetning for program pasientens legemiddelliste	90
3.5	Gevinstrealiseringsplan	91
3.5.1	Gevinstrealiseringsplaner for programmene	91
3.5.2	Gevinster av program digital samhandling	92

3.5.3	Gevinster av program pasientens legemiddelliste.....	93
3.6	Fremdriftsplan	94
3.6.1	Program digital samhandling	94
3.6.2	Program pasientens legemiddelliste	96
3.7	Kvalitetssikring	97
3.7.1	Kvalitetssikringsområder	97
3.7.2	Prinsipper for kvalitetssikring	98
3.7.3	Ekstern kvalitetssikring	98
4	Samfunnsøkonomisk lønnsomhet	99
4.1	Program digital samhandling	99
4.2	Program pasientens legemiddelliste	99
4.3	Samlet netto nåverdi for steg 2.....	100
5	Referanser.....	102
6	Figurliste	103
7	Tabelliste.....	104

Vedlegg

- A: Sentrale begreper
- B: Organisering av arbeidet
- C: Samfunnsøkonomisk analyse
- D: Gevinstrealiseringsplaner
- E: Kostnadsanalyse
- F: Usikkerhetsanalyse
- G: Omfang
- H: Prinsipper, tekniske krav og standarder for samhandling
- I: Strategi for informasjonssikkerhet og personvern for målbildet for helhetlig samhandling
- J: Nødvendigheten og muligheten til å pålegge plikt til å bruke samhandlingsløsningen
- K: Prioritering av tiltak i steg 2
- L: Kontraktstrategi
- M: Målbilde for helhetlig samhandling
- N: Gjenbruk og læringspunkter fra Helseplattformen

Bilag

- I1: Overordnet personvern vurdering
- I2: Overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering

J1: EØS-rettslige spørsmål ved pålegg om integrasjon av samhandlingsområdene

Sammendrag

Regjeringens mål om å skape vår felles helsetjeneste krever at vi i økende grad utnytter mulighetene som ligger i ny teknologi og digitale samhandlingsløsninger.

Innbyggere vil i løpet av et livsløp være i kontakt med mange ulike aktører i helsetjenesten. Felles for alle aktørene er at de trenger informasjon fra innbygger og fra hverandre for å gi best mulig helsehjelp. Skal nødvendig helseinformasjon om pasienten være tilgjengelig for helsepersonell når de trenger den, må informasjonen kunne deles trygt og effektivt på tvers av helse- og omsorgssektoren.

Oppdraget

I desember 2020 fikk Direktoratet for e-helse i oppdrag å gjennomføre et forprosjekt for steg 2-n i utviklingsretningen for samhandling, med leveranse av sentralt styringsdokument i desember 2021 og ekstern kvalitetssikring (KS2) våren 2022.

Programstyret til program digital samhandling anbefalte våren 2021 at steg 2 skulle ta utgangspunkt i veikartet for nasjonale e-helseløsninger for å ferdigstille prioriterte tiltak i sektoren. Veikartet gir en oversikt over planer for pågående utvikling og innføring av de nasjonale e-helseløsningene, og viser status, prioritering, avhengigheter og risiko for arbeidet fremover.

I juni 2021 kom det en konkretisering av oppdraget, hvor det ble presisert at det kun var steg 2 som skulle defineres og at det skulle tas utgangspunkt i veikartet.

I forbindelse med konseptvalgutredningen for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste i 2018 og i forprosjektet for helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning i 2020 ble det gjort en grundig kartlegging av samhandlingsbehovene i helse- og omsorgssektoren.

Behovene er oppsummert i 26 informasjonstjenester som utgjør selve målbildet for helhetlig samhandling. Steg 2 skal bidra til å realisere dette målbildet.

Steg 2

I arbeidet med å definere steg 2, er det forsøkt å ivareta behovet både for rask realisering av gevinster og nødvendigheten av mer langsiktige tiltak. I tillegg har direktoratet i tett samarbeid med sektoren, definert et ambisjonsnivå som er realistisk med tanke på hva sektoren har kapasitet til å ta imot og innføre.

Steg 2 handler om å videreutvikle og ferdigstille tjenester og pågående tiltak for at tjenestene skal kunne tas i bruk på tvers av sektoren. En stor del av steg 2 er innføringsaktiviteter, samt aktiviteter knyttet til tilpasninger som aktørene må gjøre i egne systemer.

Programstyret for program digital samhandling og Nasjonalt e-helsestyre har sluttet seg til det anbefalte innholdet i steg 2, som består av følgende samhandlingsområder:

- **Pasientens legemiddelliste:** Etablere og tilgjengeliggjøre pasientens legemiddelopplysninger i én felles nasjonal oversikt.
- **Dokumentdeling:** Samhandling gjennom deling av journaldokumenter på tvers av forvaltningsnivåer, ved bruk av kjernejournal og den nasjonale dokumentdelings-infrastrukturen.
- **Kritisk informasjon:** Kritisk informasjon kan endres og deles av aktørene i helse- og omsorgstjenesten gjennom et felles grensesnitt i kjernejournal.

- **Datadeling for digital hjemmeoppfølging:** Utvikle tjenester som kan brukes på tvers av helse- og omsorgssektoren, slik at helsepersonell i hele forløpet kan få tilgang til aktuelle data.

Gjennom disse samhandlingsområdene vil pasient, innbygger og helsepersonell få tilgang til løsninger som vil legge til rette for informasjonsdeling på tvers av helse- og omsorgssektoren. Samhandlingsområdene vil realisere sentrale informasjonstjenester i målbildet for helhetlig samhandling.

Organisering av steg 2

Direktoratet for e-helse vil på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ha det overordnede ansvaret for å realisere steg 2 i samarbeid med Norsk helsenett SF.

Det anbefales at gjennomføringen organiseres i to programmer; digital samhandling og pasientens legemiddelliste.

Programstyrene er sentrale i realiseringen av steg 2. Etter en eventuell investeringsbeslutning om gjennomføring av steg 2, vil sektorsammensatte programstyrer være ansvarlige at programmene leverer innenfor avtalte rammer (kostnader, nytte og fremdrift m.m.)

Det operative ansvaret for koordinering av innføringsløpene samles i Norsk helsenett SF og tilføres deres eksisterende innføringsportefølje. Slik kan samhandlingsområdene i steg 2 samkjøres der dette er mulig og fornuftig, og kommunikasjonslinjen ut til sektoren vil forenkles.

Sektoren vil ha ansvaret for tilpasning og tekniske forberedelser, i tillegg til innføring og realisering av nytte av løsningene.

Gjennomføringsstrategi

Overordnet gjennomføringsstrategi for steg 2 er basert på nyttestyring, innenfor den tids- og kostnadsrammen som gjelder. Forprosjektet har sammen med programstyret for digital samhandling etablert modell og prinsipper for gjennomføring. Prinsippene skal bidra til at de riktige aktivitetene realiseres og forankres, og at det tas hensyn til kapasiteten hos de involverte virksomhetene. De bygger på trinnvis gjennomføring, tydelig forankring og prioritering av de aktivitetene som gir mest nytte.

Gjennomføringsmodellen for både program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste tar utgangspunkt i mål, økonomiske rammer og arbeidsomfanget for steg 2.

Norsk helsenett SF vil ha ansvaret for å etablere og detaljere ulike aktiviteter med utgangspunkt i omfanget for steg 2, heretter omtalt som behovskø. Behovskøene vil i hovedsak bestå av følgende behov; gjøre tekniske samhandlingsløsninger tilgjengelig, sikre at virksomhetene er klare til å ta løsningene i bruk og innføre løsningene og følge opp at disse tas i bruk.

Under ledelse av Norsk helsenett SF, skal Direktoratet for e-helse, sektoren og andre relevante aktører bidra til å fremme og konkretisere de behovene som skal prioriteres først. Programstyrene prioriterer behovene og vedtar hvilke tiltak som skal realiseres. Sektoren, Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse har samlet ansvaret for realisering av tiltakene, hvor direktoratet har en koordinerende rolle.

For å sikre realisering av målene innenfor tids-, kostnads- og kvalitetsrammer, vil programmene ha jevnlig evaluerings- og beslutningspunkter som del av

programstyremøtene. Ved disse punktene prioriterer og beslutter programstyrene behovskøen.

Risiko

Steg 2 vil være innebære usikkerhet som kan påvirke måloppnåelsen. En risiko- og mulighetsvurdering av både program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste er gjennomført. Dette vil følges opp løpende gjennom programmenes levetid.

Investeringskostnad

Kritisk informasjon, dokumentdeling, datadeling for digital hjemmeoppfølging og forberedelser til steg 3, inkludert forprosjekt for steg 3, ferdigstilles innen en styringsramme (P50) på 1 123 millioner kroner inkl. mva. ved utgangen av 2027. Kostnadsrammen (P85) settes til 1 442 millioner inkl. mva.

Pasientens legemiddelliste ferdigstilles innen en styringsramme (P50) på 1 515 millioner kroner inkl. mva. ved utgangen av 2028. Kostnadsrammen (P85) fratrukket kuttlisten settes til 1 663 millioner kroner inkl. mva.

Samfunnsøkonomisk lønnsomhet

Den oppdaterte samfunnsøkonomiske analysen viser at samhandlingsområdene i steg 2 er samfunnsøkonomisk lønnsomme, med en netto nåverdi på 2 841 millioner kroner inkludert den prissatte nytten av bedre helse.

I tillegg vil steg 2 ha stor verdi for samfunnet og styrke den samfunnsøkonomiske lønnsomheten gjennom å frigjøre tid for helsepersonell i møte med fremtidens behov, færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon og bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helsetjenesten.

Vår felles helsetjeneste trenger bedre samhandlingsløsninger. De utgjør selve navet som gjør at pasient og innbygger møter en helse- og omsorgstjeneste som henger sammen, og som gjør at helsepersonell kan gi best mulig helsehjelp.

Samhandlingsområdene pasientens legemiddelliste, dokumentdeling, kritisk informasjon og digital hjemmeoppfølging er alle områder som vil gi stor nytte for pasient, innbygger og samfunnet for øvrig.

1 Overordnede rammer

1.1 Hensikt, krav og hovedkonsept

1.1.1 Oppdraget

Stortinget bevilget for 2021 189 millioner kroner til steg 1 i utviklingsretningen for samhandling med et styringsmål (P50) som er satt til 754 millioner kroner.²

Desember 2020 fikk direktoratet i oppdrag å gjennomføre et forprosjekt for steg 2-n i utviklingsretningen for samhandling med leveranse av sentralt styringsdokument i desember 2021 og ekstern kvalitetssikring (KS2) våren 2022. I juni 2021 kom det en konkretisering av oppdraget, hvor det ble presisert at det kun var steg 2 som skulle defineres og at steg 2 skulle ta utgangspunkt i veikartet for nasjonale e-helseløsninger.

Realisering av målbildet for helhetlig samhandling ut over steg 1 innebærer at nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter skal utvikles stegvis. Innbyggerne, helsepersonell i sykehus og kommuner, fastleger, avtalespesialister og apotek mv. skal gis bedre mulighet til å utveksle informasjon digitalt, og det skal legges til rette for bedre samhandling med andre statlige og kommunale tjenester.

I oppdragsbrevet ble det oppgitt å være en grunnleggende forutsetning at steg 2 skal bidra til å realisere målbildet for helhetlig samhandling slik at målene i én innbygger – én journal kan nås. Forprosjektet ble også bedt om å legge til grunn målene for tjenesteutviklingen i vedtatte politiske meldinger og handlingsplaner.

Forprosjektet skal derfor ta utgangspunkt i behovskartleggingen og målbildet for helhetlig samhandling fra konseptvalgutredningen, og det valgte konsept 7 nasjonal journalløsning med helhetlig samhandling, og slik dette ble videre bearbeidet i forprosjekt for helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning.

Steg 2 er dermed en videreføring av arbeidet for å realisere målsetningene i *én innbygger – én journal*.

1.1.2 Bakgrunn

Det er et politisk mål å skape en effektiv og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som tilbyr helhetlige og koordinerte tjenester. Det overordnede målet for IKT i helse- og omsorgssektoren er beskrevet i Meld. St. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal* og Meld. St. 7 (2019-2020) *Leve hele livet* og Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023):

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
- Innbyggere skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

² Det ble med Stortingets behandling av Prop. 1 S (2020–2021) besluttet investeringer for steg 1 av digital samhandling, innenfor en samlet styringsramme på 635 mill. kroner (P50) og samlet kostnadsramme på 730,5 mill. kroner (P85) over fire år eksklusiv mva.

Helse- og omsorgssektoren er omfattende og dekker et bredt spekter av tjenester. Endringer i befolkningens størrelse og sammensetning vil medføre et behov for en betydelig økning av helsepersonell over de neste årene. Den forventede utviklingen fordrer en mer effektiv helse- og omsorgstjeneste.

En eldre befolkning vil utvikle flere sykdommer, samtidig som nye behandlingsmuligheter gjør at flere lever lengre, ofte med behov for kontroller og oppfølging. En utvikling der en større andel av brukerne har sammensatte lidelser, vil stille høyere krav til samhandling mellom de ulike virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten.

Innbyggere vil i løpet av et livsløp være i kontakt med mange ulike aktører i helse- og omsorgssektoren. Felles for aktørene er at de trenger informasjon fra innbygger og fra hverandre for å kunne utføre sine tjenester med høyest mulig kvalitet. Ansvarsdeling med spesialisthelsetjenesten og et bredt spekter av tjenester og oppgaver i kommunal helse- og omsorgstjeneste medfører at mange pasientforløp går på tvers av virksomheter og tjenestenivå. Behovet for å utveksle pasientinformasjon har økt etter at samhandlingsreformen ble innført. Dette skyldes blant annet at pasienter skrives ut tidligere fra sykehusene, og at mer av videre behandling og oppfølging gjøres i kommunene.

1.1.3 Hensikt

Digitalisering gir store muligheter til å utvikle helse- og omsorgstjenesten til det beste for pasienter, helsepersonell og innbyggere. For å kunne gi best mulig helsehjelp er det en forutsetning at relevante og nødvendige opplysninger om sykdomshistorie og legemiddelbruk følger pasienten gjennom hele pasientforløpet og forvaltes og lagres på en trygg måte.

Digitale løsninger skal støtte en helhetlig samhandling mellom helsepersonell og styrke pasienter og innbyggers mulighet til å ta aktivt del i eget behandlingsopplegg (1).

Det er særlig tre mål regjeringen ønsker å jobbe mot på e-helseområdet: Gode nasjonale løsninger med stegvis utvikling og rask realisering av funksjonalitet, nasjonalt koordinerte tiltak og tett samarbeid mellom aktørene i sektoren og med næringslivet (2).

Steg 2 skal bidra på veien mot regjeringens mål.

1.1.4 Krav

Kravene er videreføring av kravene fra konseptvalgutredningen for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste fra 2018 og kravene i det sentrale styringsdokumentet for helhetlig samhandling og felles kommunal journal fra 2020, men er tilpasset slik at det gjelder for den delen av konseptet som omhandler samhandling. Samfunns- og effektmål for helhetlig samhandling er beskrevet i kapittel 1.2.1 og 1.2.2. Det er utarbeidet syv krav som helhetlig samhandling må oppfylle for å bidra til å nå disse målene. De overordnede kravene er vurdert som like viktige, men anses ikke som absolutte krav.

Tabell 1 Overordnede krav avledet av samfunns- og effektmål

Overordnede krav avledet av samfunns- og effektmål	
A	Helhetlig samhandling skal gi personell i helse- og omsorgstjenester brukertilpassede og mer effektive løsninger for ytelse og dokumentasjon av helsehjelp.
B	Helhetlig samhandling skal legge til rette for effektiv samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Med effektiv samhandling menes at nødvendige helseopplysninger er tilgjengelig ved behov.

C	Helhetlig samhandling skal gi innbyggere mulighet til å være aktive i prosesser og beslutninger om egen helse.
D	Helhetlig samhandling skal sikre enklere og bedre ivaretagelse av innbyggers personvernrettigheter.
E	Helhetlig samhandling skal sikre tilgjengeliggjøring av data fra helse- og omsorgstjenesten til forskning, styring, beredskap og helseovervåkning.
F	Helhetlig samhandling skal legge til rette for innovasjon og tjenesteutvikling i helse- og omsorgssektoren.
G	Helhetlig samhandling skal kunne tilpasses endringer i rammebetingelser og struktur, for eksempel ansvarsoverføringer eller endret oppgaveløsning i helse- og omsorgstjenesten.

I tillegg til kravene avledet av samfunns- og effektmålene ovenfor stilles det krav som knytter seg til andre viktige behov identifisert i konseptvalgutredningen fra 2018 (3). Krav I og J er satt som absolutte krav som må oppfylles for å sikre at stegene i utviklingsretningen for målbildet for helhetlig samhandling ivaretar behov knyttet til informasjonssikkerhet og for at løsningene er robuste mot ulike påførte utfordringer fra datakriminalitet som phishing, tjenestenektangrep, løsepengevirus, hacking etc. Krav H har samme prioritet som kravene A til G.

Tabell 2 Krav utledet av andre viktige behov

Overordnede krav avledet av andre viktige behov	
H	Helhetlig samhandling skal sikre at informasjonstjenestene som etableres er gjenbrukbare og gjøres tilgjengelig på en samhandlingsinfrastruktur
I	Helhetlig samhandling skal ivareta informasjonssikkerhet ved behandling av helse- og personopplysninger.
J	Helhetlig samhandling skal ha styringssystem og løsninger for informasjonssikkerhet og personvern som gjør løsningene robuste og feiltolerante mot påførte utfordringer (phishing, hacking osv.).
K	Helhetlig samhandling skal være tilpasningsdyktig med tanke på nye og endrede behov og nye muligheter.

1.1.5 Hovedkonsept

Direktoratet for e-helse utarbeidet i 2018 en konseptvalgutredning for å løse behov knyttet til klinisk dokumentasjon og pasient- og brukeradministrasjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og samhandlingen med øvrige aktører i helse- og omsorgssektoren. Kvalitetssikringen av konseptvalgutredningen (KS1) anbefalte, i samsvar med konseptvalgutredningen, konsept 7 nasjonal kommunal løsning for pasientjournal med helhetlig samhandling.

Konseptet omhandlet to områder, henholdsvis felles kommunal journal og helhetlig samhandling. Ambisjoner for samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten i konseptet er høye. Målbildet for helhetlig samhandling innebærer at nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter utvikles til å dekke behovet for samhandling for innbyggere og pårørende samt helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten, og skal gi en mer sømløs samhandling.

1.1.5.1 Overordnet gjennomføring av konsept 7

Et sentralt styringsdokument (4), med utgangspunkt i konsept 7, ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet i 2020 og ble kvalitetssikret (KS2) samme år. Etter anbefaling gitt i det sentrale styringsdokumentet ble gjennomføringen av konsept 7 delt i to programmer. Det ene er Felles kommunal journal som drives videre i et samarbeidsprosjekt mellom kommunene, KS og staten. Det andre er program digital samhandling, som ledes av Direktoratet for e-helse, med mål om å binde de ulike kliniske fagsystemene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten sammen og gi helsepersonell tilgang til nødvendig og relevant informasjon.

Direktoratet for e-helse anbefalte i det sentrale styringsdokumentet i 2020 at målbildet for helhetlig samhandling skulle realiseres gjennom en stegvis tilnærming med flere steg hvor hvert steg skal ha selvstendig verdi. Den stegvise tilnærmingen ble anbefalt for å gi bedre styring og koordinering av avhengigheter og en gradvis utvikling av samhandlingsfunksjonalitet over tid. Målbildet for helhetlig samhandling ble definert etter en omfattende kartlegging av informasjonsbehov og ble oppsummert i 26 informasjonstjenester. Et sammendrag av dette er beskrevet i Vedlegg M Målbilde for helhetlig samhandling.

Program digital samhandling, med Direktoratet for e-helse som eier, har ansvaret for å gjennomføre det første steget, steg 1, i tett samarbeid med nasjonal tjenesteleverandør, Norsk helsenett SF. I steg 1 videreutvikles løsninger for trygg og sikker informasjonsdeling og det skal etableres en nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar.

Steg 2 i utviklingsretningen for samhandling

Dette styringsdokumentet beskriver hva det neste steget (steg 2) i utviklingsretningen inneholder og hvordan steget skal gjennomføres og styres.

I 2020 utarbeidet Direktoratet for e-helse i samarbeid med sektoren et veikart som gir oversikt over planer for pågående utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger, samt viser status, avhengigheter og risiko for arbeidet fremover. Programstyret til program digital samhandling anbefalte våren 2021 at steg 2 skulle ta utgangspunkt i veikartet med hensikt å ferdigstille prioriterte tiltak i sektoren som er påbegynt.. Helse- og omsorgsdepartementet sendte 16. juni en konkretisering av oppdraget hvor det ble spesifisert at veikartet skulle legges til grunn for steg 2.

Det har blitt utarbeidet en modell for å prioritere hvilke tiltak som bør inngå som en del av steg 2. Se Vedlegg K Prioritering av tiltak i steg 2 for beskrivelse av prioriteringsmodellen. I arbeidet med å definere steg 2 har fokus vært å ivareta behovet for rask realisering av gevinster og nødvendigheten av mer langsiktige tiltak for å lykkes med å realisere målbildet for helhetlig samhandling. I tillegg er det vurdert hva aktørene i sektoren har kapasitet til å ta imot og innføre. Prioriteringsmodellen og kriteriene som ligger i modellen har vært diskutert i flere omganger med programstyret. Både programstyret og nasjonalt e-helsestyre har sluttet seg til det anbefalte innholdet i steg 2 som er følgende samhandlingsområder:

- Pasientens legemiddelliste: etablere og tilgjengeliggjøre pasientens legemiddelopplysninger i én felles nasjonal oversikt. Aktører som omfattes er helseforetak, avtalespesialister, fastleger, legevakt, ØHD/KAD, sykehjem, hjemmetjeneste og apotek.
- Dokumentdeling: samhandling gjennom deling av journaldokumenter på tvers av forvaltningsnivåer ved bruk av kjernejournal og den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen. Helseforetak, avtalespesialister, legevakt og ØHD/KAD vil dele

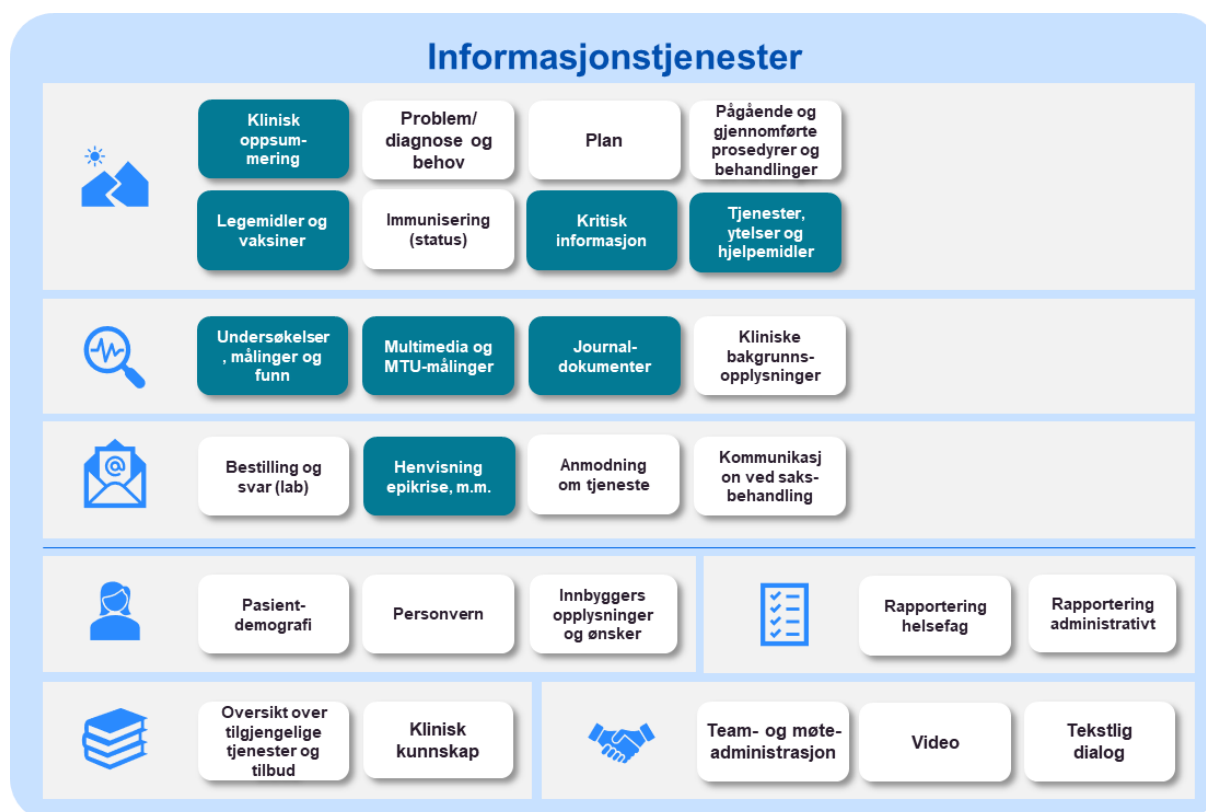
dokumenter, mens alle aktører som har kjernejournal vil kunne lese dokumentene som deles.

- Kritisk informasjon: kritisk informasjon kan endres og deles av aktørene i helse- og omsorgstjenesten gjennom et felles grensesnitt i kjernejournal. Aktører som omfattes er helseforetak, avtalespesialister, ØHD/KAD, fastleger og sykehjem.
- Datadeling for digital hjemmeoppfølging: utvikle tjenester som kan brukes på tvers av helse- og omsorgssektoren for å gjøre data fra digital hjemmeoppfølging tilgjengelig via grensesnitt, slik at helsepersonell langs hele forløpet kan få tilgang til aktuelle data. Innføringen er ikke en del av steg 2 og gjennomføres av velferdsteknologiprogrammet i Helsedirektoratet.
- Forprosjekt for steg 3: vurderinger av hva som bør være neste steg i utviklingsretningen for målbildet for helhetlig samhandling. Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger legges til grunn for prioritering. Bredding av samhandlingsløsninger til helsestasjonstjenesten, skoletjenesten og tannhelsetjenesten skal vurderes som en del av steg 3. Utredning av behov knyttet til administrasjon av legemidler bør påbegynnes i 2022 utenfor for programmet for pasientens legemiddelliste og kan videre også vurderes som et tiltak i steg 3.

Forprosjektet vil utarbeide sentralt styringsdokument i henhold til statens prosjektmodell, og vil være underlagt ekstern kvalitetssikring (KS2) dersom investeringskostnaden overstiger 300 millioner kroner.

Steg 2 handler hovedsakelig om nasjonale tjenester som er etablert eller er under etablering. En stor del av steg 2 er innføringsaktiviteter, samt aktiviteter knyttet til tilpasninger som ulike aktører må gjøre i egne systemer. Samhandlingsområdene adresserer behovene for informasjonsdeling og samhandling mellom aktørene i helsesektoren og steg 2 vil bidra til å realisere viktige pågående tiltak innenfor samhandlingsområdene.

Gjennom disse samhandlingsområdene vil pasient, innbygger og helsepersonell få tilgang til løsninger som vil legge til rette for informasjonsdeling på tvers av helse- og omsorgssektoren og tiltakene vil realisere sentrale deler av målbildet for helhetlig samhandling. Figur 1 viser hvilke informasjonstjenester i målbildet for helhetlig samhandling som steg 2 er med på å realisere. Se Vedlegg N Målbildet for helhetlig samhandling for en nærmere beskrivelse av målbildet.



Figur 1 Oversikt over hvilke informasjonstjenester i målbilde for helhetlig samhandling steg 2 er med på å realisere (de grønne)

Overordnet organisering av steg 2

Etter vedtatt investeringsbeslutning om gjennomføring av steg 2, vil sektorsammensatte programstyrer være ansvarlig for å realisere omfang for steg 2 innenfor gitt budsjett, og bidra til å sikre realisering av nytte i henhold til Stortingets investeringsbeslutning.

Det anbefales at gjennomføringen av steg 2 organiseres i to programmer:

- Program digital samhandling
- Program pasientens legemiddelliste

Organisering og ansvarsdeling er nærmere beskrevet i kapittel 2.4.

1.1.6 Sentrale interessenter

Steg 2 har et bredt nedslagsfelt.

Tabell 3 viser en oversikt over sentrale interessenter. Vedlegg B Organisering av arbeidet gir en nærmere beskrivelse av prosessen med sentrale interessenter, inkludert oversikt over gjennomførte møter.

Tabell 3 Sentrale Interessenter

Interessenter som er identifisert som mest relevante for steg 2	
Innbygger	• Pasienter, brukere eller mottakere av helse- og omsorgstjenester • Enkeltindivid med ansvar for egen helse • Pårørende, fullmektig eller verge til mottakere av helse- og omsorgstjenester
Helsepersonell og virksomheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste	• De ulike gruppene av helsepersonell i lovpålagte kommunale helse- og omsorgstjenester. Tiltakene i steg 2 er rettet mot tjenestene fastlege, legevakt, øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)/kommunal akutt døgnettenhet (KAD), hjemmetjenester og sykehjem. Omfatter både tjenester kommunen leverer selv og tjenester fra private som har avtale med kommunen, eksempelvis selvstendig næringsdrivende fastleger eller private leverandører av sykehjem- eller hjemmetjenester. Inkluderer også kommunale helse- og omsorgstjenester gitt i distriktsmedisinske sentre.
Helsepersonell og virksomheter i spesialisthelsetjenesten	• De ulike gruppene av helsepersonell som yter helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Omfatter både tjenester de regionale helseforetakene leverer selv og tjenester fra private som har avtale med regionale helseforetak, eksempelvis avtalespesialister eller private/ideelle sykehus.
Kommuner, fylkeskommuner og spesialisthelsetjenesten	• Kommunenes administrasjon • KS, kommunesektorens interesseorganisasjon • Kommunenes politikere • Spesialisthelsetjenestenes administrasjon (RHF/HF) • Helseplattformen i Midt-Norge • Felles kommunal journal
Andre aktører	• Fysioterapeuter • Statlige myndigheter • Helsetjenester som verken er en del av kommunale, fylkeskommunale helse- og omsorgstjenester eller spesialisthelsetjenesten, eksempelvis apotek-bransjen • Norsk helsenet SF • Leverandører av e-helseløsninger • Fag- og profesjonsforeninger • Pasient- og brukerforeninger • Institusjoner innen forskning, innovasjon og utdanning

1.2 Prosjektmål

Dette kapitlet beskriver målene for steg 2. Samfunns mål og effektmål gjelder for konseptet for digital samhandling med utgangspunkt i konsept 7 i konseptvalgutredningen fra 2018.

Samfunns- og effektmålene er en videreføring av målene i det sentrale styringsdokumentet for helhetlig samhandling og felles kommunal journal fra 2020. Delmål og resultatmål gjelder for steg 2.

1.2.1 Samfunnsmål

Samfunnsmålet beskriver hvilken samfunnsutvikling konseptet for digital samhandling skal bygge oppunder. Samfunnsmålet er definert med utgangspunkt i det prosjektutløsende behovet gjengitt i konseptvalgutredningen fra 2018 og i tråd med overordnede strategier og mål for helse- og omsorgssektoren.

Samfunnsmål

Bedre helse for innbyggere gjennom en kunnskapsbasert og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som utnytter teknologiske muligheter for å tilby helhetlige og sikre tjenester av høy kvalitet

De sentrale begrepene i samfunnsmålet er ment å forstås på følgende måte:

1. **Bedre helse** innebærer at flere holder seg friske lenger, og syke ivaretas med tryggere og mer virkningsfull helsehjelp.
2. Med **innbygger** menes alle roller en innbygger kan ha, eksempelvis enkeltindivid med ansvar for egen helse, pasient, bruker, pårørende, fullmektig eller verge.
3. **Kunnskapsbasert** innebærer at helse- og omsorgstjenesten tar i bruk eksisterende og ny kunnskap, og omsetter forskning til innovasjon og bedre praksis, samt at oppdaterte data og analyser er tilgjengelig for styring. Beslutninger om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester er basert på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak og i tråd med helsefaglige retningslinjer. Dette minsker uønsket klinisk variasjon, og gir tjenester av høy kvalitet.
4. **Bærekraftig** innebærer at kapasitet og ressurser hos alle aktører i verdikjeden, også innbyggeren, benyttes effektivt for å møte fremtidige behov. I tillegg handler det om å støtte opp under FNs bærekraftsmål.
5. **Helhetlige tjenester** innebærer at helse- og omsorgstjenesten fordeler og gjennomfører oppgaver slik at innbyggere opplever en koordinert tjeneste. Dette inkluderer samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og øvrige aktører i helse- og omsorgstjenesten. Det innebærer også at innbyggernes erfaringer og synspunkter er reflektert i tjenestene.
6. **Sikre tjenester av høy kvalitet** innebærer at helse- og omsorgstjenesten utnytter og deler nødvendig informasjon mellom virksomheter og tjenestenivå slik at sannsynlighetene for feil og uheldige hendelser reduseres til et minimum. Sikre tjenester innebærer også at krav til informasjonssikkerhet og personvern ivaretas og at innbyggere enkelt har innsyn i egne helseopplysninger og annen informasjon.

1.2.2 Effektmål

Effektmålene uttrykker den direkte effekten som ønskes oppnådd for brukerne av konseptet for digital samhandling, og er avledet av samfunnsmålet. Basert på prioriteringen av de viktigste behovene fra behovsanalysen i konseptvalgutredningen er det utledet to sidestilte effektmål.

Effektmål 1

Innbyggere får helse- og omsorgstjenester av høyere kvalitet og økt pasientsikkerhet

Effektmål 2

Mer effektiv ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten

Effektmål 1 innebærer blant annet at:

- Riktig behandling og helsehjelp gis til rett tid.
- Beslutninger om helsehjelp baseres på evidensbasert kunnskap om effekt av tiltak, og ivaretar pasientrettigheter.
- Sannsynligheten for feil og uheldige hendelser reduseres.
- Innbyggere kan være aktive i prosesser og beslutninger om egen helse.

Effektmål 2 innebærer blant annet en reduksjon av:

- Tidsbruk knyttet til innhenting og deling av pasientopplysninger og annen nødvendig informasjon i helse- og omsorgstjenesten.
- Tidsbruk knyttet til dokumentasjon og administrasjon av helsehjelp i helse- og omsorgstjeneste.
- Markedssvikt og med dette redusert risiko for parallelle løsninger, og lavere kostnader over tid

Det er vurdert som uhensiktsmessig å kvantifisere effektmålene i form av absolutte eller prosentvise endringer i ressursbruk eller kvalitet. Dette skyldes at det finnes lite statistikk knyttet til dagens tilstand i helse- og omsorgstjenesten, og at organisering av tjenestetilbudet og ansvarsområder er i stadig utvikling. Det er imidlertid forsøkt å etablere måltall for tiltakets delmål beskrevet under.

1.2.3 Delmål (gevinster)

Delmålene utdyper og kvantifiserer effektmålene innenfor rammene satt i steg 2. Delmålene understøtter effektmålene, men vil ikke alene realisere effektmålene i sin helhet. Etter hvert som flere tiltak innenfor utviklingsretningen planlegges, kan det være behov for å utarbeide ytterligere delmål. Det er etablert fire delmål for steg 2. Disse tilsvarer steg 2 sine gevinster og er beskrevet i detalj i Vedlegg D Gevinstrealiseringsplaner. De 4 delmålene er:

- Frigjort tid for personell som jobber i helse- og omsorgstjenesten
- Færre uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten
- Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten
- Økt innovasjon og tjenesteutvikling gjennom et bedre fungerende marked

Måltall for tiltakets delmål er angitt i Vedlegg D Gevinstrealiseringsplaner.

1.2.4 Resultatmål

Resultatmålene beskriver hva som skal være produsert til hvilket tidspunkt og innenfor hvilken kostnadsramme. Resultatmålene skal oppnås i løpet av steg 2 sin levetid. Det er utarbeidet resultatmål for hvert av de to programmene.

Resultatmålene er prioritert i henhold til kostnad, omfang og tid for begge programmene. Arbeidsomfanget i program digital samhandling er estimert med et element av «design to cost». Design to cost er en prosjektstrategi for å optimalisere prosjekter innenfor en gitt økonomisk ramme. Strategien egner seg for prosjekter der kostnad er prioritert som resultatmål foran tid og kvalitet, dvs. i prosjekter der innhold og omfang kan endres over tid. Programmet mål styres for å sikre *høyest mulig samfunnsnytte* innenfor den fastsatte rammen.

1.2.4.1 Resultatmål for programmet digital samhandling

Resultatmål for samhandlingsområdene i programmet for digital samhandling som er knyttet til steg 2:

- Kritisk informasjon, dokumentdeling og datadeling for digital hjemmeoppfølging og forberedelser til steg 3, inkludert forprosjekt for steg 3, gjennomføres innen en styringsramme (P50) på 1 123 millioner kroner inkl. mva. ved utgangen av 2027

Dokumentdeling

- Helseforetakene deler dokumenter via kjernejournal og Helsenorge
- Det er avklart hvordan og hvilke dokumenter som skal deles fra nye aktører
- Avtalespesialister, legevakt og øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)/kommunal akutt døgnetenhet (KAD) prøver ut og deler utvalgte dokumenter med helsepersonell og innbygger

Kritisk informasjon

- Helseforetakene har innført API for kritisk informasjon
- Fastleger og avtalespesialister har innført API for kritisk informasjon
- Sykehjem og ØHD/KAD har innført API for kritisk informasjon

Datadeling for digital hjemmeoppfølging

- Det er etablert tjenester som kan brukes på tvers av helse- og omsorgssektoren som benyttes for å gjøre data fra digital hjemmeoppfølging tilgjengelig via grensesnitt, slik at helsepersonell langs hele forløpet kan få tilgang til aktuelle data, innen 2026

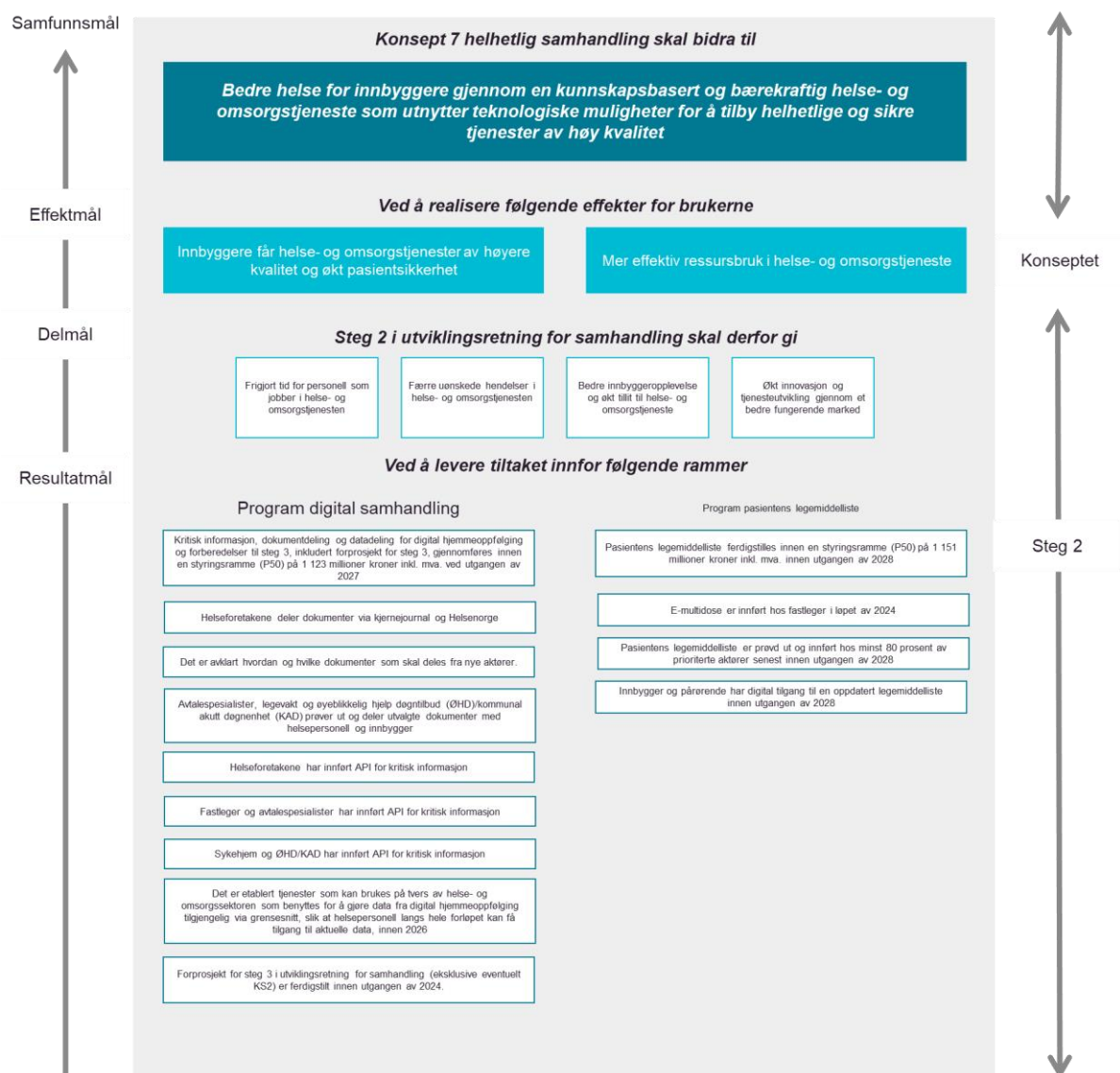
Forprosjekt steg 3

- Forprosjekt for steg 3 i utviklingsretning for samhandling (eksklusive eventuelt KS2) er ferdigstilt innen utgangen av 2024

1.2.4.2 Resultatmål for programmet pasientens legemiddelliste

- Pasientens legemiddelliste ferdigstilles innen en styringsramme (P50) på 1 151 millioner kroner inkl. mva. innen utgangen av 2028
- E-multidose er innført hos fastleger i løpet av 2024
- Pasientens legemiddelliste er prøvd ut og innført hos minst 80 prosent av prioriterte aktører senest innen utgangen av 2028

- Innbygger og pårørende har digital tilgang til en oppdatert legemiddelliste innen utgangen av 2028



Figur 2 Målhierarki for steg 2

1.3 Kritiske suksessfaktorer

Kritiske suksessfaktorer er avgjørende forhold som man må lykkes med og som må være på plass for å nå målene for steg 2. Basert på erfaring fra tilsvarende programmer, interessentanalysen og prosjektets egenart er det utarbeidet suksessfaktorer som er kritiske for måloppnåelsen. Det er etablert 11 kritiske suksessfaktorer for steg 2 i sin helhet hvorav én av disse er særskilt knyttet til pasientens legemiddelliste. De kritiske suksessfaktorene er utdypet i

Tabell 4.

Tabell 4 Kritiske suksessfaktorer for steg 2

#	Suksessfaktor	Beskrivelse
1	Måltrettet kommunikasjon og endringsledelse	Det må kommuniseres måltrettet med aktører i sektoren for å forberede og skape motivasjon for endring. Endring krever tett oppfølging fra ledelse.
2	Realisering av gevinster	Virksomhetene som berøres av endringene steg 2 medfører, må ta eierskap til realisering av gevinster.
3	Forutsigbar finansiering	Det må foreligge forutsigbare modeller og avtaler om finansiering før oppstart av gjennomføringen av samhandlingsområdene i steg 2.
4	Koordinerte investerings-beslutninger	De sentrale aktørene i sektoren må forplikte seg til gjennomføring av nødvendige investeringer og tilpasninger i egne løsninger som steg 2 har avhengigheter til.
5	Styring av avhengigheter	For å realisere målene for steg 2, må programmene følge opp avhengigheter i steg 2 og koordinert innføring mot sektoren.
6	God ledelse og styring av programmene	Tydelig ansvarsdeling og god styring, herunder entydige fullmakter og beslutningsveier, må etableres i programmene.
7	Tilstrekkelig ressurser i gjennomføringen	Programmene må bemannes slik at de har tilstrekkelig kapasitet og kontinuitet til gjennomføring.
8	Tilstrekkelig ressurser og forankring i regionale og lokale virksomheter	For med å realisere steg 2, må virksomhetene som skal ta i bruk løsningene sørge for å sette av tilstrekkelig kapasitet til lokal tilpasning og innføring. Samt forankring på alle nivåer i virksomhetene som skal ta i bruk løsningene.
9	Involvering av helsepersonell i gjennomføringen	Deltakelse og involvering fra helsepersonell i gjennomføringen er sentralt for å lykkes med brukervennlige løsninger som understøtter helsepersonells behov.
10	Leverandørene leverer i henhold til avtaler og krav med virksomhetene i sektoren	For å realisere steg 2, må leverandører prioritere, ha kapasitet og levere i henhold til kontrakt med virksomheter i sektoren.
11	Endringshåndtering og fleksibilitet i gjennomføring	Det må eksistere muligheter for å stoppe programmene og/eller innarbeide nødvendige endringer basert på læring underveis i gjennomføringen.
12	Aktiv innføring (gjelder pasientens legemiddelliste)	For å realisere nytten ved pasientens legemiddelliste må størst mulig grad av geografisk samtidighet og ibruktakelse tilstrebes. Dette sikres gjennom målrettede innføringsaktiviteter på sentralt og lokalt nivå.
13	Beslutningsdyktig programstyre	En smidig gjennomføring fordrer en smidig beslutningsstruktur. Et sterkt og aktivt programstyre som evner å prioritere og ta beslutninger innenfor rammene av steg 2 er derfor svært viktig. Dette handler om å delegere beslutningsmyndighet og nyttestyring underveis i gjennomføringen.

1.4 Rammebetingelser

Dette kapitlet beskriver de viktigste rammebetingelsene for steg 2. Det er delt mellom føringer for forprosjektfasen og rammebetingelser for selve gjennomføringen av steg 2.

1.4.1 Føringer for forprosjektet for steg 2

Tabell 5 angir sentrale føringer for forprosjektet som ble gitt i oppdragsbrev datert 18. desember 2020 fra Helse- og omsorgsdepartementet. I tillegg kom Helse- og omsorgsdepartementet med en konkretisering av oppdraget datert 16. juni 2021.

Tabell 5 Føringer for forprosjektet fra Helse- og omsorgsdepartementet

Område	Føring
Generelt	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 ta utgangspunkt i behovskartleggingen og målbildet for helhetlig samhandling fra konseptvalgutredningen Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste og det valgte konsept 7, og slik dette er videre bearbeidet i forprosjekt for helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Forprosjektet skal hensynta vedtatte strategier for samhandling etter 2018 og evt. endringer i tjenestenes behov.
	Forprosjektet for helhetlig samhandling innebærer utarbeidelse av sentralt styringsdokument som skal beskrive nasjonale samhandlingsløsninger i en helhet, på bakgrunn av regjeringens konseptvalg i 2018, og vedtatte politiske meldinger og handlingsplaner som én innbygger – én journal (Meld St. 9 2012-2013)), Leve Hele Livet – En kvalitetsreform for eldre (Meld St. 15 (2017-2018)), Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Meld St. 7 (2019-2020)) og Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert.
	Forprosjektet skal utrede om det er rettslig mulig og nødvendig å pålegge plikt til å bruke samhandlingsløsningen, samt hvordan dette eventuelt bør gjøres konkret.
	Det skal i sentralt styringsdokument synliggjøres hvordan steg 1 og steg 2 bidrar til å realisere målbildet for digital samhandling, herunder hvilke deler av målbildet som innfris og hvilke deler som gjenstår.
	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.
Regelverksendringer	Forprosjektet skal så langt som mulig identifisere behov for regelverksutvikling og beskrive økonomiske og administrative konsekvenser.
Omfang	Forprosjektet skal avgrense til å utrede steg 2 for helhetlig samhandling.
	Direktoratet skal legge veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger til grunn for prioritering av tiltak i steg 2.

	Forprosjekt for helhetlig samhandling omfatter spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder fastleger og andre private tjenesteytere.
	Det skal i styringsdokumentet fremkomme hvilke prinsipper som har vært utslagsgivende for tiltakene som inngår i steg 2 og hvilke konsekvenser dette har for pågående aktiviteter i andre programmer og prosjekter.
	Forprosjektet skal koble veikartet for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger til målbildet for helhetlig samhandling.
Gjennomføringsstrategi	Gjennomføringsplanen må også hensynta øvrig tjeneste- og ikt-utvikling i spesialist- og primærhelsetjenesten.
	Det skal legges til grunn en stegvis tilnærming til realisering av målene for samhandling i helse- og omsorgssektoren for å redusere usikkerhet og risiko.
	Stegvis utvikling kan innebære at hvert steg har separate vurderinger av kostnader og gevinster. Stegene bør innrettes mot å gi løpende gevinster underveis. Det bør være et mål at hvert steg har selvstendig verdi om man ev. skulle velge å stoppe prosjektet etter ett gitt steg.
	Det må gjøres vurderinger av avveiningen mellom tid, kvalitet og kostnad i gjennomføringsfasen. Dette må også sees opp mot avhengigheter til andre programmer og prosjekter i den nasjonale e-helseporteføljen.
	Forslag til prioritering må gjenspeiles i valg av gjennomføringsstrategi og det skal vurderes om design-to-cost kan egne seg for gjennomføringsfasen.
Organisering og ansvarsdeling	Det skal beskrives en programstruktur som omfatter gjenstående aktiviteter fra steg 1, forslag til avgrensning og innhold i steg 2, samt hovedinnhold og retning for påfølgende steg. En slik programstruktur må ha sterk forankring i sektoren og være i tråd med forventninger fra den eksterne kvalitetssikringen.
	Forprosjektet skal legge til rette for en kontinuerlig og særlig tett samhandling med Helseplattformen, Felles kommunal journal og arbeidet med samordnet utvikling av de øvrige regionale helseforetakenes journalløsninger.
	Forprosjektet skal etablere styringsmekanismer som sikrer at avhengigheter håndteres, slik at alle parter har felles oversikt over prioriteringer, konsekvenser og forutsetninger før det fattes beslutninger.
Tekniske krav og standarder	Forprosjektet skal foreslå felles prinsipper, tekniske krav og standarder for samhandling på tvers av forvaltningsnivåene
	Det skal vurderes hvordan valgte prinsipper, krav, prosessbeskrivelser, standarder og terminologi for samhandling som er benyttet i journalløsningen i Midt-Norge kan gjenbrukes nasjonalt.
	Internasjonale standarder og åpne grensesnitt skal legges til grunn der dette er hensiktsmessig.
Kostnadsoverslag og kostnadsfordeling	Styringsmålet, P50-kostnad, for målbildet for helhetlig samhandling settes til 2,4 milliarder 2021-kroner. Styringsmålet er utgangspunktet for endringsloggen i forprosjektfasen.
	Det skal føres endringslogg for hele forprosjektfasen med utgangspunkt i det fastsatte styringsmålet på 2,4 mrd. kroner.

	Det er i dialog med HOD avklart at utarbeidelse av finansieringsmodeller, herunder kostnadsfordeling mellom aktørene, vil håndteres av departementet selv.
	Statens utgangspunkt for kostnadsdeling: • Investeringskostnaden for helhetlig samhandling utover steg 1 skal fordeles mellom regionale helseforetak og kommuner. Forprosjektet skal beskrive denne kostnadsfordelingen. • Myndighetsoppgaver og programaktiviteter finansieres av staten. Det skal gjøres en nærmere avgrensning i forprosjektet på hva som skal defineres som myndighetsoppgaver og programaktiviteter. • Kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold dekkes av regionale helseforetak og kommuner.

1.4.2 Rammebetingelser fra lover og forskrifter

Listen under gjengir de viktigste lover og forskrifter som kan ha betydning for gjennomføringen av steg 2. Listen er ikke uttømmende.

Helserett (lover med enkelte forskrifter)

- Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven) av 20. juni 2014
 - Forskrift om behandling av helseopplysninger i nasjonal database for elektroniske resepter av 21. desember 2007
 - Forskrift om nasjonal kjernejournal av 31. mai 2013
 - Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger av 1. juli 2015
 - Forskrift om pasientjournal av 1. mars 2019
 - Forskrift om hvilke helseopplysninger som kan behandles i et behandlingsrettet helseregister med tolkede genetiske varianter av 21. september 2021
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) av 2. juli 1999
- Lov om helsepersonell (helsepersonelloven) av 2. juli 1999
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24 juni 2011
- Lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven) av 2. juli 1999

IKT-sikkerhet og personvern

- Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) av 6. juni 2018. Den gjennomfører EUs personvernforordning
- Lov om nasjonal sikkerhet (sikkerhetsloven) av 1. juni 2018
- Lov om gjennomføring av EUs forordning om elektronisk identifikasjon og tillitstjenester for elektroniske transaksjoner i det indre marked (lov om elektroniske tillitstjenester) av 15. juni 2018

- Europaparlamentets og Rådets direktiv (EU) 2016/1148 av 6. juli 2016 om tiltak som skal sikre et høyt felles sikkerhetsnivå i nettverks- og informasjonssystemer (NIS-direktivet)
- Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren

Lover og forskrifter om offentlig støtte

- Lov om gjennomføring i norsk rett av hoveddelen i avtale om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS) m.v. (EØS-loven) av 27. november 1992
- Lov om offentlig støtte av 27. november 1992, med tilhørende forskrifter

Lover og forskrifter om offentlige anskaffelser

- Lov om offentlige anskaffelser (anskaffelsesloven) av 17. juni 2016, med tilhørende forskrifter, herunder særlig
 - Forskrift om offentlige anskaffelser (anskaffelsesforskriften) av 12. august 2016

Selskapsrett

- Lov om statsforetak av 30. august 1991

Forvaltningsrett mv.

- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 10. februar 1967
- Lov om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (offentleglova) av 19. mai 2006
- Lov om arkivlov (arkivloven) av 4. desember 1992
- Lov om folkeregistrering (folkeregisterloven) av 9. desember 2016

I tillegg er det to prosesser knyttet til regelverk som vil være av betydning for program digital samhandling og programmet for pasientenes legemiddelliste. Det ble i desember 2021 fastsatt endringer i pasientjournalloven § 8 (jf. prop 3 L (2021-2022)) og nytt kap. 3 i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger, som trådte i kraft 1. januar 2022. De nye reglene omfatter helsenettet, kjernejournal, e-resept og helsenorge.no. Pasientjournalloven § 21 om personopplysninger fra Folkeregisteret er også endret og gir grunnlag for den nye Persontjenesten fra Norsk helsenett SF. Helse- og omsorgsdepartementet har videre i pågående lovarbeid hatt forslag til blant annet endring i pasientjournalloven § 10 på høring. Dette lovforslaget er ment å gi det rettslige grunnlaget for en nasjonal digital datainfrastruktur.

Det må imidlertid påregnes at det vil være nødvendig å gjøre ytterligere endringer i regelverket for å kunne realisere hele målbildet for helhetlig samhandling. Eksisterende nasjonale e-helseløsninger, og det rettslige grunnlaget disse bygger på, vil trolig ikke være tilstrekkelig for å oppnå hele dette målbildet.

1.4.3 Rammebetingelser fra Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet setter rammebetingelsene for hvordan Direktoratet for e-helse skal gjennomføre steg 2.

Rapportering

Direktoratet for e-helse skal rapportere til Helse- og omsorgsdepartementet i form av ordinære statusrapporter. Det vil utarbeides ekstraordinære rapporter når situasjonen tilsier det, eller når departementet ønsker det.

Finansiering

Statens bidrag i finansieringen blir besluttet av Stortinget i etterkant av KS2. Det tas derfor nødvendig forbehold om tildeling av midler og i tidshorisont for steg 2.

1.4.4 Rammebetingelser fra Direktoratet for e-helse

Styring og organisering

Programmene må, som en del av Direktoratet for e-helse, til enhver tid forholde seg til etatens gjeldende organisering, avtaler med tjenesteleverandører, prinsipper og retningslinjer. Videre må signering av avtaler relatert til programgjennomføringen følge Direktoratet for e-helses fullmaktshierarki. I tillegg må programmene forholde seg til forventningene hos en rekke berørte interessenter.

Programmene vil ligge i Direktoratet for e-helses portefølje og må forholde seg til gjeldende innrapporteringsrutine.

Programmene må også forholde seg til den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Den nasjonale styringsmodellen for e-helse er nå under videreutvikling. Forslaget til ny styringsmodell skal ut på høring vinteren 2022.

Samarbeidsavtale mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF

Programmene må forholde seg til de gjeldende mekanismer og avtaler mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF og ansvars plassering mellom de to organisasjonene.

Arkitekturprinsipper

Direktoratet for e-helse har publisert en veileder for helse- og omsorgsektoren om bruk av Digitaliseringsdirektoratets "Overordnede arkitekturprinsipper for digitalisering av offentlig sektor". Behovene, som utgjør omfanget under samhandlingsområdene i steg 2, bør løses i henhold til arkitekturprinsippene og ved bruk av veilederen. Det henvises til Vedlegg H Prinsipper, tekniske krav og standarder for samhandling for ytterligere beskrivelser av dette området.

Helse, miljø og sikkerhet

Programmene må forholde seg til gjeldende regler for HMS og legge til rette for en fornuftig arbeidsbelastning for de ansatte i programmene.

Avtaler med eksisterende leverandører

Programmene må forholde seg til de gjeldende avtalene inngått med leverandør i gjennomføringen av tiltaket.

1.4.5 Rammebetingelser fra Norsk helsenett SF

Norsk helsenett SF er nasjonal tjenesteleverandør og har ansvaret for å utvikle, forvalte og drifte de nasjonale e-helseløsningene. Det vil være opp til Norsk helsenett SF å definere hvordan oppgavene skal utføres innenfor de rammene som er satt. I utarbeidelsen av disse må programmene forholde seg til Norsk helsenett SFs retningslinjer, prinsipper, organisering, regler for HMS og gjeldene avtaler med leverandører.

1.4.6 Felles føringer og retningslinjer for IKT i offentlig sektor

Steg 2 skal bidra til å realisere regjeringens ambisjon for digitalisering av offentlig sektor og økt tverrsektoriell samhandling. Digitaliseringsrundskrivet er en sammenstilling av pålegg og anbefalinger om digitalisering i offentlig sektor.

Digitaliseringsdirektoratet har en operativ rolle i forbindelse med prinsipper for samhandling med IT i offentlig sektor. Det er gitt felles føringer for offentlig sektor når det gjelder IT-utvikling, arkitekturprinsipper og en referansekatalog for anbefalte og obligatoriske standarder. Programmene må ta hensyn til Digitaliseringsdirektoratets føringer.

1.5 Grensesnitt og avhengigheter

1.5.1 Nullalternativ

Nullalternativet beskriver dagens situasjon og forventet utvikling i fravær av nye tiltak (5). Det er vedtatt politikk (regelverk, lover, bevilgninger med videre) som skal ligge til grunn for utformingen av nullalternativet. Nullalternativet skal dermed hensynta tiltak som er i gang eller har fått bevilgning (6).

IKT har den iboende egenskapen at løpende og nødvendig drift og forvaltning i seg selv ofte vil gi en gradvis forbedring i funksjonalitet og brukeropplevelse over tid. Nasjonale e-helseløsninger finansieres ofte gjennom et spleiselag mellom ulike aktører, og prosjekter finansieres og prioriteres på årlig basis. Dette skaper utfordringer med hensyn til å avgrense hvilke andre nasjonale tiltak som bør ligge i et nullalternativ for steg 2, og gjør også at det er relativt stor usikkerhet knyttet til nullalternativet.

Følgende sentrale tiltak er inkludert i nullalternativet med relevans for steg 2:

- **Alle tiltak i steg 1.** Steg 1 har en tidshorisont til og med 2024, mens steg 2 har oppstart i 2023. Det innebærer at det vil foregå steg 1-aktiviteter i nullalternativet som vil gå parallelt med innføringen av steg 2. Flere av tiltakene i steg 2 bygger på, og er avhengig av tiltak som er under realisering i steg 1. Prosjekt tillitstjenester, API-håndtering og grunndata (TAG) skal realisere en rekke tjenester som skal gi enkel og sikker tilgang til helseopplysninger på tvers av virksomheter og omsorgsnivå i helsesektoren. Det utvikles felles tjenester for å understøtte samhandling mellom helsepersonell og med innbygger, og det utvikles funksjoner for å innføre dokumentdeling gjennom kjernejournal, modernisering av grunndatatjenester og etablering av en felles katalog over API-er som er tilgjengelig fra nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter er i gang. Den nasjonalt drevne utprøvingen av dokumentdeling er avsluttet. Det legges til grunn at innføringen kommer i gang i 2022, og også har kommet et godt stykke på vei når steg 2 starter. Det legges til grunn at utprøving av API for kritisk informasjon i kjernejournal gjennomføres i 2022.
- **Sentral forskrivningsmodul (SFM):** Det er i statsbudsjettet for 2022 bevilget 57 millioner kroner til utvikling av e-resept (sentral forskrivningsmodul) til pleie- og omsorgssektoren. Innføring av SFM til pleie- og omsorgssektoren er et sentralt element i pasientens legemiddelliste. Utviklingen av SFM tilrettelegger for at sykepleiere i pleie- og omsorgssektoren får informasjon om legemidler pasienten har på e-resept rett inn i journalsystemet. Utviklingen av SFM til pleie- og omsorgssektoren forutsettes ferdigstilt i nullalternativet, der det også legges til grunn at EPJ-leverandørene kommunehelsetjenestene bruker, vil tilby løsninger der legemiddellister fra e-resept er tilgjengelig i EPJ-systemet.
- **Kjernejournal:** Kjernejournal er en av de første nasjonale IT-løsningene for å dele pasientinformasjon på tvers av helsesektoren. Utviklingen startet i 2012 og kjernejournal har vært i drift siden 2015. Høsten 2021 var kjernejournal innført i alle sykehus, legevakter og ved 91 prosent av fastleger. I tillegg har alle innbyggere fått tilgang til sin kjernejournal via helsenorge.no. Kjernejournal-prosjektet har som

ambisjon at 80 prosent av kommunene skal ha tatt i bruk kjernejournal innen 2023. I henhold til planene for prosjektet skal ca. 70 kommuner innføre kjernejournal i 2023. Det forutsettes at kjernejournal er ferdig utrullet til pleie- og omsorgstjenesten i løpet av 2023.

- **Aktiviteter under Nasjonalt velferdsteknologiprogram:** Helsedirektoratet, sammen med Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF, har pågående aktiviteter i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Programmet prøver ut digital hjemmeoppfølging for personer med kroniske sykdommer.

Det finnes flere initiativ og løsninger i dag som delvis løser behovet for datadeling innen digital hjemmeoppfølging. Disse løsningene har imidlertid begrenset utbredelse og er ikke tilrettelagt for nasjonal bruk. I nullalternativet er det lagt til grunn at utviklingen vil fortsette uten normerende produkter som tilrettelegger for teknisk og semantisk samhandlingsevne.

- **Helseforetakene har en rekke samhandlingsaktiviteter** som er relevante for steg 2. Blant annet pågår det et arbeid der helseforetakene moderniserer sine journalløsninger som også inkluderer legemiddellister. Helseforetakenes aktiviteter inngår i nullalternativet.
- **Helseplattformen i Midt-Norge:** Det forutsettes at sykehus, kommuner og fastleger innfører Helseplattformen, som er en felles journaløsning for helsetjenesten i Midt-Norge. Innføringen begynner våren 2022. Aktørene får en felles legemiddelliste i Helseplattformen fra oppstart og det vil være en påfølgende stegvis innføring av pasientens legemiddelliste for alle i Helseplattformen. For aktører som likevel ikke skulle velge å ta i bruk Helseplattformen vil det være mulig å innføre pasientens legemiddelliste via program for pasientens legemiddelliste mot at kommunene selv dekker innføringskostnaden, på lik linje med andre kommuner. Når det gjelder de øvrige samhandlingsområdene så er det estimert integrasjonskostnader til Helseplattformen, men ikke for den enkelte aktør i Helse-Midt.

Videre er prioriterte aktiviteter i EPJ-løftet nedfelt i protokoll, og tiltak som er gitt finansiering gjennom samfinansieringsordningen en del av nullalternativet. Dette inkluderer blant annet utprøvingen av digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner som gjennomføres i regi av Helsedirektoratet.

1.5.2 Avhengigheter for steg 2

Det er flere sentrale tekniske avhengigheter mellom de fire samhandlingsområdene i steg 2 og mellom steg 2 og steg 1. Med tekniske avhengigheter menes avhengigheter der utvikling i ett samhandlingsområde eller steg 1 er en forutsetning for å realisere gevinster i et samhandlingsområde i steg 2.

Følgende sentrale avhengigheter mellom samhandlingsområdene er identifisert:

- **Innføring av kjernejournal i kommunene:** API for kritisk informasjon forutsetter at kjernejournal er innført i kommunal pleie- og omsorgstjeneste for de som har tjenstlig behov. Dokumentdeling forutsetter også dette for de skal kunne lese dokumenter.

Følgende avhengigheter er identifisert mellom steg 1 og steg 2:

- **Tillitsmodell:** Innføring av dokumentdeling forutsetter at tillitsmodell for å understøtte dokumentdeling i kjernejournal er etablert. Operasjonalisering av felles tillitsmodell ligger som oppgave i steg 1.

- **Krav til standard for kritisk informasjon:** Nasjonal tilrettelegging og innføring av kritisk informasjon basert på datadeling forutsetter at utprøvingen av API for kritisk informasjon er gjennomført og at det er avklart hvilken standard som skal benyttes for kritisk informasjon. Dette ligger inne som en del av steg 1.

1.5.3 Grensesnitt for steg 2

Der to parter er i et gjensidig påvirkningsforhold, må det foreligge en beskrivelse av alle vesentlige grensesnitt. Eksempler på slike grensesnitt kan være:

- Organisatoriske (mellom fagenheter eller prosjekt og drift)
- Kommersielle (mellom kontraktsparter, ulike prosjekter eller etater)
- Tekniske (mellom leverandører eller delprosjekter)

Det er identifisert grensesnitt for både program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste. Disse er nærmere beskrevet i kapitlene under.

1.5.3.1 Organisatoriske grensesnitt

Tabell 6 viser de viktigste organisatoriske grensesnittene for steg 2.

Tabell 6 Organisatoriske grensesnitt for steg 2

Aktør steg 2 har grensesnitt mot	Kort beskrivelse	Oppfølging av grensesnittet
Norsk helsenett SF	Tiltakene i program digital samhandling og pasientens legemiddelliste skal bygge på de nasjonale e-helseløsningene og samhandlingsinfrastruktur, som Norsk helsenett SF er ansvarlig for. I tillegg vil Norsk helsenett SF være ansvarlig for å levere og utvikle deler av omfanget i steg 2.	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen for programmene og avtalestruktur mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF.
Pågående programmer og prosjekter i nasjonal e-helseportefølje	Pågående programmer og prosjekter i nasjonal e-helseportefølje vil ha grensesnitt og nytte av leveranser i steg 2. Dette er blant annet program for kodeverk og terminologi, Nasjonalt velferdsteknologiprogram og digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner.	Følges opp gjennom nasjonal porteføljestyling og gjennom avtaler og felles planer på prosjektnivå.
Kommunene	Kommunene er sentrale for å realisere samhandlingsområdene i program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste.	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen til programmene og gjennom KS og kommunal samstyringsmodell.
De fire regionale helseforetakene	RHF-ene er sentrale for å realisere samhandlingsområdene i program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste.	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen til programmene.

Selvstendig næringsdrivende fastleger og andre avtaleparter til kommuner og spesialisthelsetjenesten	Både fastleger, avtalespesialister og andre avtaleparter til kommunene og spesialisthelsetjenesten er sentrale for å realisere samhandlingsområdene i program digital samhandling og i program pasientens legemiddelliste.	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen til programmene.
EPJ-løftet	EPJ-løftet er en sentral aktør i utviklingen av journalløsninger for blant annet fastleger og avtalespesialister. Protokollen til EPJ-løftet inneholder flere forslag til løsninger som sammenfaller med samhandlingsområdene dokumentdeling og kritisk informasjon.	Følges opp gjennom nasjonal porteføljestyring i sektoren og gjennom avtaler og felles planer på prosjektnivå.
Samarbeidsprosjektet for Felles kommunal journal	Pasientens legemiddelliste bygger på et løsningskonsept basert på e-resept og utvikling av moduler og tjenester som kan benyttes av dagens EPJ-leverandører. Pasientens legemiddelliste skal integreres med Felles kommunal journal. De andre samhandlingsområdene vil også få et grensesnitt til felles kommunal journal når den er på plass.	Grensesnitt følges opp gjennom styringsmodellen for programmet, og gjennom kommunal samstyringsmodell og KS.
Helseplattformen	Selskapet Helseplattformen AS skal sette opp, tilpasse og innføre felles journalløsning hos helseforetak, kommuner, fastleger og private aktører i Midt-Norge.	Grensesnitt følges opp gjennom nasjonal styringsmodell for e-helse og egen styringsgruppe for Helseplattformen med Helse Midt-Norge, Helseplattformen, Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF.
Forskning og erfaringsbasert kunnskapsdeling	Pasientens legemiddelliste er en ny tjeneste og det er viktig å hente erfaring fra lignende initiativ fra Norden og globalt, og det bør også være en aktuell løsning å studere for forskningsmiljøene. Det bør også vurderes om det er aktuell kunnskap fra de andre samhandlingsområdene.	Grensesnitt følges opp gjennom aktiv dialog med aktuelle aktører.

1.5.3.3 Tekniske grensesnitt

Tabell 7 viser de viktigste tekniske grensesnittene for steg 2.

Tabell 7 Tekniske grensesnitt for steg 2

Grensesnitt	Kort beskrivelse	Oppfølging av grensesnittet
Helseplattformen	Alle de fire samhandlingsområdene utvikler samhandlingsfunksjonalitet som skal integreres med Helseplattformen.	Grensesnittet følges opp gjennom porteføljestyringen i sektoren (Nasjonal e-helseportefølje) og gjennom avtaler og felles planer på prosjektnivå.
Helsenorge	Tiltak i samhandlingsområdene pasientens legemiddelliste, dokumentdeling og kritisk informasjon legger opp til å bruke Helsenorge for å vise informasjon for innbygger.	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen for programmene og gjennom avtaler og felles planer på leveransenivå.
Koblingspunkter i Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest	Samhandlingsområdet dokumentdeling legger opp til å bruke koblingspunkter i Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest for å vise helsepersonell og innbygger dokumenter. Løsning for Helse Midt avklares med Helseplattformen (se første rad).	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen for programmene.
Nasjonalt koblingspunkt for dokumentdeling	Samhandlingsområdet dokumentdeling legger opp til å bruke det nasjonale koblingspunktet for å samhandle om dokumentdeling. Dette forutsetter at drift og forvaltning er etablert.	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen for programmene.
Apotek	Apoteksystemene må utvikle funksjonalitet for å kunne lese pasientens legemiddelliste	Grensesnitt følges opp gjennom dialog med Apotekforeningen.
EPJ-leverandører og øvrige leverandører	Journalløsningene til primær- og spesialisthelsetjenesten må utvikles med funksjonalitet for å lese og oppdatere pasientens legemiddelliste. Innføring av dokumentdeling, API for kritisk informasjon og datadeling for digital hjemmeoppfølging vil også kreve at EPJ-leverandører og øvrige leverandører gjør endringer i sine journalløsninger, samt nye og endrede integrasjoner.	Grensesnittet følges opp gjennom dialog mellom leverandørene og leverandørkoordinator hos Norsk helsenett SF.
Felles kommunal journal	Alle de fire samhandlingsområdene utvikler samhandlingsfunksjonalitet som skal integreres med Felles kommunal journal.	Grensesnittet følges opp gjennom porteføljestyringen i sektoren (Nasjonal e-helseportefølje) og gjennom avtaler og felles planer på prosjektnivå.

Felles språk	Samhandlingsområdene pasientens legemiddelliste, kritisk informasjon og datadeling for digital hjemmeoppfølging: vil ha behov for felles kodeverk og terminologi, herunder SNOMED CT/ICNP. Arbeidet knyttet til oversettelse og mapping i det nasjonale prosjektet for Felles språk gjenbrukes.	Følges opp gjennom nasjonal porteføljestyring og gjennom avtaler og felles planer på prosjektnivå.

1.5.3.4 Kommersielle grensesnitt

Tabell 8 viser de viktigste kommersielle grensesnittene for steg 2.

Tabell 8 Kommersielle grensesnitt for steg 2

Grensesnitt	Kort beskrivelse	Oppfølging av grensesnittet
Mellom Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse	Norsk helsenett SF er produkteier og i noen tilfeller dataansvarlig for de nasjonale e-helseløsningene som flere av tiltakene i steg 2 skal bygges på og vil ha ansvaret for produktkøen for disse.	Grensesnittet følges opp gjennom styringsmodellen for programmene og avtalestruktur mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF
Mellom Direktoratet for e-helse og leverandører av ressurser inn i programgjennomføringen	Det inngås en kontrakt mellom Direktoratet for e-helse og leverandører av ressurser inn i programgjennomføringen.	Grensesnittet reguleres av kontrakten og følges opp av programkontoret i programmet.

2 Prosjektstrategi

Prosjektstrategien viser hvordan steg 2 skal gjennomføres for best å oppnå hensikten og realisere målene for tiltakene som skal realiseres i steg 2.

Gjennomføringen av steg 2 skal følge beste praksis innen både program- og prosjektstyring. Prosjektstrategien legger derfor til grunn MSP-rammeverket (Managing Successful Programmes) for programstyring, samt Prosjektveiviseren for prosjektstyring. Prosjektveiviseren er utarbeidet av Digitaliseringsdirektoratet og bygger på den internasjonalt anerkjente beste praksis i prosjektledelse, PRINCE2® (7).

I gjennomføringen legges også rammeverk for digital samhandling til grunn. Dette inneholder prinsipper og anbefalinger for samhandling i offentlig sektor. Rammeverk for digital samhandling er bygget på den internasjonale EIF-modellen, et europeisk rammeverk som inneholder prinsipper og anbefalinger for samhandling i offentlig sektor (8). Rammeverket vurderer evnen til samhandling juridisk, organisatorisk, semantisk og teknologisk, samt brukes for å identifisere samhandlingsutfordringer. Alle de fire dimensjonene kommer til anvendelse i gjennomføringen av steg 2. Dette er nærmere beskrevet i Vedlegg N Målbilde for helhetlig samhandling.

Direktoratet for e-helse har utarbeidet en strategi for informasjonssikkerhet og personvern for målbildet helhetlig samhandling. Konkrete vurderinger må gjennomføres i hvert steg og de overordnede prinsippene for sikkerhet utgjør de strategiske føringene som skal ligge til grunn for de digitale samhandlingsløsningene. Dette er nærmere beskrevet i Vedlegg I Strategi for informasjonssikkerhet og personvern for målbildet helhetlig samhandling.

2.1 Usikkerhet som håndteres i prosjektstrategien

Gjennomføring av steg 2 er omfattet av mange forhold som bidrar til usikkerhet. Disse forholdene beskrives nedenfor, og prosjektstrategien beskriver hvordan programmene skal gjennomføres for å håndtere og redusere denne usikkerheten.



Usikkerhet knyttet til realisering av gevinster

Realisering av gevinster i steg 2 er avhengig av at flere aktører i sektoren tar i bruk ny funksjonalitet, og dels endrer arbeidsprosesser. Dette er aktører som ikke har én felles styringslinje. En av de viktigste driverne til usikkerhet følger av at nytten ofte oppstår et annet sted enn der investeringene tas.

Kapitel 2.4.8 sier noe om hvilke virkemidler som kan benyttes for å stimulere til økt oppslutning og deltakelse.

Kapitel 3.5 beskriver sentrale prinsipper for arbeidet med gevinstrealisering i de to programmene. Beskrivelsen av organisering og ansvarsdeling i kapittel 2.4.2 og 2.4.3 viser hvilket ansvar programmene har for å understøtte og tilrettelegge for gevinstrealisering, hvilket ansvar virksomhetene selv har, og hvordan virksomhetene skal involveres og gis innflytelse for å sikre at de lykkes med innføring av ny funksjonalitet.



Usikkerhet knyttet til mulige interessekonflikter

Steg 2 har mange interessenter og berørte parter. Det kan oppstå interessekonflikter i gjennomføringen av tiltaket. Kombinert med at det er frivillig å ta i bruk løsningene og målet om at flest mulig likevel skal velge å ta i bruk nye løsninger, kan interessekonfliktene skape utfordringer i styringen og gjennomføringen av tiltaket.

Kapittel 2.4.9 beskriver hvordan programmene skal jobbe for å håndtere og minimere usikkerheten rundt mulige interessekonflikter. I tillegg beskriver kapittel 2.4.4 hvordan programmene skal styres og hvordan ulike interessenter skal involveres og representeres i styringen av de to programmene.



Usikkerhet knyttet til avhengigheter til andre pågående programmer og prosjekter

Programmet pasientens legemiddelliste og programmet digital samhandling har avhengigheter til hverandre og til andre pågående programmer og prosjekter. Dette gjelder særlig grunndata og tillitstjenester i steg 1. Forsinkelser eller mangelfull koordinering av disse tiltakene vil kunne gi forsinkelser i realiseringen av steg 2.

Direktoratet for e-helse vil gjennom eierskapsrollen sikre at porteføljefunksjonen i direktoratet følger opp på disse avhengighetene, og må løpende vurdere tiltak dersom det er en risiko for at tilstøtende prosjekter og programmer ikke leverer i henhold til sine planer. Programstyrene vil også ha et særlig ansvar for å vurdere muligheter for gevinstrealisering for sektoren som helhet, og vurdere avhengigheter, risiko og konsekvenser for aktørene.

Hvordan man skal styre avhengighetene til andre pågående programmer og prosjektet og mellom de to programmene, er nærmere beskrevet i kapittel 2.4.



Usikkerhet knyttet til styring av målbildet for helhetlig samhandling

Målbildet for helhetlig samhandling skal realiseres gjennom en stegvis tilnærming, der det fattes investeringsbeslutning for ett og ett steg. Steg 1 er nå under gjennomføring, og som en del av steg 2 skal det gjennomføres et forprosjekt for steg 3. Der skal det pekes på innhold i steg 3 og hvordan steget skal styres, gjennomføres og finansieres.

Gjennom oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, vil direktoratet ha et særlig ansvar for å sikre at valg og beslutninger i steg 2 og kommende steg støtter opp om målbildet for helhetlig samhandling. For å nå målbildet om helhetlig samhandling er det en forutsetning at etablerte løsninger tas i bruk.

Kapittel 2.4 beskriver hvordan direktoratet vil følge opp realiseringen av målbildet for samhandling. Kapittel 2.4.8 beskriver hvilke virkemidler som kan tas i bruk for å øke bruken av løsningene.

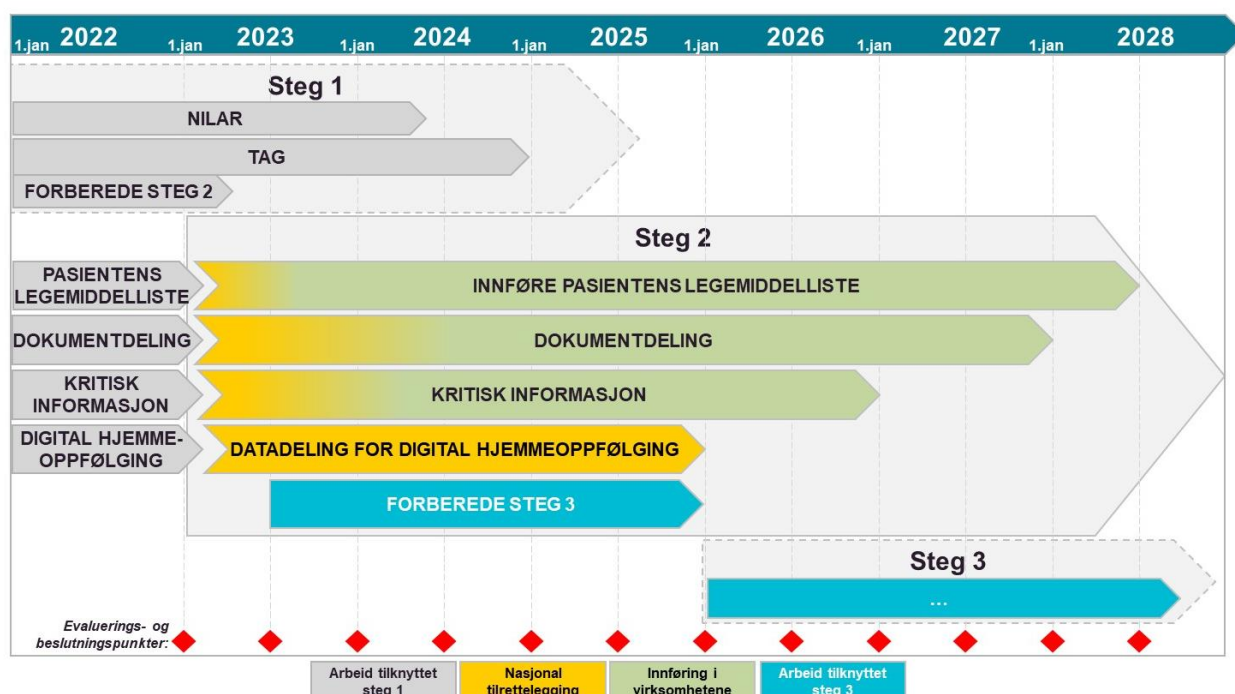
2.2 Gjennomføringsstrategi

Gjennomføringsstrategien beskriver hvordan steg 2 planlegges gjennomført. Strategien adresserer kritikalitet og usikkerhet i arbeidsomfang, gjennomføringsplan, organisering og styring, og forhold til omgivelsene. Gjennomføringsstrategien er basert på tiltakets hensikt, mål, kritiske suksessfaktorer, rammebetingelser og usikkerhetsbildet, samt vurdering av gjenbruk og læringspunkter fra Helseplattformen som kan være relevante for gjennomføring, styring og organisering av steg 2. Vedlegg O Gjenbruk og læringspunkter fra Helseplattformen beskriver disse vurderingene ytterligere.

2.2.1 Overordnet gjennomføringsplan

Overordnet gjennomføringsplan innebærer at steg 2 starter opp før steg 1 har ferdigstilt sine leveranser.

Figur 3 illustrerer overordnet gjennomføringsplan for steg 2 med underliggende samhandlingsområder.



Figur 3 Overordnet gjennomføringsplan for steg 2

Steg 2 handler hovedsakelig om nasjonale tjenester som er etablert eller er under etablering. En stor del av steg 2 er innføringsaktiviteter, samt aktiviteter knyttet til tilpasninger som ulike aktører må gjøre i egne systemer. For datadeling for digital hjemmeoppfølging er nasjonal tilrettelegging en del av steg 2, mens innføringen er en del av velferdsteknologiprogrammet i Helsedirektoratet. Forberede steg 3 innebærer å gjøre vurderinger av hva som bør være neste steg i utviklingsretningen for målbildet for helhetlig samhandling. Som del av dette arbeidet vil forprosjektet for steg 3 utarbeide et sentralt styringsdokument.

Arbeidsomfang i steg 2 er nærmere beskrevet i kapittel 3.1, Vedlegg G Omfang og Vedlegg L Prioritering av tiltak i steg 2.

2.2.2 Prinsipper for gjennomføringsstrategien

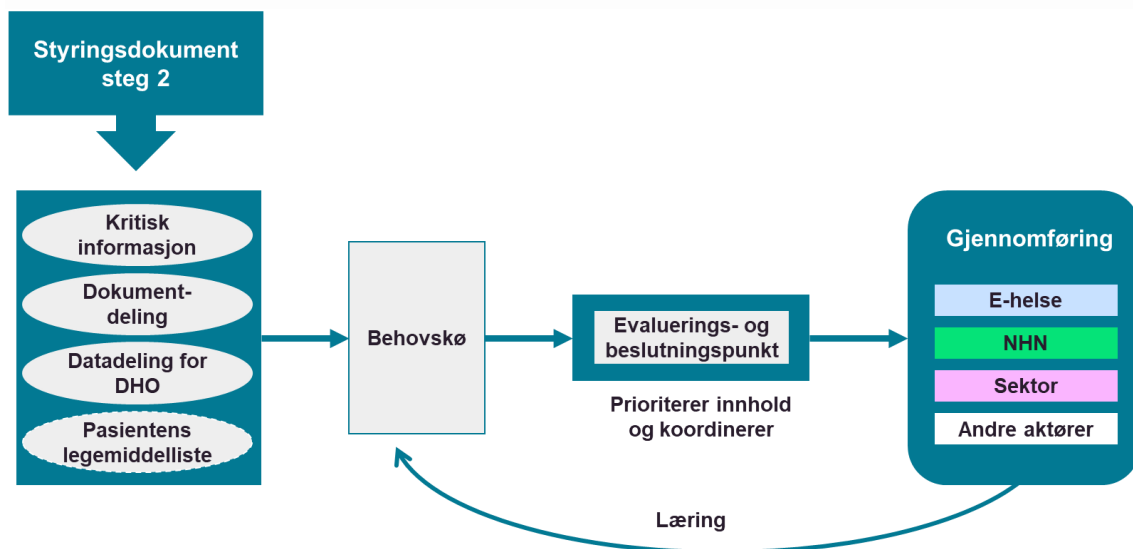
Overordnet gjennomføringsstrategi for steg 2 er basert på nyttestyring, innenfor den tids- og kostnadsrammen som gjelder for steg 2. Forprosjektet har sammen med programstyret for digital samhandling etablert overordnede prinsipper som skal legges til grunn for gjennomføringen innenfor de enkelte samhandlingsområdene, med mål om å sikre en effektiv gjennomføring. Disse er beskrevet i Tabell 9. Prinsippene skal bidra til at målene realiseres og at det tas hensyn til kapasiteten hos de involverte virksomhetene. Prinsippene vil samlet kunne bidra til lavere risiko og høyere nytterealisering.

Tabell 9 Prinsipper for gjennomføringsstrategi i steg 2

Prinsipp	Beskrivelse
Trinnvis gjennomføring for å redusere risiko og kompleksitet	Arbeidsomfanget i steg 2 vil brytes ned i en behovskø for å redusere risiko og kompleksitet, og elementene i køen merkes med hvilket samhandlingsområde det tilhører. Etablering av en behovskø skal også legge til rette for å kunne ta ut nytte så tidlig som mulig. I prioriteringen vil det være en avveining mellom enkle og mer komplekse behov.
Tydelig forankring, beslutning og kvalitetssikring	Dette prinsippet skal legge til rette for justeringer underveis basert på læring. Det legges opp til jevnlig evaluerings- og beslutningspunkter, hvor man vil evaluere resultat av arbeidet utført siden forrige evaluering, gjøre justeringer basert på erfaringer og læring, og sette ambisjonsnivået for perioden frem til neste evaluerings- og beslutningspunkt. Evalueringen må også se på i hvilken grad man har kunnet realisere nytte som forventet, og om programmet har tilstrekkelig fremdrift for å nå omfanget for steg 2 innenfor de tidsrammene som er satt. I tillegg må det vurderes om leveransene realiseres innenfor de fastsatte kost- og kvalitetsrammene. Ambisjonsnivået frem til neste evaluerings- og beslutningspunkt må også settes basert på innspill fra de viktigste interessentene, for å bidra til å sikre måloppnåelse for steg 2.
Bygger på tiltak som ligger i veikart for nasjonale e-helseløsninger	Omfanget i samhandlingsområdene i steg 2 bygger på veikartet for nasjonale e-helseløsninger. Veikartet omfatter tiltak som er høyt prioritert av sektoren.
Prioritering av de aktivitetene som gir mest nytte i forhold til ressursbruk	I steg 2 skal det realiseres et prioritert omfang. I tillegg er det definert en kuttliste. Dette utdypes i kapittel 3.1 om arbeidsomfang. Det skal gjøres prioriteringer av de aktivitetene som gir mest nytte for helsepersonell og innbygger med hensyn til ressursbruk. Hensikten er å sikre at det er de aktivitetene som har størst effekt som blir prioritert. Dette krever fleksibilitet og evne til å kunne justere planene underveis, samt god oversikt over avhengigheter.
Virksomhetene må ha organisatorisk og teknisk kapasitet til å ta i bruk løsningene	Organisatorisk og teknisk kapasitet og kompetanse hos Norsk helsenett SF, Direktoratet for e-helse og aktørene i sektoren vil være viktig for gjennomføringen av steg 2. For å realisere forventet nytte, må steg 2 ta hensyn til denne kapasiteten i gjennomføringen.

2.2.3 Gjennomføringsmodell

Gjennomføringsmodellen for både program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste tar utgangspunkt i mål, økonomiske rammer og arbeidsomfanget for steg 2. Gjennomføringsmodellen er illustrert i Figur 4. De ulike elementene i gjennomføringsmodellen er beskrevet i påfølgende avsnitt.



Figur 4 Gjennomføringsmodell for steg 2

2.2.4 Behovskø

Norsk helsenett SF vil ha ansvaret for å etablere, detaljere og modne ulike arbeidspakker, for å løse konkrete behov i sektoren, som spesifisert i omfanget for steg 2, heretter omtalt som behovskø. Involvering av sektoren vil være en forutsetning for å lykkes, da det er aktørene i sektoren som sitter nærmest behovet.

Behovskøen vil i hovedsak bestå av følgende behov:

- 1) Gjøre tekniske samhandlingsløsninger tilgjengelig
- 2) Sikre at virksomhetene er klare til å ta samhandlingsløsninger i bruk
- 3) Innføre samhandlingsløsninger og følge opp at disse blir tatt i bruk

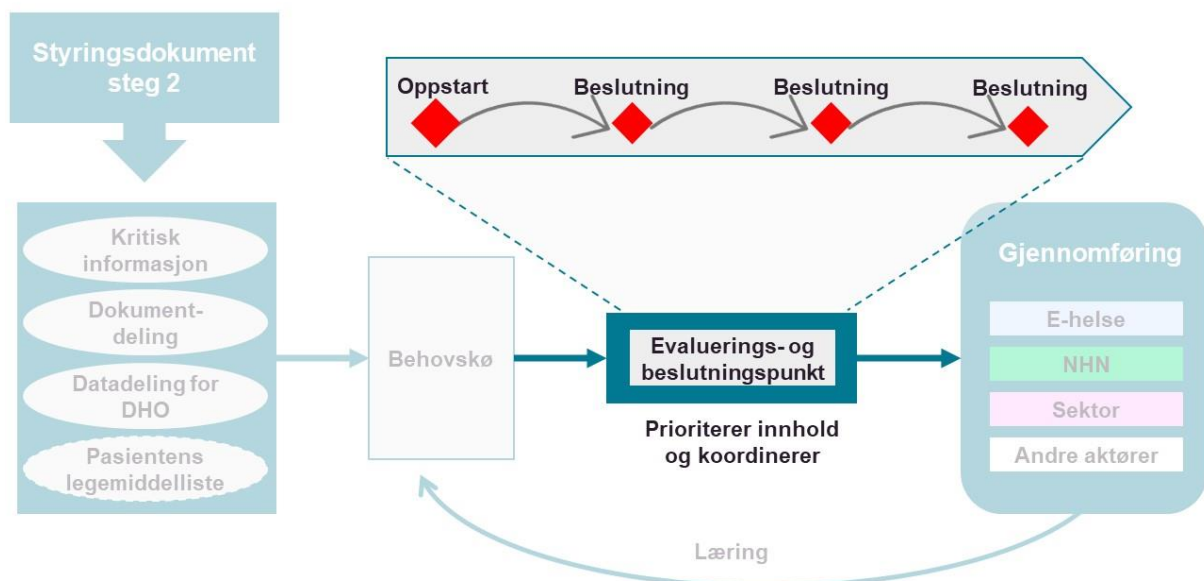
Under ledelse av Norsk helsenett SF skal Direktoratet for e-helse, sektoren og andre relevante aktører bidra til å modne og konkretisere behovskøen. Forslag til hva som inngår i behovskøen vil danne grunnlaget for prioriteringer i evaluerings- og beslutningspunkter. Dette innebærer at behovene må være tydelig definerte (hva må gjøres av hvem) med tilhørende anslag om omfang, nytte og drifts- og forvaltningskonsekvenser. Utkast til prioritert behovskø legges frem for programstyrene ved evaluerings- og beslutningspunkter.

2.2.5 Evaluerings- og beslutningspunkter

For å sikre realisering av målene i steg 2 innenfor tids-, kostnads- og kvalitetsrammer, vil programmene ha jevnlig evaluerings- og beslutningspunkter som del av programstyremøtene. Ved disse punktene prioriterer og beslutter programstyrene behovskøen. Det vil være en avveining mellom felles behov i sektoren og noen aktørers

særskilte behov i prioriteringsprosessen. Grensesnitt og avhengigheter, beskrevet i kapittel 1.5, må hensyntas i denne prioriteringen. Ved evaluerings- og beslutningspunktene vil det vurderes hvorvidt utviklingen understøtter målene, om fremdriften er tilstrekkelig, og om forventet nytte forsvaret kostnader og risiko. Sentralt i gjennomføringen er å benytte erfaring, læring og ny innsikt til å gjøre eventuelle justeringer. I steg 2 vil det være avgjørende å ha kontroll på de endringsbehovene som må forventes å komme under gjennomføringen. Dette handler om nyttestyring underveis som følge av ny innsikt og læring fra erfaringer.

Frekvensen av evaluerings- og beslutningspunkter besluttes av programstyret utfra risiko, nyttestyringen og hva som er hensiktsmessig (f.eks. kvartalsvis, tertialvis eller halvårlig), illustrert i Figur 5. Med utgangspunkt i underlag til evaluerings- og beslutningspunkter vil det årlig bli gitt en anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet om steg 2 skal stoppes, videreføres eller om planer bør revideres.

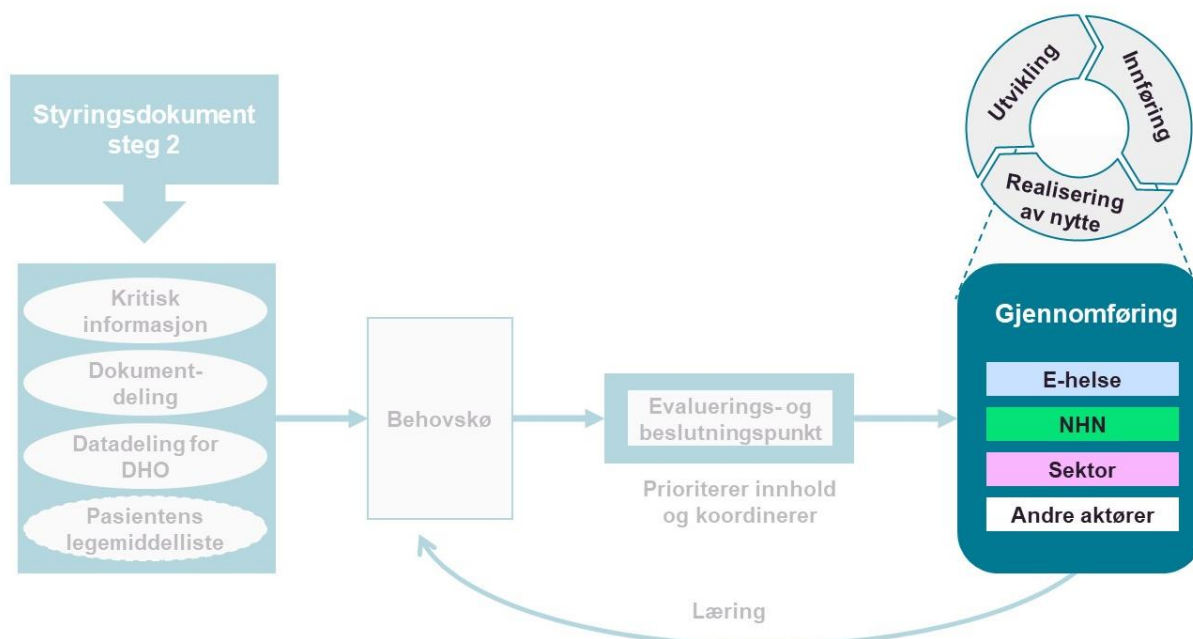


Figur 5 Evaluerings- og beslutningspunkter

2.2.6 Gjennomføring av steg 2

Når programstyret har vedtatt hva som skal realiseres først i behovskøen, vil realiseringen av de ulike arbeidspakkene starte. Arbeidspakkene vil typisk inneholde oppgaver som utvikling, tilpasning og innføring, samt oppfølging av realiseringen av nytte. Her skal avtalte rutiner, som for eksempel oppfølging av kostnader, fremdrift, kvalitet og nytte, følges slik at programmet har tilstrekkelig innsikt frem til neste evaluerings- og beslutningspunkt. Gjennomføringsmodellen vil, der det er rom for det legge til rette for fleksibilitet og

innovasjon. Dette er nærmere beskrevet i vedlegg L Kontraktstrategi. Figur 6 illustrerer gjennomføringen som består av utvikling, innføring og realisering av nytte.



Figur 6 Gjennomføring av steg 2

2.2.6.1 Strategi for utvikling, tilpasning og tekniske forberedelser

Norsk helsenett SF vil ha hovedansvaret for oppgaver knyttet til å realisere løsninger som skal utvikles sentralt. For utvikling som foregår sentralt vil utviklingsstrategien fra steg 1 i hovedsak videreføres i steg 2. Strategien er basert på en smidig utviklingsmetodikk som understøtter gjennomføringsmodellen med etablert behovskø beskrevet i kapittel 0.

Arkitekturstyring inngår i nasjonal styringsmodell for e-helse, og er ett av flere virkemidler som skal bidra til en koordinert og enhetlig IKT-utvikling som understøtter den ønskede strategiske retningen. Arkitekturstyring utøves blant annet gjennom oppfølging av programmer og prosjekter, og har fokus på at behovene løses i henhold til arkitekturprinsippene i kapittel 1.4.4, referansearkitekturer, standarder og annet styringsgrunnlag.

En del av tilpasningen i infrastruktur i sektoren vil foregå lokalt, og vil inkludere etablering av integrasjoner i journalsystemer for aktører. Denne utviklingen vil variere og være tilpasset lokale behov og forhold. Tilpasninger og tekniske forberedelser omfatter blant annet å gjennomføre dialog med leverandører, vurdere eksisterende systemer og løsninger og se på behovet for oppgradering av disse i forkant av at de tar i bruk nye løsninger.

Utvikling, tilpasning og tekniske forberedelser er nødvendig for å komme i gang med innføring. Det vil også være behov for å lære, tilpasse og utvikle underveis for å justere videre innføring. Som del av utviklingen vil det være aktuelt at en aktør går i front, for eksempel et helseforetak, og at man gjennom denne prosessen lærer, forbedrer og tilpasser til videre utvikling.

Dokumentdeling

- **Hva må gjøres av sentral utvikling:**
 - Dokumentdeling har vært under utprøving, og videre innføring vil kunne medføre tilpasninger og videreutvikling.

Kritisk informasjon

- **Hva må gjøres av sentral utvikling:**
 - Grensesnittet for kritisk informasjon er utviklet og vil bli prøvd ut frem til 2023. Erfaringene fra dette og andre pågående vurderinger, spesielt knyttet til behov for endring i standard for kritisk informasjon, vil danne grunnlag for eventuelle behov for justeringer og tilpasninger.

Datadeling for digital hjemmeoppfølging

- **Hva må gjøres av sentral utvikling:**
 - Utvikling og testing av tjenester for datadeling.
 - Etablere felles forståelse for overliggende logiske informasjonsmodeller, gjennomføre normeringsaktiviteter og utarbeide normerende produkter som veiledere og anbefalinger for deling av data fra digital hjemmeoppfølging.

Pasientens legemiddelliste

- **Hva må gjøres av sentral utvikling:**
 - Utvikling, testing og utprøving av sentral forskrivningsmodul til aktører.
 - Videreutvikling og testing av e-multidose.

2.2.6.2 Strategi for innføring og realisering av nytte

Innføring utgjør en stor del av omfanget i gjennomføringen av steg 2 illustrert i Figur 6 i kapittel 2.2.6.1. Innføringsstrategien for steg 2 bygger på erfaringer fra sektoren, herunder gjenbruk og læringspunkter fra Helseplattformen (disse er nærmere beskrevet i Vedlegg O Gjenbruk og læringspunkter fra Helseplattformen), og er basert på en modell for innføring av nasjonale e-helseløsninger, samt de tilpasningene Norsk helsenett SF har gjort til denne modellen. Denne metodikken er fleksibel og gir rom for tilpasninger etter behov.

Innretningen på innføringen vil være å jobbe kontinuerlig på tvers av alle samhandlingsområdene der prioriterte aktiviteter vil inngå i en samlet behovskø. Dette vil danne et godt grunnlag for prioritering, rekkefølge og kapasitet når programstyrene skal beslutte arbeidsomfang.

Norsk helsenett SF vil være hovedansvarlig for å utvikle og forvalte de nasjonale e-helseløsningene, mens sektoren har ansvaret for å innføre løsningene og realisere nytten. Målet er å realisere nytte så tidlig som mulig og underveis i steg 2. De fire samhandlingsområdene krever bruk av forskjellige virkemidler og ulikt nivå av koordinering, for at sektoren skal kunne ta i bruk løsningene, se kapittel 2.4.8 for nærmere beskrivelse av virkemidler for å øke oppslutning og deltakelse. Hovedaktiviteter for å legge til rette for en god innføring er *forankring*, *dialog*, *involvering* og *erfaringsdeling*. Det vil gjennomføres aktiviteter på både strategisk og operativt nivå gjennom innføringsprosessen.

Innføringsstrategien bygger på erfaringsbasert læring, og følger fire faser, fra oppdrag og planlegging til begrenset bredding og nasjonal bredding. Begrenset bredding er en styrt start på innføringen av løsningen i en kontinuerlig iterativ prosess, hvor løsningen utprøves,

justeres og tilpasses etter tilbakemeldinger. Det er kun en begrenset mengde aktører som er med i denne fasen. I steg 2 vil Norsk helsenett SF fungere som pådriver for denne prosessen og legge til rette for å hente ut gevinster raskt, og på denne måten motivere flere til å delta. Nasjonal bredding vil være noe ulik for de fire samhandlingsområdene. Ressursinnsats, virkemiddelbruk og i hvilken grad det er behov for en pådriverrolle vil variere, men det vil være viktig med felles tilrettelegging og koordinering for å realisere nytte. Det eksisterer mange gode samhandlingsstrukturer som er egnet til å ivareta og sikre god koordinering og informasjon som det vil være naturlig å benytte, som for eksempel helsefellesskap, digitaliseringsnettverk, eller andre regionale samarbeidsfora mellom helseforetakene og kommunene, der disse fungerer godt.

Avsnittene under beskriver hva som er forutsetninger for å sette i gang innføringen for de fire samhandlingsområdene og hva som må tas hensyn til i fasene begrenset bredding og nasjonal bredding per område.

Dokumentdeling

Helseforetak, avtalespesialister, legevakt og ØHD/KAD vil dele dokumenter, mens alle aktører som har kjernejournal vil kunne lese dokumentene som deles.

- **Hvilke forutsetninger må være på plass for å kunne lese dokumenter (konsumenter):**
 - Kjernejournal er innført hos aktører som skal ha tilgang til å lese dokumenter, og de har fått nødvendig opplæring i løsningen.
 - Tillitsmodellen som leveres i steg 1 av TAG-prosjektet er ferdigstilt.
- **Hvilke hensyn må tas i begrenset bredding for de som produserer dokumenter:**
 - Den nasjonale løsningen har allerede vært igjennom begrenset bredding for helseforetakene i spesialisthelsetjenesten gjennom utprøvingene i Helse Sør-Øst og Helse Nord.
 - Erfaringene fra begrenset bredding for Helse Sør-Øst og Helse Nord kan bygges videre på i Helse Midt og Helse Vest, men det vil være behov for å lære og justere underveis, spesielt for Helseplattformen som vil være ytterligere et system.
 - Når andre aktører ut over disse helseforetakene er klare for å dele, vil det være en form for begrenset bredding for hvert nytt samarbeidsområde som etableres.
- **Hvilke hensyn må tas i begrenset bredding for de som får tilgang til dokumenter:**
 - Løsningen har vært igjennom begrenset bredding og per 2022 er det en avgrenset liste med aktører som har tilgang til å slå opp og konsumere dokumenter i kjernejournal. Det kan være behov for å lære og justere underveis ved behov.
- **Hvilke hensyn må tas i nasjonal bredding:**
 - Sektoren har behov for tilrettelegging og opplæring for bruk av løsning.
 - Det vil kunne kreves noen endringer i arbeidsprosessene for enkelte sluttbrukere.
 - Leverandører vil ha behov for felles koordinering og oppfølging.
 - Løsning gir større nytte jo flere som tar den i bruk.
 - Innbyggere bør få informasjon om hva tjenesten innebærer for bevisstgjøring.

Kritisk informasjon

Innføring av kritisk informasjon vil gjennomføres for helseforetak, avtalespesialister, ØHD/KAD, fastleger og sykehjem.

- **Hvilke forutsetninger må være på plass for å sette i gang innføring:**
 - Det må være avklart hvilken standard som skal ligge til grunn for kritisk informasjon.
 - Kjernejournal er innført hos aktører som skal ta i bruk API for kritisk informasjon.
- **Hvilke hensyn må tas i begrenset bredding:**
 - Løsningen er i begrenset bredding i Helse Vest. Basert på læringspunkter fra Helse Vest vil det trolig kreve kartlegging, og justering per helseforetak før nasjonal bredding for spesialisthelsetjenesten.
 - Før fastleger og avtalespesialister er klare for å ta i bruk API for kritisk informasjon, er det nødvendig med en begrenset bredding for disse aktørene.
- **Hvilke hensyn må tas i nasjonal bredding:**
 - Se punktet for nasjonal bredding for dokumentdeling. For kritisk informasjon vil det sannsynligvis kreve noe mer innsats i innføringen enn for dokumentdeling.

Datadeling for digital hjemmeoppfølging

Innføring av datadeling for digital hjemmeoppfølging er ikke en del av steg 2 og gjennomføres av velferdsteknologiprogrammet i Helsedirektoratet.

- **Hvilke hensyn må tas i begrenset bredding:**
 - Nasjonalt velferdsteknologiprogram vil frem til 2025 prøve tjenestene for datadeling som steg 2 utvikler etter bestilling fra programmet. Dette vil være en begrenset bredding før tjenestene vil være tilgjengelige for nasjonal bredding.
- **Hvilke hensyn må tas i nasjonal bredding:**
 - Det er ingen frist for sektoren på å ta i bruk tjenestene, og aktørene tar i bruk tjenestene på eget initiativ.
 - Sektoren må få informasjon om tjenestene.

Pasientens legemiddelliste

Innføring av pasientens legemiddelliste vil gjennomføres for helseforetak, avtalespesialister, apotek, fastleger, legevakt, ØHD/KAD, sykehjem og hjemmetjeneste. Pasientens legemiddelliste anbefales innført samtidig til aktørene innen et innføringsområde. Hvis ikke tilstrekkelig med aktører samhandler om legemiddellisten vil den raskt bli utdatert, kvaliteten blir lav og tilliten til listen vil reduseres. Hele verdien i pasientens legemiddelliste er at helsetjenesten må kunne stole på at dette er den korrekte listen, og da må aktører som forskriver legemidler oppdatere pasientens legemiddelliste. Manglende samtidighet utgjør derfor en stor risiko for at man ikke oppnår full nytterealisering.

Ibruktakelse av pasientens legemiddelliste vil føre til forenklinger for helsepersonell som skal innhente legemiddelinformasjon om en pasient. Samtidig vil det føre til endringer i arbeidsprosessen til fastleger og andre forskrivende leger som skal sørge for at pasientens legemiddelliste er oppdatert. For å ta ut nytte bør det tilrettelegges for samtidighet i innføringsområdene. Det forventes at hoveddelen av nytten med felles legemiddelliste vil

realiseres lokalt – siden samhandlingen om pasientene er størst der. Det anbefales derfor å bredde pasientens legemiddelliste rundt nedslagsfeltet til 16 av helseforetakene. Innføringen vil gjelde for aktører utenfor Midt-Norge. Aktørene i Midt-Norge er innenfor Helseplattformens nedslagsfelt og innføring vil skje gjennom Helseplattformen, se beskrivelse av nullalternativet i kapittel 1.5.1. Det anbefales å gjenbruke etablerte og fungerende samarbeid mellom kommuner og helseforetak i innføringen (eksempelvis helsefelleskapene).

- **Hvilke forutsetninger må være på plass for å sette i gang innføring:**
 - Sentral forskrivningsmodul må være ferdig etablert for aktørene.
 - Aktuelle EPJ/kurve-systemer har støtte for pasientens legemiddelliste.
 - EPJ-/kurve-leverandørene kan gi tilstrekkelig kundestøtte på sine løsninger.
 - Et tilstrekkelig antall aktører i innføringsområdet må være teknisk og organisatorisk forberedt for innføring av pasientens legemiddelliste.
 - Aktørene i samme innføringsområde må være klare til å ta bruk pasientens legemiddelliste samtidig.
 - Intensjonsavtale med helseforetak i samme innføringsområde bør være etablert.
- **Hvilke hensyn må tas i begrenset bredding:**
 - Det er nødvendig å prøve ut pasientens legemiddelliste i flere områder før det kan settes i gang nasjonal bredding av løsningen. Det er allerede satt i gang en utprøving i Bergens-området som vil være starten av en begrenset bredding av pasientens legemiddelliste.
 - Variasjon i arbeidsprosesser, IKT-løsninger og organisering i innføringsområdene tilsier at det bør være gradvis innføring i alle områder for å kunne gjøre nødvendige justeringer. De første områdene vil kreve mer justeringer enn de påfølgende. Tilpasninger til lokale forhold må forventes. Forankring og inngåelse av intensjonsavtaler med helseforetak må gjøres i forkant av perioden med begrenset innføring.
 - Det kliniske miljøet i området må mobiliseres for endringen. Dette vil inkludere blant annet endringer i ansvarsforhold og arbeidsprosesser.
- **Hvilke hensyn må tas i nasjonal bredding:**
 - Nasjonal tilrettelegging vil omfatte styringen av nasjonal innføring og aktiviteter som omhandler støttefunksjoner og utarbeidelse av opplæringsmateriell, kurs og brukerstøtte.
 - Nasjonal innføring omfatter forberedelse, oppfølging, utprøving og gjennomføring av pasientens legemiddelliste i områdene. Helseforetak og kommuner rigger mottaksprosjekt som kan lede arbeidet med utprøvingen og innføringen for sine virksomheter og brukere.
 - Erfaringer og læring fra et innføringsområde vil bringes videre til nye områder som tar pasientens legemiddelliste i bruk, slik det nå gjøres ved utprøvingen i Bergen kommune.
 - Leverandørene har behov for felles koordinering og aktiviteter for å sikre tilpasninger i EPJ-systemene i henhold til plan.

- Helsepersonell som skal ta løsningen i bruk må læres opp. Det vil blant annet kreve endringer i arbeidsprosessene til fastleger og andre forskrivende leger som skal sørge for at pasientens legemiddelliste er oppdatert. Derfor er innføringsaktiviteter, opplæring og god kommunikasjonsflyt, samt bistand til tekniske utfordringer helt essensielt i breddingen.
- Det er avhengigheter på tvers av virksomheter for å oppnå nytteverdi for den enkelte aktør, og det vil være behov for koordinering på tvers for samtidig oppstart.
- Innbygger bør få informasjon om hva tjenesten innebærer for bevisstgjøring.

2.3 Kontraktstrategi

Norsk helsenett SF vil ha det operative ansvaret for å etablere og levere samhandlingsfunksjonaliteten som omfattes av program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste til helsesektoren, og vil ha ansvaret for å foreta anskaffelser som er nødvendige for å understøtte dette arbeidet.

Direktoratet for e-helse vil være ansvarlig for forprosjektet for steg 3 og for en overordnet oppfølging av programmene på vegne av statsforvaltningen. Direktoratet vil ha ansvaret for å gjennomføre anskaffelser som er knyttet til disse ansvarsområdene.

Kontraktstrategien omfatter de anskaffelser som vil falle innenfor de to programmenes gjennomføringsansvar, og adresserer ikke anskaffelser som vil måtte foretas av helsevirksomhetene som skal benytte løsningene. Strategien omfatter heller ikke eventuelle ressurskjøp mellom direktoratet og Norsk helsenett SF, eller mellom disse etatene og andre virksomheter i statsforvaltningen. Slike ressurskjøp vil være uproblematisk fra et kontraktstrategisk perspektiv, og vil også være unntatt fra regelverket for offentlige anskaffelser i kraft av bestemmelsene om egenregi.³

Den fullstendige kontraktstrategien følger av Vedlegg M Kontraktstrategi.

2.3.1 Anskaffelsesbehov

Behovet for anskaffelser til programmene vil primært utgjøre ressursanskaffelser. Det vil til dels være de samme eller tilsvarende ressursbehov som vil følge av hvert av de fire samhandlingsområdene. Oppgavene i tiltaket vil i stor grad gjennomføres av ansatte i Direktoratet for e-helse og i Norsk helsenett SF, men det vil kunne være behov for å supplere den interne bemanningen ved kjøp av kapasitets- og kompetanseforsterkninger.

Det vil kunne være behov for å anskaffe tjenester innen følgende hovedkategorier:

- *Ressurser til utvikling og forvaltning mm.*
- *Ressurser til innføring og opplæring*
- *Ressurser til faglige utredninger*
- *Ressurser til prosessledelse og prosjektkontor (PMO)*
- *Ressurser til ekstern kvalitetssikring*

³ Forskrift om offentlige anskaffelser § 4-1 bokstav a (egenregi) og § 3-1 («utvidet» egenregi)

I tillegg vil det være behov for å foreta anskaffelser for å utvide *driftsplattformen* som løsningene skal kjøre på. Det bør også vurderes i hvilken grad den nye løsningen som skal etableres under samhandlingsområdet datadeling for digital hjemmeoppfølging kan baseres på gjenbruk av eksisterende løsninger og/eller på ferdigutviklede løsningskomponenter som kan anskaffes i leverandørmarkedet.

Ressurser til utvikling og forvaltning mm. vil også omfatte ressursforsterkninger til oppgaver som teknisk sikkerhet, testing, dokumentasjon, driftsoppgaver og annen teknisk tilrettelegging.

Ressurser til innføring og opplæring vil omfatte ressurser til innføringsaktiviteter som gjennomføres i regi av programmene, da særlig koordinerings- og kommunikasjonsoppgaver og aktiviteter knyttet til å legge til rette for opplæring og innføring i helsevirksomhetene.

Ressurser til faglige utredninger omfatter anskaffelser av forskjellige kategorier av fagkompetanse, som kan bidra i de utredningsaktivitetene som vil inngå i programmene. Dette kan omfatte IT-faglige, helsefaglige, økonomiske, juridiske og andre vurderinger og utredninger, for eksempel knyttet til teknisk og helsefaglig standardisering, personvern vurderinger, arkitektur vurderinger mv.

Ressurser til prosessledelse og prosjektkontor vil kunne omfatte ressurser som kan bistå med planleggings-, koordinerings- og kommunikasjonsaktiviteter, økonomioppfølging og andre støttefunksjoner i programmene og prosjektene.

Ressurser til ekstern kvalitetssikring vil omfatte ressurser som kan gjennomføre kvalitetssikringsaktiviteter med en tilstrekkelig grad av uavhengighet.

2.3.2 Alternative kontraktstrategier

Både Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF har over flere år samlet erfaring og bygget kompetanse knyttet til tilsvarende oppgaver som de som skal gjennomføres i steg 2. Begge virksomhetene har dermed gode forutsetninger for å utføre de oppgavene som vil falle inn under deres ansvarsområder. Det vil imidlertid være behov for å supplere den interne kapasiteten, og på enkelte områder også anskaffe spisskompetanse innen enkelte fagområder.

De to strategialternativene som er vurdert for ressursanskaffelser til tiltaket, er:

A. Leie ressurser til interne prosjekter

Dette alternativet innebærer at eksisterende kompetansemiljøer i Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF tar ansvaret for å gjennomføre tiltakene. Disse miljøene kompletterer kapasitet og kompetanse gjennom å bestille ressurser gjennom eksisterende rammeavtaler og dynamiske innkjøpsordninger, der det etterspørres spesifikk kompetanse og kapasitet.

B. Anskaffe helhetlige leveranser ved å tildele oppdrag

Dette alternativet innebærer at Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF tar et mer overordnet ansvar for å gjennomføre tiltakene. Det inngås avtaler der leverandører får et helhetsansvar og resultatansvar for konkret avgrensede delleveransen. Virksomhetene kan velge å gjennomføre anskaffelsene enten ved å gjøre avrop på eksisterende rammeavtaler og dynamiske innkjøpsordninger, eller ved å foreta nye anskaffelser.

2.3.3 Anbefalt kontraktstrategi for program digital samhandling

Tabell 10 Anbefalt kontraktstrategi for anskaffelsesområdene for steg 2

	A. Leie ressurser til interne prosjekter	B. Anskaffe helhetlige leveranser ved å tildele oppdrag
Ressurser til prosessledelse og programkontor	X	
Ressurser til systemutvikling, testing, forvaltning mm.	X	
Ressurser til de sentrale innføringsprosjektene	X	
Ressurser til utredningsaktiviteter	X	
Ressurser til juridiske utredninger		X
Ressurser til ekstern kvalitetssikring		X

2.3.4 Anbefalt kontraktstrategi for program pasientens legemiddelliste

Tabell 11 Anbefalt kontraktstrategi for anskaffelsesområdene for steg 2

	A. Leie ressurser til interne prosjekter	B. Anskaffe helhetlige leveranser ved å tildele oppdrag
Ressurser til prosessledelse og programkontor	X	
Ressurser til systemutvikling, testing, forvaltning mm.	X	
Ressurser til de sentrale innføringsprosjektene	X	
Ressurser til utredningsaktiviteter	X	
Ressurser til juridiske utredninger		X
Ressurser til ekstern kvalitetssikring		X

2.4 Organisering og ansvarsdeling

2.4.1 Den overordnede organiseringen av steg 2

Direktoratet for e-helse vil på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ha det overordnede ansvaret for å realisere steg 2 i samarbeid med Norsk helsenett SF.

Etter en eventuell investeringsbeslutning om gjennomføring av steg 2, vil sektorsammensatte programstyrer være ansvarlige for at programmene leverer innenfor avtalte rammer (kostnader, nytte og fremdrift m.m.).

Organiseringen av steg 2 skal bidra til å sikre fremdrift, og at avhengigheter og eskalering av uenigheter håndteres, samt at steg 2 bygger oppunder det langsiktige målbildet for helhetlig samhandling. Steg 3 og kommende steg i målbildet for helhetlig samhandling må vurdere behov for endringer i organiseringen basert på læring og erfaring fra steg 2.

Forprosjektet anbefaler at gjennomføringen av steg 2 organiseres i to programmer:

- Program digital samhandling
- Program pasientens legemiddelliste

Program pasientens legemiddelliste er foreslått organisert i et eget program, slik det er i dag. Programstyret for programmet pasientens legemiddelliste har opparbeidet seg god kunnskap om programmet og bidrar til kontinuitet i styringen. Direktoratet for e-helse kan i samarbeid med sektoren på et senere tidspunkt vurdere å organisere pasientens legemiddelliste som en del av program digital samhandling, dersom det sees som hensiktsmessig. Organisering i to programmer vil bidra til at gjennomføringsrisikoen i steg 2 reduseres ved at styringen foregår i mindre komplekse og mer håndterbare programmer og prosjekter. Det er viktig å håndtere avhengigheter mellom programmene og tilrettelegge for koordinert innføring mot aktører i sektoren.

Direktoratet for e-helse vil gjennom sin eierrolle i de to programmene ha et særskilt ansvar for å styre avhengigheter mellom programmene ved sin porteføljefunksjon. Gjennom denne rollen vil direktoratet holde oversikt over avhengigheter og risikoer på tvers av de to programmene, i tillegg til oppfølging av gevinster og ivaretagelsen av målbildet for helhetlig samhandling.

Det operative ansvaret for koordinering av innføringsløpene samles i Norsk helsenett SF og tilføres deres eksisterende innføringsportefølje. Slik kan samhandlingsområdene i steg 2 samkjøres der dette er mulig og fornuftig, og kommunikasjonslinjen ut til sektoren vil forenkles.

Både program pasientens legemiddelliste og program digital samhandling er en del av den nasjonale e-helseporteføljen i dag. Den nasjonale e-helseporteføljen gir nasjonal styringsmodell mulighet til å få en oversikt over hva som foregår på nasjonalt nivå, herunder hva steg 2 må ta hensyn til. Rapporteringen til nasjonal e-helseportefølje kommer i tillegg til programmene eller prosjektenes styringslinje, og skal sikre koordinering og samordning av viktige tiltak i helse- og omsorgssektoren. Program digital samhandling vil også bruke nasjonal styringsmodell i styringen av forprosjektet for steg 3.

2.4.2 Overordnet organisering av program digital samhandling

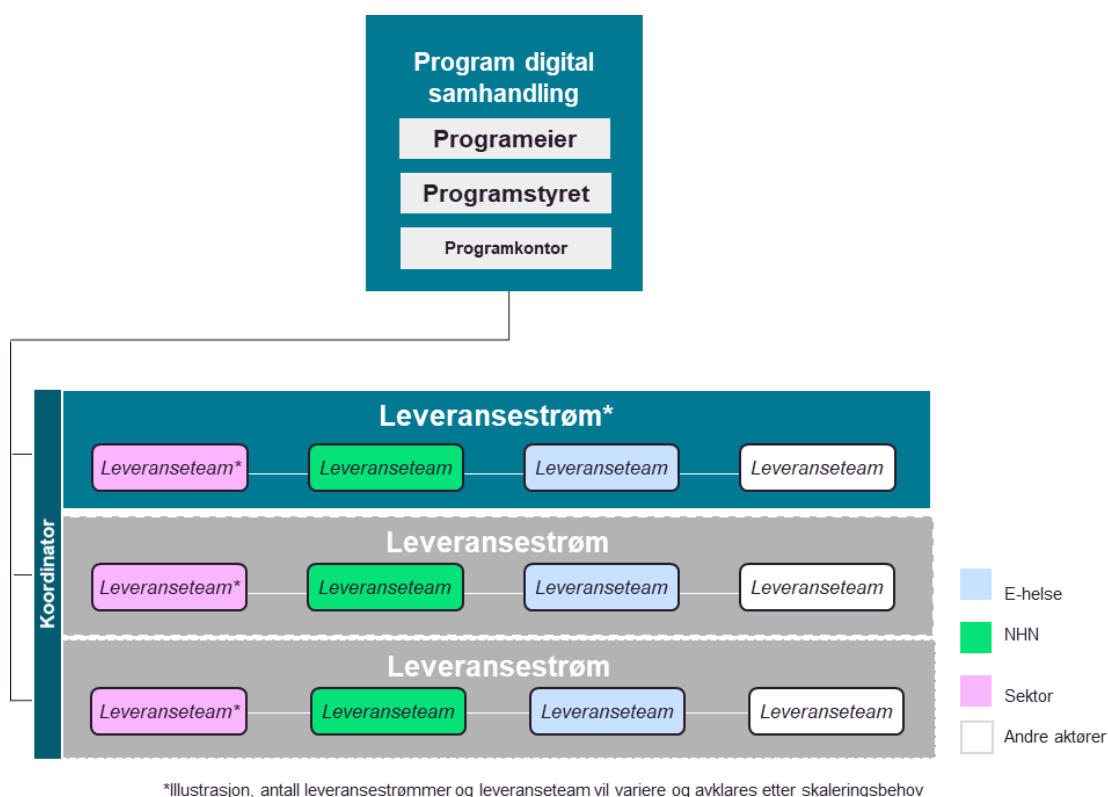
Fra 2023 vil program digital samhandling være ansvarlig for gjennomføringen av samhandlingsområdene kritisk informasjon, dokumentdeling og datadeling for digital hjemmeoppfølging, i tillegg til resterende programaktiviteter fra steg 1 og forprosjektet for steg 3.

Forprosjektet anbefaler å gjennomføre program digital samhandling ved å organisere gjennomføringen av behovskøen i en leveransestrøm. Formålet med å etablere en leveransestrøm, er å legge til rette for fleksibilitet og å drive kontinuerlig utvikling av samhandlingsområdene over tid. Gjennomføringen av en leveransestrøm vil kreve leveranser fra flere aktører, blant annet fra Direktoratet for e-helse, Norsk helsenett SF, helseregionene og helseforetakene, samt KS og kommunene. Enkelte leveransestrømmer vil også kunne være av en slik karakter, at andre nasjonale myndigheter, som eksempelvis Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, vil kunne ha en sentral rolle i gjennomføringen.

Dette er spesielt aktuelt for samhandlingsområdet datadeling for digital hjemmeoppfølging, som er avhengig av tett samarbeid med Nasjonalt velferdsteknologiprogram i Helsedirektoratet.

Antallet leveransestrømmer vil vurderes etter skaleringsbehov, og vil kunne komme til å være ulike når det gjelder størrelse, sammensetning og hvordan leveransene gjennomføres. Behovskøen og prioriteringer fra sektoren vil definere innholdet i en leveransestrøm. Detaljert beskrivelse av ansvar, roller og styring av en leveransestrøm fremgår av kapittel 2.4.

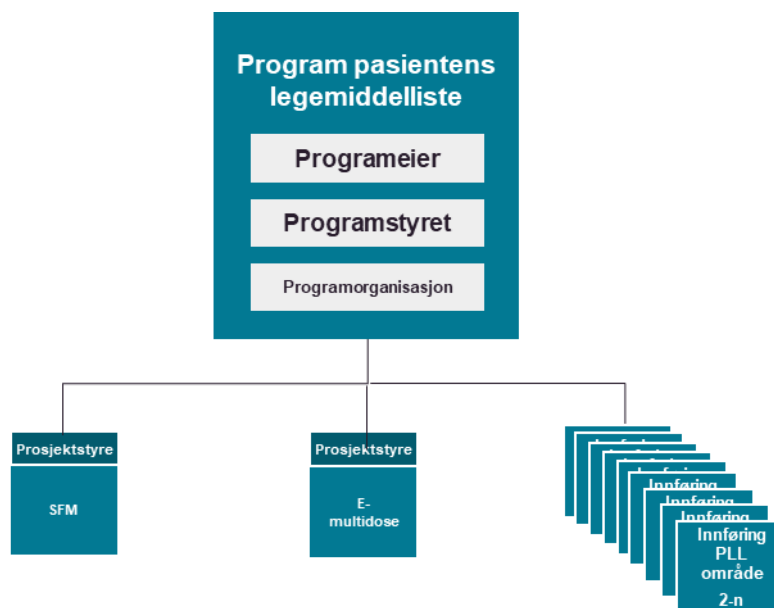
Detaljert organisering i programmet, herunder innholdet i og antallet leveransestrømmer, vil ikke besluttes før innholdet i og i hvilken rekkefølge tiltakene bør gjennomføres er ytterligere detaljert. Programstyret vil beslutte detaljert organisering for program digital samhandling i 2022, og organiseringen vil også kunne endres over tid. Se operasjonell organisering for program digital samhandling i Figur 7.



Figur 7 Operasjonell styringsmodell for program digital samhandling

2.4.3 Overordnet organisering av programmet pasientenes legemiddelliste

Program pasientens legemiddelliste vil fra 2023 være ansvarlig for gjennomføringen av pasientens legemiddelliste. Programmet vil innledningsvis bestå av to prosjekter. I løpet av 2024 ferdigstilles utvikling av sentral forskrivningsmodul og innføring av e-multidose. Oppgavene i programmet og behovet for ressurser og kompetanse vil endre seg noe over tid, i tråd med innføringstakten. Programstyret og program vil bestå gjennom hele programperioden. Se skisse til overordnet organisering av gjennomføringen av program pasientens legemiddelliste i Figur 8.



Figur 8 Overordnet organisering av Pasientens legemiddelliste

2.4.4 Organiseringen og styringen av steg 2

Styringen av steg 2 er basert på styringsprinsippene fra MSP® og skal bidra til at programmene:

- Til enhver tid er i tråd med tiltakets strategiske mål
- Har tydelig eierskap, roller og ansvar som gir programmet en overordnet retning og forutsigbare rammebetingelser
- De ulike styrende rollene skal bidra til at prosjektene får forutsigbare rammebetingelser for utviklingen av løsningene, produktene og tjenestene
- Er innrettet for oppfølging og realisering av gevinster

2.4.4.1 Overordnet ansvar og styring

Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet er oppdragsgiver og eierdepartement for både program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste. De er dermed overordnet ansvarlig for at steg 2 blir iverksatt og gjennomført i henhold til Stortingets vedtak og forutsetninger. Dette innebærer at Helse- og omsorgsdepartementet følger opp Direktoratet for e-helses gjennomføring av programmene i tråd med styrende dokumenter, som tildelingsbrev og styringssignalene som formidles i etatsstyringen. Direktoratet for e-helse skal involvere Helse- og omsorgsdepartementet på en hensiktsmessig måte som sikrer at forhold av strategisk betydning for mål- og resultatoppnåelsen og prioriteringen av innholdet blir forankret i departementet.

Direktoratet for e-helse

Direktoratet for e-helse er delegert myndighet fra departementet som programeier for både program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste. Direktoratet for e-helse vil dermed være ansvarlig for programmene og gjennomføringen i sin helhet. Dette innebærer at direktoratet, gjennom sin myndighetsrolle, legger til rette for realisering av nytte og ivaretagelse av målbildet for helhetlig samhandling. Dette innebærer koordinering av ulike virkemidler (eksempelvis juridiske, teknologiske, organisatoriske og semantiske) som er sentrale for å ta ut nytte og sikre samfunnsøkonomisk lønnsomhet. Gjennom programeierrollen vil direktoratet rapportere samlet for begge programmene til departementet. Det er direktoratet som beslutter programmenes mandat, i tråd med føringene fra departementet. Direktoratet for e-helse vil være ansvarlig for å involvere og samarbeide med sektoren og Norsk helsenett SF i gjennomføringen av sine oppgaver.

Norsk helsenett SF

Norsk helsenett SF er produkteier og tjenesteleverandør, i flere tilfeller, dataansvarlig for de nasjonale e-helseløsningene som flere av tiltakene i steg 2 skal bygges på, og vil ha ansvaret for produktkøen for disse. Norsk helsenett SF vil være ansvarlig for å etablere og modne behovskøen, gjennomføre nødvendige anskaffelser til utviklingsaktiviteter, samt eventuelle anskaffelser av annen kapasitet eller tjenester knyttet til samhandlingsområdene i steg 2. Norsk helsenett SF er også ansvarlig for den løpende operative innføringsaktiviteten sentralt.

Programstyrene

Programstyrene er sentrale i realiseringen av steg 2, og skal bidra til å skape felles forståelse for målbildet for steg 2. Medlemmene i programstyrene skal tilstrebe å forankre vedtak som fattes i programstyrene.

Programstyrene er allerede etablert, pekt ut av sektoren. Programstyrets rolle i styringen av steg 2, er en videreføring fra steg 1 og de prinsippene som ligger til grunn i styringsdokumentet for steg 1. Endringer i gjennomføringsmodellen kan kreve revidering av enkelte oppgaver og ansvar. De mest sentrale oppgavene til programstyret knytter seg til å:

- Balansere ulike interessenters behov
- Sikre nytte av investeringen, som samsvarer med Stortingets vedtak for gjennomføring av steg 2
- Gjøre strategiske veivalg og gi retning for realisering av tiltak i steg 2
- Vurdere mulighet for gevinstrealisering for sektoren som helhet, og vurdere avhengigheter, risiko og konsekvenser for aktørene
- Prioritere behovskø og leveranseplaner som vil danne grunnlag for oppdrag om gjennomføring av leveranser
- Sørge for forankring og nødvendig informasjonsflyt om programmets mål, planer og leveranser i egne linjer og til omgivelsene, i samarbeid med programmet for øvrig
- Bidra til effektiv fremdrift og gjennomføring av tiltak i steg 2
- Identifisere og fremskaffe nødvendige ressurser fra egen linje til representasjon og deltagelse i programmet og prosjekter

Programstyret for program digital samhandling består i dag av representanter fra Norsk helsenett SF, de regionale helseforetakene, representanter fra KS/kommuner, Direktoratet

for e-helse, representanter fra fag- og profesjonsforeninger, representanter for fastleger (virksomhetseiere) ved Legeforeningen, fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. For steg 2 vil programmet vurdere også å inkludere representanter fra pasient- og brukerorganisasjoner. Programstyret vil være ansvarlig for både steg 1 og steg 2.

Programstyret for program pasientenes legemiddelliste består i dag av representanter fra Norsk helsenett SF og de regionale helseforetakene, representanter fra KS/kommuner, Direktoratet for e-helse, representanter fra fag- og profesjonsforeninger, fra fagmyndigheter, representanter for fastleger (virksomhetseiere) ved Legeforeningen, samt en representant fra pasient- og brukerorganisasjoner. I tillegg har programmet vurdert det hensiktsmessig at andre aktører også kan gis representasjon, enten permanent eller i ulike faser. Dette gjelder særlig fag- og profesjonsforeninger, fagmyndigheter og/eller pasient- og brukerorganisasjoner.

Helsefaglig ansvarlig i programmene

Steg 2 støtter opp om målbildet basert på helsefaglige behov og behov hos innbyggere. Det er derfor vurdert som nødvendig at programmene skal ha en rolle som helsefaglig ansvarlig i programledelsen. Rollen helsefaglig ansvarlig i programledelsen skal bidra til at prioritering av utvikling og innføring av samhandlingstjenester er i tråd med helsefaglige behov. Rollen bør ha kompetanse både på helsefag, helseinformatikk, organisering av helsetjenesten og de arbeidsprosessene som utføres.

Det vil være behov for helsefaglig kompetanse i gjennomføringen av programmet (i prosjekter og leveransestrømmer), og helsefaglig ansvarlig vil være koordinator og eskaleringsmulighet for helsefaglige vurderinger i dem, og samarbeide tett med helsefaglig ansvarlig som jobber operativt i prosjekter og leveransestrømmer. Rollens strategiske ansvar tilsier en mer direkte deltakelse i forprosjekt steg 3. Programmene bør i tillegg bruke etablerte helsefaglige råd og strukturer der det er mulig.

Fagansvarlig IKT/Arkitektur i programmene

I begge programmene vil det vil være nødvendig å ta mange arkitekturvalg. I tillegg til helsefaglig kompetanse i programmene er det derfor behov for kompetanse knyttet til IKT og arkitektur. Det vil derfor opprettes en rolle i programmene, fagansvarlig for IKT/arkitektur som har fokus på å følge opp at behovene løses innenfor rammene av normering og arkitekturstyring. Den fagansvarlige vil i tillegg være eskaleringsnivå ved uenighet om forståelse og etterlevelse av rammebetingelsene.

2.4.4.2 Ansvarsdeling mellom aktørene i program digital samhandling

Både de regionale helseforetakene, kommunene, fastlegene og andre avtalespesialister har en sentral rolle i realiseringen av steg 2 og i gjennomføringen av leveransestrømmene. Aktørenes ansvar og oppgaver er listet i Tabell 12.

Tabell 12 Overordnet ansvarsdeling mellom aktører i program digital samhandling

Aktør	Ansvar
Direktoratet for e-helse	Ansvarlig for gjennomføring av programmet: - Ansvarlig for at satsingens mål og gevinster blir tilrettelagt for realisering i sektoren og følger dette løpende gjennom satsingens levetid - Oppfølging av gevinster og rapportering

	• Tilrettelegge for kontinuerlig informasjon og kommunikasjon til sektoren • Prioritering av utkast til prioritert behovskø basert på nytte og måloppnåelse til beslutning for programstyret • Ansvarlig for å lede og gjennomføre forprosjekt steg 3 • Rapportere til Helse- og omsorgsdepartementet gjennom etatsstyringen på status, fremdrift og risiko. Ansvarlig for avhengigheter og koordinering: • Koordinere avhengigheter i steg 2, avhengigheter utenfor steg 2 mot øvrige nasjonale initiativer og andre programmer som direktoratet eier (Eksempelvis felles språk og steg 1) • Koordinering mot sektoren og avstemme mot nasjonal e-helseportefølje, nasjonal styringsmodell, veikart for nasjonale e-helseløsninger, nasjonal arkitekturstyring og standarder Utøve myndighetsrolle gjennom: • Identifisere behov for regelverksutvikling for å sikre rettslig grunnlag for samhandlingsløsninger. • Normering • Arkitekturstyring
Norsk helsenett SF	Etablering og modning av behovskø: • Løpende detaljere og modne behovskøen i tett dialog med relevante aktører • Etablere behovskø for prioritering Utvikling, tilpasning og integrasjoner: • Utvikling og testing i samarbeid med relevante aktører • Etablere nødvendige integrasjoner • Oppgradere eksisterende nasjonal infrastruktur • Koordinere teknisk tilpasning • Teknisk drift og forvaltning • Dokumentasjon og brukergodkjenning • Ivareta personvern og informasjonssikkerheten i konkrete samhandlingsløsninger og gjennomføre DPIA så snart informasjonsgrunnlaget er tilstrekkelig. Se Vedlegg I Strategi for personvern og informasjonssikkerhet for detaljert beskrivelse Innføring: • Løpende tilrettelegging for utprøving av ny funksjonalitet • Løpende tilrettelegging for at aktører tar i bruk ny funksjonalitet • Forvalte og tilpasse kommunikasjonsmateriell og kursmateriell fra utprøvingene, som er nødvendig for å sikre at brukerne kan ta løsningene i bruk

	• Sikre brukerstøtte/kontaktsenter i forkant av innføring. Driften av brukerstøtten/kontaktsenteret er ansett som en del av drift- og forvaltningsaktiviteter • Tilrettelegging av erfaringsdeling på tvers og koordinering mellom aktørene
Nasjonale myndigheter	• Setter krav og rammebetingelser knyttet til faglige retningslinjer • Avklare og vurdere behov for eller endringer av standarder, eksempelvis helsefaglig standard
Virksomheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten	Opplæring, utprøving og innføring • Sørge for kontinuerlig utprøving og innføring av løsninger • Gjennomføre opplæring av helsepersonell som skal bruke løsningene. Opplæring og tilrettelegging tilpasses tjenesteområde og profesjon Utvikling, tilpasning og tekniske forberedelser • Vurdere eksisterende systemer og løsninger og se på behovet for oppgradering av disse i forkant av at de tar i bruk nye løsninger • Etablere nødvendige integrasjoner • Oppgradere eksisterende systemer og løsninger • Dialog med leverandører Realisere nytte av løsningene • Følge opp realisering av nytte • Ta i bruk løsningene på en hensiktsmessig måte • Ved behov gjennomføre endringer i arbeidsprosesser for å maksimere nytte • Konkret plan for realisering av nytte vil gjøres i samarbeid med sektoren

2.4.4.3 Ansvarsdeling mellom aktørene i program pasientens legemiddelliste

De regionale helseforetakene, kommunene, fastlegene og avtalespesialister har en sentral rolle i realiseringen av pasientens legemiddelliste. Kommuner og helseforetak må utnevne ansvarlige for innføringen lokalt i sine virksomheter. Koordinering på tvers av virksomheter i innføringsområdet bør gjøres i allerede etablerte fora. Det eksisterer mange gode samhandlingsstrukturer som er egnet for å ivareta og sikre god koordinering og informasjon til aktørene i helseforetaksområdene. Det vil være naturlig å benytte eksisterende strukturer, som for eksempel helsefelleskap, diginettverk, eller andre regionale samarbeidsfora mellom helseforetakene og kommunene, der disse fungerer godt. Aktørenes ansvar og oppgaver er listet i

Tabell 13.

Tabell 13 Overordnet ansvarsdeling mellom aktører i program pasientens legemiddelliste

Aktør	Ansvar
Direktoratet for e-helse	Ansvarlig for gjennomføring av programmet: • Ansvarlig for at satsingens mål og gevinster blir tilrettelagt for realisering i sektoren, og følger opp dette løpende gjennom satsingens levetid • Prioritering av utkast til prioritert behovskø basert på nytte og måloppnåelse til beslutning for programstyret • Oppfølging av gevinstrealisering og rapportering • Koordinere og bestille endringer i sentral forskrivningsmodul • Gi og følge opp oppdrag på innføring gitt til Norsk helsenett SF • Tilrettelegge for kontinuerlig informasjon og kommunikasjon på et strategisk nivå til sektoren • Rapportere til Helse- og omsorgsdepartementet gjennom etatsstyringen på status, fremdrift og risiko. Ansvarlig for avhengigheter og koordinering: • Koordinere avhengigheter på tvers av innføringsområder • Koordinere avhengigheter utenfor eller mellom innføringsområdene og mot øvrige nasjonale initiativer og andre programmer som direktoratet eier (Eksempelvis felles språk og steg 1) • Koordinering mot sektoren og avstemming mot nasjonal e-helseportefølje, nasjonal styringsmodell, veikart for nasjonale e-helseløsninger, nasjonal arkitekturstyring og standarder Utøve myndighetsrolle gjennom å: • Utføre aktiviteter for å normere nødvendige standarder • Utøve helsefaglig oppfølging, på strategisk nivå, av nasjonal innføring
Norsk helsenett SF	Dataansvarlig for reseptformidleren og kjernejournal Etablering og modning av behovskø: • Løpende detaljere og modne behovskøen i tett dialog med relevante aktører • Etablere behovskø for prioritering Systemeier for Reseptformidler, Kjernejournal og SFM • Utvikling og testing i samarbeid med relevante aktører • Etablere nødvendige integrasjoner • Oppgradere eksisterende nasjonal infrastruktur • Dokumentasjon og brukergodkjenning

	• Ivareta personvern og informasjonssikkerheten i konkrete samhandlingsløsninger og gjennomføre DPIA så snart informasjonsgrunnlaget er tilstrekkelig. Se Vedlegg I Strategi for personvern og informasjonssikkerhet for detaljert beskrivelse. Drifts- og tjenesteleverandør for Reseptformidleren, Kjernejournal og SFM • Teknisk drift og forvaltning Innføring: • Pådriver for teknisk tilrettelegging og bredning av SFM med Pasientens legemiddelliste til fastleger, avtalespesialister, legevakt, ØHD/KAD • Koordinere teknisk tilrettelegging • Løpende tilrettelegging for utprøving av ny funksjonalitet • Innhente og koordinere erfaringer fra innføringsområdene til nye innføringsområder • Løpende tilrettelegging for at aktører tar i bruk ny funksjonalitet • Forvalte og tilpasse kommunikasjonsmateriell og evt. kursmateriell fra utprøvingene, som er nødvendig for å sikre at brukerne kan ta løsningene i bruk • Etablere brukerstøtte/kontaktsenter i forkant av innføring. Driften av brukerstøtten/kontaktsenteret er ansett som en del av drift- og forvaltningsaktiviteter
Virkksomheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten	Dataansvarlig for egne løsninger Opplæring, utprøving og innføring • Gjennomføre opplæring av helsepersonell som skal bruke løsningene. Opplæring og tilrettelegging tilpasses tjenestekområdene og profesjonene • Sørge for utprøving og innføring av løsninger Utvikling, tilpasning og tekniske forberedelser • Etablere nødvendige integrasjoner • Oppgradere eksisterende systemer og løsninger • Dialog med egne leverandører Realisere nytte av løsningene • Ta i bruk løsningene på en hensiktsmessig måte • Gjennomføre endringer i arbeidsprosesser • Konkret plan for realisering av nytte vil gjøres i samarbeid med sektoren • Følge opp realisering av nytte • Rapportere på oppnådde gevinster

Apotekforeningen og -kjedene	Dataansvarlig for egne løsninger Opplæring, utprøving og innføring • Sørge for utprøving og innføring av løsninger • Gjennomføre opplæring av helsepersonell som skal bruke løsningene. Opplæring og tilrettelegging tilpasses tjenestoområdene og profesjonene Utvikling, tilpasning og tekniske forberedelser • Etablere nødvendige integrasjoner • Oppgradere eksisterende systemer og løsninger • Dialog med egne leverandører Realisere nytte av løsningene • Følge opp realisering av nytte • Rapportere på oppnådde gevinster • Ta i bruk løsningene på en hensiktsmessig måte • Ved behov, gjennomføre endringer i arbeidsprosesser for å maksimere nytte

2.4.4.4 Styring av leveransestrømmene i program digital samhandling

Programstyret vedtar mandatet for gjennomføringen av og innholdet i en leveransestrøm. Det bør utpekes en koordinator for leveransene i programmet. Denne rollen vil da være ansvarlig for å levere i henhold til krav og mål satt i styringsdokumentet for programmet og sørge for å koordinere avhengigheter på tvers. Koordinatoren vil være ansvarlig for å delegere og følge opp fremdrift i henhold til behovskøen som er vedtatt av programstyret. En leveransestrøm kan organiseres ut ifra et samhandlingsområde med tilhørende tiltak.

Programstyret har ansvaret for å beslutte prioriteringer og innholdet i leveransestrømmene. Det skal, så langt det er mulig, søkes konsensus rundt dette, basert på nyttestyring. I tilfeller der det ikke kan oppnås enighet, har programeier myndighet til å treffe endelig vedtak. Et slikt vedtak skal imidlertid fattes i et møte med programstyret, og vedtaket skal være kjent før det fattes.

2.4.4.5 Styring av prosjektene i program pasientenes legemiddelliste

Programstyret for pasientens legemiddelliste vedtar mandat og rammer for gjennomføring av de underliggende prosjektene, i henhold til vedtatte føringer fra departementet.

Programstyret beslutter hovedleveranser for Sentral forskrivningsmodul, der prosjektstyret til Sentral forskrivningsmodul følger opp den enkelte leveransen. Det er eksempelvis tatt en beslutning om først å tilby et grensesnitt til de regionale helseforetakene, deretter brukergrensesnitt for fastlegene og deretter brukergrensesnitt for pleie- og omsorgstjenesten.

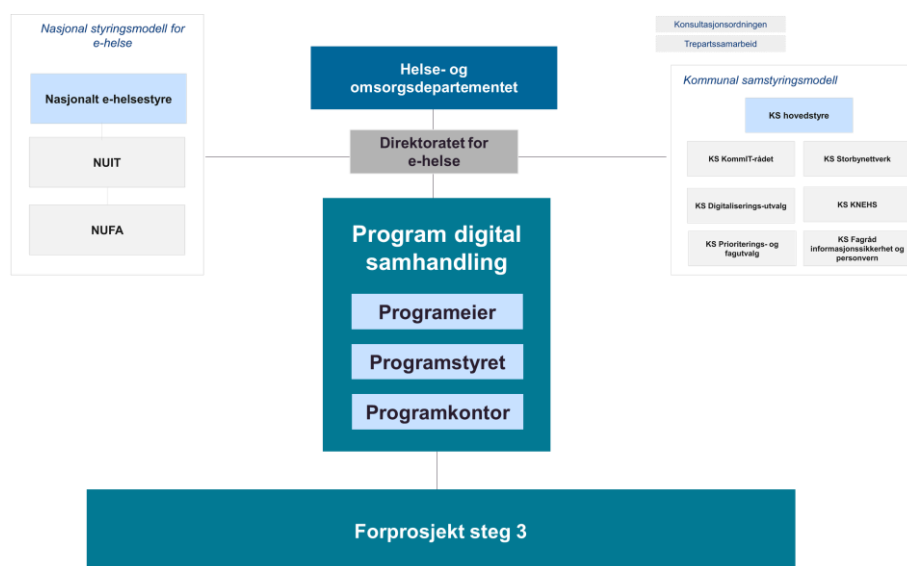
Programstyret beslutter også oppstart av nye innføringsområder. Det forutsetter at leverandørene i området og aktørene i området er klare for innføring, i tillegg til at programmet forplikter seg til å følge opp området, med de økonomiske forpliktelsene det medfører.

2.4.5 Programmenes bruk av den nasjonale styringsmodellen

Programmer og prosjekter av nasjonal betydning rapporteres inn i den nasjonale e-helseporteføljen. Både program pasientens legemiddelliste og program digital samhandling er en del av den nasjonale e-helseporteføljen i dag.

Den nasjonale e-helseporteføljen gir deltakerne i den nasjonale styringsmodellen en mulighet til å få en oversikt over hva som pågår på nasjonalt nivå, herunder hva steg 2 må ta hensyn til. Rapporteringen til nasjonal e-helseportefølje kommer i tillegg til programmene eller prosjektenes styringslinje, og skal sikre koordinering og samordning av viktige tiltak i helse- og omsorgssektoren.

Programmene vil kunne ha flere leveranser som er av en slik karakter at disse skal behandles i nasjonale råd og utvalg i tillegg til i programstyrene. Det vil eksempelvis være problemstillinger av strategisk eller prinsipiell karakter som vil ha påvirkning utover det ene programmet eller prosjektet, som da bør behandles i styringsmodellen. Et eksempel vil være løsningsomfang for steg 3, som vil være en problemstilling av strategisk karakter og vil ha påvirkning utover program digital samhandling. Program digital samhandling vil derfor bruke den nasjonale styringsmodellen, både NUIT (prioriteringsutvalget) og Nasjonalt e-helsestyre (NEHS) i styringen av forprosjekt for steg 3, som skissert i Figur 9.



Figur 9 Overordnet styring av forprosjekt steg 3 og bruk av nasjonal styringsmodell

Direktoratet for e-helse vil være ansvarlig for at programmene benytter seg av den nasjonale styringsmodellen, men både programeier (direktoratet) og programstyret kan fremme forslag om eskalering til den nasjonale styringsmodellen.

2.4.6 Programmenes bruk av KS sin samstyringsmodell

KS fremmer kommunesektorens interesser på digitaliseringsområdet og følger opp at nasjonale strategier og løsninger, lover og regler tilpasses kommunesektorens behov. Behovene defineres av kommuner og fylkeskommuner gjennom samstyringsorganer. Det er etablert følgende samstyringsorganer: KommIT-rådet, Digitaliseringsutvalget, Fag- og prioriteringsutvalg for e-helse, Fagrådet for arkitektur og Fagrådet for Personvern og

informasjonssikkerhet, der KommIT-rådet er øverste organ. Disse gir sine innspill til KS' strategi- og interessepolitikk. Fagrådene og digitaliseringsutvalget gir innspill på prosjekt- og programnivå.

Programmene skal involvere KS og benytte seg av rådene og utvalgene ved behov for forankring med kommunesektoren. Programmene skal legge opp til en forutsigbar og transparent prosess for involvering av KS og kommunesektoren. For å realisere steg 2 og legge til rette for ibruktakelse av funksjonalitet, er programmene avhengige av et godt samarbeid med KS og kommunene. Direktoratet for e-helse er ansvarlig for at programmene legger til rette for et samarbeid med KS og bruk av denne samstyringsmodellen.

2.4.7 Programmenes samarbeid med Helseplattformen

Helseplattformen skal innføre en ny, felles pasientjournal ved sykehus og kommuner i hele Midt-Norge. Journalen skal følge pasienten i alle møter med helsetjenesten. Det er første gang det i Norge etableres en felles løsning for kommune- og spesialisthelsetjeneste, fastleger og avtalespesialister. Gjennom Helseplattformen er Midt-Norge utprøvsregion for det nasjonale målbildet Én innbygger – én journal (8).

I arbeidet har Helseplattformen gjort erfaringer som kan gjenbrukes i nasjonalt perspektiv. For steg 2 er det særlig relevant å se på arbeid som har vært gjort med Felles språk basert på SNOMED CT, gjenbruk av erfaringer knyttet til partenes arbeid med grensesnitt til e-resept, kernejournal og Helsenorger. Det planlegges at tiltakene i steg 2 i Midt-Norge innføres gjennom Helseplattformen, og programmene kan derfor benytte strukturer etablert i Helseplattformen og for samarbeidet med Helseplattformen for kontakt med aktører i Midt-Norge.⁴

Helseplattformen har en gjennomføringsmodell hvor klinikere fra hele tjenesten deltar aktivt i utformingen av løsningen og har ansvaret for de faglige beslutningene. I forberedelsen til gjennomføringen av steg 2 vil vi programmene legge opp til erfaringsutveksling med Helseplattformen og sammen med sektor foreslå klinikerinvolvering i faglige beslutninger, eksempelvis knyttet til innføring. I vurderingen vil en ta høyde for at steg 2 har mindre omfattende innhold og i stor grad dreier seg om innføring av løsninger hvor utforming allerede er gjort.

Programmene skal samarbeide og involvere Helseplattformen og Helse Midt-Norge ved behov og legge opp til en forutsigbar og transparent prosess. Direktoratet for e-helse er ansvarlig for at dette blir koordinert mellom programmene og at programmene vektlegger gjenbruk og erfaringsutveksling med Helseplattformen på relevante tema i tråd med føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet. Vurdering av gjenbruk og læringspunkter er beskrevet i Vedlegg N Gjenbruk og læringspunkter fra Helseplattformen.

2.4.8 Strategi for oppslutning og ibruktakelse

Kapittel 2.1 peker på flere områder som medfører en risiko for at gevinster ikke blir realisert og at målene ikke nås. Blant annet at det er frivillig å ta i bruk løsningene, og at

⁴ Selskapet Helseplattformen AS eies av Helse Midt-Norge og Trondheim kommune i et såkalt offentlig-offentlig samarbeid der Helse Midt-Norge eier 60 prosent og Trondheim kommune 40prosent. Det er lagt til rette for og er ønskelig at alle kommuner går inn på eiersiden når de formelt trer inn i Helseplattformen. Direktoratet har en observatørrolle i Helseplattformens styringsgruppe (Executive Steering Committee) og det er avtaler og styringsgruppe for samarbeidet mellom Helseplattformen AS, Helse Midt-Norge, Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF.

investeringene ofte må tas andre steder enn der nytten faller. Forprosjektet har derfor lagt vekt på å vurdere virkemidler for å sikre ibruktakelse av løsningene i steg 2.

Det vil være behov for å bruke ulike virkemidler for tiltakene i samhandlingsområdene i steg 2, og for de ulike aktørene som er involvert. Aktører som får stor nytte og bærer små eller ingen kostnader ved ibruktakelsen av en løsning, vil ha naturlige insentiver til å ta løsningen i bruk. Overfor disse vil det ikke være behov for like sterke insentiver, utover at løsningene gjøres tilgjengelig og at det gis støtte og veiledning ved innføringen av løsningene. Noen av virkemidlene vil kunne initieres av programmene, mens andre virkemidler vil ligge utenfor programmenes handlingsrom.

Eksempler på virkemidler for å øke oppslutningen som programmene rår over:

- Aktiv bruk av utprøving som etablerer ambassadører for å lykkes med innføring
- Forankring og involvering, for å sikre at løsningene ivaretar helsepersonell sine behov
- Etablere intensjonsavtaler med helseforetak som skal ta i bruk pasientens legemiddelliste
- Dra nytte av eksisterende nettverk og fora for samarbeid
- Formell deltakelse og medbestemmelse fra brukerne av steg 2 i gjennomføringen av programmet.
- Bruk av nasjonale innføringsprosjekter for å støtte og veilede regionale/lokale innføringsprosjekter.
- Forankring og sektorinvolvering gjennom den nasjonale styringsmodellen for e-helse
- Forankring og sektorinvolvering gjennom kommunal styringsmodell
- Kommunikasjonsarbeid med fokus på å engasjere og dele gode erfaringer og viktigheten av tiltakene for å bedre pasientsikkerheten.

Økonomiske virkemidler

Økonomiske virkemidler for å sikre økt oppslutning ligger utenfor programmenes handlingsrom. Noen av de økonomiske virkemidlene, som finansieringsmodellen for steg 2, vil være avklart før oppstart av gjennomføringen, og vil ligge som en rammebetingelse. Andre økonomiske virkemidler er det opp til kommunene eller staten ved Helse- og omsorgsdepartementet å beslutte. Eksempler på mulige økonomiske virkemidler:

- Staten bidrar med finansiering av steg 2, som vil gi en lavere kostnad for sektoren
- Etablere insentivordninger der kommunene eller staten belastes kostnadene. Kompensasjonsordning til fastlegene for opprettelsen av den første legemiddellisten.

Juridiske og andre normerende virkemidler

Juridiske virkemidler for å sikre økt oppslutning ligger utenfor programmenes handlingsrom. For å få økt oppslutning rundt tiltakene i steg 2 kan et av virkemidlene være å pålegge tilgjengeliggjøring av løsninger og funksjonalitet i de enkelte helsevirksomhetene. Eksempelvis kan det å pålegge plikt til å oppdatere den sentrale legemiddellisten, ved å

iverksette forskriften om meldeplikt⁵, føre til en raskere utbredelse av pasientens legemiddelliste. Se Vedlegg J Mulighet og nødvendighet av å pålegge plikt til å bruke samhandlingsløsninger for en nærmere vurdering av bruk av juridiske og andre normerende virkemidler.

De nylig vedtatt endringene i pasientjournalloven § 8 (jf. prop 3 L (2021-2022)) og nytt kap. 3 i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger som omhandler plikt til å ta i bruk og betale for de nasjonale e-helseløsningene, vil sannsynligvis ha betydning for oppslutningen om steg 2. Det vil eksempelvis kunne føre til en raskere ibruktakelse av kjernejournal, som er en forutsetning for kritisk informasjon og dokumentdeling. De nye reglene omfatter helsenettet, kjernejournal, e-resept og helsenorge.no.

Et eksempel på hvordan nytten og kostnadene tilfaller ulike aktører, er utprøving av dokumentdeling, hvor man har sett at kommunal helse- og omsorgstjeneste har hatt høy nytte av dokumentene som deles, mens det er helseforetakene som i stor grad bærer kostnadene. Her kan det være behov for sterkere styringsvirkemidler, for å sikre at helseforetakene prioriterer dokumentdeling slik at gevinster realiseres. Helse- og omsorgsdepartementet kan gjennom eierstyringen gi instruksjoner til regionale helseforetak om å dele dokumenter og kritisk informasjon. Overfor kommunene vil det antagelig ikke være nødvendig å iverksette virkemidler, utover det nasjonale innføringsprosjektet for å støtte innføringen av kjernejournal, da kostnadene for kommunene vil være lave sammenlignet med nytten de får av disse tiltakene.

Det sentrale styringsdokumentet for helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning (Vedlegg O) pekte på virkemidler som knyttet seg til samordning, arkitektur og standardisering. Det ble anbefalt en rekke funksjonelle og semantiske krav, samt tekniske krav til journalløsningene, for aktører i helse- og omsorgstjenesten. Flere av disse kravene er aktuelle for steg 2, og en innføring av kravene vil kunne føre til økt oppslutning om steg 2.

Det kan være aktuelt å stille normerende krav, for eksempel til bruk av standarder. Direktoratet for e-helse kan utarbeide veiledere, retningslinjer og anbefalinger, mens obligatoriske krav knyttet til forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger og kjernejournalforskriften må utarbeides av Helse- og omsorgsdepartementet, se også Vedlegg H, Prinsipper, tekniske krav og standarder for samhandling.

2.4.8.1 Tiltak og virkemidler for å sikre gjennomføringen

Tabellen nedenfor beskriver sentrale tiltak i steg 2, hvor det bør vurderes og iverksettes virkemidler for å sikre gjennomføring og gevinstrealisering av steg 2.

Tabell 14 Virkemidler for å sikre gjennomføringen av steg 2

Tiltak i samhandlingsområdene	Aktører	Begrunnelse	Virkemidler

⁵ Forskrift om behandling av helseopplysninger i nasjonal database for elektroniske resepter av 21. desember 2007 nr. 1610 § 2-1 sjette ledd.

Innføring av kjernejournal til kommunal pleie- og omsorgstjeneste og videre innføring av dokumentdeling og kritisk info fra spesialisthelsetjenesten	Kommunal pleie- og omsorgstjeneste innfører kjernejournal, og tar i bruk funksjonaliteten.	Innføring av kjernejournal vil utløse integrasjons- og opplæringskostnader hos kommunene. For å sikre ibruktakelse av kjernejournal er det behov for å synliggjøre nytten.	Kjernejournal kommer med funksjonalitet for dokumentdeling og kritisk informasjon og øker nytten ved at flere tar i bruk kjernejournal. Videreføre dagens modell for å innføre kjernejournal Bruke ambassadører for å kommunisere nytten
	Spesialisthelsetjenesten deler dokumenter og kritisk informasjon via kjernejournal.	Hoveddelen av kostnadene bæres av spesialisthelsetjenesten, mens nytten tilfaller også kommunal helse- og omsorgstjeneste.	Styringssignaler fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. Normering av standard for kritisk informasjon og vurdere normering av standarder for dokumentdeling.
	Norsk helsenett SF tilrettelegger for dokumentdeling og kritisk informasjon og ev. nødvendige endringer i standard for kritisk informasjon.	Norsk helsenett SFs kostnader til videreutvikling og drift og forvaltning må dekkes, inkl. endring av API dersom standard for kritisk info endres. Sikre prioritet og kapasitet hos Norsk helsenett SF.	Finansiering bør dekkes gjennom oppdragsavtaler. Styringssignaler fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennom foretaksmøtet.
Pasientens legemiddelliste	Kommunehelsetjenesten (ekskl. skolehelse og helsestasjon) må innføre og ta i bruk pasientenes legemiddelliste	Vil utløse integrasjons- og opplæringskostnader hos kommunene.	Sentralt innføringsprosjekt for å støtte regional innføring. Frikjøp av kommunale ressurser til regionale innføringsprosjekter (organisert etter etablerte strukturer i kommunal sektor). Stille krav til funksjonalitet hos EPJ-leverandørene.
	Fastlegene må innføre og ta i bruk pasientens legemiddelliste	Vil utløse integrasjons- og opplæringskostnader hos fastlegene	Sentralt innføringsapparat for å støtte regional innføring. I en oppstartsfasen gi tilskudd for å opprette pasientens legemiddelliste Stille krav til nødvendig funksjonalitet hos EPJ-leverandørene (dette bør koordineres med EPJ-løftet).
	Spesialisthelsetjenesten må innføre og ta i bruk pasientens legemiddelliste på en måte som sikrer oppdatert legemiddelliste ved inn- og utskrivning.	Vil utløse integrasjons- og opplæringskostnader hos spesialisthelsetjenesten	Styringssignaler fra Helse- og omsorgsdepartementet. Sentralt innføringsapparat for å støtte regional innføring. Gjelder for alle aktører for å sikre samtidighet og gjenbruk av erfaringer og rutiner, også spesialist.

	Norsk helsenett SF	Vil utløse kostnader for å ferdigstille sentral forskrivningsmodul og eventuelt andre nødvendige utviklingsaktiviteter, for eksempel tilpasninger i nasjonale e-helseløsninger	Finansiering gjennom oppdragsavtaler for innføring. Styringssignaler fra Helse- og omsorgsdepartementet.
	Apotek må innføre og ta i bruk pasientens legemiddelliste.	Vil utløse integrasjons- og opplæringskostnader hos apotekkjedene.	Sentralt innføringsapparat for å støtte regional innføring. Apotekforeningen koordinerer på tvers av apotekkjedene. Apotekkjedene koordinerer egne apotek på tvers av områder. Krav til samtidighet mindre viktig.
Datadeling for digital hjemmeoppfølging	Norsk helsenett SF	Vil utløse kostnader til å sikre utvikling av tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging	Finansiering gjennom oppdragsavtaler Normering for datadeling og digital hjemmeoppfølging. Styringssignaler fra Helse- og omsorgsdepartementet
Utpøringsprosjekter videre dokumentdeling og videre deling av kritisk info	Sektoren	Sikre enighet om hva som skal deles og hvordan, samt gjennomføre utprøving. Utpørings vil medføre integrasjons- og opplæringskostnader hos aktører som deltar.	Utpørings i regi av program digital samhandling med deltagelse fra sektoren. Frikjøp av ressurser til utpøringsprosjekter
	Legevakt, ØHD/KAD og avtalespesialister	Vil utløse integrasjons- og opplæringskostnader hos legevakt/øyeblikkelig hjelp døgnenhet og avtalespesialistene.	Sentralt prosjekt for å støtte ibruttakelsen av API. Erfaringsoverføring fra spesialisthelsetjenesten
	Norsk helsenett SF	Vil utløse kostnader til å utvikle funksjonalitet for utprøving Vil utløse kostnader til å støtte de som skal ta i bruk API.	Finansiering gjennom oppdragsavtaler Styringssignaler fra Helse- og omsorgsdepartementet.
Samtlige tiltak	Leverandører og markedsaktører	Løsningene i steg 2 krever at markedsaktørene gjør tilpasninger for å kunne integrere løsningene i systemene som leveres til de ulike helsetjenestene. Det kan kreve investering,	Flere av tiltakene retter seg mot markedssvikt, og er således virkemidler for å styrke konkurransen i leverandørmarkedet. Dersom dette ikke er tilstrekkelig til å få aktørene til å handle kan det vurderes å stimulere etterspørselen gjennom

		kapasitet og kompetanse og vilje til å utvikle fra leverandørsiden.	offentlige kjøp, og/eller styrke tilbudssiden med utviklingstiltak.

2.4.9 Strategi for styring av usikkerhet i programmene

Styring av usikkerhet og risikostyring må være en integrert del av programhverdagen på alle nivåer og i dialog med sentrale interessenter, slik at terskelen blir lav for å varsle om risiko som oppstår.

Programleder med støtte fra programkontoret er ansvarlig for å etablere og følge opp en prosess for styring av usikkerhet i programmet. Dette er en løpende og operativ prosess i programmet, som leder til beslutninger om hvilke endringer som godkjennes og ikke. Prosessen må ivareta behovet for å følge opp endringer som kan oppstå mange ulike steder, og sikre at konsekvensen av en endring blir vurdert helhetlig.

Tabell 15 viser de ulike rollene og tilhørende ansvar i styringen av usikkerhet for begge programmene.

Tabell 15 Roller og ansvar i usikkerhetsstyringen

Aktør	Roller og ansvar i usikkerhetsstyringen
Helse- og omsorgsdepartementet	Mottar rapportering på alvorlige endringer på effekt, kostnad og tid. Beslutter endringer som krever utløsning av midler fra usikkerhetsavsetningen (opp til P85).
Direktoratet for e-helse v/ direktør	Rapporterer på de mest sentrale risikoelementene til Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med Norsk helsenett SF. Direktoratet vil være ansvarlig for å håndtere interessekonflikter, dersom det skulle oppstå. Beslutter utløsning av forventet tillegg. Beslutter å løfte anmodninger om utløsning av usikkerhetsavsetning til Helse- og omsorgsdepartementet.
Programstyret	Programstyret støtter og gir anbefalinger til programeier. Programstyret skal ta viktige beslutninger om retning og prioriteringer innenfor styringsdokumentet sine rammer. Dette innebærer også å anbefale bruk av kuttliste. Programstyret skal sikre prioriteringer som skjer på tvers av leveranser i programmet og ivareta helheten i programmet slik at samfunnsøkonomisk lønnsomhet ivaretas. Programstyret skal diskutere risiko i programmet og risikoreduserende tiltak. Programstyret skal påse at den samlede bruken av ressurser er hensiktsmessig, og følge opp økonomien i programmet. Beslutte anmodninger om utløsning av forventet tillegg og usikkerhetsavsetning.
Programeier	Beslutter når det er uenighet i programstyret. Disponerer forventet tillegg og kan godkjenne endringer som fører til kostnadsendringer opp til P50. Løfter anmodninger om utløsning av forventet tillegg og usikkerhetsavsetning til Direktør for Direktoratet for e-helse etter beslutning i programstyret. Dette vil avhenge av beslutning om finansiering og kostnadsfordeling, som først vil foreligge etter levert sentralt styringsdokument.

Programleder	Ansvarlig for å etablere prosess for usikkerhetsstyring i programmet. Beslutter endringer innenfor sitt mandat. Løfter beslutninger om endring til programstyret.
Programkontoret	Følger opp prosessen for usikkerhetsstyring i programmet. Vurderer kostnads- og nyttekonsekvenser for programmet basert på innspill fra aktørene i programmet og prosjektene. Oppdaterer styringsdokumentasjon med godkjente endringer og vedlikeholder programmets endringslogg. Sikrer at godkjente endringer kommuniseres til hele programorganisasjonen, underliggende prosjekter, mottaksprosjekter og andre interessenter ut fra hva som er hensiktsmessig.

3 Prosjektstyringsbasis

3.1 Arbeidsomfang

Dette kapittelet gir en beskrivelse av samhandlingsområdene og de aktivitetene som er nødvendig for å gjennomføre steg 2 innenfor følgende områder:

- Dokumentdeling
- Kritisk informasjon
- Datadeling for digital hjemmeoppfølging
- Pasientens legemiddelliste

I tillegg skal det som en del av programmet for digital samhandling gjennomføres et forprosjekt for steg 3.

Tabell 16 Oversikt over arbeidsomfang i steg 2

Arbeidsomfang i steg 2	
Samhandlingsområdet dokumentdeling	• Videre innføring av dokumentdeling fra helseforetakene
	• Sikre at kjernejournal innføres i pleie- og omsorgssektoren
	• Sikre at delte journaldokumenter kan leses av alle som har tjenstlig behov og tilgang til kjernejournal
	• Definere hvilke samarbeidsområder aktørene i helse- og omsorgssektoren skal danne for å kunne dele dokumenter, og avklare hvilke typer dokumenter som skal deles
	• Gjennomføre utprøving av dokumentdeling fra avtalespesialister, legevakt og ØHD/KAD
	• Innføre dokumentdeling for alle aktuelle avtalespesialister, legevakter og ØHD/KAD

Arbeidsomfang i steg 2	
Samhandlingsområdet kritisk informasjon	Helseforetakene prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon.
	Fastleger og avtalespesialister prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon
	Sykehjem og ØHD/KAD prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon
Samhandlingsområdet datadeling for digital hjemmeoppfølging	Utvikling av tjenester for datadeling som også dekker behov knyttet til digital hjemmeoppfølging
	Videreutvikle tjenestene for datadeling til å håndtere større grad av strukturert informasjon
Samhandlingsområdet pasientens legemiddelliste	- Videre innføring av e-multidose - Innføring av pasientens legemiddelliste i område for område
Forprosjekt steg 3	Gjennomføre forprosjekt for steg 3 i utviklingsretning for samhandling (eksklusive eventuelt KS2)

Mer detaljert informasjon av omfanget beskrives i kap. 3.1.1 og 3.1.2, samt i vedlegg G Omfang.

3.1.1 Arbeidsomfang program digital samhandling

3.1.1.1 Dokumentdeling

Innbyggere vil, som en del av den offentlige helse- og omsorgstjenesten, ha registrert helseinformasjon om seg hos mange aktører både i primær- og spesialisthelsetjenesten. I dag er det en utfordring at helseinformasjon som er registrert hos andre virksomheter, ofte ikke er tilgjengelig for helsepersonell som behandler pasienten.

Informasjonstjenesten journaldokumenter i målbildet for helhetlig samhandling gjøres tilgjengelig via grensesnitt i kjernejournal, slik at helsepersonell kan slå opp i dokumenter som er lagret hos andre aktører.

Dette er en realisering av målarkitektur for nasjonal dokumentdeling og en videreføring av tidligere utprøving av løsningen i Helse Sør-Øst og Helse Nord.

Kostnadsområder for sentrale utvikling- og innføringsaktiviteter	
Avklare samarbeidsområder	Dokumentdeling innebærer behov for å avklare hvilke(t) samarbeidsområde(r) aktørene i helse- og omsorgssektoren skal være en del av, samt hvilke dokumenter disse skal dele. Det vil derfor være oppgaver knyttet til å drive dette arbeidet.
Utviklingsaktiviteter, tilpasninger og integrasjoner	Dokumentdeling har vært under utprøving, og videre innføring vil kunne medføre tilpasninger og videreutvikling. Oppgaver vil blant annet være: Etablere integrasjoner mellom nye koblingspunkter og det nasjonale koblingspunktet, deriblant konfigurering av det nasjonale koblingspunktet

	• Oppgradere løsning mot Helsenorge som sikrer at innbyggere også får tilgang til dokumenter fra nye aktører • Oppgradere eksisterende nasjonal infrastruktur for å kunne håndtere økt antall konsumenter og produsenter • Sikre at integrasjonene mellom aktørenes journalløsninger og kjernejournal tilfredsstiller krav i tillitsmodellen • Sikre at aktørene kan samhandle semantisk ved å mappe dokumenttyper og dokumentkategorier • Innføre kjernejournal for resterende aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste (PLO) som ikke har tilgang på dette per 2022 • Sikre teknisk drift og forvaltning hos Norsk helsenett SF når nye aktører deler dokumenter • Teste, dokumentere og godkjenne nye aktører i den nasjonale løsningen
Innføringsaktiviteter	Her inngår arbeid med innføringsaktiviteter, kommunikasjonsaktiviteter, koordinering, opplæring, og tekniske forberedelser. Oppgaver vil blant annet være: • Innføre nye aktører, både de som skal dele og de som skal få tilgang. Dette innebærer blant annet avtaler om bruksvilkår, rutiner for drift og forvaltning, mv. • Tilrettelegge for at resterende aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste som får tilgang til kjernejournal, får opplæring i bruk og tilrettelagt sine arbeidsprosesser til dette. • Forvalte og tilpasse kommunikasjonsmateriell og evt. kursmateriell fra utprøvingene, som er nødvendig for å sikre at brukerne kan ta løsningene i bruk • Etablere brukerstøtte/kontaktsenter i forkant av innføring av nye kilder. Driften av brukerstøtten/kontaktsenteret er ansett som en del av drift- og forvaltningsaktivitetene til Norsk helsenett SF.
Kostnadsområder for lokale utviklings- og innføringsaktiviteter	
Begrenset bredding	Jf. gjennomføringsstrategien vil det gjennomføres utprøving av tiltakene i form av begrenset bredding før eventuell nasjonal bredding. Omfanget av begrenset bredding er kostnadmessig beregnet som en andel av de samlede kostnadene til lokale utviklings- og innføringsaktiviteter.
Opplæring og tilrettelegging	Det skal gjennomføres opplæring av helsepersonell som skal bruke løsningene. Opplæring og tilrettelegging tilpasses tjenesteområde og profesjon. Oppgavene innebærer blant annet: • Sikre at aktører som får mulighet til å konsumere dokumenter, får tilrettelagt arbeidsprosessene sine for dette • Sikre at helsepersonell hos aktører som skal dele dokumenter, har forstått hvilke dokumenter som vil bli tilgjengelig for deling og hvilke som ikke vil bli det, både for innbygger og annet helsepersonell • Sikre at rutiner og prosesser for drift og forvaltning, inkl. ansvarsfordeling etableres (for at de ulike aktørene skal kunne dele)
Lokal infrastruktur og tekniske forberedelser	Hver virksomhet må vurdere sin eksisterende infrastruktur og se på behovet for oppgradering av denne i forkant av at de tar i bruk nye løsninger. Oppgaver vil blant annet være:

	• Sikre at integrasjonene mellom aktørenes journalløsninger og kjernejournal tilfredsstiller krav i tillitsmodellen • Etablere infrastruktur for samarbeidsområdene. Det kan være dokumentlager, dokumentregister og samhandlingskomponent (koblingspunkt/XCA) • Gjennomføre nødvendige tilpasninger i lokale journalløsninger • Etablere standardiserte grensesnitt for dokumentdeling mellom lokal journalløsning og infrastruktur i samarbeidsområdet • Etablere kjernejournal for resterende aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste som ikke har tilgang på dette per 2022

3.1.1.2 Kritisk informasjon

Kritisk informasjon er helseopplysninger om pasienten som det er viktig å kjenne til for å kunne gi en god og sikker helsehjelp. Dette er informasjon som i en behandlingssituasjon, eller ved en undersøkelse, kan medføre at planlagte tiltak endres, og kanskje redder pasientens liv eller forhindrer alvorlig skade. Kritisk informasjon om pasienten blir i dag ofte ikke oppdatert i kjernejournal, og helsepersonell kan derfor ikke være sikker på at de har oversikt over all registrert kritisk informasjon. Ved bruk av webapplikasjonen «kjernejournal portal» synkroniseres ikke kritisk informasjon med journalløsningene til helsepersonellet, og helsepersonell må registrere kritisk informasjon både i egen journalløsning og i kjernejournalen.

Informasjonstjenesten kritisk informasjon i målbildet for helhetlig samhandling, gjøres tilgjengelig via grensesnitt i kjernejournalen, slik at helsepersonell gjennom egen journalløsning kan endre eller dele kritisk informasjon som lagres i kjernejournal.

Kostnadsområder for sentrale utvikling- og innføringsaktiviteter	
Normeringsaktiviteter	Utføre aktiviteter for å få normert en omforent standard for kritisk informasjon
Utviklingsaktiviteter, tilpasninger og integrasjoner	Grensesnittet for kritisk informasjon er utviklet og vil bli prøvd ut frem til 2023. Erfaringene fra dette og resultatet av GAP-analysen i steg 1, vil danne grunnlag for eventuelle behov for justeringer og tilpasninger. Oppgaver vil blant annet være: • Justere og konfigurere API, både før oppstart av nasjonal bredding og underveis ved behov • Mulig justering av datamodellen i kjernejournal • Mulig justering av sikkerhetsmodellen i kjernejournal • Etablering av rutiner for oppfølging av feil og mangler
Innføringsaktiviteter	Her inngår arbeid med innføringsaktiviteter, kommunikasjonsaktiviteter, koordinering, opplæring, og tekniske forberedelser. Oppgaver vil blant annet være • Utarbeide kommunikasjonsmateriell og evt. kursmateriell som er nødvendig for å sikre at brukerne kan ta løsningene i bruk • Drive arbeidet med innføring til nye aktører. Dette innebærer blant annet avtaler om bruksvilkår, rutiner for drift og forvaltning, mv.
Kostnadsområder for lokale utviklings- og innføringsaktiviteter	
Prosjektledelse	Omfatter lokal og regional prosjektledelse for å: • Tilpasse arbeidsprosesser lokalt for å sikre at kritisk informasjon kan endres og deles i kjernejournal • Etablere rutiner lokalt for oppfølging av feil og mangler.
Begrenset bredding	Jf. gjennomføringsstrategien vil det gjennomføres utprøving av tiltakene i form av begrenset bredding før eventuell nasjonal bredding. Omfanget av begrenset bredding er kostnadmessig beregnet som en andel av de samlede kostnadene til lokale utviklings- og innføringsaktiviteter.
Opplæring og tilrettelegging	Det skal gjennomføres opplæring av helsepersonell som deler kritisk informasjon. Opplæring og tilrettelegging tilpasses tjenesteområde og profesjon.

Lokal infrastruktur og tekniske forberedelser	Hver virksomhet må vurdere sin eksisterende infrastruktur og se på behovet for oppgradering av denne i forkant av at de tar i bruk nye løsninger. Oppgaver vil blant annet være: • Tilpasse kliniske fagsystemer når API skal tas i bruk, både informasjonsmodell og at de støtter HelseID • Integrere klinisk fagsystem med API for kritisk informasjon

3.1.1.3 Datadeling for digital hjemmeoppfølging

Det mangler i dag tjenester som kan støtte datadeling på tvers av ulike journalløsninger og kliniske fagsystemer i helse- og omsorgssektoren. Innenfor digital hjemmeoppfølging har dette behovet kommet tydelig frem. Tjenestene for datadeling defineres fortløpende gjennom utprøvingsaktiviteter i sektoren innenfor Nasjonalt velferdsteknologiprogram, men med sikte på at de også kan benyttes for andre områder. Dette er starten på å etablere nasjonale tjenester for datadeling som kan benyttes langs pasientforløp. Et eksempel på dette kan være en tjeneste som gjør det mulig å dele data fra medisinsk utstyr i pasientens hjem med helsepersonell på tvers av omsorgsnivåene.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram vil vare ut 2024, med en målsetting om at det gjennom programperioden etableres varige strukturer som ivaretar at prioriterte samhandlingsbehov bli realisert fortløpende og tatt i bruk innenfor digital hjemmeoppfølging. Program digital samhandling må ivareta realiseringen av behovene gjennom utvikling av nasjonale tjenester og tilhørende normeringsaktiviteter. Dette må gjøres på en måte som tar høyde for at de nasjonale tjeneste også kan brukes til datadeling på andre områder.

Samhandlingsområdet vil videre danne grunnlag for en raskere realisering av en rekke behov innenfor informasjonstjenestene *Plan, Rapportering helsefag (Egenrapportering/Skjema)*, *Undersøkelser, målinger og funn, Målinger fra medisinsk utstyr (Måledata)*, *Klinisk oppsummering (Oppsummeringer)* og *Tjenester, ytelser og hjelpemidler (Tjenester)* i målbildet for helhetlig samhandling.

Kostnadsområder for sentrale utviklingsaktiviteter	
Normeringsaktiviteter og informasjonsmodell	Avklare og etablere avtale- og forvaltningsregime for tjenesten som utvikles. Oppgaver vil blant annet være: • Avklare om data fra digital hjemmeoppfølging skal lagres sentralt eller distribuert. • Etablere avtale- og forvaltningsregime for tjenesten som utvikles
Utviklingsaktiviteter og tilpasninger	Oppgaver vil blant annet være: • Utvikling og testing av tjenester for datadeling • Etablere felles forståelse for overliggende logiske informasjonsmodeller, gjennomføre normeringsaktiviteter og utarbeide normerende produkter som veiledere og anbefalinger for deling av data fra digital hjemmeoppfølging • Migrering av velferdsteknologisk knutepunkt til samhandlingsplattform

3.1.1.4 Andre kostnader for program digital samhandling

Sentrale programaktiviteter	
Programledelse og myndighetsfunksjoner	Omfatter ledelse og administrasjon av programmet og nødvendig ekstern kvalitetssikring. Bemanningen kan omfatte programledere, programkontor, forretningsutviklere, planressurser, analyse, kost/nytte/gevinstrealisering, finansiering, helsefaglig ledelse, juridiske ressurser, arkitektressurser og kommunikasjonsarbeid. På grunn av omfanget er det antatt behov for ekstern kvalitetssikring og tredjepartsvurderinger. Det er antatt at behovet er størst i innledende faser.
Forprosjekt steg 3	Forprosjektet skal legge til grunn ambisjonsnivået for helhetlig samhandling slik det er beskrevet i konseptvalgutredningen for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste i 2018 og forprosjektet for helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning i 2020 og videre bearbeidet i forprosjektet for steg 2. Forprosjektet skal, sammen med sektoren, fortsette arbeidet med å stykke opp målbildet i håndterbare «arbeidspakker», som legges i en kø som definerer neste steg av helhetlig samhandling. Forprosjektet må vurdere om det er behov for å justere styringsmodellen som ligger til grunn for forprosjektet for steg 2. Leveransen fra forprosjektet må være av en slik kvalitet at det kan gjennomgå en KS2 i tråd med Statens prosjektmodell.

3.1.1.5 Mulige forenklinger (kuttliste)

Tabellene under gir en oversikt over mulige forenklinger som programmet kan vurdere, dersom det blir nødvendig for å holde seg innenfor den finansielle rammen. Dersom programmet må vurdere forenklinger må det gjøres gjennom prosessen for å håndtere endringer som er beskrevet i kapittel 2.4.9.

3.1.1.5.1 Dokumentdeling

Innføre dokumentdeling fra avtalespesialister	
Begrunnelse	Det er ulik grad av modenhet hos de ulike avtalespesialistene og det kreves flere avklaringer og prosesser for å fastsette hva som skal deles og hvordan dokumenter skal deles. Netto nytte er lavere enn netto nytte av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten. Det er også mulig å realisere en god del av nytten med en enklere løsning etter NILAR-modellen der dokumenter som er sendt via meldingsutvekslingen kan tilgjengeliggjøres. Nytten ved en forenklet løsning kan forsvare kostnadene, men det krever en nærmere vurdering.
Konsekvens for kostnader	Det vil være kostnader knyttet til å innføre og integrere med avtalespesialistenes systemer. Det er i dag mange avtalespesialister, noe som driver kostnadene. En forenklet løsning vil redusere kostnadene. Potensiell kostnadsreduksjon er beregnet å være 127 millioner kroner inkl. mva. (P50).
Konsekvens for nytte	Dokumentdeling fra avtalespesialistene forventes å gi positiv nytte for både kommuner, fastleger, helseforetak og innbygger. Dette er aktører som behandler mange pasienter og informasjonen som finnes i deres dokumentasjon vil kunne ha stor nytte for flere enn de som mottar informasjonen som faste mottakere. Samlet nytte fra samhandlingsområdet dokumentdeling vurderes som positiv selv om

	dokumentdeling fra avtalespesialist helt eller delvis må kuttes. En forenklet løsning vil redusere nytten, men foreløpige vurderinger tyder på at nytten reduseres med mindre enn kostnadene ved en forenklet løsning. Forventet nyttereduksjon er beregnet å være i størrelsesorden 120 til 230 millioner kroner (nåverdi). Tiltaket har flere avhengigheter til de øvrige tiltakene under dokumentdeling. Det kreves derfor grundigere analyser for å vurdere effekten av kutt i sammenheng med hvilke øvrige kutt som eventuelt gjennomføres.

Innføre dokumentdeling fra legevakt og ØHD/KAD

Begrunnelse	Selv med en vellykket utprøving vil det være mange ulike legevakter og ØHD/KAD-enheter med tilhørende systemer som skal innføre dokumentdeling. Netto nytte er lavere enn netto nytte av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten. Det er også mulig å realisere en god del av nytten med en enklere løsning etter NILAR-modellen der dokumenter som er sendt via meldingsutvekslingen kan tilgjengeliggjøres. Nytten ved en forenklet løsning kan forsvare kostnadene, men det krever en nærmere vurdering.
Konsekvens for kostnader	Det vil være kostnader knyttet til å innføre og integrere med legevaktene og ØHD/KAD-enhetene sine systemer. Antallet legevakter og ØHD/KAD er med å drive kostnadene. Potensiell kostnadsreduksjon er beregnet å være 127 mill. kroner inkl. mva. (P50).
Konsekvens for nytte	Dokumentdeling legevakt og ØHD/KAD forventes å gi positiv nytte for både kommuner, fastleger, helseforetak og innbygger. Dette er aktører som behandler mange pasienter og informasjonen som finnes i deres dokumentasjon vil kunne ha stor nytte for flere enn de som mottar informasjonen som faste mottakere. Det dreier seg om pasienter med nyoppståtte og ulike grader av akutte tilstander der andre tjenestesteder i kjeden vil ha nytte av hva slags vurderinger som er gjort, spesielt nylig. Samlet nytte fra samhandlingsområdet dokumentdeling vurderes som positiv selv om dokumentdeling fra legevakt og ØHD/KAD helt eller delvis må kuttes. En forenklet løsning vil redusere nytten, men foreløpige vurderinger tyder på at nytten reduseres med mindre enn kostnadene ved en forenklet løsning. Forventet nyttereduksjon er beregnet å være i størrelsesorden 100 til 170 millioner kroner (nåverdi). Tiltaket har flere avhengigheter til de øvrige tiltakene under dokumentdeling. Det kreves derfor grundigere analyser for å vurdere effekten av kutt i sammenheng med hvilke øvrige kutt som eventuelt gjennomføres.

3.1.1.5.2 Kritisk informasjon

Sykehjem og ØHD/KAD prøver ut og tar i bruk API for kritisk informasjon

Begrunnelse	Det antas at sykehjem og ØHD/KAD i mindre grad har behov for å registrere kritisk informasjon enn spesialisthelsetjenesten (inkludert avtalespesialistene) og fastlegene.
Konsekvens for kostnader	Det vil være kostnader knyttet til opplæring av helsepersonell og å integrere API for kritisk informasjon med systemene. Potensiell

	kostnadsreduksjon er beregnet å være 40 millioner. kroner inkl. mva. (P50).
Konsekvens for nytte	Det registreres noe kritisk informasjon i sykehjem og ØHD/KAD som kan være nyttig for andre behandlere å se. For eksempel registrerer sykehjemmene informasjon om begrensning i livsforlengende behandling. Dette antas å være relativt få pasienter, men vil være viktig for de det gjelder. Behandlere som i dag har tilgang til kjernejournal og har tjenstlig behov, kan registrere kritisk informasjon manuelt ved bruk av kjernejournal portal i sin EPJ og er ikke avhengig av tiltaket for kunne gjøre det.

3.1.1.5.3 Datadeling for digital hjemmeoppfølging

Videreutvikle tjenestene for datadeling til å håndtere større grad av strukturert informasjon	
Begrunnelse	Å håndtere flere tjenester med større grad av strukturert informasjon vil være viktig for å lykkes med målbildet for helhetlig samhandling på lengre sikt. Men det er i mindre grad viktig for å realisere nytten i steg 2.
Konsekvens for kostnader	Flere tjenester med større grad av strukturerte data utløser utviklingskostnader. Potensiell kostnadsreduksjon er beregnet å være 45 millioner kroner inkl. mva. (P50).
Konsekvens for nytte	Mer strukturert informasjon vil legge et bedre grunnlag for erfaringsdeling og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjeneste gjennom tilretteleggelse i markedet. Det kan ha konsekvenser for nytten i Nasjonalt velferdsteknologiprogram som skal ta i bruk tjenestene.

3.1.2 Arbeidsomfang program pasientens legemiddelliste

3.1.2.1 Pasientens legemiddelliste

Pasientens legemiddelliste er en oversikt som viser aktuelle legemidler, kosttilskudd og reseptfrie legemidler, samt legemiddelreaksjoner for en pasient. I tillegg inneholder den legens vurderinger og begrunnelser for sine valg og historisk legemiddelbehandling for de tre siste månedene. For pasienten innebærer dette at helsepersonell alltid skal være oppdatert på pasientens legemidler i bruk.

Helsepersonell mangler i dag en komplett oversikt over legemidler som pasienten har fått eller som inngår i planlagt behandling. Pasientens legemiddelliste skal gjøres tilgjengelig via grensesnitt i reseptformidleren og kjernejournal, slik at helsepersonell gjennom egen journalløsning eller en integrert applikasjon, som sentral forskrivningsmodul, kan endre eller dele legemiddelinformasjon som er lagret sentralt i reseptformidleren.

Samhandlingsområdet dekker flere behov under informasjonstjenesten *Legemidler og vaksiner* i målbildet for helhetlig samhandling.

Kostnadsområder for sentrale utvikling- og innføringsaktiviteter	
Programledelse	Omfatter ledelse og administrasjon av programmet og nødvendig ekstern kvalitetssikring. Bemanningen omfatter blant annet program- og prosjektledere, programkontor, planressurser, analyse, kost/nytte/gevinstrealisering, finansiering, helsefaglig ledelse, juridiske ressurser og arkitekter på ledernivå. På grunn av omfanget er det antatt behov for ekstern kvalitetssikring og tredjepartsvurderinger. Det er antatt at behovet er størst i innledende faser.
Utviklingsaktiviteter, tilpasninger og integrasjoner	Oppgaver vil blant annet være: • Utvikling, testing og utprøving av SFM • Videreutvikling og testing av e-Multidose
Innføringsaktiviteter	Her inngår arbeid med innføringsaktiviteter, kommunikasjonsaktiviteter, koordinering, opplæring, og tekniske forberedelser. Oppgaver vil blant annet være • Ha jevnlig dialog og oppfølging av aktuelle EPJ-leverandører for å sikre utvikling av SFM-funksjonalitet i henhold til plan for nasjonal innføring av pasientens legemiddelliste • Videreutvikle kommunikasjonsmateriell og opplæringsmateriell som er nødvendig for å sikre at brukerne kan ta løsningene i bruk • Drive arbeidet med å avklare rekkefølge på innføringsområdene samt forberede aktørene i sektoren på hva som må gjøres av forberedelser før innføring av pasientens legemiddelliste • Ha jevnlig dialog med aktuelle aktørgrupper for god informasjon og forankring • God dialog med viktige samarbeidspartnere for innføring av pasientens legemiddelliste

Kostnadsområder for lokale utvikling- og innføringsaktiviteter	
Prosjektledelse	Omfatter lokal og regional prosjektledelse. Oppgavene innebærer blant annet: • Koordinere innføringsaktiviteter (tekniske forberedelser, opplæring og tilrettelegging) for samtlige kommuner i ett innføringsområde • Koordinere innføringsaktiviteter (tekniske forberedelser, opplæring og tilrettelegging) for sykehusene i innføringsområdet • Prosjektledere må være bindeleddet mellom sentralt og lokale innføringsprosjekter • Gjennomføre gevinstmålinger (nullpunkt, underveis, slutt) basert på rammeverk og metodikk fra utprøvningsprosjekt
Lokal infrastruktur og tekniske forberedelser	Hver virksomhet må sørge for oppgradering av eget EPJ-system med funksjonalitet for å kunne lese, endre og sende en legemiddelliste. Antall virksomheter som må oppgradere sine systemer er ca.: 1500 fastlegekontor, 1000 sykehjem, 1000 apotek, 1500 avtalespesialister, 40 sykehus samt legevakt og ØHD/KAD i 282 kommuner uten helse midt-Norge Oppgaver vil være, på aktørnivå: • Avtale oppgradering av journalsystem med EPJ-leverandør • Oppgradere hardware ved behov

	• Gjennomføre oppgradering av journalsystem i god tid før innføring starter • Skaffe e-ID til helsepersonell som ikke har det
Opplæring og tilrettelegging	Nasjonalt skal 63 000 helsepersonell ta i bruk ny funksjonalitet ved innføring av pasientens legemiddelliste. Opplæring og tilrettelegging tilpasses virksomhet og profesjon. Oppgavene innebærer blant annet: • Oppdatere rutiner og arbeidsprosesser for ny legemiddelhåndtering • Opplæring i ny funksjonalitet i EPJ-systemet (for de fleste vil dette gjelde opplæring i SFM) • Opplæring i pasientens legemiddelliste samt ny arbeidsprosess
Oppfølging av bruk og gevinstrealisering	Etter innføring av løsningen må bruk følges opp for å sikre at gevinster hentes ut.

3.1.2.2 Mulige forenklinger (kuttliste)

Tabellene under gir en oversikt over mulige forenklinger som programmet kan vurdere, dersom det blir nødvendig for å holde seg innenfor styringsrammen. I utgangspunktet er tiltakene under med i omfanget til pasientens legemiddelliste.

Dersom programmet må vurdere forenklinger må det gjøres gjennom prosessen for å håndtere endringer som er beskrevet i kapittel 2.4.9.

Følgende områder kan vurderes kuttet hvis programmet går utover sine finansielle rammer:

- Nasjonal støtte og oppfølging av de siste innføringsområdene
- Videreutvikling og forbedringer av SFM som ikke er kritisk for nasjonal innføring
- Innføring til aktører som kun leser legemiddellisten

Hvis et slik kutt gjennomføres, må kuttet muligens vurderes inn i steg 3.

Nasjonal støtte og oppfølging av de siste innføringsområdene kuttes	
Begrunnelse	Etter hvert som den nasjonale løsningen breddes vil arbeidsprosesser og løsninger gradvis bli bedre. Det kan redusere behovet for nasjonal oppfølging og forbedring. Det antas at de siste områdeprosjektene og programmet kan vurderes nedskalert i siste fase av innføringen.
Konsekvens for kostnader	Sentrale kostnader i områdeprosjektene og programmet reduseres med 21 MNOK inkl. mva. (P50)
Konsekvens for nytte	Mindre sentral oppfølging vil kunne utsette gevinstrealisering og det øker risikoen for at gevinstene uteblir i områdene dette gjelder.

Videreutvikling og forbedringer av sentral forskrivningsmodul som ikke er kritisk for nasjonal innføring kuttes	
Begrunnelse	Det planlegges med at SFM videreutvikles og forbedres med nasjonal innføring. Det antas at man i sterkere grad enn planlagt kan nedprioritere viktige men ikke kritiske endringer.
Konsekvens for kostnader	Sentrale utviklingskostnader reduseres med 43 MNOK inkl. mva. (P50)

Konsekvens for nytte	Så lenge kritisk funksjonalitet prioriteres vil nytteverdien i stor grad opprettholdes. Det er mulig gevinstrealisering utsettes noe.

Innføring til aktører som kun leser legemiddellisten kuttes	
Begrunnelse	Kvaliteten, verdien og tilliten til legemiddellisten er avhengig av aktørene som oppdaterer legemiddellisten. Aktører som kun leser legemiddellisten, forutsetter at aktørene som oppdaterer listen gjør dette. I ytterste konsekvens foreslås det at aktører som kun leser legemiddellisten (apotek og hjemmetjenesten) kuttes fra steg 2. Innføring til disse aktørene må da vurderes for steg 3, sammen med andre aktører som heller ikke får tilgang til pasientens legemiddelliste i steg 2 (eks. tannlege, helsestasjon og skolehelsetjeneste).
Konsekvens for kostnader	Sentrale og regionale innføringskostnader kan reduseres med 44 millioner inkl. mva. (P50)
Konsekvens for nytte	Nytteverdien for disse aktørene vil utebli.

Det vil være kritisk for å lykkes med pasientens legemiddelliste at fastlegene kompenseres for merarbeidet med å opprette pasientens første legemiddelliste. Det bør årlig vurderes om denne kompensasjonen er av hensiktsmessig størrelse. Etter hvert som løsninger modnes og nytteverdien for fastlegene blir tydeligere kan kompensasjonen muligens reduseres.

3.2 Risiko- og mulighetsvurdering

Steg 2 vil være gjenstand for usikkerhet, både risikoer og muligheter, som kan påvirke måloppnåelsen. Det er gjennomført en risiko- og mulighetsvurdering av gjennomføringen av henholdsvis program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste.

Muligheter og risiko vil følges opp løpende gjennom programmenes levetid. Vurderingene er et oppsummert bilde på den usikkerheten som oppleves å være rundt gjennomføringen, slik den fremstår i nåværende fase. Disse vurderingene er beskrevet i kapittel 3.2.1 og 3.2.2 for henholdsvis program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste.

For hver hendelse er det vurdert sannsynlighet for at hendelsen inntreffer og konsekvensen hvis den inntreffer. Tabell 17, Tabell 18 og Tabell 19 beskriver skalaene som er brukt for å vurdere sannsynlighet og konsekvens. Ytterligere tiltak og virkemidler for å redusere risiko er beskrevet i kapittel 2.4.8.1.

Tabell 17 Skala for sannsynlighetsvurderinger for både risiko og muligheter

Navn	Sannsynlighet	Beskrivelse
Meget lav	(0 % - 10 %)	Det forventes at forholdet inntreffer < 10 % av tilfellene.
Lav	(10 % - 30 %)	Det forventes at forholdet inntreffer mellom 10 % og 30 % av tilfellene.
Moderat	(30 % - 70 %)	Det forventes at forholdet inntreffer mellom 30 % og 70 % av tilfellene.

Høy	(70 % - 90 %)	Det forventes at forholdet inntreffer mellom 70 % og 90 % av tilfellene.
Svært høy	(90% - 100 %)	Det forventes at forholdet inntreffer > 90 % av tilfellene.

Tabell 18 Skala for konsekvensvurdering for risiko

Konsekvens	Beskrivelse
Ubetydelig	Risikoen har begrenset betydning for programmets kostnad, fremdrift eller leveranse kvalitet.
Lav	Risikoen påvirker ikke totalrammen, men vil medføre at fremdriften og planer påvirkes.
Moderat	Risikoen har moderat betydning for kostnad, fremdrift og/eller planer for gjennomføringen.
Høy	Risikoen vil føre til at programmets planer for gjennomføring må endres.
Svært høy	Risikoen vil føre til at hele gjennomføringen av programmet er i fare.

Tabell 19 Skala for konsekvensvurdering for muligheter

Konsekvens	Beskrivelse
Ubetydelig	Muligheten har begrenset betydning for programmets kostnad, fremdrift eller leveranse kvalitet.
Lav	Muligheten påvirker ikke totalrammen, men vil medføre at fremdriften og planer påvirkes.
Moderat	Muligheten har moderat betydning for kostnad, fremdrift og/eller planer for gjennomføringen.
Fordelaktig	Muligheten vil føre til at programmets planer for gjennomføring må endres.
Svært fordelaktig	Muligheten vil føre til at hele gjennomføringen av programmet må endres.

3.2.1 Risiko- og mulighetsvurdering av program digital samhandling

3.2.1.1 Risikoer

Figur 10 viser overordnet risikobilde for program digital samhandling forutsatt gjennomføring som beskrevet i dette styringsdokumentet.

Sannsynlighet	Svært høy					
	Høy					
	Moderat			R3 R9 R6 R8 R2	R10	
	Lav			R1 R5 R7	R4	
	Meget lav					
Risiko		Ubetydelig	Lav	Moderat	Høy	Svært høy
		Konsekvens				

Figur 10 Overordnet risikobilde for program digital samhandling

Tabell 20 beskriver risiko med tilhørende tiltak for å håndtere de. Risikovurderingen forutsetter gjennomførte planer og tiltak slik det er beskrevet i kapittel 2 prosjektstrategi.

Tabell 20 Risikovurdering for program digital samhandling og tiltak

#	Risikobeskrivelse	Tiltak	S	K
R1	Manglende styringsmekanismer i programmet til å håndtere avhengigheter på tvers av andre programmer og strategiske initiativ	Direktoratet for e-helse er eier av flere av programmene som programmet har avhengigheter til. Etablere avtaler og felles planer mellom programmer som har leveranser som avhenger av hverandre, eksempelvis med Nasjonalt velferdsteknologiprogram.	Lav	Moderat
R2	Leveranser i nullalternativet blir forsinket	Tydelig kommunikasjon rundt planer og nødvendige tilpasninger. Styring av avhengigheter internt i programmet (mellom steg 1 og steg 2) skal følge opp forsinkelser. Videreføring av programstyret for steg 1 som programstyret for steg 2.	Moderat	Moderat

		Etablere avtaler og felles planer mellom prosjekter som har leveranser som avhenger av hverandre.		
R3	Manglende kapasitet og ressurser i programmet fører til forsinkelse	Tidlig avklaring av behov for kompetanse og kapasitet, og sette av tilstrekkelig tid til mobiliseringsfase for å forberede eventuelle anskaffelser, og avtaler med Norsk helsenett SF. Løpende oppfølging av behov fra både Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse sin side. Forutsigbarhet knyttet til behov for deltakelse og kapasitet fra ressurser. Sikre kontinuitet i kompetanse og ressurser. Synliggjøre ansvar og innflytelse som ligger i rollene for å gjøre det attraktivt å delta og attraktivt for virksomhetene (Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse) å bidra med ressurser.	Moderat	Moderat
R4	Uklare ansvarsforhold og mandat mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF gjør at viktige beslutninger blir forsinket	Tydelig mandat og beskrivelse av roller og ansvar. Tydelig ansvarsdeling mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF. Etablere avtaler og felles planer mellom prosjekter som har leveranser som avhenger av hverandre.	Lav	Høy
R5	Uenighet rundt prioritering av samhandlingsbehovene som skal realiseres i steg 3 fører til forsinket leveranse av forprosjekt steg 3	Gjenbruk av etablerte strukturer og prosesser. Ansvarliggjøring av interessenter og aktører gjennom formell deltakelse, forankring og involvering. Bruk av programmets styringsmodell, nasjonal styringsmodell for e-helse og kommunal samstyringsmodell. Tydelig mandat og beskrivelse av roller og ansvar. Utarbeide krav til beslutningsunderlag.	Lav	Moderat

R6	Manglende enighet i programstyret knyttet til prioritering og gjennomføring	Ansvarliggjøring av interessenter og aktører gjennom formell deltakelse og involvering. Styringsmodell som ivaretar helheten. Tydelig mandat og beskrivelse av roller og ansvar. Utarbeide krav til beslutningsunderlag.	Moderat	Moderat
R7	Manglende evne til å konkretisere og detaljere en behovskø som vil kunne gjennomføres	Involvering og deltakelse fra sektoren. Riktig kompetanse. Tydelig mandat og beskrivelse av roller og ansvar mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF.	Lav	Moderat
R8	Manglende enighet om hvilke aktører som skal dele dokumenter (danne samarbeidsområder) vil kunne føre til at det kun er spesialisthelsetjenesten som deler dokumenter	Styringsmodell som ivaretar helheten. Tydeliggjort som egen aktivitet og satt opp som milepæl i fremdriftsplan.' Satt av ressurser til nasjonalt prosjekt for å gjennomføre denne aktiviteten	Moderat	Moderat
R9	Forsinkelser og manglende prioritet knyttet til lokal utvikling og tilpasning	Tydelig kommunikasjon rundt planer og nødvendige tilpasninger. Andre tiltak Bruk av kommunal samstyringsmodell og kommunenes etablerte strukturer, og samstyringsmodell for De regionale helseforetakene. Benytte EPJ-løftet, se kap. Strategi for styring og deltakelse. Stille tydelige krav til EPJ-leverandørene	Moderat	Moderat
R10	Manglende kapasitet i sektoren knyttet til ibruttakelse og innføring av tiltak i steg 2	Norsk helsenett vil ta et særskilt ansvar for å sørge for koordinert innføring i sektoren. Styring- og gjennomføringsmodell skal ivareta behovet for fleksibilitet knyttet til kapasitet i sektoren.	Moderat	Høy

3.2.1.2 Muligheter

Figur 11 viser overordnet mulighetsbilde for program digital samhandling forutsatt gjennomføring som beskrevet i dette styringsdokumentet.

Sannsynlighet	Svært høy					
	Høy					
	Moderat				M1	M3
	Lav			M2	M4	
	Meget lav					
Mulighet		Ubetydelig	Lav	Moderat	Fordelaktig	Svært fordelaktig
		Konsekvens				

Figur 11 Overordnet mulighetsbilde for program digital samhandling

Tabell 21 beskriver muligheter med tilhørende tiltak for å håndtere de. Mulighetsvurderingen forutsetter gjennomførte planer og tiltak slik det er beskrevet i kapittel 2 prosjektstrategi.

Tabell 21 Mulighetsvurdering av program digital samhandling

#	Mulighetsbeskrivelse	Tiltak	S	K
M1	Raskere leveranser og måloppnåelse enn forutsatt vil kunne bidra til realisering av tiltak på plussliste eller starte på steg 3 tidligere.	Utnytte fleksibiliteten i gjennomføringsmodellen og evne å tilpasse planer ved endrede forutsetninger og nye muligheter som oppstår. Lære av erfaringer og bygge videre på etablerte prosesser og strukturer og prosesser i steg 1 for å sikre fart og kontinuitet. Ha tydelige styringslinjer som gjør at beslutninger kan fattes effektivt.	Moderat	Fordelaktig
M2	Mindre omfattende innføring enn forutsatt i planer vil kunne bidra til å fortere tidslinjen	God koordinering og avstemming av ulike innføringsløp iht. sektorens kapasitet. Tett dialog med sektoren og målrettet kommunikasjons- og opplæringsmateriell. Sikre at løsninger er så gode at aktører selv vil ønske å ta den i bruk.	Lav	Moderat

		Lære av erfaringer og bygge videre på etablerte prosesser og strukturer.		
M3	Avdekker større nytte enn forutsatt i planer	Kontinuerlig fokus på nyttestyring, herunder identifisere nye gevinster eller avdekke høyere gevinster, f.eks pasientsikkerhet, ibruktakelse mv. Ta i bruk virkemidler som er beskrevet i kapittel 2.4.8 strategi for oppslutning og deltakelse.	Moderat	Svært fordelaktig
M4	Økt produktivitet og lavere ressurskostnad enn forutsatt i planer og estimater	Dialog mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF om timepriser. Profesjonelle og attraktive anskaffelsesprosesser. Redusere bruk av konsulenter.	Lav	Fordelaktig

3.2.2 Risiko- og mulighetsvurdering av program pasientens legemiddelliste

3.2.2.1 Risikoer

Figur 12 viser overordnet risikobilde for program pasientens legemiddelliste.

Sannsynlighet	Svært høy					
	Høy					
	Moderat			R6 R7 R9	R8 R10 R4 R2 R3 R5	
	Lav					
	Meget lav				R1	
Risiko		Ubetydelig	Lav	Moderat	Høy	Svært høy
		Konsekvens				

Figur 12 Overordnet risikobildet for program pasientens legemiddelliste

Tabell 22 beskriver risiko for program pasientens legemiddelliste med tilhørende tiltak for å redusere risiko ved gjennomføringen. Risikovurderingen forutsetter gjennomførte planer og tiltak slik det er beskrevet i kapittel 2 prosjektstrategi.

Tabell 22 Risikovurdering og risikoreducerende tiltak for program pasientens legemiddelliste

#	Risikobeskrivelse	Tiltak	S	K
R1	Redusert kvalitet i legemiddellisten grunnet manglende oppdateringer fra aktørene	Samtidig innføring hos alle de største aktørene. Kompensasjon til aktører som blir belastet. Felles funksjonalitet for legemiddelhåndtering i sentral forskrivningsmodul.	Lav	Høy
R2	Manglende kapasitet og/eller prioritering hos EPJ-leverandører medfører forsinkelser	Sentral forskrivningsmodul med brukergrensesnitt tilbys leverandørene. Leverandørene til fastleger og avtalespesialister deltar gjennom anskaffelse i EPJ-løftet. Leverandørene til sykehusene følges opp gjennom avtaler med de regionale helseforetakene. Programmet vil informere helsetjenesten om behovet for dialog med sine leverandører om pasientenes legemiddelliste. Helsetjenesten vil på et tidspunkt pålegges å melde inn pasientenes legemiddelliste. På sine pasienter.	Moderat	Høy
R3	Begrenset kapasitet hos Norsk helsenett og et økende behov for å videreutvikle sentral forskrivningsmodul og FM medfører forsinkelser	Norsk helsenett og deres underleverandør har oppbemannet i perioden, men det er usikkert om dette er tilstrekkelig. Forutsigbar finansiering for pleie- og omsorgstjenesten reduserer risikoen, men uavklart finansiering for sykehus og fastleger øker risikoen.	Moderat	Høy
R4	Manglende leveranser i nullalternativet knyttet til sentral forskrivningsmodul og nasjonal innføring medfører forsinkelser	Forutsigbar finansiering for pleie- og omsorgstjenesten reduserer risikoen, men uavklart finansiering for sykehus og fastleger øker risikoen.	Moderat	Høy
R5	Manglende forpliktelse til innføring medfører forsinkelser	Det skal etableres intensjonsavtaler. Inkludere og ansvarliggjøre aktørene i styringsmodell for innføring Skape forutsigbarhet gjennom tidlig og tydelig kommunikasjon.	Moderat	Høy

R6	Manglende styringsmekanismer i programmet til å håndtere avhengigheter på tvers av andre programmer og strategiske initiativ	Avdekke slike avhengigheter. Etablere avtaler, felles planer, rutiner og møtearenaer for å håndtere avhengighetene.	Lav	Moderat
R7	Manglende kapasitet og ressurser i programmet fører til forsinkelse	Tidlig avklaring av behov for kompetanse og kapasitet. Prioritering av interne ressurser. Rekruttere for varig økte behov. Innleie av konsulenter for spesialkompetanse og avlastning ved aktivitets-topper. Gjøre det attraktivt å jobbe i programmet.	Lav	Moderat
R8	Uklar ansvarsdeling og mandat mellom aktørene i styringsmodellen for program pasientens legemiddelliste fører til forsinkelser	Tydelig mandat og beskrivelse av roller og ansvar. Tydeliggjøring av ansvarsdeling mellom Norsk helsenett SF og Direktoratet for E-helse. Utarbeide felles beslutningsunderlag på tvers av aktørene.	Moderat	Høy
R9	Helseplattformen blir ikke innført hos tilstrekkelig antall aktører i helsetjenesten i Midt-Norge	Helseplattformen har mobilisert aktørene i Midt-Norge og har planer for innføring. Skulle risikoen slå til må det etableres et eget innføringsprosjekt for Pasientens legemiddelliste i Midt-Norge som dekker alle HF-områder.	Moderat	Moderat
R10	Ibruktakelse av sentral forskrivningsmodul går saktere enn planlagt og medfører forsinkelser	Tidlig utprøving. Tett dialog med leverandører og brukere. Forutsigbar finansiering for pleie- og omsorgstjenesten reduserer risikoen, men uavklart finansiering for sykehus og fastleger øker risikoen.	Moderat	Høy
R11	Pasientens legemiddelliste innføres ikke hos mange fastleger tidsnok	Tidlig utprøving, tett dialog og kontinuerlig forbedring. God funksjonalitet i EPJ/sentral forskrivningsmodul. Kompensasjon til fastleger for opprettelse av første legemiddelliste. Frikjøp av fastlegeambassadører. Tidlig og tydelig informasjon vil kunne skape forutsigbarhet.	Moderat	Høy

R12	Pasientens legemiddelliste innføres ikke i mange nok kommuner for å realisere nytte	Tidlig utprøving, tett dialog og kontinuerlig forbedring. Sentral forskrivningsmodul etableres for pleie- og omsorgstjenesten. God funksjonalitet i EPJ/Kurve. Tidlig og tydelig informasjon vil kunne skape forutsigbarhet.	Moderat	Høy
R13	Pasientens legemiddelliste innføres ikke i mange nok sykehus for å realisere nytte	Tidlig utprøving, tett dialog og kontinuerlig forbedring. God funksjonalitet i EPJ/Kurve. Intensjonsavtaler. Oppdrag i foretaksprotokoll. Tidlig og tydelig informasjon vil kunne skape forutsigbarhet.	Moderat	Høy

3.2.2.2 Muligheter

Figur 13 viser overordnet mulighetsbilde for program pasientens legemiddelliste forutsatt gjennomføring som beskrevet i dette styringsdokumentet.

Sannsynlighet	Svært høy					
	Høy					
	Moderat			M1	M2 M6	M3
	Lav				M4 M5	
	Meget lav					
Mulighet		Ubetydelig	Lav	Moderat	Fordelaktig	Svært fordelaktig
		Konsekvens				

Figur 13 Overordnet mulighetsbilde for program pasientens legemiddelliste

Tabell 23 Tabell 21 Mulighetsvurdering av program digital samhandling beskriver muligheter med tilhørende tiltak for å håndtere de. Mulighetsvurderingen forutsetter gjennomførte planer og tiltak slik det er beskrevet i kapittel 2 prosjektstrategi.

Tabell 23 Mulighetsvurdering av program pasientens legemiddelliste

#	Mulighetsbeskrivelse	Tiltak	S	K
M1	Flere aktører tar i bruk pasientens legemiddelliste enn forutsatt i planer og estimer	Utnytte fleksibiliteten i gjennomføringsmodellen og evne å tilpasse planer ved endrede forutsetninger og nye muligheter som oppstår. Lære av erfaringer og bygge videre på etablerte prosesser og strukturer og prosesser i steg 1 for å sikre fart og kontinuitet. Ha tydelige styringslinjer som gjør at beslutninger kan fattes effektivt.	Moderat	Moderat
M2	Mindre omfattende innføring enn forutsatt i planer vil kunne bidra til å fortere tidslinjen ved at innføringen skjer raskere eller mer ressurseffektivt	God koordinering og avstemming av ulike innføringsløp iht sektorens kapasitet. Tett dialog med sektoren og målrettet kommunikasjons- og opplæringsmateriell. Sikre at løsninger er så gode at aktører selv vil ønske å ta den i bruk. Lære av erfaringer og bygge videre på etablerte prosesser og strukturer.	Moderat	Fordelaktig
M3	Avdekker større nytte enn forutsatt i planer	Kontinuerlig fokus på nyttestyring, herunder identifisere nye gevinster eller avdekke høyere gevinster, f.eks pasientsikkerhet, ibrukttagelse. Ta i bruk virkemidler som er beskrevet i kapittel 2.4.8.1.	Moderat	Svært fordelaktig
M4	Økt produktivitet og lavere ressurskostnad enn forutsatt i planer og estimer	Dialog mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF om timepriser. Profesjonelle og attraktive anskaffelsesprosesser. Redusere bruk av konsulenter.	Lav	Fordelaktig
M5	Merarbeid hos fastleger blir mindre enn antatt ifbm initieil opprettelse av pasientens legemiddelliste	Ta i bruk virkemidler som er beskrevet i kap 2.4.8.1. Tilrettelegge for god erfaringsoverføring, opplæring og dele beste praksis.	Lav	Fordelaktig
M6	Ny teknologi blir tilgjengelig og kan tas i bruk	Følge med på teknologiutviklingen og teknologivalg for å være forberedt, utnytte mulighetene i ny teknologi og tilpasse innføringen i område for område.	Moderat	Fordelaktig

		Være smidige og utnytte fleksibiliteten i gjennomføringsmodellen.		

3.3 Arbeidsnedbrytningsstruktur

I dette delkapittelet beskrives foreløpige skisser til arbeidsnedbrytningsstruktur for program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste.

3.3.1 Program digital samhandling

Program digital samhandling vil være ansvarlig for gjennomføringen av samhandlingsområdene dokumentdeling, kritisk informasjon, datadeling for digital hjemmeoppfølging og forprosjekt for steg 3. Arbeidsomfanget er delt opp i en arbeidsnedbrytningsstruktur som beskriver aktiviteter knyttet til hvert av samhandlingsområdene og forprosjekt steg 3. Programmet vil være ansvarlig for sentrale utviklings- og innføringsaktiviteter og virksomhetene i sektoren vil være ansvarlig for lokale utviklings- og innføringsaktiviteter. Kostnadsestimatene er fordelt etter denne strukturen, slik at det skal være mulig å spore faktiske kostnader tilbake til estimeringen i gjennomføringen.

Overordnet arbeidsnedbrytningsstruktur for sentrale utviklings- og innføringskostnader for program digital samhandling er illustrert i Figur 14.

Program digital samhandling				
Programaktiviteter	Dokumentdeling	Kritisk informasjon	Datadeling for DHO	Forberedelse steg 3
Programledelse	Avklare samarbeidsområder	Normeringsaktiviteter	Normeringsaktiviteter og informasjonsmodell	Prosjektledelse
	Utviklingsaktiviteter, tilpasninger og integrasjoner	Utviklingsaktiviteter, tilpasninger og integrasjoner	Utviklingsaktiviteter og tilpasninger	
	Innføringsaktiviteter	Innføringsaktiviteter		

Figur 14 Skisse til nedbrytningsstruktur for sentrale utviklings- og innføringsaktiviteter for program digital samhandling

Overordnet arbeidsnedbrytningsstruktur for lokale utviklings- og innføringskostnadene for er illustrert i Figur 15.

Lokal innføring	
Dokumentdeling	Kritisk informasjon
Begrenset bredding	Lokal og regional prosjektledelse
Opplæring og tilrettelegging	Begrenset bredding
Lokal infrastruktur og tekniske forberedelser	Opplæring og tilrettelegging
	Lokal infrastruktur og tekniske forberedelser

Figur 15 Skisse til nedbrytningsstruktur for lokale utviklings- og innføringsaktiviteter

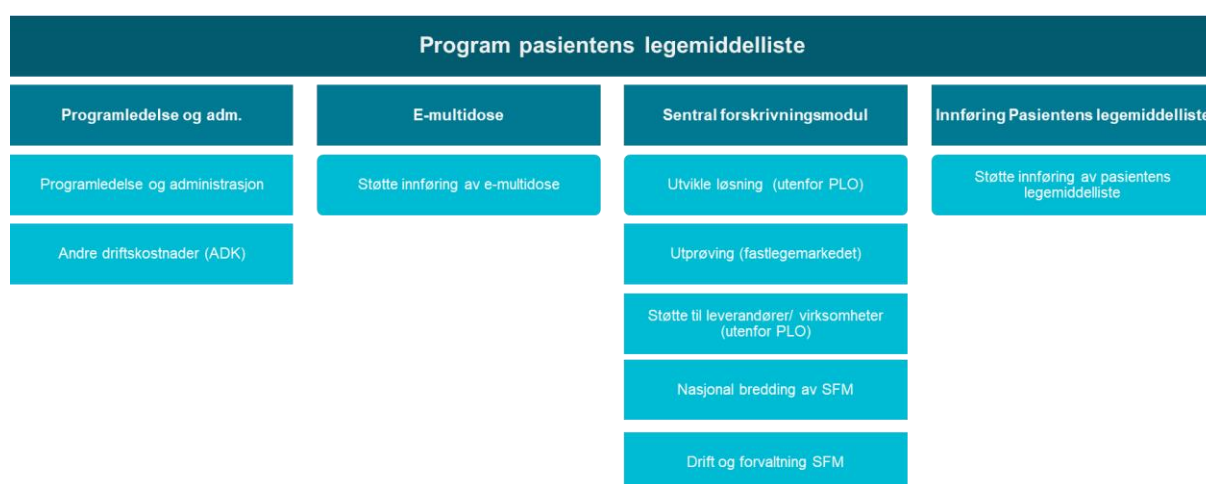
3.3.2 Program pasientens legemiddelliste

Program pasientens legemiddelliste vil være ansvarlig for gjennomføringen av pasientens legemiddelliste. Programmet vil ha to hovedoppgaver:

- Videreutvikle og innføre sentral forskrivningsmodul (Veikartfase: Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten)
- Forberede og koordinere nasjonal innføringen av pasientens legemiddelliste. (Veikartfase: Endring i virksomhetene)

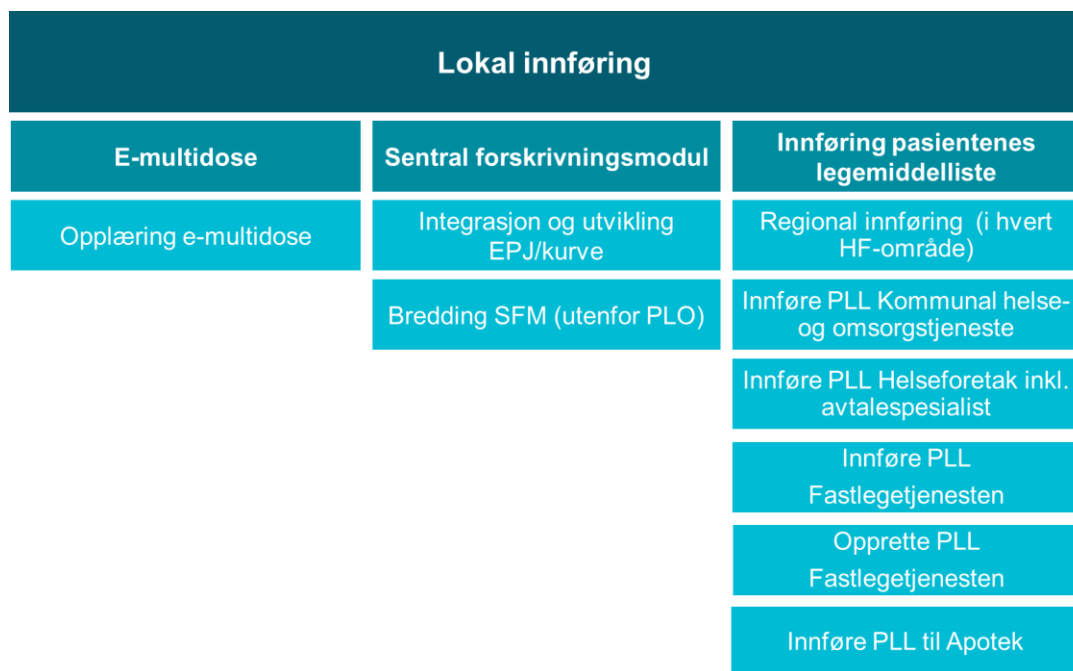
Programmet vil være ansvarlig for sentrale utviklingsaktiviteter og virksomhetene i sektoren vil være ansvarlig for lokale utviklings- og innføringsaktiviteter. Kostnadsestimatene er fordelt etter denne strukturen, slik at det skal være mulig å spore faktiske kostnader tilbake til estimeringen i gjennomføringen.

Figur 16 gir en overordnet skisse til nedbrytningsstruktur for sentrale utviklings- og innføringsaktiviteter i program pasientens legemiddelliste.



Figur 16 Skisse til nedbrytningsstruktur for sentrale utviklings- og innføringsaktiviteter for program pasientens legemiddelliste.

Figur 17 gir en overordnet skisse til nedbrytningsstruktur for lokale utviklings- og innføringsaktiviteter i program pasientens legemiddelliste.



Figur 17 Skisse til nedbrytningsstruktur for lokale utviklings- og innføringsaktiviteter

3.4 Kostnadsoverslag, budsjett og investeringsplan

I dette kapittelet presenteres investeringskostnadene uten neddiskontering, inkludert merverdiavgift for både grunnkalkyle, basisestimat, P50 og P85⁶ for de to programmene. Kostnadene er estimert basert på erfaringstall fra referanseprosjekter, samt estimer for arbeidsomfang for ulike kostnadskomponenter. Vedlegg E Kostnadsestimering redegjør for detaljerte forutsetninger for kostnadsestimatene, samt kostnadene lagt ut i tid og brutt ned på hvert enkelt underelement i arbeidsnedbrytningsstrukturen.

På oppdrag fra Direktoratet for e-helse har A-2 Norge gjennomført en usikkerhetsanalyse, se Vedlegg F Usikkerhetsanalyse. Usikkerhetsanalysen består av en vurdering av estimatusikkerhet og hendelsesusikkerhet som gjennom en stokastisk modell estimerer et forventet tillegg (påslag på basiskostnad opp til P50) og usikkerhetsavsetningen (påslag fra P50 til P85). I tillegg er forventningsverdien estimert.

Vedlegg E Kostnadsestimater redegjør nærmere for kostnadsestimatenes nedbryting.

⁶ P50 og P85 viser til en sannsynlighetsfordeling på kostnadsestimatene. Det er 50 prosent sannsynlighet for at den faktiske kostnaden blir lavere enn P50 (og 50 prosent sannsynlighet for at den blir høyere). Det er 85 prosent sannsynlighet for at den faktiske kostnaden blir lavere.

3.4.1 Kostnadsramme og usikkerhetsavsetning for program digital samhandling

Kostnadsrammen for programmet digital samhandling inkluderer kostnader til programledelse, videre dokumentdeling via kjernejournal, deling av kritisk informasjon via kjernejournal, datadeling for digital hjemmeoppfølging og forberedelser til steg 3, inkludert forprosjekt for steg 3.

- Kostnadsrammen for program digital samhandling settes til 1 422 millioner kroner (inkl. mva.), som tilsvarer P85.
- Styringsrammen for program digital samhandling settes til 1 123 millioner kroner (inkl. mva.), som tilsvarer P50.

Tabell 24 Kostnadsestimat for program digital samhandling med tilhørende lokale innføringsaktiviteter.

Kostnadsestimat	Hele tiltaket	Prioritert løsning	Kuttliste
Basisestimat¹	965	684	281
P50²	1 123	782	338
Forventningsverdi	1 153	802	351
P85³	1 422	989	453
Standardavvik	23 %	23%	28%
Sannsynlighet for basis	p25	p28	p26

Investeringsperiode er 2023-2027.

¹⁾ Basisestimat = grunnkalkyle + uspesifisert.

²⁾ P50 = basisestimat + forventet tillegg. Forventet tillegg er estimert i egen usikkerhetsanalyse.

³⁾ P85 = forventet kostnad + usikkerhetsavsetning. Usikkerhetsavsetning er estimert i egen usikkerhetsanalyse.

Tabell 25 Årlige drifts- og forvaltningskostnadene i programperioden for program digital samhandling, og årlig fra 2029.⁷

Kostnadsestimat	Beløp (Millioner 2021-kroner, eksklusiv mva., ikke nåverdijustert)							
	2023	2024	2025	2026	2027	2028	SUM	2029→
Årlige drift og forvaltningskostnader	0	0	16	32	56	83	187	97

⁷ Analyseperioden er satt til 20 år.

3.4.1.1 Usikkerhet i kostnadsestimatet for program digital samhandling

Usikkerhetsanalysen viser at forventet tillegg er estimert til 158 millioner kroner og usikkerhetsavsetningen er estimert til 300 millioner kroner inkludert mva. Dette gir et P50-estimat på 1 123 millioner kroner, og et P85-estimat på 1 422 millioner kroner.

De viktigste driverne, som i størst grad bidrar til usikkerheten i kostnadsestimatet, er:

- **Aktører, interessenter og leverandører:** Ulike aktører og interessenter som skal ta i bruk løsningene vil kunne påvirke fremdrift, løsninger og grensesnitt i programmene. Dette kan gi et mer positivt utfall enn forventet, men det kan også innebære et mer negativt utfall med forsinkelser og høyere kostnader, avhengig av blant annet virksomhetenes evne og vilje til å innføre løsningene. Tjenesteleverandørenes evne til å inkorporere løsninger, samt ressurstilgang og kompetanse i markedet er også beheftet med usikkerhet og kan medføre økte kostnader.
- **Program- og leveransestyring:** Investeringskostnadene vil påvirkes av ledelse og eierstyring. Uklare ansvars- og rollefordelinger mellom de ulike aktørene kan bidra til å påvirke både fremdrift og kostnader. Fremdrift og kostnader vil også påvirkes av eiers evne til å ta riktige beslutninger til riktig tid. Sterk eierstyring, prosjektstyring og tydelige ansvarsområder er en forutsetning for en vellykket gjennomføring og kan gi muligheter for kostnadsbesparelser.
- **Modenhet i underlag og løsninger:** Prosjektunderlagets detaljeringsnivå og modenhet er en annen sentral kilde til usikkerhet. Basert på tidligere erfaringer vil det være en differanse mellom endelige leveranser og leveransene slik de er beskrevet i dag. Det er for eksempel usikkert hvilke samarbeidsområder som blir etablert i forbindelse med nasjonal bredding av dokumentdeling.

3.4.2 Kostnadsramme og usikkerhetsavsetning for program pasientens legemiddelliste

Kostnadsrammen for program pasientens legemiddelliste inkluderer kostnader til programledelse, videre innføring av e-multidose, bredding av sentral forskrivningsmodul og innføring av pasientens legemiddelliste.

- Kostnadsrammen for program pasientens legemiddelliste settes til 1 663 millioner kroner (inkl. mva.), som tilsvarer P85.
- Styringsrammen for i program pasientens legemiddelliste settes til 1 515 millioner kroner (inkl. mva.), som tilsvarer P50.

Tabell 26 Kostnadsestimat for pasientens legemiddelliste

Kostnadsestimat	Hele tiltaket	Prioritert løsning	Kuttliste
Basisestimat¹	1 302	1 215	87
P50²	1 515	1 406	108
Forventningsverdi	1 538	1 428	111
P85³	1 791	1 663	135
Standardavvik	16 %	16 %	21 %

Sannsynlighet for basis	p18	p19	p15

Investeringsperiode er 2023-2028.

¹⁾ Basisestimat = grunnkalkyle + uspesifisert.

²⁾ P50 = basisestimat + forventet tillegg. Forventet tillegg er estimert i egen usikkerhetsanalyse.

³⁾ P85 = forventet kostnad + usikkerhetsavsetning. Usikkerhetsavsetning er estimert i egen usikkerhetsanalyse.

Tabell 27 Årlige drifts- og forvaltningskostnadene i programperioden for program pasientens legemiddelliste, og årlig fra 2029.⁸

Kostnadsestimat	Beløp (Millioner 2021-kroner, eksklusiv mva., ikke nåverdijustert)							
	2023	2024	2025	2026	2027	2028	SUM	2029→
Årlige drift og forvaltningskostnader	0	0	4	6	8	10	27	10

3.4.2.1 Drivere til usikkerhet i kostnadsestimatene i pasientens legemiddelliste

Usikkerhetsanalysen viser at forventet tillegg er estimert til 213 millioner kroner og usikkerhetsavsetningen er estimert til 276 millioner kroner inkludert mva. Dette gir et P50-estimat på 1 515 millioner kroner, og et P85-estimat på 1 791 millioner kroner.

De viktigste driverne til usikkerheten, som i størst grad bidrar til usikkerheten i kostnadsestimatet er:

- Aktører, interessenter og leverandører: se kapittel 3.4.1.1 for beskrivelse.
- Innføring pasientens legemiddelliste - Områdeprosjekt: Det vil være et stort antall områdeprosjekter og estimatene for kostnadene knyttet til disse er usikre.
- Modenhet i underlag og løsninger: se kapittel 3.4.1.1 for beskrivelse.

3.5 Gevinstrealiseringsplan

Det er gjennomført en samfunnsøkonomisk analyse av hele steg 2 (Vedlegg C Samfunnsøkonomisk analyse). Gevinstene er beskrevet i programmenes gevinstrealiseringsplaner (Vedlegg D Gevinstrealiseringsplaner).

Arbeidet med endring og gevinstrealisering skal sikre at nødvendige endringer oppstår og iverksettes slik at gevinster faktisk kan realiseres og hentes ut.

3.5.1 Gevinstrealiseringsplaner for programmene

Gevinstrealiseringsplanene er detaljert ut i Vedlegg D Gevinstrealiseringsplaner. Dette beskriver hvordan gevinster i program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste skal måles og følges opp. Programmene bør operasjonalisere planen på en

⁸ Analyseperioden er satt til 20 år.

måte som gjør at målinger og måloppnåelse kan sees i sammenheng fortløpende. Det vil være nødvendig å fortsette arbeidet med gevinstrealiseringsplanen frem mot innføring.

Gevinstrealiseringsplanen tar utgangspunkt i DFØs mal for gevinstrealiseringsplan og beskriver:

- i) Hvem som er ansvarlig for at gevinsten realiseres
- ii) Årsaks- og virkningssammenhengen fra tiltak til endring og gevinst
- iii) Hvilke indikatorer som skal måle at nødvendig endring og gevinst oppstår
- iv) Hvor ofte endring og gevinst skal måles, og med hvilken kilde
- v) Endrings- og gevinstpotensialet
- vi) Hvordan gevinsten kan omsettes
- vii) Risiko for redusert gevinst og hvordan risikoen kan reduseres

3.5.2 Gevinster av program digital samhandling

De tre samhandlingsområdene dokumentdeling, kritisk informasjon og digital hjemmeoppfølging er beregnet å ha positive nyttevirkninger for samfunnet. Dette er beskrevet i den samfunnsøkonomiske analysen i Vedlegg C samfunnsøkonomisk analyse. Basert på virkningene i den samfunnsøkonomiske analysen er det definert fire gevinster av de tre samhandlingsområdene. De fire gevinstene er:

- Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov
- Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon
- Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helsetjenesten
- Økt innovasjon og tjenesteutvikling i virksomhetene og i Norsk helsenett SF, gjennom et bedre fungerende marked, i virksomhetene og i Norsk helsenett SF.

Disse er ytterligere beskrevet i Vedlegg D Gevinstrealiseringsplaner.

3.5.2.1 Prioritering og fordeling av gevinster

Prioritering av gevinster handler om hvilken prioritet gevinsten skal ha i gevinstarbeidet. Prioriteringen er gjort med utgangspunkt i en vurdering av gevinstpotensialet, strategisk viktighet, målbarhet, kausalitet og risiko.

Fordeling av gevinster handler om hvem som får nytte av gevinsten. Flere gevinster kan oppstå andre steder enn der investeringen finner sted. Hvem som får nytte av gevinstene, er viktig å ta med i vurderingen av hvordan gevinstene omsettes.

Tabell 28 viser hvilken prioritet de ulike gevinstene bør få i gevinstarbeidet og hvem som får nytte av dem. Underlaget for vurderingene er nærmere beskrevet i Vedlegg D Gevinstrealiseringsplaner.

Tabell 28 Prioritering av gevinster i program digital samhandling, og hvem som får nytte av gevinstene

Gevinst	Prioritet i gevinstarbeidet	Hvem kan få nytte av gevinsten?
Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon	1	Innbygger Helsepersonell Kommunen Spesialisthelsetjenesten Samfunnet
Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov	2	Innbygger Helsepersonell Kommunen Spesialisthelsetjenesten
Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helsetjenesten	3	Innbygger Kommunen Spesialisthelsetjenesten Samfunnet
Økt innovasjon og tjenesteutvikling gjennom et bedre fungerende marked	4	Innbygger Kommunen Spesialisthelsetjenesten Leverandører Samfunnet

3.5.3 Gevinster av program pasientens legemiddelliste

Pasientens legemiddelliste er beregnet å ha positive nyttevirksomheter for samfunnet. Dette er dokumentert i den samfunnsøkonomiske analysen i Vedlegg C Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse. Basert på virkningene i den samfunnsøkonomiske analysen er det definert tre gevinster av pasientens legemiddelliste. De tre gevinstene er:

- Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov
- Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon
- Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helsetjenesten

Disse er ytterligere beskrevet i Vedlegg D Gevinstrealiseringsplaner.

3.5.3.1 Prioritering og fordeling av gevinster

Prioritering av gevinster handler om hvilken prioritet gevinsten skal ha i gevinstarbeidet. Prioriteringen er gjort med utgangspunkt i en vurdering av gevinstpotensialet, strategisk viktighet, målbarhet, kausalitet og risiko.

Fordeling av gevinster handler om hvem som får nytte av gevinsten. Flere gevinster kan oppstå andre steder enn der investeringen finner sted. Hvem som får nytte av gevinstene, er viktig å ta med i vurderingen av hvordan gevinstene omsettes.

Tabell 29 viser hvilken prioritet de ulike gevinstene bør få i gevinstarbeidet og hvem som får nytte av dem. Underlaget for vurderingene er nærmere beskrevet i vedlegg D Gevinstrealiseringsplaner.

Tabell 29 Prioritering av gevinster i program pasientens legemiddelliste, og hvem som får nytte av gevinstene

Gevinst	Prioritet i gevinstarbeidet	Hvem kan få nytte av gevinsten?
Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon	1	Innbygger Helsepersonell Kommunen Spesialisthelsetjenesten Samfunnet
Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov	2	Innbygger Helsepersonell Kommunen Spesialisthelsetjenesten
Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helsetjenesten	3	Innbygger Kommunen Spesialisthelsetjenesten Samfunnet

3.6 Fremdriftsplan

Fremdriftsplanen tar utgangspunkt i overordnet plan for gjennomføring som ble beskrevet i kapittel 2.2.1. I tabellene under fremkommer de mest sentrale leveransene og milepælene i perioden 2023-2027. Planen oppdateres i tråd med evaluerings- og beslutningspunkter.

3.6.1 Program digital samhandling

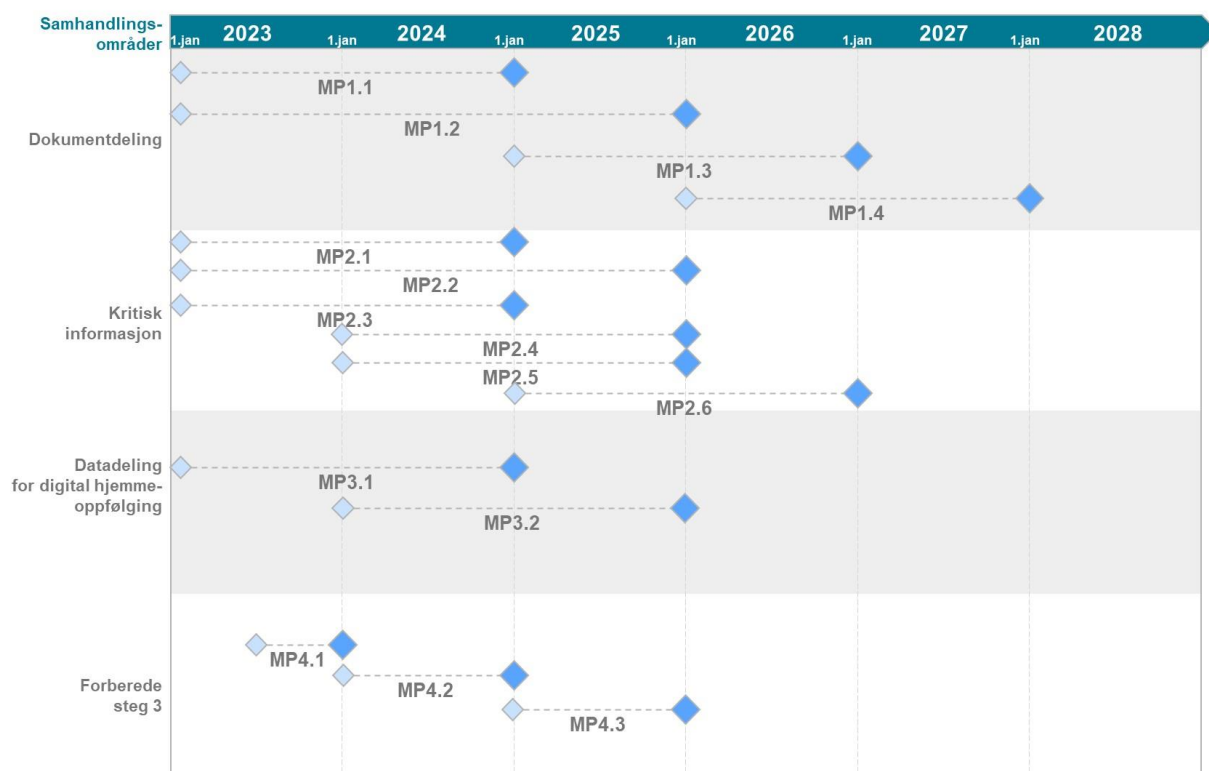
Tabell 30 viser de mest sentrale milepælene i gjennomføringen av program digital samhandling. Årstallene i tabellen indikerer når leveransen løper fra og når leveransen er planlagt ferdigstilt.⁹

⁹ Oversikten tar utgangspunkt i hele år, for eksempel vil til 2026 bety at det er ferdigstilt innen 31.12.2026.

Tabell 30 Fremdriftsplan for program digital samhandling.

Samhandlingsområde	ID	Milepæler	År (fra - til)
Dokumentdeling	MP1.1	Helseforetakene deler dokumenter via kjernejournal	2023 – 2024
	MP1.2	Det er avklart hvilke samarbeidsområder aktørene i helse- og omsorgssektoren skal danne for å kunne dele dokumenter, og hvilke typer dokumenter som skal deles	2023 - 2025
	MP1.3	Avtalespesialister, legevakt og ØHD/KAD har prøvd ut deling av dokumenter	2025 – 2026
	MP1.4	Avtalespesialister, legevakter og ØHD/KAD deler dokumenter via kjernejournal	2026 – 2027
Kritisk informasjon	MP2.1	Helseforetakene har prøvd ut API for kritisk informasjon	2023 – 2024
	MP2.2	Helseforetakene har innført API for kritisk informasjon	2023 – 2025
	MP2.3	Fastleger og avtalespesialister har prøvd ut API for kritisk informasjon	2023 – 2024
	MP2.4	Fastleger og avtalespesialister har innført API for kritisk informasjon	2024 – 2025
	MP2.5	Sykehjem og ØHD/KAD har prøvd ut API for kritisk informasjon	2024 – 2025
	MP2.6	Sykehjem og ØHD/KAD har innført API for kritisk informasjon	2025 - 2026
Datadeling for digital hjemmeoppfølging	MP3.1	Tjenester for datadeling er utviklet for å også dekke behov knyttet til digital hjemmeoppfølging	2023 – 2024
	MP3.2	Tjenestene for datadeling er videreutviklet til å håndtere større grad av strukturert informasjon	2024 – 2025
Forberede steg 3	MP4.1	Forprosjekt for steg 3 er forberedt	2023 - 2023
	MP4.2	Forprosjekt for steg 3 er gjennomført	2024 – 2024
	MP4.3	Gjennomført ytterligere forberedelser for oppstart av steg 3	2025 - 2025

Figur 18 viser de mest sentrale milepælene i gjennomføringen av program digital samhandling presentert i en tidslinje.



Figur 18 Milepæler for de mest sentrale leveransene i program digital samhandling

Milepælsoversikten vil bearbeides ytterligere i 2022. De leveransene som er nærmest i tid vil detaljeres og planlegges, mens leveranser som ligger lengre ut i tid er mindre detaljert.

3.6.2 Program pasientens legemiddelliste

Tabell 31 viser de mest sentrale milepælene i gjennomføringen av program pasientens legemiddelliste. Årstallene i tabellen indikerer når leveransen løper fra og når leveransen er planlagt ferdigstilt.¹⁰

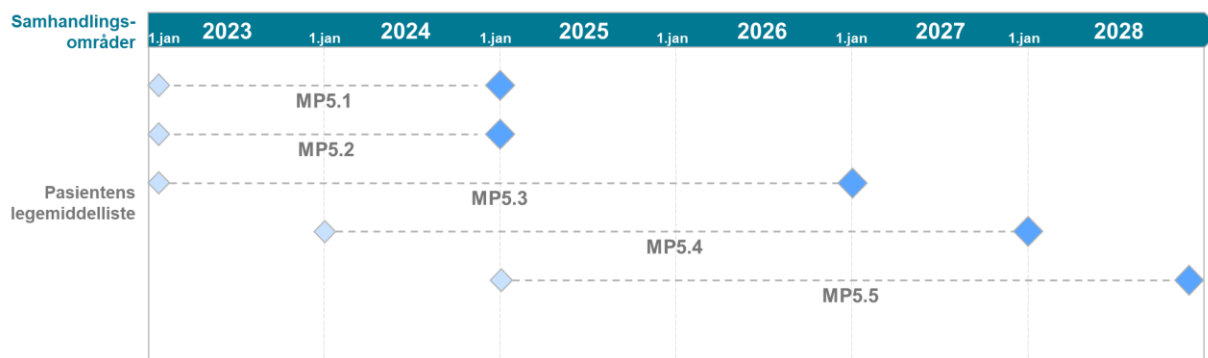
Tabell 31 Fremdriftsplan for pasientens legemiddelliste

Samhandlingsområde	ID	Milepæler	År (fra - til)
Pasientens legemiddelliste	MP5.1	E-multidose er innført hos fastleger i løpet av 2024	2023 - 2024
	MP5.2	Pasientens legemiddelliste er innført i område 1	2023 - 2024
	MP5.3	Pasientens legemiddelliste er innført i område 2-5	2023 - 2026
	MP5.4	Pasientens legemiddelliste er innført i område 6-14	2024 - 2027

¹⁰ Oversikten tar utgangspunkt i hele år, for eksempel vil til 2026 bety at det er ferdigstilt innen 31.12.2026.

Samhandlingsområde	ID	Milepæler	År (fra - til)
	MP5.5	Pasientens legemiddelliste er innført i område 15-16	2025 - 2028

Figur 19 viser de mest sentrale milepælene i gjennomføringen av program digital samhandling presentert i en tidslinje.



Figur 19 Milepæler de mest sentrale leveransene i pasientens legemiddelliste

Milepælsoversikten vil bearbeides ytterligere i 2022. De leveransene som er nærmest i tid vil detaljeres og planlegges, mens leveranser som ligger lengre ut i tid er mindre detaljert.

3.7 Kvalitetssikring

Begge programmene skal gjennomføre kvalitetssikring med en strukturert og metodisk tilnærming gjennom programmets levetid for å sikre at programmet er lønnsomt og leverer tilfredsstillende kvalitet til de avtalte milepælene. Programmene skal ta hensyn til overordnede rammer, eksterne krav og tilgrensede prosjekter og programmer som en del av kvalitetssikringsarbeidet. Det skal legges til rette for at leveransestrømmene kan benytte prosesser for et sikkert og kontrollert gjennomføringsløp og at løsningene som produksjonsettes oppfyller krav og spesifikasjoner.

I programstyringen inngår kvalitetssikring som en av hovedaktivitetene. Programeier vil være ansvarlig for at programmet har en strategi for kvalitetssikring og for å følge krav til kvalitetssikringsgjennomganger som programmet setter selv eller som programmet er underlagt gjennom krav som settes i Direktoratet for e-helse. Programleder vil være ansvarlig for at aktiviteter knyttet til kvalitetssikring gjennomføres og dokumenteres.

Kvalitetssikringen skal i tillegg til å sikre tilfredsstillende kvalitet, kunne bidra med innspill til å forbedre og effektivisere rutiner og prosesser.

3.7.1 Kvalitetssikringsområder

Programmene skal fokusere på områdene forretningsverdi, prosesskvalitet og produktkvalitet:

- *Forretningsverdi:* Sikre at programmene leverer verdi gjennom å styre mot gevinstene beregnet for programmet, sørge for at resultatmål nås og bidra til realisering av effektmål.
- *Prosesskvalitet:* Sikre kvalitet og kontinuerlig forbedring i leveransestrømmene.
- *Produktkvalitet:* Sikre at leveransene oppfyller løsningsspesifikasjon og kvalitetskrav.

3.7.2 Prinsipper for kvalitetssikring

Kvalitet skal sikres gjennom kvalitetssikringsprinsipper som tar utgangspunkt i rammeverket fra MSP. Prinsippene setter krav til kvalitetssikringsaktiviteter både på alle nivåer i programmene. Følgende fem prinsipper legges til grunn for de to programmene:

- **Uavhengighet i kvalitetssikringen**

Kvalitetssikring skal gjennomføres av uavhengige og objektive parter som ikke har direkte tilknytning til programmene eller påvirkning på programmenes leveranser.

- **Integrert del av programmene**

Kvalitetssikring skal være en integrert del av programmene gjennom planer som indikerer til hvilken tid programmene skal planlegge, koordinere og gjennomføre kvalitetssikringsaktiviteter for å sikre tilfredsstillende produktkvalitet, lønnsomhet og at programmene er innenfor avtalte kostnadsrammer, samt for å kunne støtte beslutningsprosesser.

- **Kvalitetssikringen skal knyttes til kontrollpunkter i programmene**

Kvalitetssikringsaktiviteter skal knyttes til evaluerings- og beslutningspunktene i programmene og til de rapporteringene som er planlagt underveis.

- **Fokusere på risikoområder**

Kvalitetssikringsaktivitetene skal være basert på uavhengige risikovurderinger med fokus på områdene som er identifisert med høy risiko.

- **Iverksette tiltak for å håndtere resultater fra kvalitetssikringen**

Programmene skal håndtere resultater fra kvalitetssikringsaktivitetene på en effektiv og konsistent måte for å sikre at nødvendige tiltak iverksettes, og ved behov eskaleres til programstyrene.

3.7.3 Ekstern kvalitetssikring

Forprosjekt for steg 3 kan bli underlagt Finansdepartementets kvalitetssikringsregime for store statlige investeringer dersom den estimerte kostnadsrammen overstiger terskelverdien på 300 millioner i KS-ordningen. Finansdepartementet vil i et slikt tilfelle engasjere en ekstern kvalitetssikrer som kan gjennomføre nødvendige vurderinger før det fattes en investeringsbeslutning.

Helse- og omsorgsdepartementet kan ved behov stille krav om egne kvalitetssikringsgjennomganger for å sikre at prosjektene leverer resultater med tilfredsstillende kvalitet og at programmet styrer utviklingsretningen i henhold til målbildet.

Programmene må legge til rette for at eksterne kvalitetssikrere effektivt får tilgang til nødvendig grunnlag for å utføre sine kvalitetssikringsgjennomganger.

4 Samfunnsøkonomisk lønnsomhet

Den samfunnsøkonomiske analysen viser at samhandlingsområdene i steg 2 er samfunnsøkonomisk lønnsomt, med en netto nåverdi på 2 841 millioner kroner inkludert den prissatte nytten av bedre helse. I tillegg har steg 2 en rekke ikke-prissatte virkninger. Flere av disse er vurdert til å ha stor verdi for samfunnet og vil bidra til å styrke den samfunnsøkonomiske lønnsomheten i steg 2.

Prissatte kostnader inkluderer investeringskostnader, og kostnader til drift og forvaltning. I tillegg er det lagt på en skattefinansieringskostnad på 20 prosent for alle kostnader som belastes offentlige budsjetter. De sentrale kostnadene består i hovedsak av kostnader knyttet til innføringsaktiviteter i sektoren, supplert med noe utprøving- og utviklingskostnader.

4.1 Program digital samhandling

Dokumentdeling fra helseforetakene medfører kostnader for helseforetakene, mens kommunehelsetjenestene får mesteparten av nytten. Dette gjelder særlig legevakt, ØHD/KAD, sykehjem og hjemmetjenesten. Erfaringene fra utprøvingen viser at disse aktørene opplever betydelige tidsgevinster gjennom redusert tidsbruk på pasienter som skrives ut fra sykehus for videre oppfølging i kommunehelsetjenesten. Enklere og raskere tilgang på relevant informasjon øker kvaliteten ved at riktig behandling kan settes i gang tidligere. Bedre informasjonstilgang vil gi behandlerne større trygghet for at de gir riktig behandling. Dette er en ikke-prissatt virkning som er vesentlig for helsepersonell. Pasientene vil få den største nytten, både i form av bedre kvalitet, redusert risiko for feilbehandling, reinnleggelser og endret behandling etter de første dagene etter overføring fra spesialisthelsetjenesten til annet sted i behandlingskjeden.

Kritisk informasjon har en kostnadsside, men nyttesiden er ikke prissatt i full grad, da det kun er beregnet prissatt nytte av bedre helse. Nytten av kritisk informasjon er tidsbesparelser, kvalitet og helsegevinster for den delen av befolkningen som har kritisk informasjon lagret om seg. Utfordringen med verdsettingen er at deler av nytten realiseres gjennom dokumentdeling. Nytten av kritisk informasjon er derfor kun behandlet som en ikke prissatt virkning, med unntak av økonomiske helsegevinster.

Nytten av datadeling for digital hjemmeoppfølging er heller ikke prissatt. Datadeling retter seg mot en markedssvikt og vil genere nytte i form av økt gevinstrealisering av pågående og nye tiltak under velferdsprogrammet. Barrierene og kostnadene knyttet til digital hjemmeoppfølging vil reduseres, og med dette forventes det økt utbredelse.

4.2 Program pasientens legemiddelliste

Ved at flere får tilgang til en felles legemiddelliste med korrekte opplysninger over pasientens legemiddelbruk sammenlignet med nullalternativet, vil pasientens legemiddelliste kunne gi riktigere ordinasjon og administrasjon av legemidler, og dermed redusere sannsynligheten for feilbehandling.

Det er forventet at pasientens legemiddelliste vil øke kvaliteten på legemiddellistene, og at antall legemiddellister som inneholder feil og/eller mangler reduseres. Dette vil kunne gi riktigere ordinasjon av legemidler, og påfølgende bedre helse og reduserte samfunnskostnader. Tiden helsepersonell bruker på å samstemme vil reduseres.

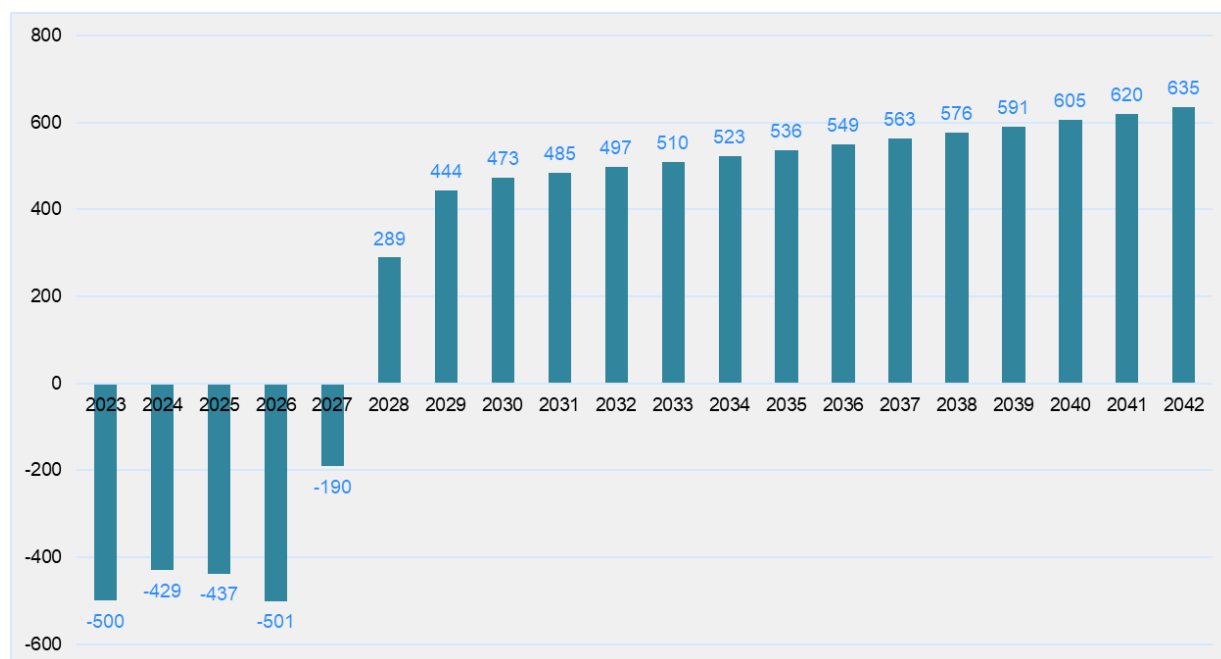
4.3 Samlet netto nåverdi for steg 2

Tabell 32 gir en oversikt over netto nåverdi for steg 2. For pasientens legemiddelliste og dokumentdeling er nytten prissatt, mens kostnadene for samtlige tiltak er inkludert i de prissatte virkningene.

Tabell 32 Netto nåverdi steg 2 (i millioner, 2021-kr)

Prissatte virkninger	Netto nåverdi mill. 2021-kr
Investeringskostnader	-2 120
Drift- og forvaltningskostnader	-1 127
Frigjort tid for helsepersonell	3 390
Færre uønskete hendelser som skyldes feil eller manglende informasjon	2 502
Skattefinansieringskostnad	196
Netto nåverdi	2 841

Figur 20 viser hvordan kostnader og nytte fases inn gjennom analyseperioden.



Figur 20 Fordeling av kostnader og nytte gjennom analyseperioden

Tabell 33 gir en oversikt over de vesentligste ikke-prissatte virkningene med beskrivelse. Samtlige ikke-prissatte virkninger er positive og bidrar til å styrke den samfunnsøkonomiske lønnsomheten. Se vedlegg C Samfunnsøkonomisk analyse for en nærmere vurdering av ikke-prissatt nytte.

Tabell 33 Ikke-prissatte virkninger av steg 2

Ikke-prissatte nyttevirkninger	Beskrivelse:
Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten	Ved at innbyggerne møter et mer koordinert helse- og omsorgstjenester, kan dette bidra til økt tilfredshet med tjenestene blant innbyggere og kan øke tilliten til tjenestene
Økt innovasjon og tjenesteutvikling gjennom et bedre fungerende marked	Datadeling for digital hjemmeoppfølging vil støtte enklere deling av data fra velferdsteknologi, som legger for til rette for kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjeneste gjennom tilretteleggelse i markedet. Tilretteleggelse i markedet vil også bidra til økt ibruktagelse og innovasjon.
Bedre ivaretagelse av personvern	Tilrettelagt deling av informasjon gjennom trygge kanaler skaper en bedre ivaretagelse av personvern.
Innbyggeren blir i mindre grad være bærer av egen informasjon	Innbyggere og pårørende blir i mindre grad bærer av egen informasjon, da den blir lettere tilgjengelig på tvers av tjenester. Dette vil spesielt gi nytte til innbyggere med komplekse sykdomsbilder.
Beslutningsstøtte gir økt trygghet blant behandlere i helse- og omsorgstjenester	Økt beslutningsstøtte grunnet bedre tilgjengelig informasjon om pasienter vil gi en økt trygghet for ansatte i helse- og omsorgstjenester.

5 Referanser

1. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Arbeidsmarkedet frem mot 2035, Statistisk sentral byrå* (2019).
2. **Regjeringen.no.** *Hurdalsplattformen*. 2021.
3. **Direktoratet for e-helse.** *Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. s.l. : Direktoratet for e-helse, 2018.
4. —. *Sentralt styringsdokument - Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning* . 2020.
5. **Finansdepartementet.** *Finansdepartementet/Concept (2010), Nullalternativet – Veileder nr. 8 Kvalitetssikring av konseptvalg, samt styringsunderlag og kostnadsoverslag for valgt prosjektoalternativ*.
6. —. Rundskriv R-108/19. 2019.
7. **Digitaliseringsdirektoratet.** <https://www.digdir.no/>. *Rammeverk for digital samhandling*. [Internett] [Sitert: 26 November 2021.] <https://www.digdir.no/samhandling/rammeverk-digital-samhandling/2148>.
8. **Digitaliseringsdirektoratet.** [digdir.no/samhandling](https://www.digdir.no/samhandling). *Rammeverk for digital samhandling*. [Internett] [Sitert: 26 november 2021.] <https://www.digdir.no/samhandling/rammeverk-digital-samhandling/2148>.
9. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Meld St 7 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Oktober 2019.

6 Figurliste

Figur 1 Oversikt over hvilke informasjonstjenester i målbilde for helhetlig samhandling steg 2 er med på å realisere (de grønne) 16

Figur 2 Målhierarki for steg 2 21

Figur 3 Overordnet gjennomføringsplan for steg 2 36

Figur 4 Gjennomføringsmodell for steg 2 38

Figur 5 Evaluerings- og beslutningspunkter 39

Figur 6 Gjennomføring av steg 2 40

Figur 7 Operasjonell styringsmodell for program digital samhandling 49

Figur 8 Overordnet organisering av Pasientens legemiddelliste 50

Figur 9 Overordnet styring av forprosjekt steg 3 og bruk av nasjonal styringsmodell 58

Figur 10 Overordnet risikobilde for program digital samhandling 77

Figur 11 Overordnet mulighetsbilde for program digital samhandling 80

Figur 12 Overordnet risikobildet for program pasientens legemiddelliste 81

Figur 13 Overordnet mulighetsbilde for program pasientens legemiddelliste 84

Figur 14 Skisse til nedbrytningsstruktur for sentrale utviklings- og innføringsaktiviteter for program digital samhandling 86

Figur 15 Skisse til nedbrytningsstruktur for lokale utviklings- og innføringsaktiviteter 86

Figur 16 Skisse til nedbrytningsstruktur for sentrale utviklings- og innføringsaktiviteter for program pasientens legemiddelliste 87

Figur 17 Skisse til nedbrytningsstruktur for lokale utviklings- og innføringsaktiviteter 88

Figur 18 Milepæler for de mest sentrale leveransene i program digital samhandling 96

Figur 19 Milepæler de mest sentrale leveransene i pasientens legemiddelliste 97

Figur 20 Kostnader og nytte gjennom analyseperioden **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

7 Tabelliste

Tabell 1 Overordnede krav avledet av samfunns- og effektmål	12
Tabell 2 Krav utledet av andre viktige behov	13
Tabell 3 Sentrale Interessenter	17
Tabell 4 Kritiske suksessfaktorer for steg 2	22
Tabell 5 Føringer for forprosjektet fra Helse- og omsorgsdepartementet	23
Tabell 6 Organisatoriske grensesnitt for steg 2	30
Tabell 7 Tekniske grensesnitt for steg 2	32
Tabell 8 Kommersielle grensesnitt for steg 2	33
Tabell 9 Prinsipper for gjennomføringsstrategi i steg 2	37
Tabell 10 Anbefalt kontraktstrategi for anskaffelsesområdene for steg 2	47
Tabell 11 Anbefalt kontraktstrategi for anskaffelsesområdene for steg 2	47
Tabell 12 Overordnet ansvarsdeling mellom aktører i program digital samhandling	52
Tabell 13 Overordnet ansvarsdeling mellom aktører i program pasientens legemiddelliste	55
Tabell 14 Roller og ansvar i usikkerhetsstyringen	64
Tabell 15 Skala for sannsynlighetsvurderinger for både risiko og muligheter	75
Tabell 16 Skala for konsekvensvurdering for risiko	76
Tabell 17 Skala for konsekvensvurdering for muligheter	76
Tabell 18 Risikovurdering for program digital samhandling og tiltak	77
Tabell 19 Mulighetsvurdering av program digital samhandling	80
Tabell 20 Risikovurdering og risikoreduserende tiltak for program pasientens legemiddelliste	82
Tabell 21 Mulighetsvurdering av program pasientens legemiddelliste	85
Tabell 22 Kostnadsestimat for program digital samhandling med tilhørende lokale innføringsaktiviteter. Feil! Bokmerke er ikke definert.	
Tabell 23 Årlige drifts- og forvaltningskostnadene i programperioden for program digital samhandling, og årlig fra 2029.	89
Tabell 24 Kostnadsestimat for pasientens legemiddelliste Feil! Bokmerke er ikke definert.	
Tabell 25 Årlige drifts- og forvaltningskostnadene i programperioden for program pasientens legemiddelliste, og årlig fra 2029.	91
Tabell 26 Prioritering av gevinster i program digital samhandling, og hvem som får nytte av gevinstene	93
Tabell 27 Prioritering av gevinster i program pasientens legemiddelliste, og hvem som får nytte av gevinstene	94
Tabell 28 Fremdriftsplan for program digital samhandling.	95

Tabell 29 Fremdriftsplan for pasientens legemiddelliste 96

Tabell 30 Netto nåverdi steg 2. 100

Tabell 31 Ikke-prissatte virkninger av steg 2101

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt

postmottak@ehelse.no

Sentralt styringsdokument

Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg A Sentrale begreper

Publikasjonens tittel:

Sentralt styringsdokument
Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg A: Sentrale begreper

Rapportnummer

IE-1087

Utgitt:

Januar 2022

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo
Tlf.: 21 49 50 70

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

1 Sentrale begreper

Tabell 1 lister opp sentrale begreper og definisjoner benyttet i sentralt styringsdokument for steg 2 digital samhandling. Definisjonene/beskrivelsene angir hvordan begrepene er brukt. Der referanse ikke er oppgitt, har det i arbeidet vært behov for å komme frem til egne definisjoner/beskrivelser.

Tabell 1 Sentrale begreper

Begrep	Definisjon/beskrivelse	Referanse
Alternativkostnad	Alternativkostnaden til en ressurs eller innsatsfaktor i et offentlig tiltak er verdien av det beste alternativet som ble valgt bort når vi har foretatt et valg mellom gjensidig utelukkende alternativer.	(1)
Analyseperiode	Den perioden alle nytte- og kostnadsvirkninger av et tiltak vurderes og eventuelt beregnes for.	(1)
API	API betegner et grensesnitt i en programvare slik at spesifikke deler av programvaren kan aktiviseres fra en annen programvare. Vi bruker API i en kontekst hvor en virksomhet tilgjengeliggjør et grensesnitt i en programvare for andre aktører. Se også <i>Åpne API</i> .	
Arbeidsnedbrytningsstruktur	En beskrivelse av hvordan prosjektets arbeidsomfang er delt opp i styrbare pakker (ofte kalt prosjektnedbrytningsstruktur).	(2)
Autentisering	Å bekrefte en brukers identitet.	
Autorisering	Å gi en bruker tilgang til et veldefinert utvalg med systemer, informasjon eller funksjonalitet.	
Avhengigheter	Med avhengigheter menes avhengigheter der utvikling i ett samhandlingsområde eller steg 1 er en forutsetning for å realisere gevinster i et samhandlingsområde i steg 2.	
Basisestimat	Sum av grunnkalkyle og uspesifisert. Uspesifisert indikerer kostnader som man av erfaring vet vil komme, men som ikke er kartlagt på grunn av manglende detaljeringsgrad. Basisestimat er dermed komplett kostnad for alle konkrete poster. Se også Grunnkalkyle.	(3)
Behandlingsrettet helseregister	Pasientjournal- og informasjonssystem eller annet register, fortegnelse eller lignende, der helseopplysninger er lagret systematisk slik at opplysninger om den enkelte kan finnes igjen og som skal gi grunnlag for helsehjelp eller administrasjon av helsehjelp til enkeltpersoner. (Pasientjournalloven § 2 d))	
Behovskø	Behovskøen er en detaljert og konkretisert liste over arbeidspakker for å løse konkrete behov i sektoren, som er spesifisert i omfanget for steg 2.	
Bredding	Bredding er en del av innføringen og indikerer to av fasene i Norsk helsenett SFs metodikk for innføring; begrenset bredding og nasjonal bredding. Begrenset bredding er en styrt start på innføringen til en begrenset mengde aktører hvor løsningen justeres og tilpasses etter tilbakemeldinger. Deretter settes nasjonal bredding i gang basert på læring fra begrenset bredding.	

Dataansvarlig	Behandling av helseopplysninger må knyttes til en dataansvarlig. Den dataansvarlige har ansvaret for at behandlingen av helseopplysningene er i samsvar med gjeldende regelverk. Dataansvaret er definert ved at ansvaret plasseres hos den virksomheten som faktisk bestemmer formålet med behandlingen av opplysningene og hvilke hjelpemidler som skal brukes, jf. personvernforordningen artikkel 4 nr. 7. Det er knyttet en rekke oppgaver og plikter til dataansvaret og det legges opp til sanksjoner når pliktene ikke overholdes. Oppgavene kan delegeres, men ikke selve dataansvaret. I henhold til pasientjournalloven § 2 bokstav e skal begrepet dataansvarlig forstås synonymt med begrepet behandlingsansvarlig i personvernforordningen artikkel 4 nr. 7. <i>Se også Databehandler.</i>	
Datadeling	Datadeling er en teknisk samhandlingsmodell i helsesektoren hvor strukturerte data om en pasient deles i sanntid med innbygger og på tvers av virksomheter. Eksempel er kritisk informasjon i kjernejournal. Datadeling kan støtte de organisatoriske samhandlingsformene endre og dele, og slå opp og tilgjengeliggjøre. <i>Se også Endre og dele og Slå opp og tilgjengeliggjøre.</i>	(4)
DBEP (digital behandlings- og egenbehandlings-plan)	DBEP (digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner) er samarbeidsprosjektet mellom Helsedirektoratet og KS for digital behandlings- og egenbehandlingsplan. Det er planlagt brukergrensesnitt for helsepersonell i kjernejournal, brukergrensesnitt for innbyggere på Helsenorge, og i tillegg API for deling/uthenting, lagring og sletting av data. Med behandlingsplan forstås en plan for den medisinskfaglige behandlingen av pasienten som nedtegnes i et pasientjournalssystem. Med egenbehandlingsplan forstås en plan med beskrivelse av tiltak som pasienten selv har ansvaret for å gjennomføre.	(5)
Design-to-cost	Design to cost-modell (DTC) er en styringsmodell hvor det er et mål å oppnå høyest mulig samfunnsnytte innenfor en bindende styringsramme.	(6)
Diskontering	Diskontering innebærer å omregne alle fremtidige virkninger til dagens verdi.	(1)
Dokumentdeling	Dokumentdeling er en samhandlingsform som omhandler deling av utvalgte, godkjente, lesbare dokumenter, inkludert bilder, gjennom felles infrastruktur/tjenester.	(7)
DPIA	Forkortelse for Data Protection Impact Assessment, en vurdering av personvernkonsekvenser, jf. GDPR/EUs personvernforordning artikkel 35. En prosess som skal bidra til å håndtere de risikoene behandlingen medfører for enkeltpersoners rettigheter og friheter ved å vurdere dem og fastlegge risikoreduserende tiltak.	
E-helseløsninger	E-helseløsninger inkluderer nasjonale, regionale og lokale løsninger. Dagens nasjonale e-helseløsninger er definert som Helsenorge, kjernejournal, e-resept og helsenettet (som inkluderer nasjonal infrastruktur, felles tjenester og felleskomponenter for utveksling av opplysninger med virksomheter i helse- og omsorgstjenesten). I tillegg kommer ulike pasientjournalløsninger/behandlingsrettede helseregistre (som EPJ) samt nasjonale, regionale og lokale helseregistre.	
E-helsestandard	En e-helsestandard gir regler for elektronisk behandling av opplysninger knyttet til, eller administrasjon av, helsehjelp. Standardisering av innhold, format og felles arkitektur er en	(8)

	forutsetning for å kunne forstå, dele og gjenbruke informasjon og data mellom virksomheter som samhandler elektronisk.	
Elektronisk pasientjournal (EPJ)	Elektronisk ført samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp, se også helsepersonelloven § 40 første ledd og forskrift om pasientjournal § 3 a). Dette inkluderer både somatisk og psykiatrisk journal o.a., hver for seg eller samlet. Se også <i>Journalløsning</i>	
Én innbygger - én journal	Én innbygger – én journal setter mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren. • Mål 1: Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient og brukeropplysninger • Mål 2: Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester • Mål 3: Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.	(9)
Endre og dele	Organisatorisk samhandlingsform som benyttes når det er viktig å ha en felles kilde til informasjon som kan oppdateres av ulike aktører. Et eksempel er en liste over kritisk informasjon. Et annet eksempel er plan, hvor flere aktører har behov for å oppdatere en felles plan for innbyggeren med nye planlagte avtaler, og holde hverandre løpende oppdatert.	
Endringsledelse	Å lede ansatte og organisasjonen gjennom en endringsprosess slik at virksomheten oppnår forventede resultater.	
Endringslogg	For å bidra til god styring og kostnadskontroll i forprosjektfasen skal det føres en logg over endringer i innhold, nytte, omfang og kostnader. For digitaliseringsprosjekter skal endringslogg etableres og føres fra konseptvalg og frem til KS2.	(6)
Estimatusikkerhet	Usikkerhet knyttet til kostnadselementer eller faktorer som påvirker prosjektets kostnader. Beskriver usikkerhetsprofilen som en kontinuerlig fordeling.	(3)
European Interoperability Framework (EIF)/ EIF-modellen	Et rammeverk som gir konkret veiledning om hvordan du setter opp interoperable digitale offentlige tjenester. Rammeverket beskriver juridisk, organisatorisk, semantisk og teknisk samhandlingsevne. Norsk arkitekturrammeverk for samhandling har lagt European Interoperability Framework (EIF) til grunn. Se også <i>Samhandlingsevne</i> .	(10)
EUs personvernforordning (GDPR)	EUs personvernforordning (GDPR - General Data Protection Regulation). Også kalt personvernforordningen og er en del av personopplysningsloven.	(11)
Evaluerings- og beslutningspunkt	Evaluerings- og beslutningspunkter indikerer jevnlig sjekkpunkter for å sikre at realisering av målene i steg 2 skjer innenfor tids-, kostnads- og kvalitetsrammer. Frekvensen på disse besluttes av programstyret ut fra risiko, nyttestyringen og hva som er hensiktsmessig.	
Feiltoleranse	Feiltoleranse er en egenskap som gjør at et system fortsetter å operere korrekt etter at det inntreffer en eller flere feil i noen av dets komponenter.	
Felles kommunal journal (FKJ)	Felles kommunal journal er ett av tiltakene for å realisere målbildet om Én innbygger - én journal for kommunene utenfor Midt-Norge. Felles kommunal journal (FKJ) er et samarbeidsprosjekt mellom KS, kommuner og nasjonale myndigheter. KS har etablert en interimvirksomhet, Felles kommunal journal interim AS. Det er	(12)

	inngått avtaler mellom KS og samarbeidskommunene og KS har inngått samarbeidsavtaler med Helse- og omsorgsdepartementet om selskapsetableringen og det videre arbeidet i FKJ-prosjektet.	
Felles språk	Med Felles språk menes et økosystem for terminologi som skal anvendes til strukturert dokumentasjon av informasjon knyttet til helsehjelp, samt relasjonene som binder den til andre kodeverk og registervariabler. Felles språk skal understøtte at informasjon som benyttes i pasientforløp skal kunne gjenbrukes etter å ha vært registrert én gang, og de forskjellige terminologier og kodeverk skal benyttes til det formål de er tiltenkt.	(13)
Felleskomponenter	Komponenter i IKT-løsninger som kan sambrukes eller gjenbrukes i flere IKT-løsninger i offentlig sektor.	
FHIR	«Fast Healthcare Interoperability Resources". Et standard rammeverk for utveksling av helseinformasjon mellom ulike informasjonssystemer. Benyttes som en standard for elektronisk utveksling av helseinformasjon mellom fagsystemer. Utviklet av HL7.	(14)
Forventningsverdi	Forventningsverdien til en virkning er definert som en veid sum der hvert enkelt mulige utfall for virkningen vektet med den tilhørende sannsynligheten for dette utfallet. Med det menes den verdien som en tror at utfallet vil bli.	(1)
Gevinst	En effekt som blir sett på som positiv av minst én interessent. Kalles også <i>nytte</i> .	(1)
Gevinstrealisering	Prosessen der man planlegger, organiserer og henter ut forventede og eventuelle ikke-forventede gevinster.	
Grunndata	Felles grunndata består av opplysninger om helsepersonell, organisasjon, tjenester, behandlingssteder, adresser, m.m. Felles grunndata er nødvendig for å etablere sikker og helhetlig samhandling mellom aktørene.	(15)
Grunnkalkyle	Summen av sannsynlig kostnad for alle konkrete kalkyleelementer (kostnadsposter) på analysetidspunktet.	(3)
Hacking	Det å bli «hacket» betyr vanligvis å bli utsatt for datainnbrudd.	
Helse- og omsorgstjenesten	Beskriver hele helse- og omsorgstjenesten. Omfatter både den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester. Se også <i>Helsehjelp</i> .	
Helsefaglig grunnlag	Med helsefaglig grunnlag menes eksempelvis helsefaglig kunnskap, helsefaglig praksis, lover og regelverk, nasjonale faglige retningslinjer, fagprosedyrer og andre normerende produkter.	
Helsehjelp	Det er enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 3.	
HelseID	HelseID er en felles påloggingsløsning for helse- og omsorgssektoren. Den legger til rette for enklere pålogging for helsepersonell, og styrket informasjonssikkerhet ved digital samhandling i sektoren. Dette skjer blant annet gjennom funksjonalitet for autentisering av brukere, systemer og virksomheter, samt beskyttelse av systemer. Hensikten med HelseID er å støtte elektronisk kommunikasjon mellom aktører som samhandler i helse- og omsorgssektoren, slik at vi kan levere enda bedre helsetjenester. Tjenesten gjør det enklere for virksomhetene	(16)

	å ha tillit til hverandre, og bidrar dermed til å forenkle deling av informasjon på en sikker måte.	
Helseopplysninger	Personopplysninger om helseforhold. Personopplysninger om en persons fysiske eller psykiske helse, herunder om ytelse av helsetjenester, som gir informasjon om helsetilstand, jf. EUs personvernforordningen (GDPR) artikkel 4 nr. 15.	(8)
Helsepersonell	Med helsepersonell menes: 1. personell med autorisasjon etter §48 a eller lisens etter §49, 2. personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd, 3. elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører handlinger som nevnt i tredje ledd. Se Helsepersonelloven §3.	
Helseregister	Register, fortegnelser, mv. der helseopplysninger er lagret systematisk slik at opplysninger om den enkelte kan finnes igjen, jf. helseregisterloven §2 bokstav c.	
Hendelsesusikkerhet	Hendelser er situasjoner som enten oppstår eller ikke oppstår. Hendelsesusikkerhet er lik sannsynlighet for at en hendelse inntreffer multiplisert med konsekvens av hendelsen dersom den inntreffer.	(3)
Hjemmetjenester	Helsetjenester som ytes hjemme hos pasient/ bruker. Hjemme kan også være omsorgsbolig eller bolig for utviklingshemmede.	
Ikke-prissatte virkninger	Virkninger som det ikke er faglig forsvarlig å verdsette i kroner, eller som det av ulike årsaker ikke er ønskelig å verdsette i kroner.	(1)
Informasjons-sikkerhet	Fagområde knyttet til sikring av at informasjon og informasjonssystemer bare er tilgjengelig for dem som skal ha tilgang (konfidensialitet), at dataene er korrekte, gyldige og fullstendige (integritet) samt tilgjengelige i henhold til fastsatte krav. Kan også benyttes om tilstanden i et nettverk eller informasjonssystem, da om hvorvidt de nevnte kriteriene er oppfylt	
Informasjons-tjeneste	En informasjonstjeneste er en gruppering av informasjon/informasjonsbehov som kan deles mellom innbygger, helsepersonell og andre aktører via samhandlingsløsningene.	
Innbygger	Ulike roller et individ kan ha, eksempelvis enkeltindivid med ansvar for egen helse, pasient, pårørende, foreldre/foresatt, fullmektig eller verge. En person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle, betegnes «pasient» i henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav a. Innenfor områder av helse- og omsorgstjenesten benyttes «bruker», «tjenestemottaker» eller «klient» om tilsvarende. Se også <i>Pasient</i> .	
Integrasjon	Integrasjon har som mål å få ulike systemer til å snakke sammen ved at de utveksler data eller benytter tjenester fra et annet system.	
Interessent	Interessenter er personer, grupper eller organisasjoner som kan påvirke, vil bli påvirket av, eller oppfatter at de vil bli påvirket av prosjektets og eller programmets gjennomføring eller resultater. Interessenter kan deles inn i direkte og indirekte interessenter. Direkte interessenter er de som direkte vil påvirke eller bli påvirket av prosjekt og/eller program, eksempelvis virksomhetsledelsen, brukerne og leverandørene, mens indirekte interessenter er de som på andre måter vil kunne påvirke eller bli påvirket av prosjekt og/eller program, eksempelvis premissgivere og andre interessenter som har egen interesse av prosjektets resultater ut fra private, kommersielle eller andre motiver.	(17)

Journalløsning	En journalløsning brukes i denne utredningen som begrep på et eller flere integrerte behandlingsrettede helseregistre som understøtter planlegging, administrasjon, gjennomføring og dokumentasjon av helsehjelp til enkeltpersoner. Begrepet omfatter elektroniske pasientjournalsystemer, pasientadministrative systemer og andre integrerte løsninger som inneholder pasientinformasjon. Se også <i>Elektronisk pasientjournal</i> og <i>Samhandlingsløsning</i> .	
Kalkulasjonspris	I en samfunnsøkonomisk analyse benyttes kalkulasjonspriser som estimat på nytten og kostnaden. Nytten skal reflektere samfunnets betalingsvillighet for nyttevirkningene av tiltaket, mens kostnaden skal settes lik alternativkostnaden. Se også <i>Alternativkostnad</i> og <i>Nyttevirkning</i> .	(1)
Kalkulasjonsrente	Kalkulasjonsrenten er den samfunnsøkonomiske alternativkostnaden ved å binde kapital i et gitt tiltak og reflekterer kapitalens avkastning i beste alternative anvendelse.	(1)
Kjernejournal	Kjernejournal (KJ) er en nasjonal e-helseløsning som samler utvalgte helseopplysninger og gjør dem tilgjengelige for innbygger og helsepersonell. I pasientens kjernejournal kan helsepersonell som har tatt tjenesten i bruk se de samme opplysningene uavhengig av om de jobber som f.eks. fastlege, på sykehus eller legevakt.	
Konsument	En person eller virksomhet som skal bruke et system for å hente ut informasjon til et gitt formål.	
Klinisk dokumentasjon	Dokumentasjon av kliniske observasjoner, målinger og vurderinger, samt planlagte og utførte helsetjenester. Se også <i>Elektronisk pasientjournal</i> .	(18)
Klinisk fagsystem	Elektronisk system som ivaretar særskilte funksjoner innen klinisk behandling. Eksempelvis fagsystemkategorier som LIMS (laboratoriestøtte), RAD (radiologistøtte) og Føde (fødselsklinikk) og ulike EPJ-systemer.	
Kodeverk	En samling av begreper eller en klassifikasjon hvor hver tilhørende begrepsdefinisjon er tilknyttet en unik kode innenfor samlingen eller klassifikasjonen.	(19)
Kommunal akutt døgnetenhet (KAD)	Se <i>Øyeblikkelig hjelp døgnetenhet (ØHD)</i> .	
Konsept	Et konsept er en mulig måte å gå frem på for å løse et problem eller skape en endring. Det er en prinsipløsning som ivaretar et sett av definerte behov og krav. Et konsept beskriver hvordan de overordnede samfunnsmålene skal nåes. Se også <i>Løsning</i> .	
Kontraktstrategi	Kontraktstrategien skal beskrive hvordan man sikrer hensiktsmessig konkurranse i anskaffelser, hvordan man fordeler oppgaver, ansvar og usikkerhet, og hvilke kontraktuelle virkemidler som bør være etablert for å understøtte styring i gjennomføringsfasen. I mange virksomheter benyttes to typer kontraktstrategi: • Generell kontraktstrategi, med føringer fra virksomheten • Spesifikk kontraktstrategi for det enkelte prosjekt eller program. Dette vil variere avhengig av om dette er en ren anskaffelse av system/løsning, om det er et utviklingsprosjekt eller en kombinasjon.	
Kostnadsramme	Summen av forventet kostnad og avsetning for	(3)

	usikkerhet. Kostnadsrammen definerer hvor stor finansiering som er satt av for å gjennomføre prosjekt eller program. Se også <i>Usikkerhetsavsetning</i> .	
Kostnadsvirkning	Med kostnadsvirkninger menes all bruk av ressurser som følger av tiltaket, for eksempel arbeidskraft og vareinnsats.	(1)
Kurve	Kurven sammenstiller på en oversiktlig måte viktig informasjon om legemidler, fysiologiske målinger, laboratoriesvar, observasjoner og andre strukturerte opplysninger. Videre er kurven et samarbeidsverktøy for leger, sykepleiere o.a. helsepersonell og binder sammen planer og beskjeder fremover i tid med dokumentasjon om hva som faktisk er utført. Innholdet i kurven er del av elektronisk pasientjournal.	
Kuttliste	Kuttliste er listen over mulige forenklinger og reduksjoner som kan utføres dersom prosjektet viser seg å være mer kostnadskrevende enn planlagt. Forenklingene og reduksjonene kan være tiltak som isolert sett ikke er ønskelige, og som det i utgangspunktet ikke tas sikte på å realisere, men som om nødvendig kan gjennomføres.	(20)
Kvalitativ vurdering	En vurdering som ikke er basert på fysiske størrelser eller kroneverdier, men typisk er en verbal beskrivelse eller andre kvalitative metoder. Se pluss-minusmetoden.	(1)
Kvalitet	Kvalitet består av elementer som endres over tid og som vektlegges og vurderes ulikt, avhengig av ståsted og egne oppfatninger. Kvalitetsbegrepet er verdiladet og subjektivt på samme tid, og ulike elementer kan ofte komme i konflikt med hverandre. Stortingsmelding Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester; Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten beskriver følgende: Definisjonen til Norsk standard er generell og kan benyttes for alle sektorer i samfunnet. Hva dette betyr for helse- og omsorgstjenesten er nærmere beskrevet og konkretisert i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsjetjenesten fra 2005. Veilederen gir kvalitetsbegrepet et innhold som bygger på samfunnets føringer, lovverkets krav og faglige vurderinger, for å gi best mulig tjenester til brukerne. Det er formulert seks dimensjoner ved kvalitet som sier at tjenestene skal: – være virkningsfulle – være trygge og sikre – involvere brukerne og gi dem innflytelse – være samordnet og preget av kontinuitet – utnytte ressursene på en god måte – være tilgjengelige og rettferdig fordelt Se også <i>Pasientsikkerhet</i> .	(21)
Legemiddelliste	Se <i>Pasientens legemiddelliste (PLL)</i> .	
Leveransestrøm	Leveransestrøm er organiseringen av gjennomføringen av behovskø. En leveransestrøm vil kunne bestå av flere aktører og flere tiltak. Se også <i>Behovskø</i>	
Levetid	For investeringsprosjekter skal levetiden reflektere den perioden tiltaket som analyseres, vil være i bruk eller yte en samfunnstjeneste. Når det gjelder andre tiltak som analyseres, må man vurdere hvor langt inn i fremtiden tiltaket vil ha vesentlige virkninger.	(1)

Løsning	Et helhetlig sett av datasystem og organisatoriske prosesser som løser behov innen et område. En løsning samvirker med arbeidsprosesser, organisatoriske og styringsmessige strukturer, kompetanse og kultur. Flere løsninger realiserer et konsept. En løsning kan bestå av flere datasystemer eller komponenter. Se også <i>Konsept, System og Samhandlingsløsning</i>.
Medisinsk utstyr (MU)	Definisjonen av medisinsk utstyr er oppdatert jmf. ny lov og EU-forordning (MDR) 26. mai 2021. Medisinsk utstyr defineres ut fra gjeldende lovverk. Ethvert instrument, apparat, utstyr, programvare, implantat, reagens, materiale eller annen gjenstand som ifølge produsenten er beregnet på å bli brukt, alene eller i kombinasjon, på mennesker med henblikk på ett eller flere av følgende spesifikke medisinske formål: • Diagnostisering, forebygging, overvåking, prediksjon, prognostisk, behandling eller lindring av sykdom. • Diagnostisering, overvåking, behandling, lindring av eller kompensasjon for skade eller funksjonshemming. • Undersøkelse, utskifting eller endring av anatomen eller av en fysiologisk eller patologisk prosess eller tilstand. • For å frambringe informasjon ved hjelp av in vitro-undersøkelse av prøvemateriale fra menneskekroppen, herunder organ-, blod- og vevdonasjoner, I tillegg til: • Utstyr til svangerskapsforebygging eller befruktningsassistanse. • Produkter som særlig er beregnet på rengjøring, desinfisering eller sterilisering av utstyr og der den ønskede hovedvirkningen ikke framkalles ved en farmakologisk eller immunologisk virkning eller ved å påvirke stoffskiftet, men der slike virkninger kan bidra til dets funksjon.
Modenhet	Et av inngangskriteriene som skal avgjøre hvorvidt et tiltak skal prioriteres er modenhet. Med modenhet menes om det er mulig og hensiktsmessig å planlegge realiseringen av tiltak på en måte som tilfredsstiller kravene til et sentralt styringsdokument, slik de er beskrevet i Statens prosjektmodell.
Målbildet for helhetlig samhandling	Det funksjonelle målbildet er definert som: Helsepersonell og innbyggere har tilgang til relevant og oppdatert helseinformasjon fra andre journallløsninger. Informasjonen som deles er basert på helsepersonells og innbyggers behov. Helseinformasjonen er kun tilgjengelig for aktører som har tjenstlige behov. Dette målbildet vil realiseres i flere steg, og det forventes at nye behov vil oppstå underveis.
Nasjonal e-helseportefølje	Nasjonal e-helseportefølje inneholder prosjekter som NUIT (prioriteringsutvalget i nasjonal styringsmodell for e-helse) har innstilt til prioritering. Strategisk tilknytning til den nasjonale e-helsestrategien er et av prioriteringskriteriene for prosjektene som inngår i den nasjonale e-helseporteføljen. Prioriteringen skjer på årlig basis.
Nasjonale e-helseløsninger	Se <i>E-helseløsninger</i>.
Netto nåverdi	Netto nåverdi er lik nåverdien av tiltakets nyttevirksomheter fratrasket nåverdien av tiltakets kostnadsvirkninger. (1)

Nullalternativ	Nullalternativet er en beskrivelse og tallfesting av dagens situasjon og den forventede utviklingen uten tiltak på området. Nullalternativet er sammenligningsgrunnlaget (referansebane) når man beskriver og tallfester virkningene av tiltakene som analyseres.	(1)
Nytte	Se <i>gevinst</i> .	
Nytte-kostnadsanalyse	Se <i>samfunnsøkonomisk analyse</i> .	
Nyttestyring	Prosesen der man organiserer og planlegger slik at potensiell nytte ved bruken av informasjonssystemer/IKT-systemer faktisk realiseres.	(22)
Nyttevirksomheter	En nyttevirksomhet er en virkning som øker velferden for én eller flere grupper i samfunnet, eller for samfunnet samlet sett, som følge av tiltaket. Nytevirksomheter kan også betegnes som positive effekter, fordeler eller gevinster. Når virkningen reduserer velferden for én eller flere grupper i samfunnet, vil de opptre som en ulempe eller kostnadsvirkning.	(1)
Nåverdi	Nåverdi er dagens kroneverdi av samlede nytte- og kostnadsvirkninger som påløper på ulike tidspunkter. Nåverdimetoden er en metode som gjør det mulig å sammenligne og summere virkninger som påløper på ulike tidspunkt, ved å omregne disse til en nåverdi (dagens verdi).	(1)
Omfang/ arbeidsomfang	Omfang / arbeidsomfang er en beskrivelse av de produktene / tjenestene / leveransene som skal leveres i prosjekt eller program, og må være på et hensiktsmessig detaljeringsnivå.	
Omsorgsnivå	Nivå i helsetjenesten som helsehjelpen/omsorgen gis.	
Oppfølgings-ansvarlig	Med "oppfølgingsansvarlig" menes ansvar som virksomheten har i oppfølging av innbygger som benytter digital hjemmeoppfølging.	
P50 og P85 (forventet kostnad og styringsramme)	P50 og P85 viser til en sannsynlighetsfordeling på kostnadsestimatene. Det er 50 prosent sannsynlighet for at den faktiske kostnaden blir lavere enn P50 (og 50 prosent sannsynlighet for at den blir høyere). Det er 85 prosent sannsynlighet for at den faktiske kostnaden blir lavere. P50 = basisestimat + forventet tillegg. Forventet tillegg er estimert i egen usikkerhetsanalyse. Forventet kostnad er det korrekte uttrykket for hvor mye det er ventet at prosjektet skal koste når det er fullført. Forventningskostnaden brukes i den samfunnsøkonomiske analysen, og uttrykker den statistiske forventete kostnaden for prosjektet. P85 = forventet kostnad + usikkerhetsavsetning. P85 kalles også styringsramme. Usikkerhetsavsetning er estimert i egen usikkerhetsanalyse. Se også <i>Basisestimat, Grunnkalkyle og Usikkerhetsavsetning</i> .	(23)
Pasient	Om en person som anmoder om, tilbys eller mottar helsehjelp, eller tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven, brukes i dette dokumentet pasient, uavhengig av om det dreier seg om helsehjelp eller ikke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav a).	
Pasientens legemiddelliste (PLL)	Planlagt tjeneste som understøtter en felles, strukturert og oppdatert liste over innbyggers faste legemidler. PLL prøves ut første gang i 2021. Videre innføring er avhengig av utvikling av Sentral forskrivningsmodul (SFM) samt tilpasning av systemer i de ulike virksomhetene. Se også <i>Legemiddelliste</i> .	

Pasientforløp	En helhetlig sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helse- og omsorgstjenesten i løpet av en sykdomsperiode.	
Pasientjournal/ journal	Samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp. Se også <i>Journalløsning og Elektronisk pasientjournal (EPJ)</i> .	
Pasientsikkerhet	Pasientens vern mot unødige skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Pasientsikkerhet dreier seg om å sikre god nok kvalitet i helsetjenesten og arbeidet med pasientsikkerhet har som formål å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller skader som følge av prosesser i helsetjenesten Se også <i>Kvalitet</i> .	
Personopplysninger	Enhver opplysning om en identifisert eller identifiserbar fysisk person («den registrerte»); en identifiserbar fysisk person er en person som direkte eller indirekte kan identifiseres, særlig ved hjelp av en identifikator, f.eks. et navn, et identifikasjonsnummer, lokaliseringsopplysninger, en nettidentifikator eller ett eller flere elementer som er spesifikke for nevnte fysiske persons fysiske, fysiologiske, genetiske, psykiske, økonomiske, kulturelle eller sosiale identitet, jf. personvernforordningen artikkel 4 1)	
Phishing (nettfiske)	Phishing (nettfiske) er en form for sosial manipulering hvor en angriper forsøker å lure noen til å utføre en handling, for eksempel åpne et e-postvedlegg, klikke på en lenke eller betale en falsk regning. Via vedlegg kan det installeres skadevare, for eksempel løsepengevirus («ransomware»), som kan spre seg videre til andre datamaskiner i samme nettverk. Via lenker kan angriperen be om brukernavn og passord til systemløsninger, og videre benytte disse for eksempel til å stjele konfidensielle opplysninger.	(24)
Plattformtilnærming	Innebærer at det skilles klart mellom sluttbrukertjenester, plattformkjerne, og grensesnittressurser. Plattformkjernen vil blant annet inneholde datakilder og vil gjennom grensesnittressurser fremstå som stabil og helhetlig for offentlige og private tjenesteutviklere av sluttbrukertjenester. Tilnærmingen gjør det mulig å knytte sammen applikasjoner og tjenester fra mange forskjellige leverandører, og understøtter deling av data på definerte, standardiserte formater – med bruk av felles tillitstjenester og terminologi.	(25)
Pluss-minusmetoden	Pluss-minusmetoden er en kvalitativ metode for å vurdere ikke-prissatte virkninger. Se også <i>Ikke-prissatte virkninger</i> .	(1)
Prissatte virkninger	Nytte- og kostnadsvirkninger av tiltakene som er verdsatt i kroneverdier.	(1)
Risiko	DFØ kaller forhold eller hendelser som kan inntreffe og påvirke måloppnåelsen negativt for risiko. Med risiko menes muligheten for at det faktiske resultatet avviker negativt fra det forventede resultatet.	(3)
Risiko- og sårbarhetsvurdering (ROS)	En risiko- og sårbarhetsvurdering (ROS) beskriver et overordnet risikobilde for informasjonssikkerhet. For digital samhandling er denne vurderingen gjort ut ifra innbyggerperspektiv, virksomhetsperspektiv og samfunnsperspektiv. Regelverk stiller også krav til informasjonssikkerhet i helsetjenesten, eksempelvis Normen for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og	

	omsorgssektoren (Normen). Denne utredningen inkluderer også vurderinger opp mot sikkerhetsloven og NIS-direktivet.	
Samarbeidsområde	Benyttes i denne utredningen i forbindelse med samhandlingsområde dokumentdeling. Et samarbeidsområde er en gruppe virksomheter som går sammen om å dele helserelaterte dokumenter om en pasient kalles et samarbeidsområde (eng. "Affinity Domain"). I et samarbeidsområde må det enes om felles løsning for pasient-ID, et felles sett med metadata (inkludert kodeverk og terminologi), lovlig dokumentformater/standards, et felles sett med regler for hvem som skal lagre, gjøre tilgjengelig, søke etter og hente dokumenter, tilgangsstyring, ett felles metadataregister (dokumentregister) og styrings- og forvaltningsmodell. Virksomhetene i et samarbeidsområde må inngå avtaler seg imellom som regulerer hvilke roller hver virksomhet skal ha. Samarbeidsområde må ikke forveksles med begrepet samhandlingsområde, som er beskrivelsen for tiltaksområdene i steg 2. Se <i>Samhandlingsområde</i> .	(7)
Samfunns-økonomisk analyse	En analyse som kartlegger konsekvensene av offentlige tiltak ved at det systematisk fremskaffes mest mulig fullstendig og sammenlignbar informasjon om nytte- og kostnadsvirkninger av tiltakene.	(1)
Samfunns-økonomisk lønnsomhet	At et tiltak er samfunnsøkonomisk lønnsomt, betyr at summen av de positive virkningene av tiltaket overgår summen av kostnadene for samfunnet som helhet. Vi antar da at samfunnet er villig til å betale minst så mye som tiltaket koster for å gjennomføre det.	(1)
Samhandlingsevne	Benyttes i rammeverk for digital samhandling. Det mest sentrale i rammeverket for digital samhandling er inndelingen i juridisk, organisatorisk, semantisk og teknisk samhandlingsevne. Disse er de viktigste områdene man må jobbe med for å få til samhandling på tvers av virksomheter. Samhandlingsevne kan også omtales som interoperabilitet. Se også <i>European Interoperability Framework (EIF)/ EIF-modellen</i> .	(10)
Samhandlings-infrastruktur	Konsept som i sum vil realiseres av samspillet mellom tjenester som leveres gjennom en rekke lokale, regionale og nasjonale e-helseløsninger. Informasjonstjenester som tilbys på samhandlingsinfrastrukturen understøtter ulike samhandlingsformer og kan brukes på tvers av nasjonale løsninger og virksomhetene som skal samhandle	
Samhandlings-løsning	En løsning som understøtter utveksling og deling av informasjon og muliggjør samhandling mellom aktører som benytter ulike IKT-systemer. Samhandlingsløsninger kan ha ulikt omfang, og støtte eksempelvis sending og mottak av informasjon, oppslag og tilgjengeliggjøring, eller delt redigering. I tillegg vil løsningen kunne gjennomføre bearbeiding av data som utveksles, for eksempel mapping eller transformasjon. Samhandlingsløsninger kan spille en rolle i samhandlingsinfrastrukturen. Se også <i>Samhandlingsinfrastruktur</i> .	
Samhandlings-område	Et samhandlingsområde er et avgrenset område som støtter en eller flere av informasjonstjenestene i målbildet for helhetlig samhandling med ulike tiltak. I denne utredningen benyttes begrepet samhandlingsområde om de ulike tiltaksområder som er vurdert for steg 2.	

	Samhandlingsområde må ikke forveksles med begrepet samarbeidsområde, som er et begrep i dokumentdeling.	
Samhandlings-plattform	Norsk helsenett sin plattform for samhandling.	
Scenarioanalyse	En form for usikkerhetsanalyse der man utarbeider ulike scenarioer for å vurdere hvordan lønnsomheten påvirkes når flere usikkerhetsfaktorer slår inn samtidig.	(1)
Selvstendig næringsdrivende tjenesteytere/ avtaleparter	I kommunal helse- og omsorgstjeneste: Fastleger, fysioterapeuter, private/ideelle sykehjem og andre som har avtale med kommunene. I spesialisthelsetjenesten: Private/ideelle sykehus, avtalespesialister og andre som har avtaler med regionalt helseforetak	
Sende og motta	Organisatorisk samhandlingsform som benyttes når avsender og mottaker er kjent. Sende og motta er godt kjent fra meldingsutveksling hvor brukeren kan sende over strukturert eller ustrukturert informasjon til en kjent mottaker, eksempel på dette er henvisning hvor helsepersonell formulerer teksten som fritekst. I tillegg kan fritekstfeltet understøttes av et statusfelt som endrer verdi ettersom henvisningen blir behandlet – sendt – mottatt – under behandling – godkjent – avvist. Dette gir avsender og innbygger god informasjon om kontinuerlig status på henvisning og avlaster helsevesenet slik at avsender og innbygger kan følge behandlingen av henvisningen.	
Sensitivitets-analyse	En form for usikkerhetsanalyse der man beregner hvordan endringer i usikre faktorer påvirker tiltakets samfunnsøkonomiske lønnsomhet.	(1)
Sentral forskrivningsmodul (SFM)	Sentral forskrivningsmodul (SFM) skal dekke helsepersonells behov for håndtering av sine pasienters legemiddelopplysninger herunder oppdatere og lese pasientens legemiddelliste. SFM er en teknisk løsning som tilgjengeliggjøres for bruker som en integrert løsning i EPJ eller ved at EPJ knytter seg til SFM ved et grensesnitt (API).	
Skattefinansierings-kostnad	Dersom et prosjekt krever offentlig finansiering, vil dette bety at én eller flere skatter eller avgifter vil måtte øke. Økt skatt på for eksempel inntekt vil påvirke avveiningen mellom arbeid og fritid. Siden verdien av den siste arbeidstimen for den enkelte er lik nettolønnen, mens den for arbeidsgiver er lik bruttolønn inklusive arbeidsgiveravgift og sosiale kostnader, er det en kile mellom hva den enkelte mottar i avlønning, og hva arbeidskraften er verd for bedriften og for samfunnet. Kilen bidrar til et effektivitetstap som øker ved økt skatt. Skattefinansieringskostnaden er i hovedsak et uttrykk for dette effektivitetstapet.	(1)
Skytjeneste	Samlebetegnelse på IKT-tjenester som leveres av én eller flere leverandører over nett, ved hjelp av datasystemer som ikke står i virksomhetens lokaler. Skytjenester kan deles i tjenester for programvare (SaaS), plattformer (PaaS) eller infrastruktur (IaaS).	
Sluttbruker	Helsepersonell og administrative ressurser som brukere av felles journalløsning.	

Slå opp og tilgjengeliggjøre	Organisatorisk samhandlingsform som støtter informasjonstjenester hvor det er behov for å tilgjengeliggjøre informasjon fra en bruker til flere andre ikke navngitte brukere ved behov. Det er både aktuelt å tilgjengeliggjøre informasjon i form av dokumenter, slik det gjøres med dokumentdeling av utvalgte deler av pasientjournaler i helseforetak, og som strukturerede data. Et eksempel på det siste er hvis helsepersonell har målt fastende blodsukker og ønsker å sammenligne verdiene med tidligere prøveresultater.	
Smart-on-FHIR	Et integrasjonsrammeverk basert på åpne spesifikasjoner. SMART on FHIR gjør det mulig for kliniske fagsystemer å tilrettelegge for at eksterne webapplikasjoner kan bli integrert inn i brukerflaten, med felles pålogging, delt pasientkontekst og dataintegrasjon-	
SNOMED CT	SNOMED CT er en internasjonal helsefaglig terminologi som representerer et system av begreper. SNOMED CT er ment å skulle benyttes for strukturering av informasjon i elektronisk pasientjournal, og dermed også som grunnlag for å kunne utveksle informasjon på en strukturert måte. <i>Se også Terminologi.</i>	(13)
Standard	Regler, retningslinjer eller kjennetegn for aktiviteter eller resultatene av dem til felles og gjentatt bruk for å oppnå optimal orden i en gitt sammenheng. Fremkommet ved konsensus og vedtatt av et anerkjent organ.	(26)
Stegvis	Det skal legges til grunn en stegvis tilnærming til realisering av målene for samhandling i helse- og omsorgssektoren for å redusere usikkerhet og risiko. Det innebærer at hvert steg har separate vurderinger av kostnader og gevinster. Stegene bør innrettes mot å gi løpende gevinster underveis. Det bør være et mål at hvert steg har selvstendig verdi om man ev. skulle velge å stoppe prosjektet etter ett gitt steg. De første stegene ha en mer detaljert beskrivelse av innhold, kostnader og gevinstrealisering enn senere steg.	
Strukturerte helseopplysninger	Helseopplysninger som er bygget opp og organisert på en bestemt måte. Dette gir mulighet for å gi tilgang til et avgrenset sett av klinisk informasjon.	
Styringsmål	Den målkostnad som defineres for en konkret, styrbar oppgave eller arbeidspakke. Den ansvarlige for oppgaven eller arbeidspakken skal styre gjennomføringen mot dette kostnads målet.	(3)
System	Samling av komponenter, bestående av både maskin- og programvare, som leveres som en helhet av en intern eller ekstern leverandør. Denne helheten utgjør et datasystem som utformet for å løse bestemte oppgaver. <i>Se også Løsning.</i>	
Terminologi	Terminologi er betegnelse på et forråd av ord, uttrykk og termer som er spesifikke for et bestemt fagområde. Terminologiens formål er å lette kommunikasjonen mellom personer som arbeider innenfor det samme fagfelt. <i>Se også SNOMED CT.</i>	(13)
Tilgangsstyring	Tilgangsstyring innebærer å sikre at helse- og personopplysninger bare er tilgjengelig etter tjenstlig behov ved at brukere blir autentisert på en betryggende måte og at tilganger blir tildelt, administrert, kontrollert og fjernet.	

Tiltak	Tiltak er prioriterte aktiviteter og oppgaver som kreves for å realisere et felles mål.	
Tjenester	En IKT-tjeneste som formidler informasjon knyttet til et bestemt tema. Kan benyttes i mange ulike arbeidsprosesser, og av ulike profesjoner. Tjenester kan leveres som del av samhandlingsløsninger. Begrepet må ikke forveksles med helsetjenester. <i>Se også Samhandlingsløsning</i>	
Tjenestekatalog	Et register med beskrivelser av tjenester som skal gi informasjon om tjenestene samt de plikter som lovverket pålegger dem.	
Tjenestenekt-angrep	Tjenestenektangrep (Denial-of-Service) eller distribuert tjenestenektangrep er hvor et nett av datamaskiner brukes til å oversvømme en nettside eller annen ressurs på nett. Effekten av dette er at man ikke får tilgang til denne siden eller ressursen.	(27)
Tjenstlig behov	Personer med nærmere bestemte arbeidsoppgaver, trenger nødvendige helse- og personopplysninger for å yte helsehjelp, omsorgs- eller sosialtjeneste og/eller utføre administrasjon i forbindelse med dette. Dersom pasienten har sperret hele eller deler av helse- og personopplysningene kreves særskilt hjemmel for tilgang til disse. (Helsepersonelloven §§ 25 og 45, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3.)	
Usikkerhet	Usikkerhet kan slå ut i både negativ og positiv retning. Den representerer både en risiko for et mer negativt utfall enn forventet og en mulighet for et mer positivt utfall enn forventet. <i>Se også Risiko.</i>	(1)
Usikkerhets-avsetning	Avsetning for å oppnå ønsket sikkerhet mot overskridelse av kostnadsrammen. Midler utløses etter behov i samsvar med forhåndsdefinerte kriterier/retningslinjer. Hvis kriteriene for utløsning ikke inntreffer, skal denne posten være intakt etter prosjektavslutning.	(3)
Usikkerhetsstyring	Kontinuerlig analysere og følge opp usikre forhold i prosjekt eller program og gjennomføre forbedringstiltak. Dette inkluderer både risiko og muligheter. <i>Se også Usikkerhet og Risiko.</i>	(3)
Veikart	Et synonym for plan. Et veikart er ofte overordnet, mens planer ofte er mer detaljerte.	
Virkksomhet	Juridisk enhet som helseforetak, kommune, sykehus, legekantor, tannklinikk, apotek, apotekkjede, røntgeninstitut, frittstående laboratorium, universitet, høyskole, stiftelse mv.	
Økosystem for e-helseløsninger	Et økosystem beskriver et samfunn med flere levende organismer, deres fysiske miljø og alle relasjoner som inngår som del av dette miljøet. Begrepet brukes i IKT til å beskrive et system av flere elementer og aktører som har et avhengighetsforhold, men som også kan ses som delvis uavhengige aktører. Økosystemet beskriver ikke bare aktørene i systemet, men også hvilke prosesser som eksisterer mellom elementene, som for eksempel finansiering, styring og kontrollprosesser. En ofte brukt undertype av IKT-økosystemer er plattformøkosystemer, men det finnes flere varianter.	(8)
Øyeblikkelig hjelp døgnerhet (ØHD)	Øyeblikkelig hjelp døgnerhet (ØHD), og Kommunal akutt døgnerhet (KAD) er ulike beskrivelser i kommunen som brukes om det samme tilbudet. Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten følger av Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd: «Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for	

	øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.» Se også <i>Kommunal akutt døgnetenhet (KAD)</i>.
Åpen plattform	En åpen plattform tilbyr en digital infrastruktur med tilhørende tjenester som er basert på åpne, publiserte standarder som alle i prinsippet kan benytte for å ta i bruk plattformen. Plattformen gjør det mulig å knytte sammen applikasjoner og tjenester fra mange forskjellige leverandører, og understøtter deling av data på definerte, standardiserte formater – med bruk av felles tillitstjenester og terminologi. Se også <i>Plattformtilnærming</i>.
Åpne API	Åpne API er gjenbrukbare, sikre, godt dokumenterte og tilgjengelige programmeringsgrensesnitt som kan benyttes av alle relevante aktører uten diskriminerende og konkurransevridende vilkår. Se også <i>API</i>.

2 Referanser

1. **Direktoratet for økonomistyring.** *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser.* 2018.
2. **Finansdepartementet.** *Kvalitetsikring av konseptvalg, samt styringsunderlag og kostnadsoverslag for valgt prosjektoalternativ. Veileder nr. 1 Det sentrale styringsdokument.* s.l. : Finansdepartementet, 2008.
3. —. *Kvalitetsikring av konseptvalg, samt styringsunderlag og kostnadsoverslag for valgt prosjektoalternativ. Veileder nr. 2 Felles begrepsapparat KS2.* s.l. : Finansdepartementet, 2008.
4. **Direktoratet for e-helse.** *Målarkitektur for datadeling i helse- og omsorgssektoren.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 03/21.
5. **Helsedirektoratet.** *Digital behandlings- og egenbehandlingsplan - Innholds- og løsningsbeskrivelse.* s.l. : Helsedirektoratet, 06/21.
6. **Finansdepartementet.** *Digitaliseringsprosjekter i statens prosjektomodell - veileder.* s.l. : Finansdepartementet, 2020.
7. **Direktoratet for e-helse.** *Målarkitektur for dokumentdeling.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 03/19.
8. —. *Samhandlingsarkitekturer i helse- og omsorgssektoren.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2018.
9. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal - Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.* s.l. : Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.
10. **Digitaliseringsdirektoratet.** <https://www.digdir.no/>. *Rammeverk for digital samhandling.* [Internett] [Sisert: 16 Desember 2021.] <https://www.digdir.no/samhandling/rammeverk-digital-samhandling/2148>.
11. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven).* s.l. : Lovdata.no.
12. **KS.** Felles kommunal journal. [Internett] [Sisert: 16 Desember 2021.] <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/fkj/>.
13. **Direktoratet for e-helse.** *Felles språk i helse- og omsorgssektoren, Målbilde versjon 1.0.* s.l. : Direktoratet for e-helse, Oktober 2019.
14. **HL7 International.** HL7 FHIR Utgivelse 4. [Internett] [Sisert: 16 Desember 2021.] <http://www.hl7.org/fhir/>.
15. **Direktoratet for e-helse.** Nasjonal e-helsemonitor. *Grunndata.* [Internett] [Sisert: 20 Desember 2021.] <https://www.ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsemonitor#Grunndata>.
16. **Norsk helsenett.** Hva er HelseID. [Internett] [Sisert: 16 Desember 2021.] <https://www.nhn.no/samhandlingsplattform/helseid/hva-er-helseid>.
17. **Digitaliseringsdirektoratet.** Prosjektveiviseren. *Interessenter.* [Internett] [Sisert: 16 Desember 2021.] <https://www.prosjektveiviseren.no/god-praksis/viktige-tema-i-alle-faser/interessenter>.

18. **Helsedirektoratet.** *Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten.* s.l. : Helsedirektoratet, Oktober 2014.
19. **Direktoratet for e-helse.** Volven. [Internett] [Sitert: 16 Desember 2021.] <https://volven.no/categoryres.asp?catID=3>.
20. **Olsson, Nils.** *Bruk av kuttlister i store statlige investeringer.* s.l. : NTNU, 2014.
21. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet - trygge tjenester, Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.* s.l. : Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.
22. **Eivind Tandberg, Ole Jonny Klakegg, Steinar Nilsen, Lars Thorvaldsen, Haakon Vennemo.** *Nyttestyring av offentlige investeringsprosjekter, arbeidsrapport.* s.l. : NTNU, 5/2019.
23. **Concept.** *Estimering av kostnader i store statlige prosjekter: Hvor gode er estimatene og usikkerhetsanalysene i KS2-rapportene?* . 2019. Concept-rapport nr. 59.
24. **Datatilsynet.** Phishing - hvordan beskytte virksomheten. [Internett] [Sitert: 16 Desember 2021.] <https://www.datatilsynet.no/rettigheter-og-plikter/virksomhetenes-plikter/informasjonsikkerhet-internkontroll/phishing---hvordan-beskytte-virksomheten/hva-er-phishing/>.
25. **Bygstad, Bendik og Hanseth, Ole.** Transforming digital infrastructures through platformization. *Twenty-Sixth European Conference on Information Systems (ECIS2018).* 2018.
26. **Norsk standard.** *Standardisering og beslektede aktiviteter - generelle termer (ISO/IEC guide 2:2004).* s.l. : Norsk standard, 2007.
27. **Nettvett, Nasjonal kommunikasjonsmyndighet (Nkom), NorSIS.** Nettvett.no. *DDoS-angrep.* [Internett] [Sitert: 20 Desember 2021.] <https://nettvett.no/ddos-angrep/>.
28. **Finansdepartementet.** Regjeringen.no. https://www.regjeringen.no/contentassets/b3bfe59c8ac84af9b303b810b8065898/veileder_digitaliseringsprosjekter.pdf. [Internett] 31 Januar 2020.

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt

postmottak@ehelse.no

Sentralt styringsdokument

Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg B Organisering av arbeidet

Publikasjonens tittel:

Sentralt styringsdokument
Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg B: Organisering av arbeidet

Rapportnummer

IE-1087

Utgitt:

Januar 2022

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo
Tlf.: 21 49 50 70

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Innhold

1	Innledning	4
1.1	Program digital samhandling	4
2	Organisering av arbeidet	5
2.1	Overordnet organisering av forprosjektet for steg 2	5
2.2	Samarbeid med pågående program og prosjekt.....	6
2.3	Programstyre for program digital samhandling	6
2.4	Behandling i Nasjonalt e-helsestyre	9
2.5	Erfaringsutveksling med Helseplattformen	11
2.6	Dialog med ekstern kvalitetssikrer	12
2.7	Samlet oversikt over interessenthåndtering.....	13
2.8	Kommunikasjon.....	15
3	Samlet møteoversikt.....	16

1 Innledning

Dette dokumentet er et vedlegg til sentralt styringsdokument for steg 2 for digital samhandling, som er et svar på Helse- og omsorgsdepartementet oppdrag til Direktoratet for e-helse datert 18. desember 2020 og 16. juni 2021.

Formålet med dokumentet er å gi en beskrivelse av hvordan arbeidet forprosjekt steg 2 er organisert og hvordan aktørene er involvert, samt gi en oversikt over gjennomførte møter.

1.1 Program digital samhandling

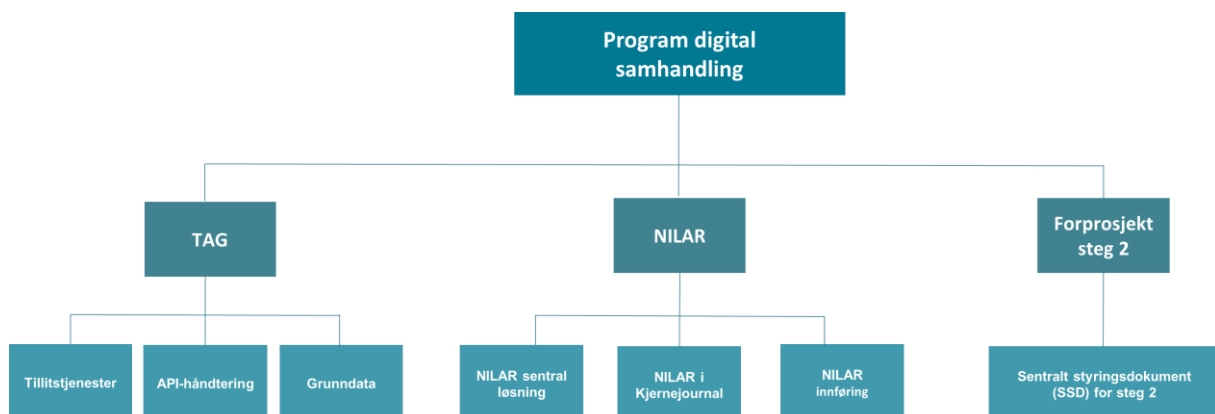
Arbeidet med forprosjektet steg 2 er organisert som en del av program digital samhandling hvor Direktoratet for e-helse er programeier.

Formålet med program digital samhandling er å gi innbyggerne og helsepersonell bedre mulighet til å utveksle informasjon digitalt. Programmet skal legge til rette for at helsepersonell og innbyggere har tilgang til relevant og oppdatert helseinformasjon på tvers av journalløsninger, og utvikle digitale samhandlingsløsninger som gjør det trygt og effektivt å dele helseinformasjon, både med andre aktører i helse- og omsorgstjenesten og med andre statlige og kommunale tjenester.

Program digital samhandling består av tre prosjekter:

- Tillitstjenester, API-håndtering og Grunndata (TAG)
- Nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar (NILAR)
- Forprosjekt steg 2

Figur 1 viser dagens organisering av program digital samhandling:

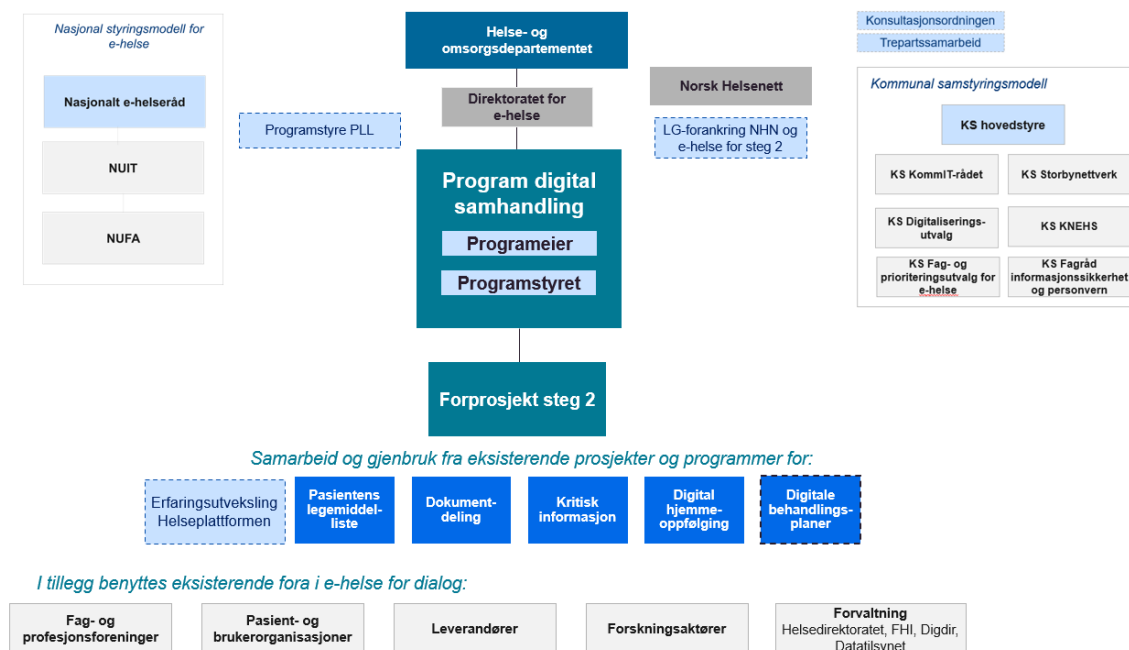


Figur 1 – Oversikt over innhold i program digital samhandling

2 Organisering av arbeidet

2.1 Overordnet organisering av forprosjektet for steg 2

Direktoratet for e-helse er ansvarlig for gjennomføring av forprosjektet for steg 2. Figur 2 illustrerer utgangspunktet for organiseringen av forprosjektet. Organiseringen har blitt noe justert underveis i forprosjektet.



Figur 2 Organisering av forprosjekt steg 2 digital samhandling

Direktoratet er programeier for program digital samhandling og programeierskapet ligger til avdelingsdirektør for avdeling område samhandling. Programmet inngår i direktoratets portefølje underlagt porteføljestyret.

Programstyret for program digital samhandling skal ivareta en bred og representativ sammensetning av ledere fra virksomheter som er sentrale i realiseringen av målbildet for samhandling, samt realisering av gevinster fra programmet. Programstyret har hatt en sentral rolle i å drive programmet fremover og deres aktive deltakelse har vært avgjørende for innhold og vurderinger i forprosjektet. Se kapittel 2.3 for nærmere beskrivelse. Det har også vært møter med programstyret for program pasientens legemiddelliste.

Forprosjekt steg 2 har samarbeidet og gjenbrukt arbeid fra de ulike prosjektmiljøene for pågående tiltak i veikart for nasjonale e-helseløsninger. Se kapittel 2.2 for nærmere beskrivelse. Det har vært en egen erfaringsutveksling knyttet til Helseplattformen i Midt-Norge.

Forprosjektet har også vært drøftet i den kommunale samstyringsmodellen, og særlig med KS Fag og prioriteringsutvalg for e-helse. KS har løpende vurdert hvordan forprosjektet best kan behandles i den kommunale samstyringsmodellen og hvilke bidrag som er ønskelig fra forprosjektet. Forankring og involvering av kommunal samstyringsmodell vil fortsette også i 2022.

I tillegg benyttes utvalgene i den nasjonale styringsmodellen for e-helse systematisk etter hensikt og formål. Se kapittel 2.4 for nærmere beskrivelse.

2.2 Samarbeid med pågående program og prosjekt

Forprosjektet har vurdert aktuelle samhandlingsområder med utgangspunkt i veikart for nasjonale e-helseløsninger¹ og helsepolitiske mål². Denne gjennomgangen ble gjort i tett samarbeid med de ulike prosjektmiljøene som gjennomfører pågående tiltak i det nasjonale veikartet, og bygger videre på arbeid utført i disse prosjektene. For hvert av samhandlingsområdene ble det identifisert aktuelle tiltak. Videre arbeid i forprosjektet og påfølgende vurderinger er blitt gjort i samarbeid og forankret med de ulike prosjektmiljøene. Det har vært flere arbeidsmøter med hvert av de ulike prosjektene for å vurdere aktuelle tiltak.

Tabell 1 viser en oversikt over tiltakseiere for de prosjektene og programmene som forprosjektet har samarbeidet med.

Tabell 1 Oversikt over tiltakseiere for prioriterte samhandlingsområder i veikart for nasjonale e-helse-løsninger

Samhandlingsområder	Tiltakseier
Etablering av nasjonal infrastruktur og prioriterte informasjonstjenester for å understøtte digital hjemmeoppfølging (DHO).	Helsedirektoratet, Nasjonalt velferdsteknologiprogram
Innbyggere og helsepersonell skal gjennom informasjonstjenesten plan ha tilgang til utvalgte digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner (DBEP), som kan deles og endres av innbygger og helsepersonell.	Helsedirektoratet, Nasjonalt velferdsteknologiprogram
Informasjonstjenesten for legemidler og vaksiner som omfatter pasientens legemiddelliste er etablert.	Direktoratet for e-helse, legemiddelprogrammet (byttet navn til program pasientens legemiddelliste)
Kjernejournal-API for kritisk informasjon er etablert som hovedformen for å holde kritisk informasjon oppdatert og autoritativ.	Helse Vest RHF
Deling av Journaldokumenter gjennom kjernejournal er etablert som en samhandlingsform for definerte dokumenttyper nasjonalt.	Helse Sør-Øst RHF
Sikre videre utbredelse og forvaltning av Felles språk som er nødvendig for realisering av målbildet for helhetlig samhandling.	Direktoratet for e-helse, program kodeverk og teknologi

2.3 Programstyre for program digital samhandling

Den aktive deltakelsen fra programstyret i program digital samhandling har vært avgjørende for innhold og vurderinger i forprosjektet for steg 2. Programstyret for digital samhandling har vært prosjektstyre for forprosjektet og fungerer i samspill med styringslinje og øvrig nasjonal styringsmodell for e-helse.

¹ Se beskrivelse på ehelse.no [Veikart for nasjonale e-helseløsninger - ehelse](#)

² For beskrivelse av helsepolitiske mål og planer, se vedlegg N Målbilde for helhetlig samhandling

Tabell 2 viser deltakere i programstyret og programledelse for program digital samhandling. For beskrivelse av mandat og deltakere i nasjonal styringsmodell for e-helse, se beskrivelse på www.ehelse.no³

Tabell 2 Oversikt over ressurser i programstyre og programledelse

Rolle	Navn	Virksomhet
Programeier	Hans Löwe Larsen	Direktoratet for e-helse
Programstyre	Lucie Aunan (møteleder)	Direktoratet for e-helse
	Ole Johan Kvan	Helse Sør-Øst RHF
	Bjørn Nilsen	Helse Nord RHF
	Per-Olav Skjesol	Helse Midt-Norge RHF
	Erik Hansen	Helse Vest RHF
	Terje Wistner	KS
	Kristine Skjøthaug	Stavanger kommune
	Kirsti Pedersen	Oslo kommune
	Kjetil Løyning	Kristiansand kommune
	Thore Thomassen	Helsedirektoratet
	Roger Schäffer	Folkehelseinstituttet
	Odd Martin Solem	Norsk helsenett SF
	Jan Emil Kristoffersen (Eirik Nikolai Arnesen vara)	Den norske legeforening
	Merete Lyngstad (Bente Christensen vara)	Norsk sykepleierforbund
Programleder	Erik Hovde	Direktoratet for e-helse

Forprosjektet gjennomførte dialogmøter med flere av aktørene i programstyret første halvår av 2021, hvor formålet var å få innspill til arbeidet med å koble helhetlig samhandling med veikartet, hvordan arbeidet kunne organiseres og ulike alternativer for innretning og gjennomføring av forprosjektet.

Høsten 2021 ble det gjennomført fem dedikerte arbeidsmøter med programstyret for digital samhandling, der en spesielt drøftet tema knyttet til omfang, gjennomføringsstrategi, organisering og styring. Disse arbeidsmøtene ble gjennomført som tillegg til behandling av forprosjektet i programstyremøtene i regi av programmet.

Tabell 3 viser oversikt over møter med programstyret.

Tabell 3 Gjennomførte møter med programstyret for digital samhandling i 2021

Dato	Møtetype	Sak i møtet fra forprosjekt steg 2	Vedtak
12.02.2021	Programstyremøte	Plan for forprosjektet.	Programstyret drøftet saken og innspillene fra møtet tas med i det videre arbeidet

³ Se beskrivelse av nasjonal styringsmodell for e-helse på ehelse.no [Nasjonal styringsmodell - ehelse](#)

12.03.2021	Programstyremøte	Sentrale spørsmål som skal svares ut i forprosjektet og mulighetsordning i KS-ordningen.	Programstyret drøftet saken og innspillene fra møtet tas med i det videre arbeidet.
23.04.2021	Programstyremøte	Kobling til veikart og alternative innretninger for gjennomføring av forprosjektet.	Programmeier oppsummerte innspillene, og oppfattet at flere i programstyret stilte seg bak alternativ A mens andre tok til orde for alternativ C. Det ble bemerket fra direktoratet at det innebærer at det vil gi en utfordring rundt finansiering av kommende steg, da et neste steg utover steg 2 krever ny runde med forankring og beslutning.
14.06.2021	Programstyremøte	Erfaringsdeling knyttet til bruk av prosjektmodellen og KS-ordningen. Status på arbeidet med kobling til veikartet.	Programstyret tok saken til orientering og ba programmet om å ta innspillene med i det videre arbeide.
26.08.2021	Dedikert arbeidsmøte forprosjekt steg 2	Prioriteringsmodell og gjennomføringsstrategi.	Ingen vedtak i arbeidsmøte. Innspill fra programstyret ble tatt med i det videre arbeidet.
14.09.2021	Programstyremøte	Foreslått omfang for steg 2 for å understøtte veikart for nasjonale e-helse-løsninger, og realisering av målbildet for helhetlig samhandling som definert gjennom Akson forprosjekt.	Programstyret tilsluttet seg at de opplistede tiltakene fra møteleder utgjør minimumsliste for steg 2. Resterende tiltak etableres som en «pluss-liste» og kan gjennomføres innenfor kostnadsrammen til steg 2. Forprosjektet legger tilslutningen til grunn for videre arbeid med sentralt styringsdokument.
30.09.2021	Dedikert arbeidsmøte forprosjekt steg 2	Overordnet styringsmodell og gjennomføringsstrategi.	Ingen vedtak i arbeidsmøte. Innspill fra programstyret ble tatt med i det videre arbeidet.
20.10.2021	Programstyremøte	Prinsipper for gjennomføringsstrategi og styringsmodell.	Programstyret sluttet seg prinsippene for gjennomføringsstrategi og styringsmodell for steg 2, med innarbeidelse av de innspillene som ble gitt i møtet. Forprosjektet legger tilslutningen til grunn for videre arbeid med sentralt styringsdokument.
11.11.2021	Dedikert arbeidsmøte forprosjekt steg 2	Styringsmodell og gjennomføringsstrategi.	Ingen vedtak i arbeidsmøte. Innspill fra programstyret ble tatt med i det videre arbeidet.
19.11.2021	Dedikert arbeidsmøte forprosjekt steg 2	Styringsmodell og gjennomføringsstrategi.	Ingen vedtak i arbeidsmøte. Innspill fra programstyret ble tatt med i det videre arbeidet.

01.12.2021	Programstyremøte	Sentralt styringsdokument for steg 2, versjon 0.9.	<u>Forslag til vedtak (ikke godkjent referat p.t.):</u> Programstyret støtter omfang og prioriteringer i SSD og tar de resterende kapitlene til orientering. Programmet tok med seg innspillene fra møtet som grunnlag for videreutvikling av styringsdokumentet.
16.12.2021	Programstyremøte	Sentralt styringsdokument for steg 2 v. 0.95	<u>Forslag til vedtak (ikke godkjent referat p.t.):</u> Programstyret støttet hovedinnretningen i det sentrale styringsdokumentet for steg 2 med tilhørende prioritering av omfang. Programstyret støtter at SSD kan oversendes HOD og gjennomføring av ekstern kvalitetssikring. Programstyret har gitt innspill i møtet og skriftlig i etterkant. Innspillene behandles før oversendelse av v.1.0 av SSD til HOD. Diskusjoner om en mer felles styring av programmene bør fortsette i 2022 og vil bli tatt opp igjen i programstyret.

2.4 Behandling i Nasjonalt e-helsestyre

Nasjonal styringsmodell for e-helse er etablert for å styrke gjennomføringsevnen for IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten. Nasjonalt e-helsestyre er øverste nivå i nasjonal styringsmodell for e-helse. E-helsestyret samler topplederne i helse- og omsorgssektoren for å samordne og styre e-helseutviklinga i Norge.⁴

Forprosjektet har involvert den nasjonale styringsmodellen for e-helse for å få innspill til vurderinger, forankre beslutninger og vedtak i programstyret, samt drøfte problemstillinger av strategisk eller prinsipiell karakter.

Forprosjektet har vært drøftet i de ordinære møtene i Nasjonalt e-helsestyre og i tillegg ble det arrangert et ekstra møte med Nasjonalt e-helsestyre dedikert for å drøfte omfang av steg 2 og prioritering av tiltakene. Tabell 4 viser oversikt over møter med Nasjonalt e-helsestyre. Arbeidet har i tillegg vært presentert i NUIT (prioriteringsutvalget) og NUFA (utvalg for fag og arkitektur).

Tabell 4 Møter gjennomført med Nasjonalt e-helsestyre

Dato	Sak i møtet fra forprosjekt steg 2	Vedtak
18.03.2021	Orientering om oppdrag og plan for forprosjektet.	Nasjonalt e-helsestyre drøfter saken og ber Direktoratet for e-helse ta med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet.
06.05.2021	Målbilde og grunnlag for gjennomføringsstrategi for helhetlig samhandling og forprosjekt steg 2.	Nasjonalt e-helsestyre hadde en innledende drøfting av problemstillingene i saken og ber prosjektet ta innspill med inn i videre arbeid.
22.09.2021	Omfang for steg 2, og foreløpige vurderinger knyttet til	Nasjonalt e-helsestyre drøftet saken og ba programmet ta med seg innspillene i det videre arbeid. Forslag til SSD v 0.9 for

⁴ Se link ehelse.no [Nasjonalt styringsmodell - ehelse](#)

	gjennomføringsstrategi og styring.	forprosjekt steg 2 digital samhandling vil løftes til Nasjonalt e-helsestyre i desember før leveranse til HOD.
04.11.2021	Ekstra møte i Nasjonalt e-helsestyre dedikert for forprosjektet: Vurderinger av omfang steg 2 og prioritering av tiltakene. Prinsippene for gjennomføringsstrategi og styringsmodell.	Nasjonalt e-helsestyre drøftet saken med følgende konklusjon: • Det er bred enighet i Nasjonalt e-helsestyre om de fire hovedområdene og rekkefølgen innenfor hvert område. PLL prioriteres høyest og de andre områdene høyt. • Prioriteringen er diskutert med forbehold om finansieringsmodell. Pkt 8. i prinsippene for styringsmodell tas ut. Prinsippene må videreutvikles i lys av arbeidet som regjeringen har varslet • Nasjonalt e-helsestyre påpeker avhengigheten til arbeidet som pågår i steg 1. • Arbeidet med digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner (DBEP) vil foregå i parallell og omtalen bør derfor endres. • Nasjonalt e-helsestyre anbefaler at teksten presiseres på flere punkter i tråd med diskusjon i møtet, bla rundt nasjonal tjeneste for datadeling. • Innføring må sees i sammenheng med kommunal samstyringsmodell. • Det er viktig at behovene til bredden i helse- og omsorgstjenesten hensyntas i det videre utviklingsarbeidet etter steg 2. Oversikten over samhandlingsbehov som foreløpig ikke er prioritert synliggjøres i vurderingene rundt steg 3. • Forslag til SSD v 0.9 for Digital samhandling steg 2 vil før leveranse til HOD løftes til Nasjonalt e-helsestyre (i møte 9. desember) og programstyret for digital samhandling
09.12.2021	Sentralt styringsdokument v.0.9 for steg 2 digital samhandling.	<u>Forslag til vedtak (ikke godkjent referat p.t.):</u> Nasjonalt e-helsestyre støtter de utvalgte områdene i sentralt styringsdokument for steg 2, med forbehold om departementets behandling av kostnadsfordeling, og med følgende kommentarer: • Innretningen på satsingsforslaget er god og inneholder de samhandlingsområdene som gir stor samlet nytte og er høyt prioritert av en samlet sektor. • Det er i hovedsak enighet om gjennomføringsstrategi og aksept for at organiseringen sendes slik det er beskrevet nå. Det er behov for å jobbe videre med å sikre synergier og koordinering på tvers av programmene, spesielt inn mot kommunesektoren. • Det er enighet om stor nytteverdi av satsingen både på effektivitet og kvalitet for helsepersonell og for innbygger. • Innbyggerperspektivet bør komme tydeligere frem. • Omfanget er stort og ambisjonsnivået kan ikke utvides nå, basert på totalvurdering av kapasitet i sektoren. Utbredelse til skolehelsetjeneste, helsestasjon mv. kan vurderes å inngå i steg 3. • Behov som aktørene har spilt inn og som ikke er ivarettatt i steg 2 må vurderes i senere faser. Det er ønskelig å

synliggjøre behov på områder som ikke er med i steg 2 og ønskelig at de inngår i vurderingene rundt steg 3 og eventuelle senere faser. Behovene må utredes videre i forbindelse med steg 3 og Felles kommunal journal.

- Utbredelse av kjernejournal til pleie- og omsorgstjenestene er avgjørende

2.5 Erfaringsutveksling med Helseplattformen

Helseplattformen er regional utprøving for det anbefalte nasjonale målbildet Én innbygger – én journal. Helseplattformen skal anskaffe og innføre ny, felles pasientjournal ved sykehus og kommuner i hele Midt-Norge. Innføringen begynner våren 2022 med St. Olavs hospital, Trondheim kommune samt to fastlegekontor i Trondheim. Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal, med omliggende kommuner og fastleger, skal innføre seks og tolv måneder senere i 2022 og 2023.⁵

Direktoratet for e-helse følger opp og bistår i arbeidet med Helseplattformen, som regional utprøving av det nasjonale målbildet. Samarbeidet reguleres iht. samarbeidsavtale vedrørende Helseplattformen mellom Helseplattformen AS, Helse Midt-Norge RHF, Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse.

Som en del av forprosjektet skal det vurderes hvordan valgte prinsipper, krav, prosessbeskrivelser, standarder og terminologi for samhandling som er benyttet i journalløsningen i Midt-Norge kan gjenbrukes nasjonalt. Arbeidet er gjennomført i nært samarbeid med Helseplattformen. Se vedlegg N Gjenbruk og læringspunkter fra Helseplattformen for beskrivelse.

Tabell 5 viser oversikt over møter knyttet til Helseplattformen. Prosjektet har hatt arbeidsmøter med Helseplattformen på ulike tema der det også har vært deltakelse fra Helse Midt-Norge. I tillegg har forprosjektet hatt dialog vedrørende vedlegg N og utvekslet innspill knyttet til dette.

Forprosjektet har også hatt dialogmøter med regional arbeidsgruppe (RAG) og Helseplattformen. RAG er en regional arbeidsgruppe for kommunene i Helseplattformen, og består av 11 regionale innføringsledere som leder hver sin kommuneregion.⁶

Tabell 5 Oversikt over møter knyttet til Helseplattformen

Oversikt over dialogmøter knyttet til Helseplattformen		
Dato	Aktør	Hovedtema
09.04.2021	Helseplattformen	Erfaringsutveksling Helseplattformen og forprosjekt steg 2. Gjennomgang målbilde og informasjonstjenester med Helseplattformen, etter oppfølging av programstyret 12. mars
28.04.2021	Helseplattformen	Erfaringsutveksling Helseplattformen og forprosjekt steg 2. Tilbakemelding fra Helseplattformen på målbilde for helhetlig samhandling. Kobling av målbilde og veikart for nasjonale e-helseløsninger.

⁵ Se beskrivelse av planer for innføring på Helseplattformen.no, link: [Tidslinje innføring - Helseplattformen](#)

⁶ Se beskrivelse av regional arbeidsgruppe (RAG) på Helseplattformen.no [Hvem jobber for kommunene? - Helseplattformen](#)

29.04.2021	Helseplattformen - RAG	Dialogmøte med RAG - kommunene i Midt-Norge sitt nettverk for innføringsledere for Helseplattformen
10.06.2021	Helseplattformen - RAG	Dialogmøte med RAG - kommunene i Midt-Norge sitt nettverk for innføringsledere for Helseplattformen
19.08.2021	Helseplattformen	Erfaringsutveksling Helseplattformen og forprosjekt steg 2. Forslag prioriteringsmodell og foreløpig vurdering av tiltaksområder og tiltak
09.09.2021	Helseplattformen - RAG	Dialogmøte med RAG - kommunene i Midt-Norge sitt nettverk for innføringsledere for Helseplattformen
23.09.2021	Helseplattformen	Erfaringsutveksling Helseplattformen og forprosjekt steg 2. Hva bør gjenbrukes fra Helseplattformen for arbeid nasjonalt og tiltakene som planlegges som del av steg 2?
18.11.2021	Helseplattformen - RAG	Dialogmøte med RAG - kommunene i Midt-Norge sitt nettverk for innføringsledere for Helseplattformen
23.11.2021	Helseplattformen	Erfaringsutveksling Helseplattformen og forprosjekt steg 2. Vurdering av gjenbruk og læringspunkter fra Helseplattformen for digital samhandling steg 2. Gjennomgang av utkast til beskrivelser i vedlegg O.

2.6 Dialog med ekstern kvalitetssikrer

Forprosjektet har etter avtale med Helse- og omsorgsdepartementet hatt dialogmøter og utvekslet notater med ekstern kvalitetssikrer (EKS). Formålet med denne dialogen har vært å skape gjensidig forståelse for de utfordringene som er særegne for nasjonale e-helse løsninger, samt informere EKS om sektoren og tiltakene før ordinær kvalitetssikringsprosess starter. Forprosjektet har i dialogprosessen fått gode innspill på hvordan skrive beslutningsunderlag og avstemming av detaljeringsnivå. Forprosjektet har oversendt notater knyttet til omfang, kostnadsestimer, gjennomføring, styring og organisering. EKS har gitt skriftlig tilbakemelding på oversendte notater og nivået på disse beskrivelsene. Tabell 6 nedenfor viser oversikt over dialogmøter med ekstern kvalitetssikrer.

Tabell 6 Gjennomførte dialogmøter med ekstern kvalitetssikrer

Dato	Tema for møtet
30.08.2021	Oppstartsmøte med formål om å gi EKS innsikt i programmet og forprosjektet for steg 2, samt gjennomførte og planlagte aktiviteter i 2021.
28.09.2021	Presentasjon av omfangsbeskrivelser, samt avstemme nivå på omfangsbeskrivelser. Gjennomgang av oversendt omfangsnotat pr. 21.09.21 fra forprosjektet til EKS med spørsmål og foreløpige kommentarer.
15.10.2021	Gjennomgang av oversendt notat fra forprosjektet til EKS pr. 08.10.21 vedrørende kostnadsestimer, samt spørsmål fra EKS og foreløpige kommentarer. Avstemme nivå på kostnadsestimer. Spørsmål fra forprosjektet til notat pr. 12.10.21 fra EKS vedrørende omfangsbeskrivelser.

09.11.2021

Gjennomgang og diskusjon av hva steg 2 skal realisere og når (ref. NEHS notat). Gjennomgang av arbeid med gjennomføringsstrategi og styring, samt spørsmål fra EKS vedrørende oversendt notat pr. 02.11.21.

2.7 Samlet oversikt over interessenthåndtering

Forprosjektet har viktige grenseflater mot en rekke interessenter i helse- og omsorgssektoren. Forprosjektet har tatt del i programstruktur for interessenthåndtering som er etablert av program digital samhandling. Denne omfatter en rekke arenaer der sentrale interessenter blir invitert til deltagelse på strategisk, taktisk og operativt nivå. I tillegg benytter programmet seg av eksisterende fora og utvalg ved behov. Felles for programmets bruk av de ulike arenaene er å sikre tilfredsstillende involvering av de ulike interessentene og legge til rette for medvirkning. Program digital samhandling har gjort en interessentoversikt for programmet⁷ og beskrevet en strategi for interessenthåndtering⁸. Programmet jobber systematisk med håndtering av interessentene og forprosjektet tar del i dette.

Tiltakene i steg 2 har et bredt nedslagsfelt. I sentralt styringsdokument er det beskrevet sentrale interessenter for innholdet av tiltakene i steg 2. Tabell 7 under viser interessenthåndtering ved gjennomføringen av forprosjektet for steg 2.

Tabell 7 Samlet oversikt over interessenthåndtering i forprosjekt steg 2

Oversikt over aktører som har vært involvert i gjennomføringen av forprosjektet	
Helse- og omsorgsdepartementet	- Fag- og eierdepartement. - Prosjektet har gjennomført jevnlig møter for å rapportere om fremdrift og status i behandling av sentrale tema.
Direktoratet for e-helse	- Ansvarlig for oppdraget. - Sentrale spørsmål er behandlet i ordinære ledermøter, porteføljestyremøter og i ukentlige prosjektemøter.
Norsk helsenett	- Norsk helsenett er sentral i arbeidet med utvikling av forprosjektet for steg 2. De deltar med faste prosjektdeltakere i forprosjektet. - Norsk helsenett er representert i Nasjonalt e-helsestyre (observatør) med underutvalg og er representert i programstyret for program digital samhandling. - Det er etablert arbeidsmøter for ledergruppeforankring mellom Norsk helsenett og Direktoratet for e-helse for steg 2 - Det er gjennomført arbeidsmøter for å avklare beskrivelser, vurderinger og anbefalinger.
Nasjonal styringsmodell (Nasjonalt e-helsestyre, NUIT og NUFA)	- Nasjonalt e-helsestyre har drøftet forprosjektet, hatt eget arbeidsmøte og gitt tilslutning til SSD v. 0.9. - Arbeidet er presentert i NUIT (prioriteringsutvalget) og NUFA (utvalg for fag og arkitektur).
Programstyret for program digital samhandling	Programstyret for program digital samhandling har deltatt aktivt i hele utviklingen av forprosjektet og vært avgjørende for innhold og vurderinger for forprosjektet steg 2.

⁷ Styringsdokument (BP3-4), program digital samhandling steg 1, Direktoratet for e-helse

⁸ Strategi for interessenthåndtering, program digital samhandling, Direktoratet for e-helse

	• Programstyret for digital samhandling har vært prosjektstyre for forprosjektet og fungerer i samspill med styringslinje og øvrig nasjonal styringsmodell for e-helse. • Sentrale tema som er behandlet i Nasjonalt e-helsestyre er i all hovedsak først behandlet i programstyret.
KS, kommuner og kommunale fora	• Representert i Nasjonalt e-helsestyre med underutvalg og programstyret for program digital samhandling. • Det er gjennomført arbeids- og temamøter med KS fag- og prioriteringsutvalg for e-helse. • Programmet har vært drøftet i den kommunale samstyringsmodellen. Denne forankringen vil fortsette i 2022. KS er ansvarlig for innretning av forankringen og forprosjektet bistår ved behov.
Fastlegetjenesten	• Fastlege utpekt av Legeforeningen er representert i Nasjonalt e-helsestyre. • Fastlegetjenesten er representert ved Legeforeningen i programstyret for program digital samhandling
Spesialisthelsetjenesten	• Representert i Nasjonalt e-helsestyre med underutvalg og programstyret for program digital samhandling.
Helseplattformen	• Det er inngått samarbeidsavtale vedrørende Helseplattformen mellom Helseplattformen AS, Helse Midt-Norge RHF og Direktoratet for e-helse. • Direktoratet følger opp og bistår Helseplattformen og Helse Midt-Norge RHF, som regional utprøving av det nasjonale målbildet. • Helseplattformen bistår Direktoratet for e-helse med erfaringsdeling, herunder deling av informasjon og dokumentasjon. • Relatert til arbeidet med Helseplattformen er det i perioden gjennomført jevnlig erfaringsutvekslingsmøter med Helseplattformen, Trondheim kommune og representanter for øvrige opsjonskommuner i Midt-Norge, samt Helse Midt-Norge RHF
Pasient- og brukerrepresentanter	• FFO og Nasjonalforeningen for folkehelse er representert i Nasjonalt e-helsestyre • Pasient- og brukerrepresentanter deltok i arbeidsmøter knyttet til program digital samhandling
Helsepersonell Fag- og profesjonsforeninger	• Legeforeningen og Sykepleierforbundet er representert i Nasjonalt e-helsestyre og programstyret for program digital samhandling • Program digital samhandling og forprosjekt steg 2 har presentert og drøftet involvering i Nasjonal arena for fag- og interesseorganisasjoner
Nasjonale fagmyndigheter	• Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet er representert i Nasjonalt e-helsestyre og programstyret for program digital samhandling.
Leverandører/industriaktører	• Program digital samhandling og forprosjekt steg 2 har invitert til egne informasjons- og dialogmøter med leverandører og representanter for leverandørene • Program digital samhandling og forprosjekt steg 2 har deltatt på direktoratets halvårlige leverandørsamlinger
Forskningsaktører	• Program digital samhandling har i 2021 hatt innledningsvise møter med ulike forskningsaktører (Nasjonalt senter for e-helseforskning, C3,

2.8 Kommunikasjon

Programmet og forprosjekt steg 2 har hatt som mål å ha informasjon om prosjekter og milepæler lett tilgjengelig i egne kanaler. Programmet jobber systematisk for å være synlig i media, involvere sektoren proaktivt i kommunikasjonstiltak og kommunisere med klart språk for å sikre en bredere forståelse av programmets og forprosjektets mål og leveranser.

Program digital samhandling har utarbeidet en kommunikasjonsstrategi som er i tråd med føringer i kommunikasjonsstrategien for Direktoratet for e-helse. Denne kommunikasjonsstrategien er også gjeldende for forprosjektet.

Eksempler på kommunikasjonstiltak for forprosjektet:

- Lansert dedikert webside om forprosjekt steg 2 på nettsiden for Direktoratet for e-helse, www.ehelse.no
- Kommunisert oppdrag for forprosjekt, konkretisering av oppdrag og omfang gjennom egne kanaler og i redaksjonelle medier
- Kommunisert målbilde, omfang og gjennomføring i samarbeid med representanter fra programstyret, i egne kanaler og i redaksjonelle medier
- Deltatt aktivt på ulike arenaer med presentasjon og innlegg, eksempelvis EHIN, Norstella, Dips forum og Teknologirådet Helse Vest (se full liste i kapittel 3).

3 Samlet møteoversikt

Tabell 8 gir en samlet oversikt over møter gjennomført i forprosjektet eller i tilknytning til arbeidet.

Utover møtene beskrevet er det gjennomført regelmessige møter med Helse- og omsorgsdepartementet for å rapportere om fremdrift og status i behandling av sentrale tema. I tillegg kommer møter internt i Direktoratet for e-helse og internt i forprosjektet.

Vennligst merk at program helhetlig samhandling fra mars 2021 endret navn til program digital samhandling, og at tilsvarende navnenndring også ble gjort for programstyret og for forprosjekt steg 2.

Tabell 8 Møteoversikt

Oversikt over gjennomførte møter i forprosjektet		
Dato	Møte/aktør	Hovedtema
02.11.2020	Leverandørmøte	Oppstart av program digital samhandling, inkl. planer og ressursbehov for forprosjekt
28.01.2021	NUFA	Orientering om program helhetlig samhandling
12.02.2021	Programstyre helhetlig samhandling	Organisering og plan for forprosjekt, inkl. involvering og forankring. Presentasjon målbilde helhetlig samhandling
18.02.2021	Nødnett	Erfaringsinnhentning med nødnett, spesielt knyttet til finansieringsmodeller
18.02.2021	NUIT	Orientering om program helhetlig samhandling
02.03.2021	Fagforbundet	Dialogmøte med Fagforbundet
07.03.2021	Datatilsynet	Direktørmøte med Datatilsynet. Orientering om program digital samhandling og prosess for strategi for sikkerhet og personvern i programmet.
09.03.2021	Statens vegvesen (AutoSys)	Erfaringsutveksling Statens vegvesen (AutoSys), eksempelvis erfaringer fra KS-ordningen, kostnadsestimering, omfang, styringsmodeller, finansieringsmodeller og kontraktstrategi.
11.03.2021	Pasient- og brukerforeninger	Møte med pasient- og brukerorganisasjonene i forkant av NEHS
12.03.2021	Programstyre helhetlig samhandling	Vurderinger av mulighetsrommet i KS-ordningen og en smidig tilnærming. Innhold og prosjektplan for forprosjektet.
18.03.2021	Nasjonalt e-helsestyre	Orientering om oppdrag og plan for forprosjektet

18.03.2021	HDO (Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett)	Møte med HDO om finansierings- og styringsmodell, kostnadsestimering.
19.03.2021	Skatteetaten	Erfaringsutveksling med Skatteetaten. Erfaringer med KS-ordningen. Erfaringer fra Innkrevingsprosjektet i Skatteetaten (omfang, kostnadsestimering, styrings- og finansieringsmodell, kontraktsstrategi)
08.04.2021	Norsk helsenett	Dialogmøte med programstyrerepresentanter, innretning på forprosjektet steg 2
09.04.2021	Helseplattformen	Gjennomgang målbilde og informasjonstjenester med Helseplattformen, ref. programstyret 12. mars
12.04.2021	KS og kommuner	Dialogmøte/formøte med programstyrerepresentanter for å drøfte innretning på forprosjektet steg 2
12.04.2021	Regionale helseforetak	Dialogmøte/formøte med programstyrerepresentanter for å drøfte innretning på forprosjektet steg 2
13.04.2021	NAV	Erfaringsutveksling NAV om KS-ordningen, omfang, styring- og finansieringsmodell, kostnadsestimering, kontraktstrategi etc.
14.04.2021	Den norske legeforening	Dialogmøte/formøte med programstyrerepresentanter for å drøfte innretning på forprosjektet steg 2
21.04.2021	NUFA	Målbilde for helhetlig samhandling og kobling til veikartet for nasjonale e-helseløsninger
23.04.2021	Programstyre – program digital samhandling	Innretning og plan for forprosjektet. Steg 2 tar utgangspunkt i veikart for nasjonale e-helseløsninger. Leveranse til HOD 30. april.
28.04.2021	Helseplattformen	Erfaringsutveksling. Helseplattformens tilbakemeldinger på målbilde for helhetlig samhandling. Kobling av målbilde og veikart for nasjonale e-helseløsninger.
29.04.2021	Helseplattformen - RAG	Dialogmøte. RAG - kommunene i Midt-Norge sitt nettverk for innføringsledere for Helseplattformen.
06.05.2021	Nasjonalt e-helsestyre	Målbilde og grunnlag for gjennomføringsstrategi for helhetlig samhandling og forprosjekt steg 2
07.05.2021	Nasjonal arena for fag- og interesseorganisasjoner (NAFI) i Direktoratet for e-helse	Forprosjekt steg 2 sak i møtet

19.05.2021	Helsedirektoratet, tiltakseier plan	Digital behandlings- og egenbehandlingsplan, - mulig del av steg 2?
19.05.2021	Helse Sør-Øst, tiltakseier journalldokumenter	Oppstartmøte journalldokumenter, - mulig del av steg 2?
20.05.2021	Direktoratet for e-helse, tiltakseier Felles språk	Oppstartmøte Felles språk, - hvordan knytte til tiltak i steg 2?
21.05.2021	Direktoratet for e-helse, tiltakseier legemiddelområdet	Oppstartsmøte - vurdering av legemiddelområdet som mulig del av steg 2 for digital samhandling
25.05.2021	Felles leverandørmøte	Presentasjon av program digital samhandling på Direktoratet for e-helse sitt felles leverandørmøte
27.05.2021	Norsk helsenett (journalldokumenter)	Arbeidsmøte journalldokumenter
27.05.2021	Helse Vest, tiltakseier kritisk info	Oppstartsmøte kritisk info, mulig del av steg 2?
27.05.2021	Helsedirektoratet, tiltakseier DBEP	Oppfølgingsmøte digital samhandling og DBEP (digital behandlings- og egenbehandlingsplan) Planlegging av videre prosess og aktuelle tiltak for steg 2
27.05.2021	Helsedirektoratet, tiltakseier DHO	Oppfølgingsmøte digital samhandling - DHO (digital hjemmeoppfølging). Planlegging av videre prosess og aktuelle tiltak for steg 2
01.06.2021	Direktoratet for e-helse, tiltakseier Felles språk	Arbeidsmøte Felles språk
07.06.2021	Direktoratet for e-helse (DHO)	Videre utredning for områder for samarbeid mellom DHO Arkitektur og PDS
08.06.2021	Dips-forum	Presentasjon av program digital samhandling
08.06.2021	Direktoratet for e-helse, tiltakseier legemiddelområdet	Arbeidsmøte legemiddelområdet
09.06.2021	Helse Vest og Norsk Helsenett, tiltakseier Kritisk info	Oppfølgingsmøte kritisk info
10.06.2021	Helseplattformen - RAG	Dialogmøte med RAG - kommunene i Midt-Norge sitt nettverk for innføringsledere for Helseplattformen
14.06.2021	Programstyret for program digital samhandling	Erfaringer fra Skatteetaten, NAV og Statens vegvesen. Status for arbeidet med steg 2 og kobling til veikart.
15.06.2021	Direktoratet for e-helse, tiltakseier legemiddelområdet	Gjennomgang av mal for legemiddelprogrammet

16.06.2021	Helse Sør-Øst, tiltakseier journaldokumenter	Oppfølgingsmøte journaldokumenter
17.06.2021	Direktoratet for e-helse, tiltakseier Felles språk	Arbeidsmøte Felles språk
21.06.2021	Direktoratet for e-helse, tiltakseier legemiddelområdet	Oppfølgingsmøte med legemiddelprogrammet
24.06.2021	Norsk helsenett (kritisk info)	Oppfølgingsmøte med Norsk Helsenett
09.08.2021	Norsk helsenett (kritisk info)	Oppfølgingsmøte Norsk helsenett. Diskusjon av tiltak på kritisk info
19.08.2021	Helseplattformen	Erfaringsutveksling Helseplattformen og forprosjekt steg 2. Forslag prioriteringsmodell og foreløpig vurdering av tiltaksområder og tiltak
19.08.2021	KS	Arbeidsmøte med KS. Diskusjon av tiltak, spesielt kritisk info og deling av journaldokumenter
23.08.2021	Helse Sør-Øst	Forberedende møte før arbeidsmøte med programstyret (Helse Sør-Øst hadde ikke anledning å delta i møtet 26.08)
26.08.2021	Programstyret program digital samhandling	Arbeidsmøte med programstyret. Prosess for å lukke omfang av steg 2: Prioriteringsmodell og prioritering av forslag til tiltak. Omfang av steg 2. Leveranseplan, sammenheng mellom steg 1 og steg 2.
30.08.2021	Ekstern kvalitetssikrer	Oppstartsmøte ekstern kvalitetssikrer
01.09.2021	NUFA	Orientering forprosjekt steg 2 digital samhandling
03.09.2021	Helsedirektoratet, tiltakseier DBEP	Møte med Helsedirektoratet for å avklare enkelte spørsmål rundt DBEP (digital behandlings- og egenbehandlingsplan), særlig DBEP-1
08.09.2021	Programstyret program digital samhandling	Arbeidsmøte omfang med programstyret. Forslag til omfang og prioritering av tiltak i steg 2. Prinsipper for gjennomføringsstrategi og styring
09.09.2021	KS og kommuner: Fag og prioriteringsutvalg for e-helse	Foreløpige vurderinger steg 2
09.09.2021	Helseplattformen - RAG	Dialogmøte med RAG - kommunene i Midt- Norge sitt nettverk for innføringsledere for Helseplattformen
14.09.2021	Programstyret program digital samhandling	Omfang for steg 2 digital samhandling og prinsipper for gjennomføringsstrategi

15.09.2021	NUIT	Orientering forprosjekt steg 2 digital samhandling
22.09.2021	Nasjonalt e-helsestyre	Omfang for steg 2, og foreløpige vurderinger knyttet til gjennomføringsstrategi og styring
23.09.2021	Helseplattformen	Erfaringsutveksling Helseplattformen og forprosjekt steg 2. Hva bør gjenbrukes fra Helseplattformen for arbeid nasjonalt og tiltakene som planlegges som del av steg 2?
24.09.2021	Helse Sør-Øst	Gjennomgang arbeid med dokumentdeling
28.09.2021	Ekstern kvalitetssikrer	Foreløpig vurdering for nivå omfangsbeskrivelser
28.09.2021	Spesialisthelsetjenesten	Fagsesjon kost/nytte, pasientens legemiddelliste
30.09.2021	Programstyret program digital samhandling	Arbeidsmøte med programstyret. Styring og organisering. Gjennomføringsstrategi.
01.10.2021	Norsk helsenett	Dokumentdeling – kostnadsestimering
02.10.2021	Norsk helsenett	DHO - tiltaksbeskrivelse og kostnader
05.10.2021	Norsk helsenett	Kartlegging hvilke normerende produkter og standarder som er relevante for tiltakene i neste steg av PDS
07.10.2021	Bodø kommune	Dokumentdeling - erfaringer fra Bodø kommune
11.10.2021	Norsk helsenett	Steg 2 ledermøte Norsk helsenett og Direktoratet for e-helse
11.10.2021	Norsk helsenett	Arbeidsmøte om tilbakemeldinger på omfang
12.10.2021	Helsedirektoratet (tiltakseier DBEP)	Avklaring av omfang og rammebetingelser for Helsedirektoratets gjennomføring av deres utviklingsprosjekt for Digital behandlings- og egenbehandlingsplan.
14.10.2021	Helsedirektoratet (tiltakseier DBEP)	Juridiske avklaringer for tiltak DBEP-1 Innføring av digital behandlings- og egenbehandlingsplan for enkelte behandlingsgrupper
14.10.2021	Programstyret pasientens legemiddelliste	Pasientens legemiddelliste som del av PDS steg 2
14.10.2021	KS og kommuner	Fagsesjon kost/nytte: KS og kommune
15.10.2021	Ekstern kvalitetssikrer	Foreløpige tilbakemeldinger, spesielt knyttet til for nivå kostnadsestimater
19.10.2021	KS og kommuner: Fag- og prioriteringsutvalg for e-helse	Drøfting om pasientens legemiddelliste

19.10.2021	Norsk helsenett	DHO – tiltaksbeskrivelse
20.10.2021	Programstyret for program digital samhandling	Tilslutning til prinsipper for gjennomføringsstrategi og styringsmodell for steg 2
20.10.2021	Norsk helsenett	Pasientens legemiddelliste kvalitetssjekk av nytteanslag
25.10.2021	Norsk helsenett	Dokumentdeling - kostnader Steg 2
25.10.2021	Helse Vest	Kritisk info - pågående arbeid og kostnader Steg 2
27.10.2021	NUFA	PDS forprosjekt: Samhandlingsområder for steg 2
28.10.2021	KS og kommuner: Fag- og prioriteringsutvalg for e-helse	KS og kommunenes Fag- og prioriteringsutvalg for e-helse. Drøfting omfang steg 2 digital samhandling
04.11.2021	Arkitekturrådet Direktoratet for e-helse	Vurderinger av omfang steg 2, tiltaksbeskrivelser og avhengigheter
04.11.2021	Nasjonalt e-helsestyre	Vurderinger av omfang steg 2 og prioritering av tiltakene. Prinsippene for gjennomføringsstrategi og styring.
09.11.2021	Ekstern kvalitetssikrer	Styringsmodell
10.11.2021	Helsefaglig råd, Direktoratet for e-helse	Vurderinger av omfang steg 2, prioriteringer og nyttevurderinger.
11.11.2021	Programstyret for program digital samhandling	Arbeidsmøte med programstyret. Omfang – prioritert løsning og plussliste, gjennomføringsstrategi og styring og organisering
18.11.2021	Helseplattformen - RAG	Dialogmøte med RAG - kommunene i Midt-Norge sitt nettverk for innføringsledere for Helseplattformen
19.11.2021	NUIT	Orientering omfang for steg 2, og foreløpige vurderinger gjennomføringsstrategi og styring
19.11.2021	Programstyret for program digital samhandling	Arbeidsmøte med programstyret. Styringsmodell og ansvarsdeling. Hvilke ansvar og oppgaver skal ligge til programstyret og sektor.
22.11.2021	Norsk helsenett	Steg 2 ledermøte Norsk helsenett og Direktoratet for e-helse
23.11.2021	Helseplattformen	Erfaringsutveksling Helseplattformen og forprosjekt steg 2. Vurdering av gjenbruk og læringspunkter fra Helseplattformen for digital samhandling steg 2

24.11.2021	Oslo Kommune	Vurdering av nytte ved dokumentdeling Oslo kommune
29.11.2021	Felles leverandørmøte	Felles leverandørmøte for Direktoratet for e-helse. Presentasjon av program digital samhandling. Formøte med Abelia og IKT-Norge for å få innspill til tematikk i tillegg til dialog om veien videre.
30.11.2021	Helsedirektoratet, referansegruppe for Nasjonal helse- og sykehusplan	Referansegruppe for Nasjonal helse- og sykehusplan. Sak om innhold i forprosjekt steg 2
30.11.2021	KS og kommuner: Fag- og prioriteringsutvalg for e-helse	Vurdering omfang, styring, organisering, kostnadsestimering og nyttevirksomheter
01.12.2021	Programstyret for program digital samhandling	Sentralt styringsdokument v. 0.9: Omfang, styring, organisering, kostnadsestimering og nyttevirksomheter
02.12.2021	Teknologirådet Helse Vest	Steg 2 digital samhandling: Omfang, styring, organisering, kostnadsestimering og nyttevirksomheter.
07.12.2021	Norsk helsenett	Steg 2 ledermøte Norsk Helsenett og Direktoratet for e-helse
08.12.2021	Datatilsynet	Direktørmøte med Datatilsynet. Orientering om strategi for sikkerhet og personvern i program digital samhandling.
08.12.2021	Programstyret for pasientens legemiddelliste	Pasientens legemiddelliste som del av steg 2. Sentralt styringsdokument v.0.9 for steg 2 digital samhandling
09.12.2021	Nasjonalt e-helsestyre	Sentralt styringsdokument v.0.9 for steg 2 digital samhandling
13.12.2021	Norsk helsenett	Arbeidsmøte, innbyggerperspektivet i steg 2, og dialog knyttet til mulig videre arbeid med personlig helsejournal
16.12.2021	Programstyret for program digital samhandling	Sentralt styringsdokument for steg 2 v. 0.95
11.01.2022	KS og kommuner: Fag- og prioriteringsutvalg for e-helse	Oppdatering på status for leveranse av sentralt styringsdokument

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt

postmottak@ehelse.no

Sentralt styringsdokument

Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg C Samfunnsøkonomisk analyse

Publikasjonens tittel:

Sentralt styringsdokument
Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg C: Samfunnsøkonomisk analyse

Rapportnummer

IE-1087

Utgitt:

Januar 2022

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo
Tlf.: 21 49 50 70

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Innhold

1	Innledning	5
1.1	Bakgrunn og overordnede mål	6
1.2	Hva er en samfunnsøkonomisk analyse?	6
1.3	Tidligere analyser, avgrensning og formål	7
2	Problembeskrivelse og nullalternativ.....	8
2.1	Hvilke problemer adresseres i steg 2?.....	8
2.1.1	Manglende oversikt over pasienters legemiddelbruk	8
2.1.2	Manglende tilgang til informasjon i journalløsninger	9
2.1.3	Mangelfull informasjon og deling av kritisk informasjon	10
2.1.4	Manglende standardisering og tilgang til data fra digitalt medisinsk utstyr	11
2.2	Nullalternativet	11
2.2.1	Tiltak under steg 1.....	12
2.2.2	Andre tiltak	13
2.2.3	Oppsummering og avgrensning av nullalternativet	14
3	Metode og forutsetninger.....	16
3.1	Metode og inngangsdata.....	16
3.2	Beregningstekniske forutsetninger	16
3.2.1	Årsverk og årsverkskostnader	17
3.3	Framskrivning av aktivitet og antall årsverk	19
3.3.1	Er vekstforutsetningene i nullalternativet realistiske?.....	22
3.4	Verdien av bedre helse og kvalitetsforbedringer.....	23
4	Innholdet i steg 2	27
4.1	Pasientens legemiddelliste	27
4.1.1	Nytte realiseres løpende per geografiske område	27
4.1.2	Innføringen bygger på tidligere gjennomførte delprosjekter	28
4.2	Dokumentdeling	29
4.2.1	Nytte realiseres når informasjon fra delte dokumenter brukes	30
4.3	Kritisk informasjon.....	31
4.3.1	Nytte realiseres ved at aktørene deler og oppdaterer	31
4.4	Datadeling for digital hjemmeoppfølging:.....	32
4.4.1	Nytte realiseres ved at det tas i bruk tjenester for datadeling	32
5	Samfunnsøkonomisk lønnsomhet i steg 2	33
5.1	Investeringskostnader	34
5.1.1	Pasientens legemiddelliste	34
5.1.2	Investeringskostnader PDS øvrige samhandlingsområder	34

5.1.3	Sum investeringskostnader	35
5.2	Drift- og forvaltningskostnader	35
5.1	Skattefinansieringskostnad	36
5.2	Prissatte nyttevirksomheter	36
5.2.1	Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov	37
5.2.2	Sum tidsgevinster	45
5.2.3	Kvalitetseffekter (QALY)	46
5.2.4	Helseøkonomiske besparelser og unngått produksjonstap	47
5.3	Ikke prissatte virkninger	48
5.4	Kunnskapsgrunnlag for gevinstvurderinger	51
5.4.1	Kunnskap om virkninger av en korrekt legemiddelliste	51
5.5	Samlet netto nåverdi	54
6	Vurdering av usikkerhet og robusthet	57
6.1	Usikkerhetsanalyse	57
6.2	Sensitivitetsanalyse	59
6.2.1	Endringer i beregnet nytte fra dokumentdeling	59
6.2.2	Endringer i beregnet nytte fra pasientens legemiddelliste	61
6.3	Robust lønnsomhet for begge programområdene	62
7	Fordelingsvirkninger	64
8	Endringslogg	65
8.1	Endringer og avgrensning i steg 2	65
8.1.1	Rammer for steg 2	65
8.1.2	Endringer i den samfunnsøkonomiske analysen	66
9	Referanser	67

1 Innledning

Dette dokumentet er et vedlegg til sentralt styringsdokument for steg 2 for digital samhandling, som er et svar på Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til Direktoratet for e-helse datert 18. desember 2020 og 16. juni 2021 (konkretisering av oppdraget).

Den samfunnsøkonomiske analysen er avgrenset til tiltakene som er beskrevet i steg 2 i sentralt styringsdokument. Tiltakene som inngår i steg 2 er utformet og prioritert med utgangspunkt i overordnede kostnad og nytte-vurdering som inngår i en prioriteringsmodell beskrevet i Vedlegg K Prioritering av tiltak i steg 2. Omfanget av tiltakene og prosessen fra stortingsmelding nr. 9 fra 2012-2013 Én innbygger – én journal (1) er beskrevet i vedlegg G Omfang. Målbildet for helhetlig samhandling og behovene som har utløst tiltakene, er beskrevet i vedlegg M Målbilde for helhetlig samhandling.

Dokumentet er skrevet slik at det skal kunne leses selvstendig, men med henvisninger til øvrige vedlegg for dokumentasjon og mer utdypende vurderinger av grunnlaget for den samfunnsøkonomiske analysen.

Tabell 1 gir en oversikt over samhandlingsområdene og tiltakene som inngår i den samfunnsøkonomiske analysen.

Tabell 1 Samhandlingsområder og tiltak i steg 2

Samhandlingsområde	Tiltak
Samhandlingsområdet dokumentdeling	• Videre innføring av dokumentdeling fra helseforetakene
	• Sikre at kjernejournal innføres i pleie- og omsorgssektoren
	• Sikre at delte journaldokumenter kan leses av alle som har tjenstlig behov og tilgang til kjernejournal
	• Definere hvilke samarbeidsområder aktørene i helse- og omsorgssektoren skal danne for å kunne dele dokumenter, og avklare hvilke typer dokumenter som skal deles
	• Gjennomføre utprøving av dokumentdeling fra avtalespesialister, legevakt og ØHD/KAD
	• Innføre dokumentdeling for alle aktuelle avtalespesialister, legevakter og ØHD/KAD
Samhandlingsområdet kritisk informasjon	• Helseforetakene prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon.
	• Fastleger og avtalespesialister prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon
	• Sykehjem og ØHD/KAD prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon
Samhandlingsområdet datadeling for digital hjemmeoppfølging	• Utvikling av tjenester for datadeling som også dekker behov knyttet til digital hjemmeoppfølging
	• Videreutvikle tjenestene for datadeling til å håndtere større grad av strukturert informasjon

Samhandlingsområde	Tiltak
Samhandlingsområdet pasientens legemiddelliste	• Videre innføring av e-multidose • Innføring av pasientens legemiddelliste i område for område

1.1 Bakgrunn og overordnede mål

Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal (1) etablerte i 2012 tre overordnede mål for IKT-utviklingen i helsesektoren:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning

Som en oppfølging av stortingsmeldingen utarbeidet Direktoratet for e-helse en konseptvalgutredning (KVU) "Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste" til Helse- og omsorgsdepartementet som ble overlevert i juli 2018 (2). Holte Consulting gjennomførte høsten 2018 en ekstern kvalitetssikring (KS1). KS1-rapporten (3) anbefalte, i samsvar med konseptvalgutredningen, Konsept 7 "Nasjonal kommunal løsning for pasientjournal med helhetlig samhandling".

I april 2019 fikk Direktoratet for e-helse i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre et forprosjekt med utgangspunkt i Konsept 7 (4). I det sentrale styringsdokumentet for forprosjektet med etterfølgende kvalitetssikring, ble det valgt to ulike tilnærminger for å realisere tiltaket: Felles kommunal journalløsning skulle realiseres som ett tiltak i flere faser, mens målbildet for helhetlig samhandling skulle realiseres som en utviklingsretning med stegvis tilnærming gjennom selvstendige tiltak.

Stortinget bevilget for 2021 189 millioner kroner til steg 1 i utviklingsretningen for helhetlig samhandling med et styringsmål (P50) som ble satt til 754 millioner kroner (5). Direktoratet for e-helse har ansvaret for realiseringen av steg 1 for helhetlig samhandling. I steg 1 videreutvikles løsninger for trygg og sikker informasjonsdeling og det skal etableres en nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar.

I tildelingsbrevet for 2021 ble Direktoratet for e-helse gitt i oppdrag å gjennomføre et forprosjekt for det videre arbeidet med helhetlig samhandling. I en konkretisering av oppdraget settes det som en grunnleggende forutsetning at steg 2 skal bidra til å realisere målbildet for helhetlig samhandling slik at målene i én innbygger – én journal kan nås. Forprosjektet for helhetlig samhandling innebærer utarbeidelse av sentralt styringsdokument som skal beskrive nasjonale samhandlingsløsninger i en helhet, på bakgrunn av regjeringens konseptvalg i 2018, og vedtatte politiske meldinger og handlingsplaner.

Videre i dette dokumentet dokumenteres den samfunnsøkonomiske analysen for steg 2.

1.2 Hva er en samfunnsøkonomisk analyse?

Hovedformålet med samfunnsøkonomiske analyser er å klarlegge, synliggjøre og systematisere virkningene av tiltak før beslutninger fattes. Samfunnsøkonomiske analyser kan benyttes for å prioritere tiltak innenfor et avgrenset målområde, innad i en sektor og på tvers av ulike sektorer. En samfunnsøkonomisk analyse viser hvilke positive og negative virkninger ulike tiltak gir, og vurderer om de positive virkningene overstiger kostnadene og

eventuelle negative virkninger. I konseptvalgfasen brukes samfunnsøkonomiske analyser til å vurdere alternative konsepter for å løse identifiserte problemer og oppfylle fastsatte mål. Når et konsept er valgt, kan samfunnsøkonomiske analyser brukes som et verktøy for å sikre en mest mulig kostnadseffektiv innfasing og utforming av enkelttiltak der formålet er å bidra til at tiltakene som gir størst nytte i forhold til kostnadene prioriteres, og at løsningene utformes sånn at de gir mest mulig nytte per brukte krone. Samfunnsøkonomiske analyser underveis i et innføringsløp gir samtidig en kvalitetssikring av om valgte konsept er samfunnsøkonomisk lønnsomt.

Formålet med denne analysen er å sikre at steg 2 i utviklingsretningen for digital samhandling er samfunnsøkonomisk lønnsomt, og å bidra til at tiltakene som generer mest nytte per brukte krone prioriteres.

Finansdepartementet har gjennom rundskriv R-109/21 fastsatt prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser (6). Den samfunnsøkonomiske analysen av steg 2 er utarbeidet i tråd med kravene som følger av rundskrivet.

1.3 Tidligere analyser, avgrensning og formål

Konseptvalgutredningen av Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste (2) med tilhørende kvalitetssikring (3) inkluderte samfunnsøkonomiske analyser av flere konsepter. I KS1 ble netto nåverdi for konsept 7 vurdert til 12,0 milliarder 2018-kroner. Konsept 7 anbefales i både KVU og KS1. Konsept 7 gikk videre til forprosjekt og ble senere delt i to; felles kommunal journal og en utviklingsretning for digital samhandling med en stegvis gjennomføring.

I den videre oppfølgingen gjennom forprosjektet (4) ble det gjennomført en samlet samfunnsøkonomisk analyse av felles kommunal journal og steg 1 i utviklingsretningen for digital samhandling (7). Netto nåverdi ble beregnet til 3,8 mrd. kroner til sammen for begge tiltakene, i tillegg vises det at det er en rekke ikke-prissatte virkninger som trekker nytten opp.

I desember 2020 fikk Direktoratet for e-helse i oppdrag å gjennomføre et forprosjekt for steg 2-n i utviklingsretningen for digital samhandling, med leveranse av sentralt styringsdokument (inkludert en samfunnsøkonomisk analyse) i desember 2021 og ekstern kvalitetssikring (KS2) våren 2022. I juni 2021 kom det en konkretisering av oppdraget, hvor det ble presisert at det kun var steg 2 som skulle defineres og at det skulle tas utgangspunkt i veikartet for nasjonale e-helseløsninger (8). Den samfunnsøkonomiske analysen i dette dokumentet er derfor avgrenset til tiltakene som er prioritert i steg 2. I utformingen og prioriteringen av tiltakene i steg 2 har samfunnsøkonomiske prinsipper og kost-nyttevurderinger hatt en sentral rolle.

2 Problembeskrivelse og nullalternativ

En samfunnsøkonomisk analyse skal starte med en problembeskrivelse der utfordringer ved dagens situasjon beskrives og hva som vil bli situasjonen uten tiltak på området (nullalternativet). I dette kapitlet gis det en overordnet beskrivelse av utfordringene ved dagens situasjon som begrunner tiltakene og aktivitetene som er prioritert i steg 2. For en utdypende beskrivelse av utfordringer med dagens samhandling og helsepolitiske mål og planer, vises det til vedlegg M Målbilde for helhetlig samhandling og vedlegg G Omfang.

Nullalternativet inkluderer tiltakene i steg 1, og andre pågående aktiviteter med relevans for tiltakene i steg 2. I dette kapitlet gis det en beskrivelse av hvordan nullalternativet er avgrenset mot andre aktiviteter. I kapittel 3 redegjøres det for sentrale forutsetninger av mer strukturell art med relevans for nullalternativet og tiltakene som vurderes i den samfunnsøkonomiske analysen.

2.1 Hvilke problemer adresseres i steg 2?

Dagens løsninger for samhandling i helse- og omsorgssektoren støtter ikke i tilstrekkelig grad opp under muligheter til å realisere politiske mål om en effektiv og bærekraftig helsetjeneste som tilbyr helhetlige og koordinerte tjenester på tvers av omsorgsnivå og virksomhet. Mangler ved dagens samhandling, som bruk av løsninger som ikke kommuniserer med andre løsninger i tilstrekkelig grad, gjør det krevende for helsepersonell å ha tilstrekkelig dialog og informasjonsdeling med andre aktører i helsetjenesten.

Videre i dette avsnittet redegjøres det kort for de spesifikke problemene tiltakene i steg 2 retter seg mot.

2.1.1 Manglende oversikt over pasienters legemiddelbruk

Behandling med legemidler er en vesentlig del av helsetjenestens tilbud til pasienter når sykdom og skader skal forebygges og behandles. Legemiddelmeldingen (9) peker på at legemidler er den vanligste medisinske behandlingsformen i den industrialiserte delen av verden, og at 60 prosent av konsultasjonene i norsk allmennpraksis resulterer i forskrivning av legemidler.

I Stortingsmeldingen "God kvalitet – trygge tjenester" fra 2012 (10) ble det påpekt at feil bruk av legemidler er en av de vanligste årsakene til pasientskader. I meldingen konkluderte man med at 12 prosent av alle pasientskader skyldtes feil legemiddelbruk. I Helsedirektoratets rapport "Pasientskader i Norge 2020" fremgår det at legemiddelrelatert skade var den hyppigst forekommende typen pasientskade ved sykehusopphold i Norge i 2020 (11) med andel på 1,9 prosent av alle sykehusopphold.

Det er mange årsaker til uheldig legemiddelbruk. Verdens Helseorganisasjon (WHO) påpeker at ansvarsovergangen når pasienten overføres mellom helsevirksomheter har høy risiko for feil.

Det å få en nøyaktig og fullstendig liste¹ over alle legemidlene pasienten faktisk bruker er en del av en prosess i legemiddelbehandlingen. Arbeidet med å opprette og oppdatere denne listen for en pasient, for å få riktig informasjon om hvilke legemidler pasienten faktisk bruker, kalles legemiddelsamstemming. En samstemt legemiddelliste reduserer risikoen for feil i pasientbehandlingen (12).

¹ Denne listen kalles for LiB, legemidler-i-bruk liste.

Informasjonsinnhenting og samstemming av legemiddellister er tidkrevende. Nødvendig informasjon er heller ikke alltid tilgjengelig. Dette øker risikoen for at legemiddellisten kan inneholde uriktige eller manglende opplysninger. Manglende oversikt over eller uriktige opplysninger om hvilke legemidler pasienten bruker, kan føre til feilbehandling.

Helsepersonell bruker i dag mye tid på å få riktig informasjon om hvilke legemidler pasienten faktisk bruker (13). Det hentes inn legemiddelinformasjon fra flere kilder. Hvilke kilder som er tilgjengelig for helsepersonell avhenger av behandlingssted. Helsepersonell slår opp i henvisninger, epikriser og elektroniske-meldinger og vurderer legemiddelinformasjonen opp mot informasjon i eget fagsystem (Elektroniske pasientjournaler (EPJ)) i tillegg til at de spør pasienten og de pårørende. Det brukes også tid på å ringe andre virksomheter hvor pasienten har fått behandling. I beste fall klarer lege og sykepleier å samstemme en riktig legemiddelliste ved hjelp av ekstra innsats, men i mange situasjoner vil det være tvil og manglende oversikt over hvilke legemidler pasientene faktisk bruker.

Mens helsepersonell på sykehus og fastlegekontor også har tilgang på legemiddelinformasjon fra de sentrale databasene reseptformidleren og kjernejournal, mangler helsepersonell på sykehjem- og hjemmetjenesten og en rekke andre aktører per i dag tilgang til informasjon fra reseptformidleren. Kjernejournal er tilrettelagt for deling av legemiddelinformasjon og gir oversikt over de legemidlene pasienten har fått utlevert fra apotek på e-resept eller papirresept. Kjernejournal er under innføring, men fremdeles mangler de fleste kommuner tilgang til kjernejournal.

Feilbehandling som følge av manglende kunnskap og oversikt over pasientens legemiddelbruk kan medføre pasientskade, fortsatt sykdom eller i verste fall tidligere død hos pasienten. Sykdom og skade har store samfunnskostnader; tapt livskvalitet og/eller tapte leveår, tapt produksjonsverdi og kostnader ved behandling av den syke/skadede. Unødvendig tidsbruk har også en kostnad. Den tiden helsepersonell bruker på å hente inn informasjon fra en eller flere kilder for å samstemme legemiddellisten, kunne alternativt vært brukt på annet og mer produktivt arbeid. Dette gir et tidstap, også omtalt som tidskostnad.

En videreføring av program pasientens legemiddelliste inngår i steg 2. Programmet har vært i gang fra 2019 og flere tiltak er i gang med begrenset bredding eller nasjonal bredding. Igangsatte aktiviteter som har finansiering, inngår i nullalternativet for steg 2 (jf. kap. 2.2). Aktivitetene i samhandlingsområdet pasientens legemiddelliste som skal realiseres i steg 2 er nærmere beskrevet i kapittel 4.1.

2.1.2 Manglende tilgang til informasjon i journalløsninger

Tidstap følger også av at det i dag er manglende digitale løsninger for informasjonsdeling på tvers av behandlingssteder i ulike regioner og mellom ulike omsorgsnivåer. Dette medfører at helsepersonell ikke har tilgang til nødvendig informasjon i mange behandlingssituasjoner, og at man blir nødt til å innhente informasjonen gjennom andre og ofte tidkrevende former. Eksempelvis brukes telefon og fremdeles også faks for å få tak i pasientinformasjon. Basert på kollegial tillitt utleveres opplysninger per telefon eller faks. Utlevering skjer også ved hjelp av meldingsbasert kommunikasjon, men kun når pasienten er i et behandlingsforløp. Meldingsbasert kommunikasjon krever at avsender er kjent med hvor meldingen skal sendes og hvem som vil ha behov for informasjonen neste gang. For akutte forløp er dette ikke mulig. En behandler som møter en pasient i en akuttsituasjon, kjenner ikke til om det er eller hvem som har utvekslet meldinger om tidligere behandlinger og har ikke selv tilgang til meldingene. Dette gjør det vanskelig å følge opp ufullstendig informasjon, samtidig som tillitten til informasjonen kan svekkes.

Pasienten er i mange tilfeller bærer av informasjon om egen behandling, og må gjenta samme informasjon til flere mottakere gjennom et behandlingsløp. I tillegg til at dette er belastende for pasienten, gir det også en risiko for misforståelser og feil i behandlingskjeden. Konsekvensene av dagens situasjon er redusert pasientsikkerhet, tidstap ved informasjonsinnhenting og eventuelle dobbeltundersøkelser. Mangel på riktig informasjon til rett tid, gir også en risiko for forsinket oppstart av behandling, i tillegg til risiko for feilbehandling. Personvern og informasjonssikkerheten er heller ikke tilstrekkelig ivaretatt (14).

Dokumentdeling inngår som et samhandlingsområde i steg 2 for program digital samhandling. Samhandlingsområdet bygger videre på igangsatte aktiviteter under steg 1 og utvikling av kjernejournal. Samhandlingsområdet skal gi bedre muligheter for deling av informasjon mellom ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten. Dette kan både gjelde mellom aktører i primær- og spesialisthelsetjenesten og mellom forvaltningsnivåene. Samhandlingsområdet dokumentdeling er beskrevet i kapittel 4.2.

2.1.3 Mangelfull informasjon og deling av kritisk informasjon

For å kunne yte god og effektiv helsehjelp er det nødvendig med tilgang til helseopplysninger om pasienten. Dette gjelder særlig informasjon man ønsker at det varsles særskilt om til helsepersonell som har pasienten til behandling. Dette omtales som kritisk informasjon. Med kritisk informasjon menes informasjon som i en behandlingssituasjon kan medføre at planlagte tiltak endres, og kanskje redder pasientens liv eller forhindrer alvorlig skade. Eksempler på kritisk informasjon er: overfølsomhetsreaksjoner som legemiddelreaksjoner og alvorlige allergier, spesielle medisinske tilstander som kan være vanskelig å oppdage i en akutsituasjon og som kan medføre alvorlige komplikasjoner eller feilbehandling dersom den overses, som hemofili, angioødem, Addisons sykdom, porfyri etc. Pågående viktige behandlinger og implantater, opplysninger om smitte, behov for å gjøre endringer i vanlige behandlingsrutiner og tidligere komplikasjoner ved anestesi er andre eksempler på kritisk informasjon.

Norge mangler i dag en normert nasjonal standard for dokumentasjon av kritisk informasjon i journalløsninger. Ofte har kritisk informasjon blitt registrert flere steder som på kurveark, i løpende journalnotater, inkomstjournal og egne moduler som er mer eller mindre strukturerte. Leverandørene av elektroniske pasientjournaler har utviklet egne moduler, uten at modulene har hatt funksjonalitet som samhandler med andre systemer. Begrepsbruken har ikke vært standardisert og det har derfor ikke vært mulig å samordne kritisk informasjon fra forskjellige elektroniske pasientjournaler inn i kjernejournal på grunn av forskjellene i praksis og struktur (15). Konsekvensene av manglende standardisering og samordning mellom ulike kilder er dobbeltregistreringer, mangelfulle registreringer, tidstap for helsepersonell og unødvendig risiko for feilbehandling og helseskader hos pasient.

Det er anslått at det er 250 000 innbyggere som er under behandling, har sykdommer eller opplysninger som kan kategoriseres som kritisk informasjon. Det er registrert kritisk informasjon på om lag 80 000 personer i kjernejournal per 1.10.21.² Det registreres om lag 1300 nye personer med kritisk informasjon hver måned. Fraværet av et felles grensesnitt for direkte integrasjon gjør at det med dagens løsninger går sakte å få registrert alle med kritisk informasjon i kjernejournal.

Konsekvensene av at kritisk informasjon om pasienten ikke er registrert i kjernejournal er at pasienten selv i stor grad blir bærer og formidler av kritisk informasjon om egen helse. For

² Informasjon gitt i epost fra Kjernejournal 18.oktober 2021

pasienter som ikke kan gjøre rede for seg eller har nødvendig oversikt over sin kritiske informasjon, vil manglende registrering representere en risiko. For helsepersonell betyr manglende registrering av kritisk informasjon at det må brukes tid på å innhente, og kvalitetssikre informasjon fra pasient og andre kilder. I tillegg til at dette kan være ressurskrevende, bidrar det også til usikkerhet hos behandler. Usikkerhet er en belastning, og fører også ofte til at behandlingsansvarlig bruker ytterligere tid på å kvalitetssikre informasjon før behandling iverksettes. Samhandlingsområdet kritisk informasjon inngår i steg 2, og er beskrevet i kapittel 4.3

2.1.4 Manglende standardisering og tilgang til data fra digitalt medisinsk utstyr

Stadig flere innbyggere benytter ulike former for digitalt medisinsk utstyr hjemme. Dette kan være ulike former for utstyr som registrerer vitale parametere, eksempelvis blodtrykk, vekt, eller utstyr som samler relevant helseinformasjon om og av bruker. Data som samles inn eller registreres fra innbygger, er ofte ikke tilgjengelig for helsepersonell i deres journalløsninger eller andre fagsystemer. For å kunne yte god og effektiv helsehjelp er det nødvendig at informasjon fra medisinsk utstyr hos pasienten deles med helsepersonell på en effektiv og sikker måte. For å oppnå dette må flere IKT-systemer kobles sammen, helt fra medisinsk utstyr hos pasient til fagsystem hos helsepersonell, på en standardisert måte. Det eksisterer ikke en nasjonal standardisering i dag.

Konsekvensene av manglende nasjonal standardisering gir en risiko for at det utvikles flere ulike løsninger for de samme behovene gjennom enkeltsamarbeid og bruk av 1:1 integrasjoner. Dette kan gi høye barrierer for leverandørbytte og mangelfull konkurranse i leverandørmarkedet, noe som over tid kan gi høyere kostnader enn nødvendig og svekket innovasjonsevne. En utvikling av flere parallelle integrasjonsløsninger kan også svekke samhandlingen og gi utilsiktede kvalitetsforskjeller på tvers av kommuner. Ulike integrasjonsløsninger øker den tekniske gjelden slik at kostnadene for tilpasning til nasjonale standarder for samhandling vil øke over tid. Manglende standardisering kan også gjøre det krevende for kommunene og andre helsetjenester å bestille løsninger. Dette bidrar til å øke kostnadene og barrierene på bestillersiden.

Erfaringene viser at mangelfull integrasjon mellom utstyr, plattformer og fagsystemer ved hjelp av åpne og standardiserte grensesnitt medfører leverandørspesifikke direkteintegrasjoner som gir liten grad av fleksibilitet for å legge til eller bytte leverandør. Kommunene bindes til leverandørenes prioriteringer og prismodeller, noe som ofte resulterer i trege leveranser og høye priser (16).

Tiltaket datadeling for digital hjemmeoppfølging inngår i steg 2. Tiltaket retter seg mot markedssvikten som beskrives over, og vil dermed i første rekke høste gevinster som følger av et bedre fungerende marked.

2.2 Nullalternativet

Nullalternativet er referansen tiltakene sammenlignes med. Det skal beskrive dagens situasjon og forventet utvikling i fravær av nye tiltak (6). Samtidig skal det representere en forsvarlig videreføring av dagens situasjon. Det er vedtatt politikk (regelverk, lover, grenseverdier m.v.) som skal ligge til grunn for utformingen av nullalternativet, og nullalternativet skal dermed hensynte tiltak som er i gang eller har fått bevilgning. I den samfunnsøkonomiske analysen er kostnader og nytte vurdert som endringer relativt til det som uansett oppstår av kostnader og nytte i nullalternativet.

IKT har den iboende egenskapen at løpende og nødvendig drift og forvaltning i seg selv ofte vil gi en gradvis forbedring i funksjonalitet og brukeropplevelse over tid. Nasjonale e-helseløsninger finansieres også ofte gjennom et spleiselag mellom ulike aktører, og prosjekter finansieres og prioriteres på årlig basis. Dette skaper utfordringer med hensyn til å avgrense hvilke andre nasjonale og lokale tiltak som bør ligge i et nullalternativ for steg 2.

Aktørene i kommunal helse- og omsorgstjeneste, helseforetakene og øvrige aktører i helsesektoren har i dag mange ulike digitale løsninger, elektroniske pasientjournaler og samhandlingsløsninger. Det foregår også en kontinuerlig utvikling og oppgradering av systemene i sektor. I tråd med tidligere analyser (2) (4) er det lagt til grunn en videreføring av dagens situasjon der hver aktør gjør selvstendige beslutninger om investeringer i nye løsninger, oppgradering og utvikling av eksisterende journalløsninger og andre digitale løsninger, der aktørene selv bærer kostnadene for investering, drift og forvaltning. Det er forutsatt at aktivitetene i steg 2 verken sparer eller øker systemkostnadene i sektor utover det som ligger i nullalternativet.

Tiltakene i steg 2 har en stor grad av avhengighet til andre tiltak, samtidig spiller utviklingen i leverandørmarkedet og hvilke prioriteringer som gjøres i helseforetakene, kommunene og i fastlegetjenesten inn på hva som kan forventes realisert i nullalternativet.

Det er ikke gjort forsøk på å modellere eller kartlegge et nullalternativ som viser en forventet kostnadsutvikling, investerings- og utviklingstakt for de ulike aktørenes e-helseløsninger. Det er i stedet lagt vekt på å identifisere eventuelle kostnads- og nyttevirknninger av de tiltakene som inngår i steg 2 på kort og lang sikt. Denne tilnærmingen vil kunne identifisere eventuelle pukkelkostnader og barrierer for å realisere nye løsninger selv om ikke de samlede kostnadene i nullalternativet er beregnet.

For å sikre en helhetlig forståelse for de samlede aktivitetene i utviklingsretningen for målbildet for helhetlig samhandling, redegjøres det kort for tiltakene i steg 1. Tiltakene er en del av nullalternativet for steg 2. Det redegjøres også for tiltak som har fått finansiering og som er relevante for, eller henger sammen med tiltakene som inngår i steg 2. Disse inngår også i nullalternativet.

2.2.1 Tiltak under steg 1

Nasjonal tjeneste for deling av laboratorie- og radiologisvar (NILAR): prosjektet har til hensikt å gjøre prøvesvar fra alle landets laboratorier og radiologiske virksomheter lettere tilgjengelig for helsepersonell når det ytes helsehjelp uavhengig av hvem som har rekvirert (eller henvist til) undersøkelsen, og å gjøre dem lettere tilgjengelig for innbygger. I 2022 skal løsningen utvikles ferdig slik at landets laboratorie- og radiologiske virksomheter kan knytte seg til, og prøvesvar blir tilgjengelig for helsepersonell. På sikt vil også svarene blir tilgjengelige for innbyggere. Tiltaket har ingen direkte sammenheng med tiltakene i steg 2, men kunnskap om tiltaket er relevante for vurderingen og utformingen av tiltakene i steg 2.

Prosjekt tillitstjenester, API-håndtering og grunndata (TAG): prosjektet skal realisere en rekke tjenester som skal gi enkel og sikker tilgang til helseopplysninger på tvers av virksomheter og omsorgsnivå i helsesektoren. Det utvikles felles tjenester for å understøtte samhandling mellom helsepersonell og med innbygger, og det utvikles funksjoner for å innføre dokumentdeling gjennom kjernejournal, modernisering av grunndatatjenester og etablering av en felles katalog over API-er som er tilgjengelig fra nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter.

Det er gjennomført en nasjonalt drevet utprøving av dokumentdeling. Innføringen av dokumentdeling skulle ha startet i desember 2021, men er noe utsatt. Det legges til grunn at

innføringen kommer i gang i 2022, og har kommet et godt stykke på vei når steg 2 starter i 2023. Det planlegges også en utprøving av API for kritisk informasjon i kjernejournal i 2022 som forutsettes ferdigstilt i 2022. Som en del av dette arbeidet skal det avklares hvilke standarder som skal benyttes fremover.

I 2022 vil hovedfokus være etablering av tillitstjenester for å understøtte NILAR i tillegg til dokumentdeling og modernisering av grunndatatjenester for å understøtte digital samhandling. Aktivitetene og leveransene fra dette prosjektet har avgjørende betydning for flere av tiltakene i steg 2. Enkel og sikker tilgang til helseopplysninger, dvs. at grunnleggende tillitstjenester er på plass, er en forutsetning for å kunne realisere flere tiltak i steg 2. Erfaringene fra utprøvingen av dokumentdeling i steg 1, tas videre i steg 2 der bredding av dokumentdeling er ett av tiltakene. API-er som utvikles og prøves ut i steg 1 skal tilgjengeliggjøres og innføres i sektor i steg 2. I noen tilfeller vil det være behov for noe mer utvikling før full innføring kan finne sted. Dette må da løses i steg 2, noe som vil kreve koordinering mellom steg 1 og steg 2.

Kjernejournal til pleie- og omsorgstjenesten er under innføring i steg 1, men må følges opp i steg 2.

Kjernejournal er en av de første nasjonale e-helseløsningene som deler pasientinformasjon på tvers av helsesektoren. Utviklingen startet i 2012 og kjernejournal har vært i full drift siden 2015. Den kommunale pleie- og omsorgstjenesten omfatter sykehjem, øyeblikkelig hjelp dagtid/kommunal akutt døgnenhet (ØHD/KAD) og hjemmetjenesten.

Høsten 2021 var kjernejournal innført i alle sykehus, legevakter og ved 91 prosent av fastlegekontorene. I tillegg har alle innbyggere fått tilgang til sin kjernejournal via Helsenorge. Per januar 2022 hadde 87 kommuner startet utprøving/innføring av kjernejournal mens ytterligere 27 kommuner var teknisk tilkoblet. Kjernejournal-prosjektet har som ambisjon at 80 prosent av kommunene skal ha tatt i bruk kjernejournal innen 2023. I henhold til planene for prosjektet skal ca. 70 kommuner innføre kjernejournal i 2023. Det forutsettes at kjernejournal er ferdig utrullet til pleie- og omsorgstjenesten i løpet av 2023.

Kjernejournal er en samhandlingsløsning etablert for å øke pasientsikkerheten. I den enkelte kjernejournal er et utvalg viktige opplysninger gjort tilgjengelige for helsepersonell med tjenstlig behov, uavhengig av hvor pasienten tidligere har mottatt helsehjelp. Dette bidrar til økt pasientsikkerhet der helsepersonellet mangler oppdaterte opplysninger i eget journalsystem. Kjernejournal er også en forutsetning for en rekke andre samhandlingsløsninger rettet mot å dele og utveksle opplysninger på tvers av helsesektoren.

Kjernejournal inneholder informasjon som følger pasienten der pasienten mottar helsehjelp. Der kommunene ikke har tilgang til kjernejournal, vil det være mer krevende å få nødvendig informasjon om pasienten og det er også en risiko for at informasjonskjeden brytes. Kjernejournal inneholder også legemiddelinformasjon om forskrivning og utleveringer av resepter og er dermed en viktig kilde for helsepersonell i påvente av en felles legemiddelliste. Kjernejournal gir som nevnt muligheter til å registrere kritisk informasjon om pasienter. I nullalternativet legges det til grunn at det ikke vil foreligge en felles integrasjonsløsning (API), og at dagens løsning for registrering videreføres.

2.2.2 Andre tiltak

Program pasientens legemiddelliste har fått en bevilgning på 57,9 mill. kroner i 2022 (Prop. 1 S (2021-2022)). Bevilgningen er rettet mot utvikling og innføring av sentral forskrivningsmodul i kommunale helse- og omsorgstjenester. Kostnader knyttet til opplæring og innføring i sykehjem og hjemmetjeneste i den enkelte kommune skal dekkes av kommunene, og vedtak

om lokal innføring må fattes av den enkelte kommune. Lokal innføring av sentral forskrivningsmodul i sykehjem og hjemmetjeneste er med andre ord ikke omfattet av den vedtatte finansieringen. Kommuner har imidlertid over lang tid ytret ønske om tilgang til e-reseptkjeden. Tilgang til e-reseptkjede vil sikres gjennom innføringen av sentral forskrivningsmodul.

Videre vil det, når pasientens legemiddelliste er innført, være en forskriftsfestet meldeplikt knyttet til legemiddellisten. Dette krever at de som får meldeplikt også må ha tilgang til e-reseptkjeden. For å kunne overholde denne plikten, må hjemmetjenesten og sykehjem ha tilgang til sentral forskrivningsmodul. Vi legger derfor til grunn at innføring av sentral forskrivningsmodul i sykehjem og hjemmetjeneste er vedtatt politikk, og at løsningen inngår i nullalternativet.

Samtidig med fremleggelsen av statsbudsjettet ble det fremmet et forslag om lovfestet plikt til tilgjengeliggjøring av og betaling for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene helsenet, kjernejournal, e-resept og Helsenorge. Det er forutsatt at loven vedtas og at forvaltning og drift av disse løsningene er finansiert i nullalternativet.

Utprøving av pasientens legemiddelliste startet i 2021, og vil fortsette i 2022.

EPJ-løftet skal bidra til utvikling av IKT-verktøy for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen, understøtte samhandling og informasjonsformidling mellom aktører i sektoren og mer effektiv ressursbruk. EPJ-løftet for fastleger, privatpraktiserende spesialister og fysio- og manuellterapeuter forutsettes videreført på tilsvarende nivå som er foreslått i Prop. 1 S (2021-2022, dvs. 20 mill. kroner årlig. EPJ-løftet består av flere delprosjekt som handler om kvalitetsheving i dagens elektroniske pasientjournaler.

Helseplattformen i Midt-Norge fortsetter som et selvstendig utviklingsprosjekt og inngår som en del av nullalternativet. Helseplattformen har ansvaret for å gjennomføre innføring av ny, felles journalløsning i sykehus og kommuner i Midt-Norge fra våren 2022. Det forutsettes at sykehus, kommuner og fastleger i regionen innfører Helseplattformen. Aktørene får en felles legemiddelliste i Helseplattformen fra oppstart og det vil være en påfølgende stegvis innføring av pasientens legemiddelliste for alle i Helseplattformen. For aktører som likevel ikke skulle velge å ta i bruk Helseplattformen vil det være mulig å innføre pasientens legemiddelliste via program for pasientens legemiddelliste mot at kommunene selv dekker innføringskostnaden, på lik linje med andre kommuner. Når det gjelder de øvrige samhandlingsområdene så er det estimert integrasjonskostnader til Helseplattformen, men ikke for den enkelte aktør i helseregion Helse-Midt Norge.

Helseforetakene har en rekke samhandlingsaktiviteter som er relevante for steg 2. Blant annet pågår det et arbeid der helseforetakene moderniserer sine journalløsninger som også inkluderer legemiddellister. Helseforetakenes aktiviteter inngår i nullalternativet.

Arbeidet med felles kommunal journal foregår uavhengig av program for digital samhandling. Felles kommunal journal er per dato ikke kommet langt nok til at synergieffekter eller eventuelle målkonflikter er vurdert. Det legges til grunn at nødvendig samhandling mellom felles kommunal journal og program for digital samhandling utvikles etter behov.

2.2.3 Oppsummering og avgrensning av nullalternativet

Følgende tabell oppsummerer de viktigste forutsetningene og avgrensningene av nullalternativet.

Tabell 2 Forutsetninger og avgrensning av nullalternativet

Nullalternativet for kommunene antar følgende:
• Kommunene anskaffer nye og/eller oppdaterte journalløsninger hvert 10. år. • Kommunene dekker investering, drift og forvaltning av egne e-helse-løsninger. • Innbyggertjenesten DigiHelse på Helsenorge rulles ut til alle kommuner innen utgangen av 2027. • Kommunene har en lovfestet plikt til tilgjengeliggjøring av og betaling for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene helsenet, kjernejournal, e-resept og helsenorge.no. • Sentral forskrivningsmodul til pleie- og omsorgstjenestene innføres. • Det legges til grunn at kjernejournal er ferdig utrullet til pleie- og omsorgstjenestene i løpet av 2023 (inkludert kommunene i Helse Midt-Norge) har innført kjernejournal.
Nullalternativet for fastleger og andre private aktører med avtale antar følgende:
• Fastlegertjenesten viderefører dagens kostnader til sine journalløsninger. • EPJ-løftet videreføres med en årlig ramme på 20 mill. kroner over statsbudsjettet.
Nullalternativet for nasjonale samhandlingsløsninger antar følgende:
• Steg 1 har en tidshorisont til og med 2024. Det legges til grunn at alle tiltakene i steg 1 gjennomføres som planlagt. • Aktiviteter under Nasjonalt velferdsteknologiprogram: Helsedirektoratet, sammen med Direktoratet for e-helse og Norsk helsenet SF, har pågående aktiviteter i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Programmet prøver ut digital hjemmeoppfølging for personer med kroniske sykdommer. Programmet videreføres i nullalternativet
Nullalternativet for spesialisthelsetjenesten antar følgende:
• Helseplattformen (Midt-Norge) fortsetter som et selvstendig utviklingsprosjekt. Helseplattformen har ansvaret for å innføre ny, felles journalløsning i midtnorske sykehus og kommuner fra våren 2022 • Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest RHF realiserer målet om en koordinert videreutvikling av sine journalløsninger. • De øvrige helseforetakene moderniserer sine journalløsninger som også inkluderer legemiddellister.

3 Metode og forutsetninger

For å gjennomføre en samfunnsøkonomisk analyse er det nødvendig å bygge på noen felles forutsetninger og det må hentes inn inngangsdata for å kunne beskrive utviklingen med og uten tiltak.

I dette kapitlet gis det en overordnet beskrivelse av metoder, forutsetninger og generelle inngangsdata som er brukt i den samfunnsøkonomiske analysen.

3.1 Metode og inngangsdata

Den samfunnsøkonomiske analysen er utarbeidet i henhold til anbefalingene til Finansdepartementet (6) og Direktoratet for økonomistyring (DFØ) (17). Det er forsøkt å verdsette virkninger i den grad det har vært mulig og hensiktsmessig. Alle virkninger er vurdert opp mot nullalternativet som er beskrevet i kapittel 2.2.

Virkninger som det ikke er hensiktsmessig eller mulig å verdsette, behandles som ikke-prissatte virkninger. De ikke-prissatte virkningene skal inngå i de helhetlige vurderingene av tiltakets samfunnsøkonomiske lønnsomhet og hensyntas på lik linje med prissatte virkninger. For å vurdere de ikke-prissatte virkningene benyttes DFØs pluss-minusmetode. Ved bruk av pluss-minusmetoden skal ikke-prissatte virkninger vurderes etter henholdsvis betydning og omfang, som til sammen utgjør en konsekvens. Konsekvensen er endringen sammenlignet med nullalternativet og vurderes ved hjelp av en skala basert på plusser og minuser. Dette er en kvalitativ metode, men ved å vurdere omfang, gis det en form for kvantitativ angivelse.

Inngangsdataene til den samfunnsøkonomiske analysen består av offentlig statistikk og data innhentet spesielt til denne analysen. Sistnevnte data består av forskningslitteratur, tidligere gjennomførte analyser av digitaliseringsprosjekter i helsesektoren, evalueringsrapporter fra ulike utprøvningsprosjekter, ekspertvurderinger og intervjuer med fagressurser i sektor.

3.2 Beregningstekniske forutsetninger

Beregningstekniske forutsetninger er forutsetninger som legges til grunn for alle beregninger, uavhengig av virkning. De beregningstekniske forutsetningene er i henhold til anbefalinger i gjeldende rundskriv fra Finansdepartementet (6).

Forutsetningene oppsummeres i følgende tabell:

Tabell 3 Beregningstekniske forutsetninger

Forutsetning	Beskrivelse
Investeringsperiode	Investeringsperioden for steg 2 er satt til perioden 2023 – 2028.
Levetid og analyseperiode	Levetid inkluderer investeringsfasen. Det er lagt til grunn at levetiden går fra investeringene starter i 2023 t.o.m 2042. I henhold til R-109/21 bør analyseperioden være så nær levetiden som praktisk mulig. Analyseperiode er satt lik forventet levetid (2023-2042).
Restverdi	Det er ikke regnet restverdier etter analyseperioden. Dette er en forenkling. Digitaliseringstiltakene og flere av løsningene endrer dagens arbeidsprosesser som vil ha en levetid etter analyseperiodens slutt. Verdien av disse endringene kan ha en restverdi.

Kalkulasjonspriser	For beregning av prissatte virkninger benyttes brutto arbeidskraftkostnad (lønn inklusiv skatt, arbeidsgiveravgift og sosiale kostnader). Arbeidskraftkostnader realprisjusteres i henhold til rundskriv fra Finansdepartementet. For andre innsatsfaktorer, inkludert eksterne tjenestekjøp, er markedspriser lagt til grunn.
Realprisjusteringer	I analyseperioden holdes alle priser med unntak av arbeidskraftkostnader uendret, også relativt til hverandre.
Reallønnsvekst	Det er lagt til grunn en årlig vekst på 1,1 prosent.
Kalkulasjonsrente	Det benyttes en standard risikojustert rente på 4,0 prosent.
Nåverdi	Alle beløp er diskontert til 2021-kroner, og alle verdier er oppgitt i 2021-kroner.
Merverdiavgift og arbeidsgiveravgift	I den samfunnsøkonomiske analysen er tallene med arbeidsgiveravgift, men uten merverdiavgift.
Skattefinansiering	På virkninger som påvirker offentlige budsjetter forutsettes en skattefinansieringskostnad eller -gevinst på 20 prosent, i tråd med gjeldende rundskriv.

3.2.1 Årsverk og årsverkskostnader

I tråd med Finansdepartementets rundskriv R-109/21 er årsverkskostnad beregnet som brutto arbeidskraftkostnad (lønn inklusiv skatt, arbeidsgiveravgift og sosiale kostnader). Brutto arbeidskraftkostnad benyttes fordi det offentlige i liten grad konkurrerer med privat virksomhet innenfor helse- og omsorgssektoren. Påslaget fra lønnsutgift til årsverkskostnad er satt til 30 prosent. På eksterne tjenestekjøp benyttes markedspris.

Tabell 4 Generelle forutsetninger i den samfunnsøkonomiske analysen

Variabel	Verdi	Kilde
Påslag fra lønnsutgift til arbeidskraftkostnad	30 %	Statistisk sentralbyrå (SSB), økningen fra lønnsutgifter til lønnskostnader i helse- og omsorgstjenesten. Lønnskostnadene er realprisjustert til oppstartsåret (2023), men er beregnet i 2021-kroner. Lønnskostnadene er hentet fra SSB sin lønnsstatistikk for 2020.
Kroneverdi	2021	Alle priser er i 2021-kroner. Konsumprisindeks (KPI) er brukt for å justere kroneverdien til 2021-kroner.
Timer i et fullt årsverk	1 610	Tilsvarende 35 timers arbeidsuke i 46 uker.
Antall arbeidsdager	230	Skatteetaten
Andel befolkning som dekkes av Helse Midt-Norge	13,7 %	SSB sin befolkningsstatistikk, statistikkbanken.

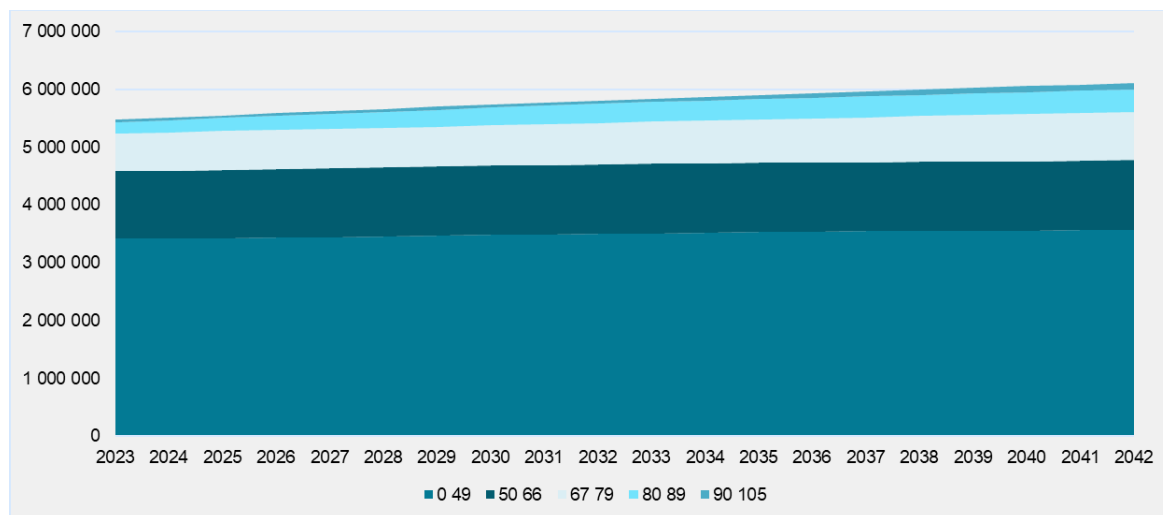
Antall årsverk og arbeidskraftkostnad per årsverk brukt i den samfunnsøkonomiske analysen er gjengitt i Tabell 5. For en detaljert beskrivelse av årsverkskostnader benyttet for investeringskostnader og kostnader til drift, forvaltning og videreutvikling, se vedlegg E Kostnadsestimering. Det er ikke skilt mellom ulike legestillinger eller ulike sykepleierstillinger. Dette er en forenkling, men forenklingen har liten betydning for resultatene. I tabellen er det kun inkludert stillingskategorier som antas å bli direkte berørt av tiltakene i steg i 2, dvs. i all hovedsak leger, sykepleiere, vernepleiere og helsesekretærer. Annet helsefaglig personell er ikke inkludert. Analysen inkluderer kun helsetjenester i kommunen, se tabell 5.

Tabell 5 Antall årsverk og brutto arbeidskraftkostnad per måned brukt i den samfunnsøkonomiske analysen. Tallene er korrigert for Helse Midt-Norge

Tjeneste	Antall årsverk 2023	Arbeidskraftkostnad (per måned) realprisjustert til 2023 i 2021kroner	Kilde antall / kostnad
Fastlegetjenesten (leger)	4 381	102 768	SSB Fastlegestatistikk og framskrivninger i SSB Rapporter 2019/12 (18)
Fastlegetjenesten (andre ansatte)	3 505	56 435	Antar 0,8 per fastlege. Anslaget er det samme som er brukt i tidligere analyser. Antallet helsesekretærer brukes kun som grunnlag for å estimere opplæringskostnader. Lønnskostnad SSB
Legevakt, (antall leger, ekskl. fastleger)	482	102 768	Estimert på grunnlag av antall leger ansatt i kommunehelsetjenesten (SSB) minus legeårsverk til andre tjenester
Helsetjenester i hjemmet (sykepleiere og vernepleier)	16 764	810 551	Registerdata fra SSB for sykepleiere, estimert antall vernepleiere basert på statistikkbanken
Sykehjem: Korttidsopphold (sykepleiere og vernepleier)	3 159	67 546	Samme som over
Sykehjem: Langtidsopphold (sykepleiere og vernepleier)	13 794	67 546	Samme som over
Øyeblikkelig hjelp døgnopphold – (legestillinger)	506	102 768	SSB statistikkbanken vekstforutsetning hentet fra SSB Rapporter 2019/12 (18)

3.3 Framskriving av aktivitet og antall årsverk

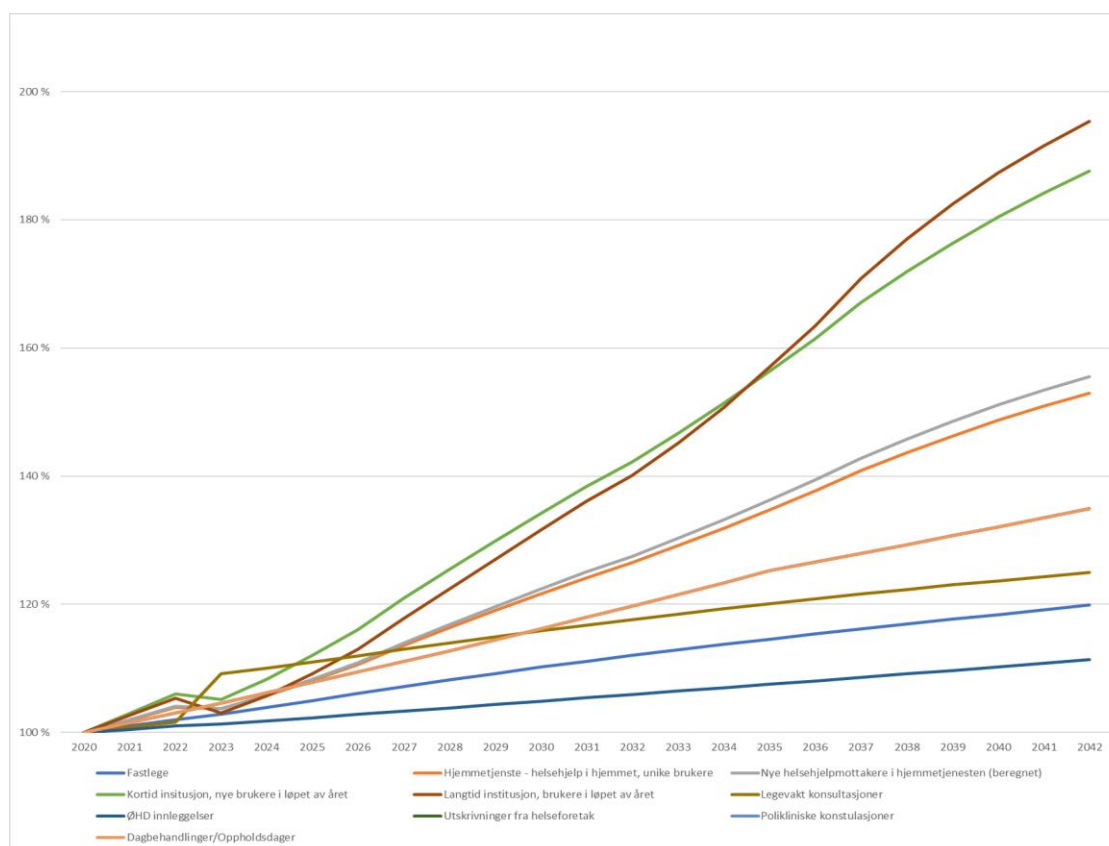
Det forventes vekst i aktiviteten og antall årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester i løpet av analyseperioden. Veksten i aktivitet, eller behov for helsehjelp, er i all hovedsak befolkningsdrevet. SSB sine framskrivinger (MMMM) viser at vi blir flere samtidig som andel over 80 år øker.



Figur 1 Befolkningsutvikling 2023-2042. Kilde SSB alternativ MMMM (19)

I framskrivingene av aktivitet er det lagt til grunn full dekning av etterspørselen etter tjenester på tilsvarende nivå som i dagens situasjon. Videre er det lagt til grunn en positiv helseeffekt som demper etterspørselen etter kommunale helse- og omsorgstjenester for den eldste delen av befolkningen sammenliknet med dagens situasjon. Det er stor usikkerhet knyttet til etterspørselen etter kommunale helsetjenester. Bedre helse trekker i retning av en dempet etterspørsel målt i andel som mottar helsetjenester i ulike aldersgrupper, mens bedre helsehjelp, behandling og medisinsk utvikling innebærer at flere vil leve lenger med ulike helseplager som krever helsetjenester. I framskrivingene av aktivitet er det derfor lagt til grunn en moderat effekt av bedre helse for etterspørselen etter kommunale helsetjenester i de ulike aldersgruppene. Når det gjelder spesialisthelsetjenesten er det lagt til grunn at etterspørselen følger befolkningsutviklingen. Teknologisk og medisinsk utvikling gjør at stadig flere helseplager og sykdommer kan behandles, samtidig som det forventes en fortsatt produktivitetsutvikling i spesialisthelsetjenesten der en videreføring av LEON-prinsippet tilsier at enkelte oppgaver og pasienter som i dag behandles i spesialisthelsetjenesten vil kunne behandles i kommunehelsetjenesten. LEON er et administrativt prinsipp som sier at undersøkelse og behandling av pasienter skal foretas på det lavest mulige omsorgsnivå i helsetjenesten. Det innebærer at pasienter som kan gis forsvarlig helsehjelp hjemme eller i andre tilbud i kommunal helse- og omsorgstjeneste skal behandles der framfor i spesialisthelsetjenesten.

Figur 2 viser fremskrevet vekst i ulike tjenester basert på befolkningsframskrivinger, dagens etterspørsel i ulike aldersgrupper, produktivitetsutvikling og en moderat helseeffekt.



Figur 2 Vekst i tjenesteaktivitet – utvalgte helsetjenester (20)

Arbeidskraften i de ulike helse- og omsorgstjenestene er framskrevet av SSB i rapporten "Framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060" (18). I den samfunnsøkonomiske analysen legges referansebanen fra SSBs rapport til grunn, men med enkelte tilpasninger og forenklinger. I referansebanen har SSB forutsatt helseforbedringer, en årlig standardvekst på 1 prosent og en produktivitetsvekst på 0,5 prosent. For fastlegetjenesten har vi lagt til grunn konstantalternativet, dvs en befolkningsdrevet økning i etterspørselen etter antall konsultasjoner uten standardheving og produktivetsforbedringer. Med våre forutsetninger vil hver fastlege i gjennomsnitt ha en listelengde på 1030 pasienter. Hvorvidt dette er et realistisk nivå i 2042 avhenger av hvilke oppgaver som tillegges fastlegetjenesten framover, hvordan tjenesten finansieres samt utviklingen av andre allmennlegetjenester, herunder private tilbud uten offentlig finansiering. I framskrivingene er det også tatt hensyn til politiske målsettinger om at flere eldre skal bo hjemme lenger, noe som gir en lavere vekst i antall langtidsplasser institusjon enn SSB har beregnet i sitt referansealternativ. Denne vridningen gir en tilsvarende høyere vekst i antall brukere som mottar helsetjenester i hjemmet, og trolig også et større press på fastlegetjenesten. Hvorvidt vridningen fra institusjon til hjemmetjenester har betydningen for antall helsefaglige årsverk i kommunehelsetjenesten og om det vil bety flere eller færre årsverk totalt, avhenger av en rekke andre faktorer. Som det framgår av avsnitt 3.3.1 er konsekvensene av framskrivingen at helsesektoren vil legge beslag på en større andel av den samlede arbeidskraften, noe som også medfører en større andel av offentlige budsjetter, alt annet likt. Dette kan tvinge fram organisatoriske endringer, prioriteringer, endringer i standarder og innstramminger i hvilke tilbud som skal dekkes over offentlige budsjetter, oppgavefordelingen i sektoren, høyere egenandeler for enkelte helsetjenester for å nevne noen mulige faktorer som kan påvirke etterspørselen. Utvikling av nye medisiner, ny teknologi og ny medisinsk kunnskap, vil også kunne påvirke etterspørselen etter ulike

tjenester. Eksempelvis melder NTB 15.januar at Harvard-forskere har funnet en sammenheng mellom betennelsessykdommen MS (multippel sklerose) og Epstein-Barr virus (kysseesyken). I samme oppslag framgår det at legemiddelselskapet Moderna har startet en klinisk studie knyttet til utviklingen av en mRNA-vaksine mot Epstein-Barr virus. Dersom resultatene stemmer og vaksinen fungerer, vil en sykdom som kan føre til stor grad av uførhet og stort hjelpebehov kunne forhindres, og også spare helsebudsjetter. På andre områder vil medisinsk og teknologisk utvikling gjøre at flere sykdommer kan behandles, noe som kan bidra til å øke presset på offentlige budsjetter. Se avsnitt 3.3.1 for en nærmere vurdering av realismen i framskrivingene.

For tjenestene som ikke er framskrevet av SSB, er det tatt utgangspunkt i de samme vekstforutsetningene som SSB har brukt. SSB framskriver behovet for helse- og omsorgstjenester mens våre beregninger er avgrenset til en framskriving av helsetjenestene som antas å bli berørt av steg 2. Tabell 6 viser disse vekstberegningene i antall årsverk

Tabell 6 Inngangsdata og grunnlag for vekstberegninger i antall årsverk

Tjeneste	2020 hele landet	Gj.snitt vekst 2020- 42	Gj.snitt vekst 2023- 35	Gj.snitt vekst 2035- 42
Fastlegetjenesten - legeårsverk	4 930	0,8 %	1,0 %	0,5 %
Hjemmetjenester - kun helsetjenester, alle ansatte	68 150	1,2 %	1,2 %	1,0 %
Hjemmetjenester - kun helsetjenester, sykepleiere og vernepleiere	18 714	1,2 %	1,2 %	1,0 %
Sykehjem korttid - alle ansatte	11 574	1,7 %	1,8 %	1,7 %
Sykehjem korttid - sykepleiere og vernepleiere	3 510	1,7 %	1,8 %	1,7 %
Sykehjem langtid - alle ansatte	50 174	1,8 %	1,7 %	2,1 %
Sykehjem langtid - sykepleiere og vernepleiere	15 216	1,8 %	1,7 %	2,1 %
Leger institusjon kommune	569	0,8 %	1,0 %	0,5 %
Legevakt legestillinger (ekskl. fastleger)	172	0,8 %	1,0 %	0,5 %
ØHD/KAD legestillinger	569	0,8 %	1,0 %	0,5 %
Andre legestillinger i kommunen (administrativt, helsestasjon, skolehelsetjeneste mv)	546	0,8 %	1,0 %	0,5 %
Søknadskontor/mottak kommune	3 067	1,2 %	1,2 %	1,2 %
Spesialisthelsetjenesten			1,5 %	1,1 %

3.3.1 Er vekstforutsetningene i nullalternativet realistiske?

Full dekning av etterspørselen etter helsetjenester på samme nivå som i dag, innebærer at ulike aldersgrupper som etterspør kommunale helse- og omsorgstjenester vil få dekket sine behov selv om den samlede etterspørselen øker betraktelig sammenliknet med i dag. Dette krever at den kommunale helse- og omsorgstjenesten prioriteres framover, og at en større andel av den samlede sysselsetting vil finne sted i kommunehelsetjenesten. Det kan stilles spørsmål ved om dette er en realistisk forutsetning for nullalternativet.

Kommunehelsetjenesten har utfordringer med kapasitet i dag og flere kommuner mangler sykepleiere, fastleger og annen helsefaglig kompetanse. Med en forutsatt sysselsettingsvekst i spesialisthelsetjenesten som følger befolkningsveksten, vil det med vekstforutsetningene som er lagt til grunn, ikke frigjøres helsefaglige ressurser som kan overføres til kommunehelsetjenesten.

Utviklingen kan påvirkes gjennom politikk, teknologisk utvikling, produktivitetsforbedringer og/eller krav til standarder for offentlig finansierte tjenester. Eksempelvis er det et politisk mål at flere skal bo hjemme lenger. I framskrivingene er dette som nevnt delvis hensyntatt gjennom en overføring av deler av veksten i etterspørsel etter langtidsplasser i institusjon til hjemmetjenesten. Innsats tidligere i omsorgstrappen, flere som tilpasser seg med boløsninger for alderdommen og forebyggende helsearbeid er eksempler på tiltak og politikkområder som kan påvirke utvikling (se blant annet Meld.St. 15 (2017-2018) (21). Historisk har antall langtids institusjonsplasser vært relativt stabilt på i underkant av 40 000 plasser på tross av en økning i de eldste aldersgruppene. Veksten har i stedet kommet innenfor heldøgns omsorg i hjemmet eller i andre boløsninger. Den historiske utviklingen tilsier at det kan argumenteres for å låse antallet institusjonsplasser på dagens nivå. En vridning der en større andel av brukere med behov for heldøgns omsorg eller omfattende helsehjelp får behandling utenfor institusjon vil ikke nødvendigvis redusere behovet for helsefaglig personell, sykepleiere og leger. Det kan derimot ha betydning for organiseringen, fastlegetjenesten og andre allmennlegetjenester i kommunene.

SSB viser at framskrivingene er følsomme for forutsetninger om helse, produktivitetsutvikling, familieomsorg og utvikling i standarder og kvalitet, i tillegg til en rekke andre forutsetninger som har betydning for etterspørselen etter helsetjenester. På tross av høy usikkerhet konkluderer SSB med «det skal mye til om ikke HO-sektoren fortsatt vil vokse kraftig og legge beslag på en økende andel av arbeidskraften i norsk økonomi» (18 s. 96).

Utviklingsretningen for digital samhandling og andre e-helseløsninger kan med dette utgangspunkt betraktes som ett av flere virkemidler/tiltak for å sikre kvaliteten i helsetjenestene framover og/eller dempe veksten i arbeidskraftsbehov som kreves for å møte en framtidig etterspørsel etter helsetjenester.

Helseutgifter i prosent av Fastlands-BNP har over flere år ligget stabilt rundt 12 prosent. Det er en liten økning i andelen i 2020 fra 12,2 til 12,7 prosent. Økningen skyldes imidlertid nedgang i det øvrige aktivitetsnivået i økonomien som følge av pandemien. Aktivitetsnivået har vært stabilt (SSB). De samlede helseutgiftene ligger på 387 mrd. kroner i 2020. Framskrivningene i nullalternativet vil gi en betydelig vekst. Dersom de samlede helseutgiftene fortsatt skal ligge på dagens nivå, kreves det produktivitetsutvikling, lavere etterspørsel etter helsetjenester som følge av bedre helse i befolkningen og/eller redusert kvalitet, eventuelt lavere standarder i deler av tjenesten. Det ligger utenfor denne utredningens mandat å vurdere eller framskrive politikkenringer eller vurdere konsekvensene av utviklingen innenfor helsefagene. Framskrivningene er tekniske og basert på historisk utvikling.

3.4 Verdien av bedre helse og kvalitetsforbedringer

Bedre kvalitet i tjenestene befolkningen møter og færre pasientskader er et overordnet mål for digitalisering og samhandling i helsetjenestene. Kvalitet vil aldri kunne verdsettes helt presist i kvantitative størrelser. DFØs veileder i samfunnsøkonomiske analyser sier at virkninger skal tallfestes så langt det er mulig. Ved tallfesting blir virkningene mer synlige, og de blir lettere å etterprøve (17). I denne analysen er helsegevinster som følge av kvalitetsutviklingen i tjenestene verdsatt ved hjelp av en metodikk utviklet for å verdsette helsegevinster. Metodikken baserer seg på kvalitetsjusterte leveår (QALY) og standard forutsetninger. Metodikken med veiledninger og eksempler er blant annet beskrevet i retningslinjer fra DFØ (22). Utgangspunkt for beregningen av prisgitt bedre helse er QALY (kvalitetsjusterte leveår), der det er tatt utgangspunkt i et notat fra Helsedirektoratet og Statens veivesen (23).

I analysene er nullalternativet for omfang av skader beregnet på bakgrunn av antall konsultasjoner/opphold/timer hos de enkelte tjenestene og omfang av skader før steg 2 iverksettes. Herfra er det gjort vurderinger av hvor stor andel av skadene som kan forhindres på bakgrunn av litteratur, samtalen med fagpersoner i sektoren, klager fra NPE og skjønnsmessige vurderinger. Det er få studier som viser omfang av skader som oppstår på grunn av svikt, feil og mangler i tjenesten som kan forårsake skade, derfor er det en rekke forutsetninger som er lagt til grunn. Tabellen under viser nullalternativet:

Tabell 7 Aktivitet og totalt antall pasientskader estimert for helse- og omsorgstjeneste i nullalternativet

Tjeneste	Aktivitet	Andel skader	Estimert antall skader i tjenesten	Kilde for aktivitet / andel skader
Fastlegetjenesten (konsultasjoner)	13,1 millioner konsultasjoner	Skader ved 1 % av konsultasjoner	131 078	SSB/ Levels of harm in primary care, The Health foundation, 2011 (24). ³
Legevakt	1 millioner konsultasjoner	Skader ved 2 % av konsultasjoner	23 866	SSB/ Levels of harm in primary care, The Health foundation, 2011 (24)
Hjemmetjenester	55 millioner timer utført	0,1 avvik per 1000 time	5 845	SSB / antall mottakere med oppgitte timer per uke og gjennomsnittlig antall time per uke/ Avvikstall fra referansekommune 2017 viser at 0,5 prosent av besøk medfører avvik (25). Det antas at 1 prosent av alle avvik fører til en skade. Dette regnes om til avvik per time hjemmetjenesten levert av referansekommunen.

³ Denne kilden ansees som svært usikker, da studiet er eldre og fra et annet land, og fastlegetjenester er svært individuelle fra land til land. Andel skader som kan forhindres av tiltak er derfor satt lavt for fastleger.

Sykehjem: Korttidsopphold + KAD/ØHD	8 881 døgnplasser ⁴	0,40 skader per døgnplass	3 247	SSB/Avvik per døgnplass hentet fra erfaringer fra Lilleborg sykehjem og Ryenhjemmet i 2013 (26) som er nedjustert med 1 prosent i året frem til 2018 basert på en masteroppgave fra Universitetet i Stavanger som tok for seg uønskede hendelser i kommunale sykehjem (27) Det antas at 20 prosent av alle avvik fører til skade.
Sykehjem: Langtidsopphold	28 368 døgnplasser	0,02 skader per døgnplass	519	SSB /Avvik per døgnplass hentet fra erfaringer fra Lilleborg sykehjem og Ryenhjemmet i 2013 (26) som er nedjustert med 1 prosent i året frem til 2018 basert på en masteroppgave fra Universitetet i Stavanger som tok for seg uønskede hendelser i kommunale sykehjem (27) Det antas at 1 prosent av alle avvik fører til skade.
Sykehus	11,3 million konsultasjoner	Skader ved 0,0101 % av konsultasjoner	114 166	Oslo universitetssykehus (28) Basert på andel skadehendelser hos Oslo universitetssykehus (12093) av 1,2 millioner konsultasjoner (29)

Antall feil og svikt i helsetjenesten som vises i tabellen er usikre. Hvor stor andel av registrerte feil og skader som kan påvirkes med tiltak, er enda mer usikkert. Ved hjelp av kartlegging av erfaringer fra tidligere prosjekter, litteratur og samtaler med helsepersonell, har vi fått bekreftet at det er mulig å redusere svikt og feil i tjenesten ved hjelp av tiltak, og at tiltakene som inngår i PDS steg 2 er relevante kvalitetstiltak. Det er støtte for å anta at bedre informasjonsflyt blant aktørene i tjenestene og mellom ulike tjenester kan redusere antall feil og skader og øke kvaliteten på helsetjenestene.

En kvalitativ gjennomgang av klager til Norsk pasientskadeerstatning viser at mange skader forårsakes av menneskelig svikt, og en andel av disse kunne vært forhindre dersom tiltak hadde vært iverksatt. Grunner til skader og svikt i tjenesten kan blant annet være feilmedisinering, feilbehandling eller for lang tid før behandlingen blir satt i gang. Det er sannsynlig at noen av disse feilene kan forhindres av bedre informasjonsflyt mellom ulike aktører i sektoren.

Litteraturen bekrefter også at innføring av ulike tiltak kan ha effekt på andel skader og feil i tjenesten. To pilotprosjekter fra kommunale sykehjem i 2011 viser at felles oppdatert legemiddelliste og tilhørende beslutningsstøtte kan bidra til bedre kvalitet på legemiddelbruk (30) (31) (32). Flere studier viser at gode velferdsteknologiske løsninger som overvåker parametere knyttet til sykdom og varsler helsepersonell bidrar til å gi nødvendig behandling og tidligere diagnoser (33) (34). Integrert beslutningsstøtte i journalsystem er vist å muligens

⁴ Regnes som plasser i bruk

kunne redusere feil når det kommer til legemiddelhåndtering (35) og påminnelser kan bidra til at retningslinjer følges (36). Beslutningsgrunnlaget bedres når det er felles tilgang til prøveresultater, noe som kan forhindre svikt, feil og mangler (37) (38).

Statens legemiddelverk har uttalt at 5-10 prosent av sykehusinnleggelser skyldes legemiddeilfeil, og at 50 prosent av legemiddeilfeil kan hindres (39). En britisk studie har funnet at 76 prosent av feil, svikt, mangler og skader kan hindres ved ulike tiltak (40).

I konseptvalgutredningen Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgssektor ble det forutsatt at 76 prosent av feil, svikt og skader kan unngås ved å implementere tiltak (7 s. 87). På bakgrunn av anbefalingene fra EKS i forbindelse med KS1 for Felles kommunal journal og helhetlig samhandling, er andelen skader som kan påvirkes er nær halvert (41), på grunn av manglende data og risiko for å overvurdere virkningen. I vår analyse er det antatt at 34 prosent av skader kan hindres på bakgrunn av den britiske studien, tall fra Statens legemiddelverk og anbefalingene fra EKS i forbindelse med KS1 for Felles kommunal journal og helhetlig samhandling. I tabellen under vises hvor stor andel av skadene vi antar at steg 2 kan forhindre, basert, litteraturgjennomgang og skjønnsmessige vurderinger.

Tabell 8 Forutsetninger som ligger til grunn for andel skader

Tjeneste	Andel av skader som kan unngås (34%) tiltaket kan påvirke	Total andel skader tiltaket kan forhindre ⁵	Fordeling av alvorlighetsgrad (Antall) Meget alvorlig – alvorlig – lettere ⁶
Fastlegetjenesten (leger)	4 %	1 %	0.03 % - 0.03 % - 99.94 %
Legevakt	9 %	3 %	0.03 % - 0.03 % - 99.94 %
Hjemmetjenester	6 %	2 %	0.10 % - 4.40 % - 95.50 %
Sykehjem: Korttidsopphold	7 %	2 %	2.25 % - 2.25 % - 95.50 %
Sykehjem: Langtidsopphold	3 %	1 %	0.10 % - 4.40 % - 95.50 %
Sykehus	8 %	3 %	0.03 % - 0.03 % - 99.94 %

I beregningene av kvalitetsgevinster er alle tiltakene som inngår i steg 2 beregnet samlet. Det vil være en overlapp mellom virkningene og ikke mulig å isolere virkninger fra hvert enkelt tiltak. For å skille ut virkningene av pasientens legemiddelliste for seg er resultatene fra beregningene skjønnsmessig vektet. Vi har anslått at pasientens legemiddelliste steg 2 vil

⁵ Det antas på bakgrunn av forskning (39) (40) og tilbakemelding fra EKS i forbindelse med KS1 for Felles kommunal journal og helhetlig samhandling (7) at skader som kan hindres er 34%. Dette ganges med andelen av skader som prosjektet tror kan hindres av skader som kan unngås for å finne totalt antall skader som kan hindres.

⁶ Se excel-dokument «nyttevurderinger og -forutsetninger steg 2» for kilder

bidra til omtrentlig 1/3 av kvalitetsgevinster og PDS steg 2 vil bidra til omtrentlig 2/3 av besparelsene. Begrunnelsen for vektingen er at tiltakene i PDS steg 2 blir innført tidligere enn pasientens legemiddelliste, og plukker opp noe av den potensielle nytten pasientens legemiddelliste ville kunne realisert. Tidligere analyser av besparelser på antall liggedøgn på sykehus viser også at tiltakene i PDS steg 2 muligens har større helseøkonomiske effekter enn pasientens legemiddelliste steg 2.

Resultatene fra beregningene og verdsettingen av kvalitet er vist i kapittel 5.2.3.

4 Innholdet i steg 2

En samfunnsøkonomisk analyse krever at tiltakene som skal analyseres er beskrevet og avgrenset. Hvordan og når ulike aktiviteter fases inn, og avhengigheter mellom aktivitetene, er viktige både for å kunne vurdere kostnadssiden og nyttevirkninger. Innfasing og avhengigheter er også viktig for å kunne vurdere usikkerhet, og hvordan usikkerhet skal hensyntas i den samfunnsøkonomiske analysen.

Samhandlingsområdene er beskrevet grundig i vedleggene G Omfang og K Prioritering av tiltak i steg 2. Resultatmålene for steg 2 er beskrevet i vedlegg D Gevinstrealiseringsplaner.

I dette kapitlet gis det en kort beskrivelse samhandlingsområdene, hvilke nyttevirkninger det er tenkt at de ulike samhandlingsløsningene skal utløse og hvilke mekanismer og avhengigheter en forventet nytterealisering bygger på.

Formålet med kapitlet er å gi en forståelse for innhold, kompleksitet og sammenhenger, og å vise grunnlaget for avgrensningene som er gjort i den samfunnsøkonomiske analysen.

4.1 Pasientens legemiddelliste

Pasientens legemiddelliste skal gi en enklere og tryggere håndtering av legemidler og sikre at helsepersonell i en behandlingssituasjon har tilgang til pasientens legemidler i bruk. Tiltaket innebærer at det etableres en elektronisk oppdatert oversikt over relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling. Informasjonen deles mellom helsepersonell med tjenstlig behov.

Pasientens legemiddelliste retter seg mot effektmålene som er satt for steg 2 der følgende presiseringer er relevante:

- 1) Redusere tidskostnadene som følger av at helsepersonell bruker unødvendig mye tid på å hente inn informasjon om hvilke legemidler pasienten bruker.
 - a) Helsepersonell med tjenstlig behov har til enhver tid oversikt over pasientens legemiddelopplysninger.
 - b) Helsepersonell med tjenstlig behov har mulighet til å strukturere og sammenstille pasientens legemiddelliste med legemiddellisten i egen virksomhet.
 - c) Innbygger har digital tilgang til legemiddelopplysninger.
- 2) Redusere samfunnskostnadene ved sykdom (økt pasientsikkerhet) som skyldes at helsepersonell mangler eller har uriktig informasjon om hvilke legemidler pasienten skal bruke.
 - a) Redusere antall legemiddelfeil
 - b) Bidra til riktigere legemiddelbruk

4.1.1 Nytte realiseres løpende per geografiske område

Pasientens legemiddelliste skal innføres i samarbeid med sektor. Dette innebærer ferdigstillelse og innføring av sentral forskrivningsmodul (SFM) og e-multidose, med påfølgende regional innføring av pasientens legemiddelliste (PLL) i hvert helseforetaksområde. Programmet vil være ansvarlig for nasjonal tilrettelegging. Virksomhetene i sektor vil være ansvarlig for lokale/regionale utviklings- og innføringsaktiviteter. Regional innføring gjennomføres med støtte fra Direktoratet for e-helse og NHN.

For å realisere gevinstene og redusere arbeidet med å holde legemiddellisten oppdatert, er det lagt opp til at pasientens legemiddelliste innføres samtidig i helsetjenestene innenfor et avgrenset geografisk område. Det er satt i gang et utprøvningsprosjekt i helseregion vest Norge, der fastleger, sykehjem, hjemmetjenesten i Bergen kommune, Haukeland sykehus og, Haraldsplass diakonale sykehus, i samarbeid med leverandørene av journalsystemene, skal dele legemiddelopplysninger. Utprøvingen omfatter også bruk av multidose i e-resept. Utprøvningsprosjektet vil gi erfaringer for den videre innføringen.

Innføringen i steg 2 er delt inn i fire puljer og det er til sammen 19 områder som skal gjennom en samtidig innføring av pasientens legemiddelliste. Hvert geografisk område vil realisere nytte etter hvert som pasientens legemiddelliste innføres. Innenfor hvert område forventes det også at det vil realiseres nytte så snart fastlegene oppretter og deler pasientens legemiddelliste med de øvrige tjenestene. Full nytterealisering innenfor en region avhenger av at samtlige helsetjenester oppdaterer legemiddellisten ved endringer i legemiddelbehandlingen.

Fastlegen har en nøkkelrolle i pasientens legemiddelliste. Hvis ikke fastlegen oppretter og følger opp pasientens legemiddelliste, vil innføringen av tiltaket ha begrenset verdi for de øvrige tjenestene etter sentral forskrivningsmodul er innført. For å stimulere fastlegene til å opprette pasientens legemiddelliste, er det lagt opp til at fastlegene skal kompenseres for merarbeidet som følger med innføringen av pasientens legemiddelliste. For aktører som får lesetilgang til pasientens legemiddelliste via sentral forskrivningsmodul, vil mesteparten av nytten realiseres ved at fastlegen deler legemiddellisten. Full nytterealisering krever imidlertid at samtlige aktører oppdaterer legemiddellisten ved endringer.

I tillegg til nytten som realiseres innfor hvert geografisk område, vil nytten for pasienter og helsetjenester øke med antall områder som tar i bruk pasientens legemiddelliste. Befolkningen er mobil og forflytter seg på tvers av områder og regioner. I tilfeller der en pasient mottar helsetjenester utenfor eget bostedsområde, vil både pasienten og den aktuelle helsetjenesten ha nytte av tilgang til pasientens legemiddelliste. På kostnadssiden vil det være motsatt. Etter hvert som pasientens legemiddelliste innføres, vil det være positive læringseffekter som kommer andre områder til gode (avtagende grensekostnad). EPJ-leverandørene vil ta med seg erfaringene fra ett område til det neste, noe som må forventes å gi lavere kostnader per nye aktør som tar løsningen i bruk. Samlet gir dette en økende nettonytte (grensenytte) per område etter hvert som pasientens legemiddelliste realiseres.

4.1.2 Innføringen bygger på tidligere gjennomførte delprosjekter

Innføringen av pasientens legemiddelliste bygger videre på e-resept og sentral forskrivningsmodul (SFM). Sentral forskrivningsmodul skal sikre at virksomheten kan sende og motta pasientens legemiddelliste, og at kvaliteten på pasientens legemiddelliste blir tilstrekkelig. Sentral forskrivningsmodul ansees som et nødvendig virkemiddel for at tiltaket pasientens legemiddelliste i steg 2 skal kunne realiseres som planlagt.

Sentral forskrivningsmodul bruker dagens e-reseptinfrastruktur og kjernejournal for deling av legemiddelopplysninger på tvers av virksomhetene i helsesektoren. Modulen erstatter den delen av EPJ helsepersonell bruker for å håndtere legemiddelopplysninger i forbindelse med behandling av en pasient. Overordnet inneholder denne delen opplysninger om pasientens resepter, en oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker (inklusive reseptopplysninger) og pasientens kritiske legemiddelreaksjoner, samt funksjonalitet for å endre opplysninger og sikre at kvaliteten på legemiddelinformasjonen blir tilstrekkelig for videre deling. Kritiske

legemiddelreaksjoner vil også kunne være en del av kritisk info i kjernejournal. Hvordan og hvor kritiske legemiddelreaksjoner skal håndteres, vil avklares i steg 1.

Innføring av sentral forskrivningsmodul til pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, er en del av innføringen av pasientens legemiddelliste. Som vist i kapittel 2.2 er denne innføringen lagt til nullalternativet. Nytteten av tiltaket ble i satsningsforslaget som utløste bevilgning over statsbudsjettet for 2022, estimert til 1,5 milliarder (se kapittel 2.2). Nytteten er knyttet til økt pasientsikkerhet gjennom raskere utbredelse av e-resept, høyere kvalitet i e-reseptkjeden og økt endringstakt for ny funksjonalitet. I tillegg er det beregnet tidsbruksbesparelser hos helsepersonell som følge av enklere tilgang og dermed bruk av mindre tid for å innhente opplysninger om pasientens legemiddelbruk, og å samstemme legemiddellisten i egne journaler. Innføring av sentral forskrivningsmodul til pleie- og omsorgstjenestene realiserer dermed deler av nytten som tidligere er beregnet for pasientens legemiddelliste.

For å sikre største mulig ibruktage av sentral forskrivningsmodul er det lagt opp til at modulen kan tas i bruk på to måter. EPJ-leverandørene kan velge å ta i bruk sentral forskrivningsmodul med brukergrensesnitt (SFM med GUI⁷), eller de kan velge å ta i bruk standardisert grensesnitt (API⁸) mellom EPJ-systemet og Reseptformidleren og kjernejournal (SFM Basis API). Flere av EPJ-systemene som er i bruk har egenutviklet brukergrensesnitt som støtter helsepersonell med samstemming, nye legemiddelbehandlinger og kritisk informasjon. Ved å ta bruk standardiserte brukergrensesnitt får alle tilgang til den samme informasjonen og muligheter til å koble seg til «sanntid» oversikter over legemidler i bruk og øvrig informasjon som ligger i sentral forskrivningsmodul. Innføringen av sentral forskrivningsmodul og felles standardiserte grensesnitt fjerner en markedssvikt, noe som i seg selv må forventes å stimulere innføring og bruk av felles brukersnitt for deling av legemiddelopplysninger på tvers av tjenester.

Innføring av kjernejournal med legemiddelopplysninger realiserer også nytte i form av tidsbesparelser og kvalitetsforbedringer. Enkel tilgang på informasjon om forskrevne og utleverte resepter gjør det enklere å etablere en liste over legemidler i bruk.

Innføring av pasientens legemiddelliste til de som kun skal lese listen faller utenfor det som er beskrevet som prioritert løsning for samhandlingsløsningen i Vedlegg K Prioritering av tiltak i steg 2 og i det sentrale styringsdokumentet. Prioritert løsning beskrives i vedlegget som de tiltakene som er nødvendig for å utløse hoveddelen av nytten.

4.2 Dokumentdeling

I arbeidet med å definere steg 2 har fokus vært å ivareta behovet for rask realisering av gevinster og nødvendigheten av mer langsiktige tiltak for å lykkes med å realisere målbildet for helhetlig samhandling. Dokumentdeling er vurdert som et område der det vil være mulig å realisere gevinster raskt. Dokumentdeling gir muligheter for samhandling gjennom deling av journaldokumenter på tvers av forvaltningsnivåer ved bruk av kjernejournal og den nasjonale dokumentdelings-infrastrukturen.

Innbyggere vil, som en del av den offentlige helse- og omsorgstjenesten, ha helseinformasjon registrert hos mange aktører både i primær- og spesialisthelsetjenesten. I dag er det en utfordring at helseinformasjon som er registrert hos andre virksomheter, ofte ikke er tilgjengelig for helsepersonell som behandler pasienten. Dokumentdeling møter denne utfordringen og søker å løse problemene som er beskrevet i kapittel 2.1.2.

⁷ Graphical User Interface

⁸ Application Programming Interface

Dokumentdeling retter seg direkte mot effektmålene

- Frigjort tid for personell som jobber i helse- og omsorgstjenesten
- Færre uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten
- Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten

I henhold til målarkitektur for dokumentdeling⁹, vil aktørene som skal dele journaldokumenter, danne hensiktsmessige samarbeidsområder og etablere, for hver av disse, et koblingspunkt og et dokumentregister, samt avklare hvilke dokumentlagre som skal brukes.

4.2.1 Nytte realiseres når informasjon fra delte dokumenter brukes

Dokumentdeling er en løsning, basert på kjente standarder, for innsyn i journaldokumenter på tvers av behandlingssteder i ulike regioner og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Løsningen gir helsepersonell mulighet til å slå opp og få tilgang til utvalgte dokumenter på andre tjenestesteder, der man før måtte innhente informasjonen gjennom manuelle rutiner.

Realisering av samhandlingsområdet innebærer kostnader knyttet til sentrale og lokale utviklings- og innføringsaktiviteter.

Resultatmålene for dokumentdeling er:

- Helseforetakene deler dokumenter via kjernejournal og Helsenorge
- Det er avklart hvordan og hvilke dokumenter som skal deles fra nye aktører
- Avtalespesialister, legevakt og øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)/kommunal akutt døgnetenhet (KAD) prøver ut og deler utvalgte dokumenter med helsepersonell og innbygger

Dokumentdeling bygger på bruk av kjernejournal. For å kunne lese delte dokumenter kreves det at kjernejournal er innført og tatt i bruk. Det er forventet at samtlige kommuner har innført kjernejournal i løpet av 2023.

Det er hentet erfaringer om bruk av dokumentdeling fra utprøvningsprosjekt i Bodø og Oslo. Erfaringene tilsier at det er lav terskel for å ta i bruk dokumentdeling når kjernejournal er på plass. Informasjon fra utprøvningsprosjektene i Oslo og Bodø gitt gjennom intervju tyder på at lesetilgang til delte dokumenter fra spesialisthelsetjenesten er svært nyttig. Det spares tid og kvaliteten i behandlingen økes for pasientgrupper som har vært til behandling i spesialisthelsetjenesten. Ifølge en av informantene er dokumentdeling *så nyttig at det er uetisk å ikke bredde ut løsningen* (lege på Oslo legevakt).

Kostnadene ved dokumentdeling faller i hovedsak på de som skal dele dokumenter. I steg 2 legges det opp til at helseforetakene først skal dele dokumenter via kjernejournal. Erfaringene fra utprøvningsprosjektet tilsier altså at nytten ved å bruke de delte dokumentene er svært høy. Dette tilsier at nytte vil realiseres så snart helseforetakene deler dokumenter. Etter hvert som flere tjenester deler dokumenter, vil nytten øke. Det må forventes flere oppslag per bruker etter hvert som mer informasjon deles. Det forventes derfor en akkumulert nytte for aktørene etter hvert som flere dokumenter deles, men at aktørenes nytte i svært begrenset grad avhenger av hvor mange som tar løsningen med lesetilgang i bruk.

Prioritert løsning for samhandlingsområdet er beskrevet i Vedlegg K Prioritering av tiltak i steg 2. At avtalespesialister, legevakt og øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)/kommunal akutt

⁹ <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/malarkitektur-for-dokumentdeling>

døgnet (KAD) prøver ut og deler utvalgte dokumenter med helsepersonell og innbygger faller utenfor prioritert løsning. Dette vil føre til et fall i nytte beskrevet i avsnitt 5.2.1.4.

4.3 Kritisk informasjon

Kritisk informasjon er helseopplysninger om pasienten som det er viktig å kjenne til for å kunne gi en god og sikker helsehjelp. Dette er informasjon som i en behandlingssituasjon eller ved en undersøkelse kan medføre at planlagte tiltak endres, og kanskje redder pasientens liv eller forhindrer alvorlig skade.

Samhandlingsområdet skal sørge for at informasjonstjenesten kritisk informasjon er oppdatert og kan benyttes av aktuelle kliniske fagsystemer. Kritisk informasjon kan endres og deles av aktørene i helse- og omsorgstjenesten gjennom et felles grensesnitt i kjernejournal.

Resultatmålene for kritisk informasjon er:

- Helseforetakene har innført API for kritisk informasjon
- Fastleger og avtalespesialister har innført API for kritisk informasjon
- Sykehjem og ØHD/KAD har innført API for kritisk informasjon

For å realisere kritisk informasjon vil det være nødvendig å utføre aktiviteter for å normere en omforent standard for kritisk informasjon.

4.3.1 Nytte realiseres ved at aktørene deler og oppdaterer

Norsk helsenett har på oppdrag fra Direktoratet for e-helse ferdigstilt et grensesnitt (API) for utveksling av kritisk informasjon med kjernejournal. Grensesnittet støtter de seks ulike kategoriene (FHIR-profiler) av kritisk informasjon som er spesifisert i standarden for kritisk informasjon. Helsepersonell skal da, gjennom egen journalløsning, kunne endre eller dele kritisk informasjon som lagres i kjernejournal. Det er som nevnt i kapittel 2.1.3 anslått at om lag 250 000 personer er i målgruppen for kritisk informasjon, og at det er registrert kritisk informasjon i kjernejournal for om lag 80 000 personer.

Det er pekt på at kvaliteten i kritisk informasjon i dag er varierende, og at det i dag ikke er tillitt til at det som er registrert av kritisk informasjon om en pasient nødvendigvis er fullstendig. Tillitt til informasjonen som ligger i kritisk informasjon, og at helsepersonell som har kunnskap om kritisk informasjon for en pasient, legger inn og oppdaterer informasjonen framstår som avgjørende for at samhandlingsløsningen skal fungere og kunne gi forventet nytte.

Utprøving av grensesnittet gjøres i samarbeid med Helse Vest som har startet arbeidet med å tilrettelegge i sine fagsystemer. Utprøvingen i Helse Vest omfatter foreløpig kun én kategori av kritisk informasjon, overfølsomhetsreaksjoner. De andre kategoriene er komplikasjoner ved anestesi, kritiske medisinske tilstander, pågående behandlinger/implantater, endringer i behandlingsrutiner (eks. avgrensning av livsforlengende behandling) og smitte og Helse Vest vil fortsette med disse i 2023.

For å realisere informasjonstjenesten kritisk informasjon, er det behov for å gjøre utprøvinger på de fem andre kategoriene, samt få flere aktører til å ta i bruk grensesnittet. Nytterealiseringen vil avhenge av hvor mange aktører som tar i bruk grensesnittet.

4.4 Datadeling for digital hjemmeoppfølging:

I dette samhandlingsområdet vil det trinnvis utvikles tjenester for datadeling. Tjenestene skal kunne benyttes til forskjellige typer datadeling, både internt i virksomheter og mellom behandlingsnivåer, og må også kunne dekke datadelingsbehov mellom innbygger og helsepersonell knyttet til måleutstyr og pasientrapporterte skjema.

Resultatmålet for området datadeling for digital hjemmeoppfølging er:

- Det er etablert tjenester som kan brukes på tvers av helse- og omsorgssektoren som benyttes for å gjøre data fra digital hjemmeoppfølging tilgjengelig via grensesnitt, slik at helsepersonell langs hele forløpet kan få tilgang til aktuelle data, innen 2026

Det er ønskelig at informasjon fra medisinsk utstyr deles med helsepersonells fagsystem på en effektiv og sikker måte. Medisinsk utstyr benyttes i digital hjemmeoppfølging til oppfølging av innbygger. Det er i dag flere leverandører som tilbyr løsninger for overvåking av helsedata som kan kobles til kommunenes fagsystemer, men det finnes i dag ikke standardiserte løsninger. For innbyggere som mottar helsehjelp og følges opp med digital hjemmeoppfølging i dag, vil virkningen av standardisering og felles grensesnitt ikke være merkbar. Tiltaket retter seg derimot mot en observert markedssvikt. Ved å løse opp i markedssvikten vil løsninger og tilkoblingspunkter bli åpne og tilgjengelige for alle kommuner og leverandører. Dette forventes å bidra til bedre konkurranse blant markedsaktørene, senke etableringshindre for nye leverandører og leverandører som i dag ikke er i dette markedet, og gjennom disse virkningene bidra til lavere kostnader. På bestillersiden vil standardiserte løsninger og åpne datadelingspunkt bidra at det blir enklere å bestille løsning for digital hjemmeoppfølging og lavere transaksjoner. Dette vil kunne redusere kommunenes anskaffelseskostnader.

4.4.1 Nytte realiseres ved at det tas i bruk tjenester for datadeling

Nytten realiseres ved en mer effektiv ressursbruk hos helsepersonell, da det i dag er dobbeltføring av data fra velferdsteknologi til egne systemer. Det blir bedre datakvalitet og enklere tilgang til informasjon fra digital hjemmeoppfølging for helsepersonell via standardiserte tjenester for datadeling, både internt i egen virksomhet og mellom behandlingsnivå.

Det vil også gjøre det enklere for aktører å koble seg på lokale systemer med datadeling fra velferdsteknologi, som vil bidra økt innovasjon i markedet.

Datadeling retter seg mot en markedssvikt og vil generere nytte i form av økt gevinstrealisering av pågående og nye tiltak under nasjonalt velferdsteknologiprogram. Barrierene og kostnadene knyttet til digital hjemmeoppfølging vil reduseres, og med dette forventes det økt utbredelse.

5 Samfunnsøkonomisk lønnsomhet i steg 2

I dette kapitlet redegjøres det for resultatene av den samfunnsøkonomiske analysen tiltakene som planlegges gjennomført i steg 2 for digital samhandling. Samhandlingsområdene pasientens legemiddelliste og dokumentdeling er prissatt med kostnader og tidsgevinster. I tillegg er kvalitetsvirkningene av hele steg 2 prissatt samlet, men med en skjønnsmessig fordeling mellom program for pasientens legemiddelliste og program for digital samhandling. Samhandlingsområdet kritisk informasjon i steg 2 er dermed kun delvis prissatt gjennom den felles verdsettingen av kvalitetsgevinster.

Analysene tilsier at de planlagte programaktivitetene i steg 2 er samfunnsøkonomiske lønnsomme. Dette støttes både av prissatte og ikke prissatte virkninger.

Tabell 9 oppsummerer vurderingen av virkningene av steg 2, og gir samtidig en oversikt over delkapitlene i dette kapitlet.

Tabell 9 Sammenstilling av prissatte og ikke-prissatte virkninger av steg 2

Virkningsgruppe	Virkning	Ikke-prissatt vurdering	Prissatt vurdering (millioner 2021-kroner)
Kostnadsvirkning	Investeringskostnader		- 2 120
	Drift- og forvaltningskostnader		- 1 127
	Netto skattefinanseringskostnad		196
Prissatte nyttevirksomheter (tidsvirkninger)	Redusert tidsbruk på informasjonsinnhenting, og samhandling for helsepersonell		3 390
Virkninger av færre uønskede hendelser	Helsegevinster		595
	Helseøkonomiske gevinster		1 609
	Realøkonomiske besparelser som følge av unngått produktivitetstap		298
Ikke prissatte virkninger	Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten	+ + + +	
	Enklere ivaretagelse av personvernrettigheter for innbygger og bedre ivaretagelse av informasjonssikkerhet	+ + + +	
	Økt trygghet hos behandler som følge av bedre og beslutningsgrunnlag	+ + + +	

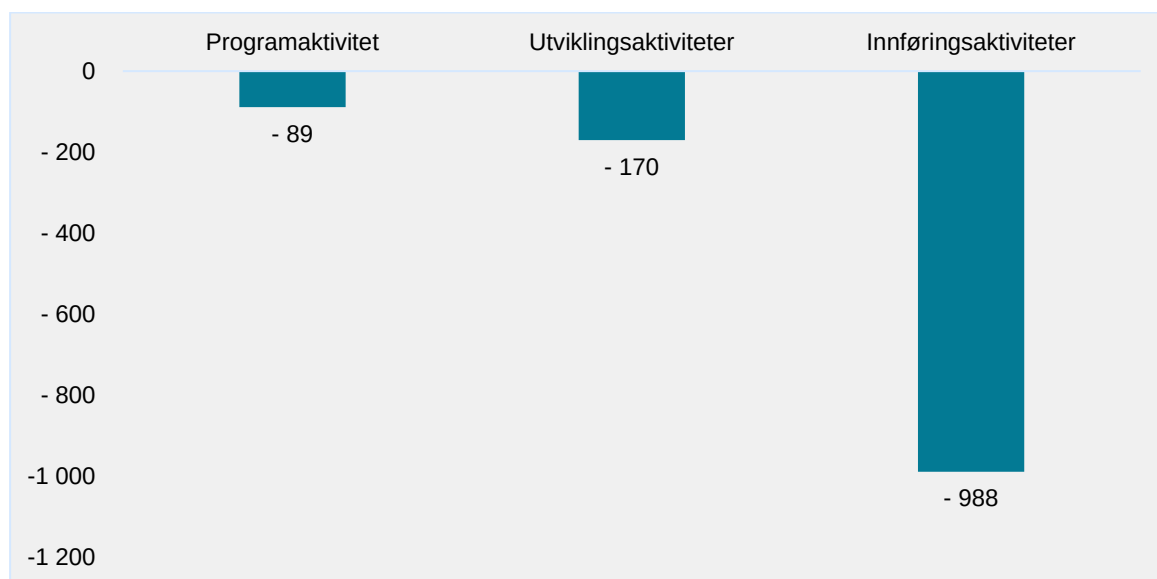
	Virkning på konkurranse, innovasjon og leverandørmarkedet	++	
Netto nåverdi	Netto nåverdi prissatte virkninger		2 841

5.1 Investeringskostnader

Kostnadene for tiltakene under pasientens legemiddelliste som skal gjennomføres i steg 2 er beskrevet i vedlegg E Kostnadsestimering. Det er også gjennomført en usikkerhetsanalyse for investeringskostnadene (42). Resultatene fra kostnadsanalysen og usikkerhetsanalysen for investeringskostnadene danner inngangsdataene for kostnadssiden i den samfunnsøkonomiske analysen. I den samfunnsøkonomiske analysen brukes forventningsverdien fra usikkerhetsanalysen eksklusiv mva for investeringskostnadene. I tråd med retningslinjene i rundskriv fra Finansdepartementet (6) er alle kostnadene regnet i faste priser (2021-kroner). Arbeidskraftkostnadene er realprisjustert (jf Tabell 3) fram til oppstartsåret 2023 og videre gjennom hele analyseperioden. I kostnadsanalysen i vedlegg E er prisene regnet i 2021-kroner uten realprisjustering etter 2021.

5.1.1 Pasientens legemiddelliste

Nåverdien av investeringskostnadene fordelt på hovedaktiviteter og aktører er vist i følgende figur:



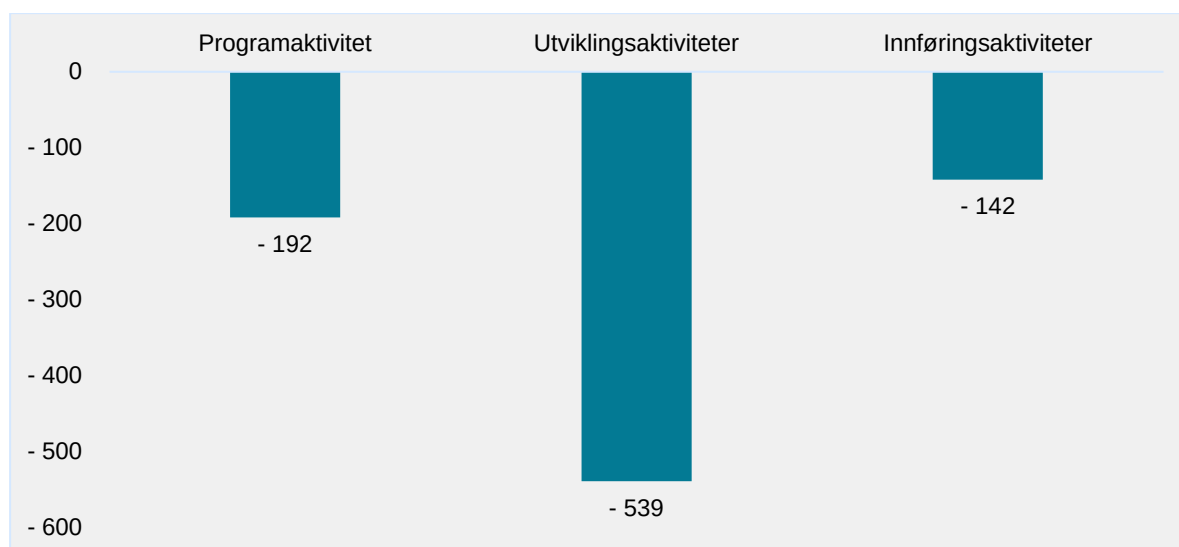
Figur 3 Investeringskostnader pasientens legemiddelliste. Nåverdi i millioner 2021-kroner

Samlet nåverdi av investeringskostnadene for pasientens legemiddelliste er beregnet til 1,25 milliarder kroner.

For en mer detaljert gjennomgang av kostnadene nedbrutt på programaktiviteter vises det til kostnadsanalysen i vedlegg E Kostnadsestimering.

5.1.2 Investeringskostnader PDS øvrige samhandlingsområder

Nåverdien av investeringskostnadene fordelt på hovedaktiviteter og aktører er vist i følgende figur:

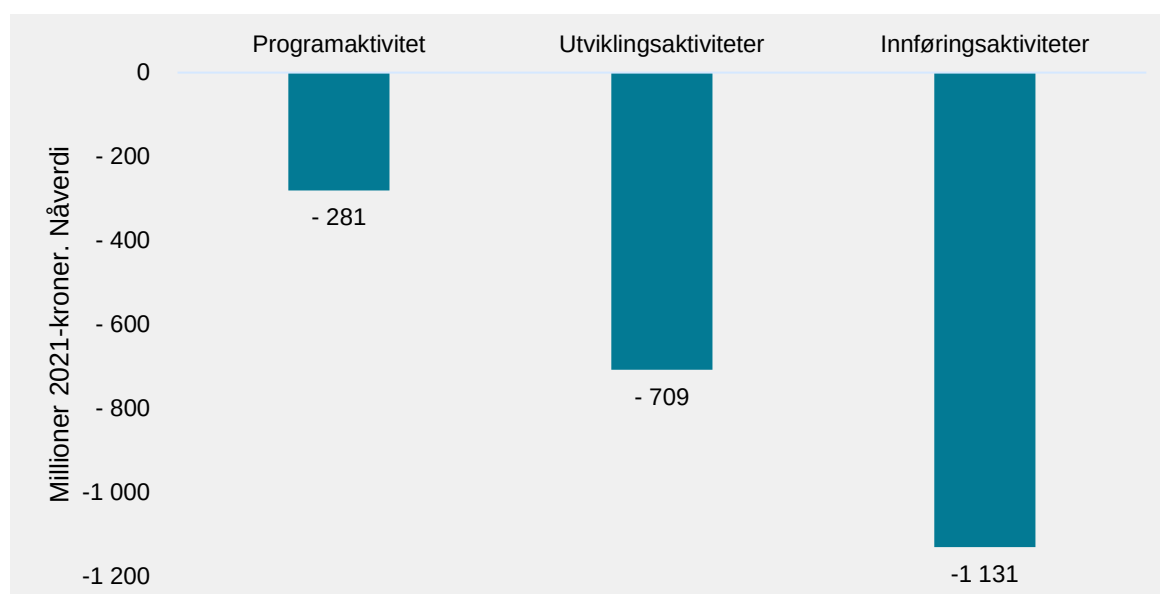


Figur 4 Investeringskostnader øvrige tiltak PDS. Nåverdi i millioner 2021-kroner

Investeringskostnadene for øvrige tiltak PDS dekker tiltakene dokumentdeling, kritisk info, og datadeling for Digital hjemmeoppfølging (DHO). Samlet nåverdi av investeringskostnadene for disse samhandlingsområdene er beregnet til 0,87 milliarder kroner.

5.1.3 Sum investeringskostnader

Nåverdien for de samlede investeringskostnadene er beregnet til 2,1 milliarder kroner. Følgende figur viser hvordan kostnadene fordeler seg mellom hovedaktivitetene.



Figur 5 Samlede investeringskostnader steg 2. Nåverdi i millioner 2021-kroner

5.2 Drift- og forvaltningskostnader

Etter hvert som tiltakene kommer i drift, vil det påløpe drift- og forvaltningskostnader. Forvaltningskostnadene som er brukt i den samfunnsøkonomiske analysen er hentet fra Vedlegg E Kostnadsestimering. Usikkerhet for denne kostnadsposten er vurdert som en del

av den samfunnsøkonomiske analysen og Inngår ikke i usikkerhetsanalysen av investeringskostnadene.

Basisestimatene for drift og forvaltning for pasientens legemiddelliste og de øvrige samhandlingsområdene som inngår i steg 2 er ganske forskjellige. For pasientens legemiddelliste viser basisestimatene årlige forvaltningskostnader på 11 millioner kroner etter at investeringsperioden er avsluttet i 2028. For de øvrige samhandlingsområdene i PDS steg 2 er de samlede forvaltningskostnadene estimert til 97 millioner kroner per år fra 2029 og ut analyseperioden.

Drift- og forvaltningskostnadene i digitaliseringsprosjekter vil alltid innehold en større eller mindre andel utviklings- og oppgraderingskostnader. Dette gir noe fleksibilitet i driftsperioden med tanke på hvilke kostnader som skal tas som en del av den ordinære driften og hvilke eventuelle oppgraderinger og utviklingstiltak som må finansieres gjennom andre tiltak. Dette er hensyntatt i den samfunnsøkonomiske analysen og usikkerhetsvurderingene som er gjort.

For pasientens legemiddelliste er forvaltningskostnadene vurdert som lavere enn for de øvrige tiltakene i PDS. Dette skyldes at det er mindre utviklingsaktiviteter i pasientens legemiddelliste.

Forvaltningskostnadene for pasientens legemiddelliste er vurdert med samme usikkerhet som investeringskostnadene. Dette gir en nåverdi på 120 millioner kroner. For de øvrige tiltakene i PDS er det større fleksibilitet for tilpasninger og styring, noe som også gir et lavere usikkerhetspåslag. Forventet nåverdi er beregnet til 1 milliard kroner.

De samlede drift og forvaltningskostnadene for steg 2 over analyseperioden på 20 år er beregnet med en forventningsverdi på 1,1 milliarder kroner.

5.1 Skattefinansieringskostnad

Det er i henhold til Finansdepartementets rundskriv R-109/14 om samfunnsøkonomisk analyse beregnet en netto skattefinansieringskostnad for virkningene som medfører endringer på offentlige budsjetter. Skattefinansieringskostnaden og –gevinsten tar høyde for den marginale kostnaden knyttet til henholdsvis å hente inn og unngå å hente inn en ekstra skattekrone. Skattefinansieringskostnaden/gevinsten er satt til 20 øre per krone. Netto skattefinansiering er summen av de positive og negative virkningene.

Tidsbesparelsene inngår i grunnlaget for beregning av skattefinansieringskostnader. Tidsbesparelsen er å betrakte som frigjort tid som kan brukes til annet verdiskapende arbeid. Om den frigjorte tiden brukes i helsesektoren eller på andre områder, er i denne sammenheng ikke relevant. Poenget er at oppgaver som i dag gjøres og som finansieres over offentlige budsjetter kan gjøres med mindre arbeidsinnsats gitt samme eller høyere kvalitet. Dette begrunner at verdien av frigitt tid skal medregnes i beregningene av skattefinansieringskostnader. Det er også regnet skattefinansieringskostnad av de helseøkonomiske gevinstene. For disse gevinstene er det antatt at om lag halvparten kan gi besparelser over offentlige budsjetter. De øvrige kvalitetsgevinstene er det ikke det regnet skattefinansieringskostnad på.

Skattefinansieringskostnadene er beregnet til å gi en gevinst på 196 millioner kroner hvorav 95 millioner kroner kommer fra program for digital samhandling og 101 millioner kroner fra pasientens legemiddelliste.

5.2 Prissatte nyttevirksomheter

I styringsdokumentet presenteres følgende delmål for steg 2:

- Frigjort tid for personell som jobber i helse- og omsorgstjenesten
- Færre uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten
- Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten
- Økt innovasjon og tjenesteutvikling gjennom et bedre fungerende marked

Delmålene reflekterer virkningene som ønskes oppnådd gjennom steg 2, og danner utgangspunktet for nyttevirkningene som vurderes i den samfunnsøkonomiske analysen.

I denne analysen er frigjort tid og færre uønskede hendelser verdsatt. Frigjort tid er verdsatt ved å anslå hvor mye tid som spares som følge av tiltakene som gjennomføres i steg 2. Frigjort tid ganges med arbeidskraftkostnadene som er presentert i Tabell 5 for funksjonene som sparer tid. Arbeidskraftkostnadene er realprisjustert og justert for aktivitetsvekst med tilhørende vekst i arbeidskraft.

Færre uønskede hendelser er verdsatt ved hjelp av Helsedirektoratets metodikk for verdsetting av liv og helse jf. kapittel 3.4. Metodikken støttes i rundskriv R-109/21 (6) og DFØ sin veileder i samfunnsøkonomiske analyser (17).

Datagrunnlaget for å kunne verdsette nyttevirkinger er svakere enn for kostnadsanalysen. Det finnes ikke sammenlignbare referanseprosjekter, og det er heller ikke funnet relevant forskningslitteratur som har vurdert virkninger som gir grunnlag for direkte overførbare referanseverdier. Beregningene av prissatt nytte baserer seg derfor på flere kilder og metodiske tilnærmeringer enn estimeringen av investeringskostnadene.

5.2.1 Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov

5.2.1.1 Tidsgevinster pasientens legemiddelliste

Det er forventet at innføringen av pasientens legemiddelliste, sammenlignet med nullalternativet, vil redusere tiden helsepersonell bruker på å samstemme en legemiddelliste, og /eller håndtere endringer i legemidler. Denne gevinsten er kvantifisert og prissatt, og de reduserte tidskostnadene er estimert til å ha en nåverdi på om lag 1,6 milliarder kroner.¹⁰

Datagrunnlag og tilnærming for å anslå tidsestimat for pasientens legemiddelliste

Det er satt i gang et utprøvningsprosjekt for pasientens legemiddelliste i Helse Vest og i Bergen kommune. Erfaringer og kunnskap fra dette prosjektet danner et viktig grunnlag for tidsestimatene. I tillegg er følgende kilder brukt:

- Analyser gjennomført i forbindelse med prosjektet; Legemidler og kjernejournal til sykehjem og hjemmetjenester" fra 2019 (Direktoratet for e-helse)
- Nullpunktmålingen før utprøvingen av pasientens legemiddelliste
- Konseptutredning felles legemiddelliste fra 2016 (43)
- Samfunnsøkonomisk analyse av satsningsforsalg under PLL fra 2020 og vår 2021
- Ekspertvurderinger fra helseressurser i direktoratet og fagressurser fra utprøvningsprosjektet

Estimereringen tok utgangspunkt i en samfunnsøkonomisk analyse som forelå før oppstart av utprøvningsprosjektet i Helse Vest der det var etablert et nullalternativ for tidsbruk før innføring av pasientens legemiddelliste. Nullalternativet ble deretter korrigert basert på

¹⁰ Analyseperioden er 2021-2040

resultatene fra nullpunktmålingen i Helse Vest der tidsbruk for en rekke aktører ble kartlagt. For å inkludere effekten av innføring av sentral forskrivningsmodul til den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, ble effekten av dette tiltaket slik det ble beregnet til satsningsforslaget lagt inn i nullalternativet med enkelte justeringer. Justeringene er begrunnet i resultatene fra nullpunktmålingen og faglige vurderinger. Til slutt ble tidligere tidsestimat for gevinster ved innføring av pasientens legemiddelliste gjennomgått og justert med utgangspunkt i korrigert nullalternativ, vurdering av tilgjengelig dokumentasjon bak tidsestimatene, litteratur, statistikk og ekspertvurderinger.

I beregningene er det antatt at det vil være mindre tidkrevende å sammenstille og endre en legemiddelliste etter innføring av pasientens legemiddelliste. Videre er det tatt hensyn til at pasientens legemiddelliste vil føre til at det gjøres noen flere legemiddelsamstemminger enn i nullalternativet. Nullpunktmålingen i Helse Vest viser eksempelvis at legemiddellisten sammenstilles og oppdateres i ca. 50 prosent av utskrivelser fra sykehus. I beregningene av tidsbesparelser i spesialisthelsetjenesten er det antatt at en oppdatert legemiddelliste vil gjøre samstemmingen enklere og ta kortere tid når pasienten legges inn eller kommer til konsultasjon, noe som også kan gi en enklere samstemming når pasienten skrives ut.

I de tilfellene der samstemminger gjøres i dag, vil det være tidsgevinster, mens de som ikke samstemmer listene i dag, må bruke mer tid.

Nyttevirkningen av kortere tid per samstemming vurderes som større enn kostnadsvirkningen av at det må gjøres flere samstemminger, slik at netto virkning er mindre tid brukt på samstemming i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende resonnement gjelder for fastlegetjenesten og de øvrige tjenestene. Pasientenes legemiddelliste vil kunne kreve mer tid, men vil også spare tid på andre prosesser som tjenestene er pålagt å gjøre i dag. I den samfunnsøkonomiske analysen er det nettoeffekten som er det interessante, og som verdsettes.

Følgende tabell gir en oversikt over hvilke besparelser som er lagt inn i grunnlaget for verdsettingen av tidsbesparelser.

Tabell 7 Tidsgevinster ved innføring av pasientens legemiddelliste

Tjeneste	Tidsbruk i nullalternativet (anslag minutter)	Tids- besparelse anslag (anslag minutter)	Beskrivelse	Kategori	Forklaring
Hjemmetjenesten	26	12	Gjennomsnittlig besparelse i minutter for aktuell andel av nye brukere i hjemmetjenesten	Tid spart på samstemming og informasjonsinnhenting fra andre tjenester	Redusert tidsbruk på kontakt med andre i sektoren, samhandlingspartnere og pårørende ved telefonkontakt, PLO-melding eller andre kommunikasjonsverktøy.
Hjemmetjenesten	14	6	Gjennomsnittlig besparelse i minutter for aktuell andel endringer i medisinbruk på brukere med medisineringsvedtak i hjemmetjenesten	Tid spart på endring i medisineringsvedtak ved samhandling	
Sykehjem (korttidsopphold + ØHD/KAD)	31	14	Vektet gjennomsnittlig besparelse i minutter for aktuell andel av nye brukere hos sykehjem (korttidsopphold + ØHD/KAD)	Tid spart på samstemming på vei inn i tjenesten ved samhandling	
Sykehjem (korttidsopphold + ØHD/KAD)	15,5	5	Vektet gjennomsnittlig besparelse i minutter for aktuell andel endringer i medisinbruk på brukere med medisineringsvedtak hos sykehjem (korttidsopphold + ØHD/KAD)	Tid spart på endring i medisineringsvedtak ved samhandling	
Sykehjem (langtidsopphold)	31	14,5	Vektet gjennomsnittlig besparelse i minutter for aktuell andel av nye	Tid spart på samstemming på vei inn i	

			brukere hos sykehjem (langtidsopphold)	tjenesten ved samhandling	
Sykehjem (langtidsopphold)	15,5	5	Vektet gjennomsnittlig besparelse i minutter for aktuell andel endringer i medisinbruk på brukere med medisineringsvedtak hos langtidsopphold	Tid spart på endring i medisinerings ved samhandling	
Fastlegetjenesten	2	1	Gjennomsnittlig besparelse i minutter for aktuell andel av fastlegekonsultasjon	Tid spart på samhandling med andre	Redusert tidsbruk på kontakt med andre i sektoren, samhandlingspartnere og pårørende ved telefonkontakt og/eller andre kommunikasjonsverktøy. Det er også lagt inn 15 minutter per uke per fastlege som spares pga. henvendelser fra andre i sektoren
Legevakt	4	2	Gjennomsnittlig besparelse i minutter for aktuell andel av legevakt-konsultasjoner	Samhandling med andre.	Redusert tidsbruk på kontakt med andre i sektoren, samhandlingspartnere og pårørende ved telefonkontakt og/eller andre kommunikasjonsverktøy.
Sykehus Innleggelse	25	13	Gjennomsnittlig besparelse i minutter for den aktuelle andelen av sykehus-innleggelser		
Sykehus Poliklinikk	8	3	Gjennomsnittlig besparelse i minutter for den aktuelle andelen av poliklinikk-konsultasjoner		
Sykehus Daghandling	16,5	8	Gjennomsnittlig besparelse i minutter for den aktuelle andelen av dagbehandling.		

Apotek	6,7	5	Gjennomsnittlig besparelse i minutter for den aktuelle andelen av ekspedisjoner av e-resepter	Samhandling med fastleger	Redusert tidsbruk på kontakt med fastlege for oppklaring rundt resept.

Tidsgevinster i kommunal pleie- og omsorgstjeneste

Forutsetninger om tidsgevinster og antall endringer/samstemminger i hjemmetjenesten og sykehjem stammer fra arbeid i prosjektet "Legemidler og kjernejournal til sykehjem og hjemmetjenester" fra 2019, og erfaringer fra nullpunktsanalysen og utprøvingen i Helse Vest. I prosjektet fra 2019 ble tidsbruk og volumtall anslått og forankret i samlinger med representanter fra utvalgte aktører i den kommunal helse- og omsorgstjeneste i Arendal, Halden, Sandefjord, Alta og Setesdal kommune. Fra hver kommune deltok det 10-15 personer, herunder sykepleiere, leger, ansvarlig for legetjenesten, leder for hjemmetjenesten, tillitsvalgte, faglige rådgivere og systemansvarlige. Innspillene ble sammenstilt og vurdert i dialog med fagressursene, og et konservativt gjennomsnitt ble lagt til grunn i kost-nytte-vurderingene.

Nullpunktmålingen fra Bergen trekker i retning av at enkelte av tidsestimatene i nullalternativet i analysen fra 2019 var satt for høyt. I foreliggende analyser er estimatene for nullalternativet redusert, noe som også gjør at det potensielle gevinstpotensialet er redusert.

Tidsgevinster på legevakt

Legevaktsleger gjør normalt ikke en legemiddelsamstemming. De gjør kun en rask sjekk for relevante legemidler, men for pasienter som legges inn på sykehus fra legevakt skal legemiddellisten samstemmes. Det er forutsatt at legemiddelavstemminger i realiteten gjøres ved halvparten av innleggelsene, samt at halvparten av innleggelsene krever samstemming (har fire eller flere legemidler). Det er videre lagt til grunn at 14 prosent innlegges på sykehus fra legevakt og at tiden spart per samstemming etter innføring av pasientens legemiddelliste er to minutter. Forutsetningene er de samme som ble benyttet i "Konseptutredningen Felles legemiddelliste" (43). De har usikkerhet knyttet til seg og er ikke forankret i sektor. Anslagene vurderes som konservative forstått som den tiden som «minst» spares.

Tidsgevinster på fastlegekontor

I dag gjennomføres det 3000 til 3100 konsultasjoner i snitt per fastlege per år. Det er mange pasienter som ikke bruker legemidler eller har så få legemidler at det ikke brukes tid på å samstemme listen.

Hvor lang tid fastlegen bruker på samstemming i dag avhenger av hvor komplisert pasientens legemiddelbehandling er, hvor store endringer som er gjort, hvor god oversikt pasienten selv har over legemiddelbehandlingen og hvor lett tilgjengelig den nye legemiddelinformasjonen er. Nullpunktsmålingen i Bergen viser at tiden som brukes i dag på samstemming for pasienter med fire eller flere legemidler er alt fra 1 – 10 minutter. Det er lagt til grunn en gjennomsnittstid på 2 minutter for pasientene det gjøres en legemiddelsamstemming for. Dette er et nedre estimat. Dersom nasjonale råd for legemiddelsamstemming følges, er det mer sannsynlig at gjennomsnittstiden for legemiddelsamstemming er nærmere 10 minutter enn 2 minutter. Begrunnelsen for å ta utgangspunkt i et nedre estimat, er å redusere risikoen for å overdrive en mulig tidsgevinst

på legemiddelavstemming for fastlegene som følge av innføringen av pasientens legemiddelliste.

Når fastlegen får oppdatert informasjon om hvilke legemidler pasienten bruker gjennom pasientens legemiddelliste forventes det at den tiden fastlegene bruker på samstemming av legemiddellisten vil reduseres med i gjennomsnitt ett minutt, fra dagens to minutter. Dette skyldes at fastlegen vil redusere tiden som brukes på å hente inn informasjon fra andre aktører og manuell dokumentasjon i den elektroniske pasientjournalen.

Det er også anslått besparelser for fastlegen ved at PLO-meldinger og andre henvendelser fra kommunal helse- og omsorgstjeneste, samt fra apoteker og spesialisthelsetjenesten reduseres. Her er det anslått at hver fastlege vil spare 15 min i uken på denne reduserte kontakten.

Tidsgevinster på sykehus

Anslagene for tidsgevinster på sykehus er basert på at det kun er behov for å gjøre en samstemming ved 20 prosent av innleggelsene, konsultasjonene og dagbehandlingene. Videre er det antatt at det gjøres en god nok samstemming for halvparten av de pasientene som har mer enn tre legemidler i bruk.

Hvor mye tid som brukes på samstemming vil variere. I forbindelse med konseptutredningen «Felles legemiddelliste» kom det innspill på alt fra 10 – 30 minutter. På bakgrunn av disse anslagene, sammen med informasjon fra nullpunktsmålingene i Bergen, har tidsbruk for samstemming ved innleggelse på sykehus i nullalternativet blitt satt til 25 minutter.

Det er forventet at helsepersonell på sykehus vil redusere tiden som i dag brukes på å lete etter informasjon for å samstemme en pasients legemiddelliste. Det er antatt at tiden brukt på legemiddelsamstemming ved pasientmottak/innleggelse vil reduseres med 13 minutter fra dagens 25 minutter i snitt til 12 minutter etter at pasientens legemiddelliste er innført.

Tidsgevinster for apotek

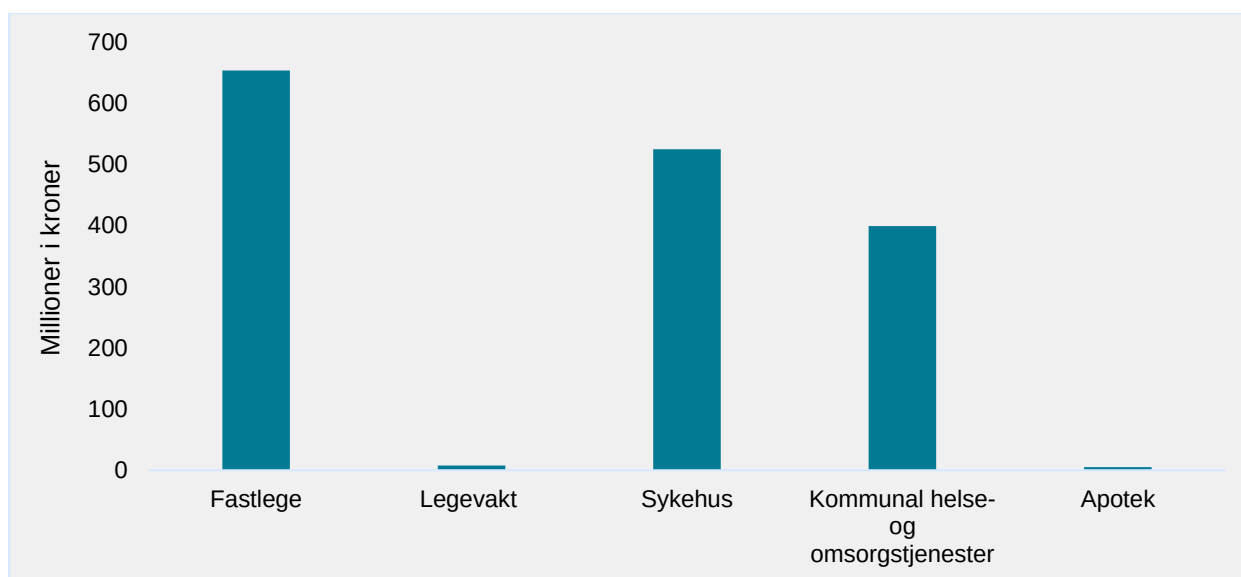
Apotekforeningen legger frem tall om at 16,5 prosent av ekspedisjoner av e-resepter krever noe form for avklaring og at 10,3 prosent av disse krever kontakt med legekontor/rekvirent¹¹. På bakgrunn av informasjon fra apotekforeningen har vi anslått at PLL kan hjelpe med 3 prosent av disse tilfellene og at apoteket sparer 5 minutter per aktuelle avklaring til legekontor.

5.2.1.2 Nåverdi av beregnede tidsgevinster for pasientens legemiddelliste

Nåverdien av tidsgevinstene for pasientens legemiddelliste er beregnet til 1,6 milliarder 2021-kroner etter usikkerhetsanalyse.

Fordeling mellom hovedaktørene vises i Figur 6.

¹¹ Tall fra intern presentasjon fra Apotekforeningen



Figur 6 Nåverdi av tidsgevinster for pasientens legemiddelliste

Hvis kun prioritert løsning blir realisert vil nåverdi av tidsgevinster for pasientens legemiddelliste bli 1,2 milliarder 2021-kroner etter usikkerhetsanalyse.

5.2.1.3 Tidsgevinster ved dokumentdeling

Det eneste samhandlingsområdet i program digital samhandling der det er beregnet prissatte kostnadsreducerende tiltak er dokumentdeling. Dokumentdeling beskrives av sektoren som svært nyttig både kvalitetsmessig og når det kommer til tidsbesparelser.

Gjennom samtaler med ansatte i helse- og omsorgstjenesten i Bodø kommune og legevakten i Oslo kommune har vi fått vurderinger av nytten knyttet til dokumentdeling. Tidsbesparelsene i minutter er både for den tjenesten besparelsen ligger hos, men også hos den tjenesten som kontaktes for å få tak i dokumenter og informasjon om pasienten. Altså vil ikke fastlegen spare 4 minutter, men 2, og tjenesten på den andre siden av informasjonsstrømmen vil spare tilsvarende.

I Tabell 10 beskrives tidsbesparelsene ved innføring av PDS steg 2, dokumentdeling.

Tabell 10 Tidsgevinster ved innføring av PDS steg 2

Helsetjeneste	Tids- besparelse (anslag minutter)	Antall/ andel aktuelle	Beskrivelse	Forklaring
Fastlegetjenesten	4	230 arbeidsdager	Minutter spart per helsesekretær på fastlegekontor per arbeidsdag per år	Redusert tidsbruk på kontakt med samhandlingspartnere, andre sektoraktører, pårørende og bruker gjennom samtaler, telefonkontakt og/eller andre kommunikasjonsverktøy.
Legevakt	55	3-4%	Minutter spart per konsultasjon av andel aktuelle legevakt- konsultasjoner	

Sykehus (Innleggelser og dagbehandling)	55	3-4%	Minutter spart per innleggelse/dagbehandling av andel aktuelle sykehusinnleggelser og dagbehandling
Sykehus (Poliklinikk)	16	1%	Minutter spart per konsultasjon av andel aktuelle poliklinisk-konsultasjoner
Kommunal helse og omsorgssektor (Sykehjem (langtids- og korttidsopphold), hjemmetjenesten og ØHD/KAD)	37	50%	Minutter spart per opphold av andel aktuelle opphold hos kommunal helse og omsorgssektor

Tidsgevinster hos fastlegetjenesten

Fastleger mottar allerede blant annet epikriser, og dokumentdeling vil derfor ikke gi mye ny informasjon. Vi antar likevel at enkelte dokumenter fra spesialisthelsetjeneste, legevakt og ØHD/KAD som ikke automatisk tilfaller fastlegen i dag, vil kunne gi noen tidsbesparelser. Vi har som en forenkling lagt til grunn at hver fastlege ved hjelp av helsesekretær, sparer 2 minutter hver arbeidsdag på dokumentdeling i gjennomsnitt. Estimaten er usikkert, men reflekterer at fastlegetjenesten antas å ha svært små direkte tidsgevinster av dokumentdeling, men at virkningen likevel er positiv.

Tidsgevinster hos legevakt

Samtale med legevakten hos Oslo kommune viste store tidsgevinster hos legevakt ved å ta i bruk dokumentdeling. Denne tiden vil spares på innhenting og venting på relevant nødvendig informasjon om aktuelle pasienter. Det beregnes at legevakt og de som legevakten henvender seg til for å få tak i nødvendig informasjon til sammen sparer 55 minutter i 3-4 prosent av konsultasjonene. Legevakten vil stå for den største besparelsen, men de som har informasjon å dele, og de som svarer på legevaktens henvendelse fram til riktig sted/person treffes, sparer også tid.

Tidsgevinster hos sykehus ved innleggelse og dagbehandling

I likhet med legevakt antar vi at andel sykehusbesøk (ekskluderte polikliniske undersøkelser) som er relevante er 3-4 prosent, og at det spares 22 minutter for den som søker informasjon om pasienten, og den som skal dele informasjonen vil spare tilsvarende hos sykehusene ved innleggelse og dagbehandling. Dette er konservative anslag, med hensyn til å ikke overdrive nytte. Den største delen av tidsgevinsten antas å skje ved innleggelser. Det vil også nytte for sykehus å ha tilgang til dokumentdeling fra andre sykehus, avtalespesialister, legevakt og ØHD/KAD

Tidsgevinster hos sykehus ved polikliniske konsultasjoner

Tidsanslagene for polikliniske konsultasjoner er lavere enn for de andre tidsgevinstene ved innleggelse og dagbehandling. Det begrunnes med at polikliniske konsultasjoner er større i volum, men det er ikke like ofte behov for å finne dokumentasjon om pasientene fort, slik

som ved akutte innleggelser. Vi antar at det spares 7 minutter på hver side av informasjonsstrømmen, og at dette gjelder for en prosent av konsultasjonene.

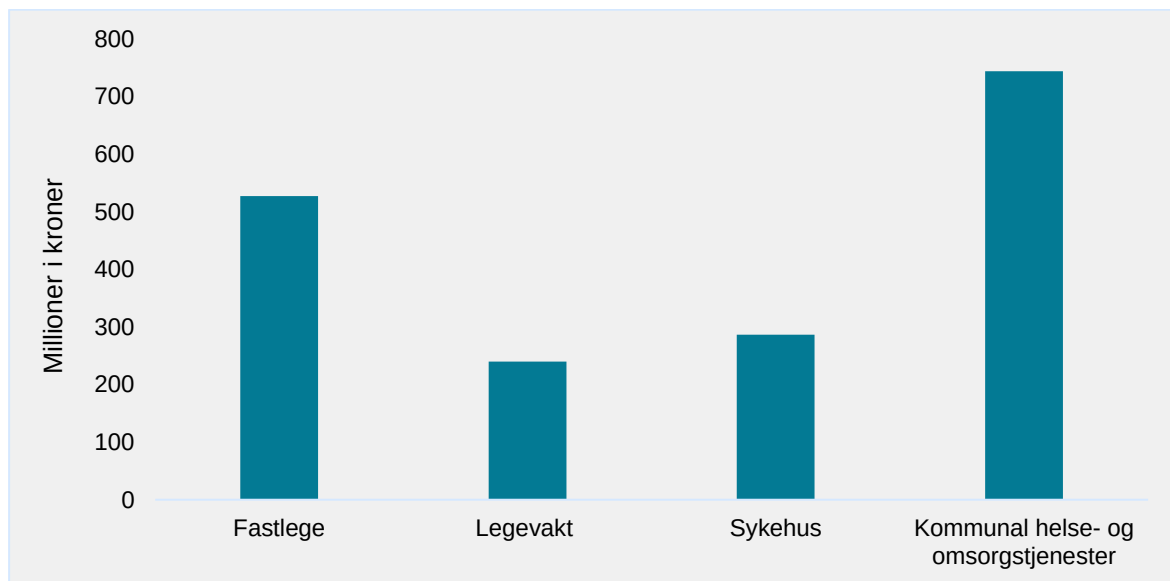
Tidsgevinster i kommunal helse- og omsorgssektor

Kommunal helse- og omsorgssektor omfatter blant annet institusjon/sykehjem og ØHD/KAD. Det er anslått at det for 45 prosent av brukerne vil gi en tidsgevinst på til sammen 37 minutter i gjennomsnitt i institusjon/sykehjem.

5.2.1.4 Nåverdi av beregnede tidsgevinster ved dokumentdeling

Nåverdien av tidsgevinstene for dokumentdeling er beregnet til 1,8 milliarder 2021-kroner etter usikkerhetsanalyse.

Fordelingen vises mellom aktørene i figuren under:

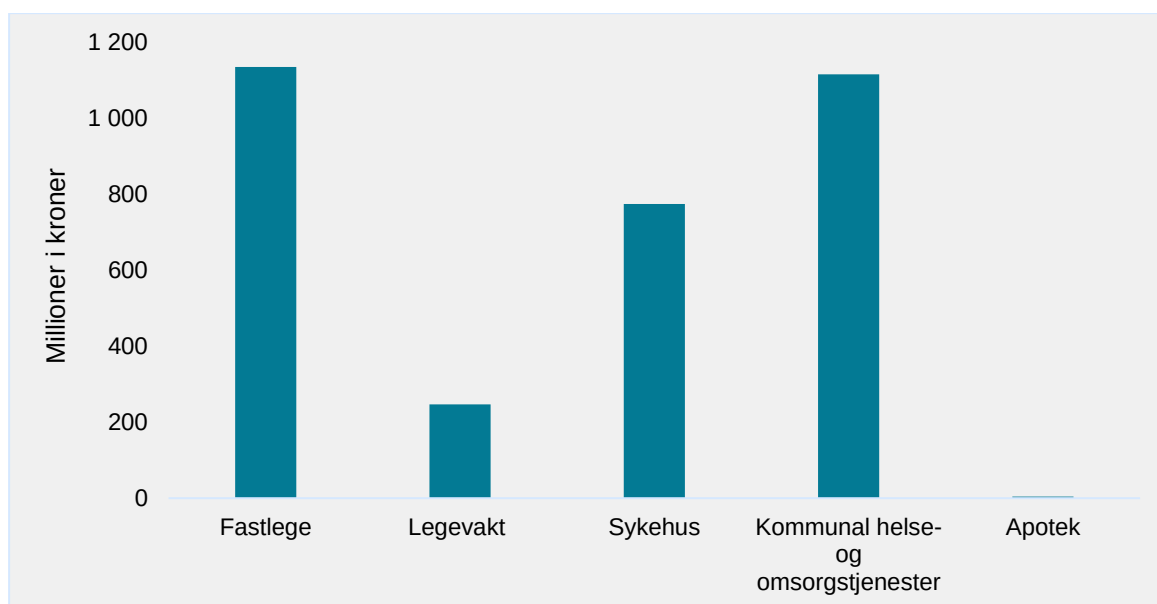


Figur 7 Nåverdi av tidsgevinster program digital samhandling (steg 2)

Hvis kun prioritert løsning blir realisert vil nåverdi av tidsgevinster for dokumentdeling bli 1,1 milliarder 2021-kroner etter usikkerhetsanalyse.

5.2.2 Sum tidsgevinster

Samlet nåverdi for tidsgevinstene som følger av steg 2 er beregnet til 3,4 milliarder 2021-kroner etter usikkerhetsanalyse. Vi ser at kommunal sektor får største delen av nytten i Figur 8.



Figur 8 Samlet nåverdi for beregnet tidsgevinster fordelt på hovedaktører

5.2.3 Kvalitetseffekter (QALY)

I verdsettingen av QALY skilles det mellom ulike skadegrader.

Beskrivelsene for de ulike skadegradene er hentet fra notatet fra Helsedirektoratet (23). Her beskrives de som

- Meget alvorlig skade: Sykehusinnleggelse i flere uker eller måneder, med ganske store smerter eller svært store smerter. Etter sykehusopphold er det smerte eller ubehag resten av livet, med til dels store begrensninger på fritids- og arbeidsmuligheter for resten av livet.
- Alvorlig skade: Sykehusinnleggelse i flere uker eller måneder, med ganske store smerter eller svært store smerter. Etter sykehusopphold er det smerte eller ubehag resten av livet, med til dels store begrensninger på fritids- og arbeidsmuligheter for resten av livet.
- Lettere skade¹²: Ingen sykehusinnleggelse, men mulig poliklinisk behandling. Sår og skrammer som kan gi ubehag. Mindre ubehag og ubesvær i noen dager. Helt bra igjen etter noen dager – ikke noe varig ubesvær.

Satsene på de ulike skadegradene er hentet fra notat fra Helsedirektoratet (23), og det er brukt den laveste verdien av tapt QALY for å ikke overvurdere effektene. For lettere skade er tapte QALY i tillegg justert ned av hensyn til forsiktighetsprinsippet. Det antas at kostnaden ved en skade er jevnt fordelt over hele skadeperioden og at en lettere skade i gjennomsnitt varer i fem dager. Verdiene vises i tabellen under i 2021-kroner. Prisjusteringen fra grunnlagsnotatet til 2021-kroner er basert på KPI. Rundskriv R-109/21 (44) anbefaler en realprisjustering, noe som ville gitt høyere verdier.

Tabell 11 Velferdseffekt ved ulike type skader beregnet ved QALY. 2021-kr

Kategori	Verdi

¹² Kategorien «lettere skade» inkluderer også ikke-optimal behandling. Deler av behandlingen i dag er nødvendigvis ikke optimal, men behandlingen fører heller ikke til en feil eller pasientskade. Konsekvensen kan være at det eksempelvis brukes lenger tid før diagnose settes som betyr at pasienten opplever ubehag lenger og flere ressurser benyttes før behandling starter. Det antas at de ulike samhandlingsområdene i varierende grad kan føre til mer optimal behandling.

Velferdseffekt per statistisk meget alvorlig skade beregnet ved tapte QALY	15 328 819
Velferdseffekt per statistisk alvorlig skade beregnet ved tapte QALY	120 634
Velferdseffekt per statistisk lettere skade beregnet ved tapte QALY	1 704

Nåverdi for de ulike tjenestene vises i tabellen under:

Tabell 12 Nåverdi av Bedre helse (QALY) fordelt på ulike tjenester per konsept. 2021-kr

Tjeneste	Besparelser QALY
Fastlegetjenesten	116 490 569
Legevakt	46 623 314
Hjemmetjenester	29 755 455
Sykehjem: Korttidsopphold + ØHD/KAD	316 073 123
Sykehjem: Langtidsopphold	10 991 899
Sykehus	74 751 149
SUM	594 685 509

5.2.4 Helseøkonomiske besparelser og unngått produksjonstap

Forutsetningene lagt frem i avsnitt 3.4 legges også til grunn når vi har beregnet de helseøkonomiske besparelsene og unngått produktivitetstap. Basert på en rapport fra Helsedirektoratet (45) er beregnet til å være 60 prosent på helseøkonomisk besparelse, som blant annet er unngåtte liggedøgn og ressurser brukt på feilbehandling, og 40 prosent på produksjonstap, som er arbeidskraft i samfunnet tapt på sykdom.

Produksjonstap er kun regnet for 40 prosent av brukerne hos fastleger og legevakt, da vi antar at flesteparten av brukere i kommunale helse- og omsorgstjenester ikke er i arbeid grunnet alder eller andre forutsetninger.

Tabell 13 viser verdien av realøkonomiske skader av ulike nivåer basert på samme notat fra Helsedirektoratet og Statens veivesen som er omtalt tidligere.

Tabell 13 Realøkonomiske kostnader ved ulike type skader (totalt for helsetjenestekostnader og produksjonstap for samfunnet) 2021-kr.

Kategori	Verdi
Realøkonomiske kostnader per statistisk meget alvorlig skade	12 577 302

Realøkonomiske kostnader per statistisk alvorlig skade	5 420 052
Realøkonomiske kostnader per statistisk lettere skade	43 709

Helseøkonomiske besparelser og unngått produksjonstap vises i Tabell 14

Tabell 14 Nåverdi av realøkonomiske besparelser fordelt på helseøkonomiske kostnader og produksjonstap (2021-kr.)

Tjeneste	Besparelser Helseøkonomiske kostnader og produksjonstap
Realøkonomiske besparelser:	1 609 millioner kroner
Helseøkonomiske kostnader	
Realøkonomiske besparelser:	298 millioner kroner
Produksjonstap	
SUM	1907 millioner kroner

5.3 Ikke prissatte virkninger

Ikke prissatte virkninger er vurdert etter pluss-minusmetoden. Metoden er beskrevet i DFØs veileder i samfunnsøkonomiske analyser. Ikke prissatte virkninger vurderes for pasientens legemiddelliste for seg mens de øvrige samhandlingsområdene (dokumentdeling, kritisk info og datadeling til DHO) vurderes samlet. Det er ikke beregnet prissatte virkninger av kritisk info og datadeling til DHO. Samhandlingsområdet kritisk informasjon har virkninger som delvis overlapper med dokumentdeling og er derfor vanskelige å skille ut. Grunnlaget for å vurdere tidsgevinster heller ikke tilstrekkelig til at det er mulig å anslå eventuelle virkninger for tidsbruk. Datadeling til digital hjemmeoppfølging er et markeditiltak for å stimulere til et bedre fungerende marked. Vi har ikke grunnlag for å kvantifisere virkningene av markeditiltaket på kort og lang sikt.

Vurderingen av ikke-prissatte virkninger er vist i følgende tabeller. Samlet sett styrker de ikke-prissatte virkningene den samfunnsøkonomiske lønnsomheten.

Tabell 15 Ikke-prissatte virkninger av pasientens legemiddelliste

Virkning	Betydning	Omfang	Konsekvens	Begrunnelse for vurdering
Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten	Middels	Stort positivt	+ + +	At innbyggere er fornøyde med de tjenestene som de mottar bidrar til å skape tillit til helsetjenesten i stort. Pasientens legemiddelliste har vært høyt profilert i det offentlige rom. Dette har skapt forventninger. Det skaper tillitt å innfri forventningene. Pasientens legemiddelliste steg 2 vurderes likevel å ha begrenset betydning for tillitt i og med at en stor andel av innbyggerne forventes å ha registrert at det ligger en oversikt

				over legemidler i kjernejournal og derfor vil oppleve at de allerede har en legemiddelliste.
Reduserte kostnader for innbygger	Liten	Lite positivt	0	Riktigere ordinering og færre dobbeltforskrivninger vil gi noe lavere utgifter for en liten andel pasienter. Effekten vurderes som liten som følge av egenandelstak og blåreseptordningen som gir begrensede egenandeler for pasient.
Reduserte offentlige utgifter	Stor	Lite positivt	+ +	Offentlige utgifter til blåreseptordningen ligger på om lag 10 mrd. kroner årlig. Framskrivinger viser at kostnaden over offentlige budsjetter kan øke til 19 mrd. kroner fram mot 2030 (46). Pasientens legemiddelliste gir muligheter for bedre kontroll, beslutningsstøtte til de som ordinerer og kan utvikles med mer målrettet og standardisert veiledning for eksempelvis legereservasjon, søknad om individuell refusjon, og muligheter for å trekke ut sammenlignbar statistikk for egen kvalitetsutvikling blant forskrivere.
Bedre tilgang på data om legemiddelbruk og redusert ressursbruk til innhenting og bearbeiding av statistikk	Stor	Stort positivt	+ + + +	Tilgang til oppdaterte og gode data om legemiddelforskrivning og legemidler i bruk kan brukes både til styring og kvalitetsforbedring av helsetjenesten. Tiltaket vil øke datakvaliteten og effektivisere datafangst og legemidler i bruk betraktelig.
Bedre beslutningsstøtte for de som ordinerer legemidler	Middels	Middels positivt	+ +	Bedre informasjon om pasientens legemiddelbruk, kombinert med standardiserte løsninger og veiledning i journalsystemene vil gi økt trygghet ved legemiddelbehandling.
Virkning på konkurranse og innovasjon	Middels	Stort positivt	+ + +	Standardiserte grensesnitt for legemiddelliste bidrar til konkurranse på like vilkår blant journalleverandørene. Dette kommer leverandørmarkedet til gode, og kan også bidra til å senke eventuelle etableringsbarrierer for nye aktører

Ikke-prissatte virkninger for de øvrige samhandlingsområdene i steg 2 er som nevnt vurdert samlet. For vurderinger som i all hovedsak kun gjelder for ett eller to av områdene framgår dette av begrunnelsen for vurderingen.

Tabell 16 Ikke-prissatte virkninger av program digital samhandling (steg 2)

Virkning	Betydning	Omfang	Konsekvens	Begrunnelse for vurdering

Bedre innbygger-opplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten	Stor	Stort positivt	+ + + +	Ved at innbyggerne møter en mer koordinert helse- og omsorgstjeneste, kan dette bidra til økt tilfredshet med tjenestene blant innbyggere og kan øke tilliten til tjenestene. Ved innføringen av dokumentdeling og kritisk info slipper innbygger å bli bærer av egen informasjon i samme grad som i dag, og antall ganger egen pasienthistorie må fortelles kan reduseres. Dette skaper trygghet og tillitt hos innbygger.
Redusert tidsbruk for innbyggere	Middels	Middels positivt	+ +	Innføring av dokumentdeling og kritisk info kan medføre endring i hvor mye tid innbyggere må bruke på å følge opp sin egen, eller pårørendes behandling sammenliknet med nullalternativet. Dokumentdeling og kritisk info kan også bidra til at det settes i gang riktig behandling tidligere som følge av at behandler har bedre informasjon om pasienten. Dette sparer tid for pasient.
Enklere ivaretagelse av personvernrettigheter for innbygger	Stor	Stort positivt	+ + + +	Innbyggers personvernrettigheter er lovfestet, men dagens løsninger kan gjøre det vanskelig for innbygger å ivareta rettighetene sine. En styrking av innbyggernes mulighet til å ivareta egne personvernrettigheter er vurdert til å ha stor betydning for samfunnet og for tilliten den enkelte har til helsetjenesten. Tiltaket vil gi innbygger bedre oversikt over egne opplysninger og bedre forutsetninger for å etablere innebygget personvern.
Bedre ivaretagelse av informasjonssikkerhet	Stor	Middels positivt	+ + +	Betydningen av informasjonssikkerhet er vurdert til stor, fordi god informasjonssikkerhet er en forutsetning for å kunne gjennomføre tiltaket. Helseopplysninger kan være svært sensitive for den enkelte og for samfunnet som helhet, og det er vesentlig at disse er sikret på en god måte. Tiltaket vil kunne ha stor positiv virkning på informasjonssikkerhet sammenliknet med dagens situasjon. Rettidig tilgang til informasjon bedres ved at flere dokumenter gjøres tilgjengelige på tvers av tjenestenivåer. Dagens informasjonsdeling der telefon, faks og meldinger og andre kanaler brukes gir en dårligere ivaretagelse av informasjonssikkerhet.

Kritisk info med betydning for liv og helse	Stor	Lite positivt	++	Kritisk informasjon registreres til dels i dag, men er i begrenset grad samordnet og standardisert. Det er anslått at om lag 250 000 innbyggere er under en behandling, har diagnoser, helseplager eller andre ting som er i kategorien kritisk info. Det er antatt at en stor andel av denne gruppen er bevisst med tanke på denne type informasjon og selv, eventuelt via pårørende, kan formidle nødvendig informasjon til behandler. I de tilfellene der kritisk info ikke formidles eller avdekkes, er det en risiko for feilbehandling som i verste fall kan gi fatale utfall. For denne pasientgruppen vil deling av kritisk info ha stor betydning. Omfanget vurderes som lite som følge av en antagelse om at pasient eller pårørende i de fleste tilfeller vil formidle denne informasjon selv
Økt trygghet hos behandler	Stor	Stort positivt	++++	Helsepersonell er opptatt av at det gis forsvarlig og riktig helsehjelp. For å kunne gi riktig helsehjelp er det nødvendig med informasjon om pasienten. Dokumentdeling og tilgang til kritisk info gir behandler et godt utgangspunkt og tilgang til kvalitetssikret informasjon. Dette har stor betydning for behandleres opplevde trygghet i sin faglige utøvelse. Dette gjelder både for leger og sykepleiere.
Virkning på konkurranse og innovasjon	Middels	Middels positivt	++	Standardiserte grensesnitt for datadeling vil kunne gjøre det mer attraktivt for andre aktører å tilby tilleggskompleksitet og komplementære løsninger som kan kobles mot journalløsningene. Dette vil legge til rette for at det skapes bedre muligheter for innovasjon knyttet til utnyttelse av velferdsteknologi og ny medisinsk teknologi.

5.4 Kunnskapsgrunnlag for gevinstvurderinger

Det er søkt etter referanselitteratur og andre datakilder for å kunne verifisere beregningene som er gjort. Det er gjort mest på vurderinger og analyser av pasientens legemiddelliste vil ha på tidsbruk og legemiddelfeil. I dette kapitlet går vi kort gjennom tidligere undersøkelser og relevante data på legemiddelområdet. For de øvrige samhandlingsområdene i steg 2, vises det til konseptvalgutredningen for felles kommunal journal med tilhørende kvalitetssikringsrapport som det mest relevante kunnskapsgrunnlaget.

5.4.1 Kunnskap om virkninger av en korrekt legemiddelliste

Det er begrenset kunnskap om hvor stor virkning en korrekt legemiddelliste vil ha på å redusere antall legemiddelfeil. I Konseptutredningen "Felles legemiddelliste" (43) har man

forsøkt å beregne redusert bruk av helsetjenester i spesialisthelsetjenesten som følge av riktigere behandling og færre pasientskader. Beregningene bygger blant annet på St.meld. nr. 18 (2004-2005) «Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk» der det anslås at 5–10 prosent av alle sykehusinnleggelses på indremedisinske avdelinger kan tilbakeføres til feilaktig legemiddelbruk (9). Flere studier viser tilsvarende omfang (47) (48) (49)

I konseptutredningen «Felles legemiddelliste» antas det at pasientens legemiddelliste vil stå for en reduksjon på 5 prosent av akuttinnleggelsene i spesialisthelsetjenesten som skyldes legemiddelfeil, og den potensielle årlige gevinsten ble beregnet til 28 millioner. Videre ble det vist til forskning (50) som anslår at legemiddelfeil på sykehus gir 490 000 flere liggedøgn og en merkostnad på to milliarder kroner. Det ble antatt at pasientens legemiddelliste ville redusere antall ekstra liggedøgn og merkostnad grunnet legemiddelfeil med 2 prosent. Dette tilsvarer en mulig årlig gevinst på 59 millioner.¹³ Anslagene er beskrevet som konservative grunnet andre tiltak som på tidspunktet for konseptutredningen også arbeidet med kvalitetsforbedringer i helsetjenesten, for eksempel pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområde for legemiddelsamstemming. Etter at konseptutredningen ble ferdigstilt er det arbeidet videre med kvalitetsforbedringer gjennom flere tiltak herunder legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang (12).

Innsatsområdene for legemiddelavstemming og legemiddelgjennomgang er eksempler på tiltak som virker på samme målområde som pasientens legemiddelliste og som dermed også realiserer noe av de samme nytteeffektene som pasientens legemiddelliste er rettet mot. Samtidig vil etablering av pasientens legemiddelliste gjøre legemiddelavstemming og -gjennomganger enklere, og kunne øke kvaliteten og redusere tiden helsepersonell bruker på disse aktivitetene.

En legemiddelliste med korrekte opplysninger over pasientens legemiddelbruk, vil gjøre det enklere å gjennomføre en legemiddelgjennomgang (12). En legemiddelgjennomgang er en systematisk gjennomgang av alle legemidler pasienten bruker for å sikre hensiktsmessig bruk og forebygge pasientskader (51). En legemiddelgjennomgang inkluderer:

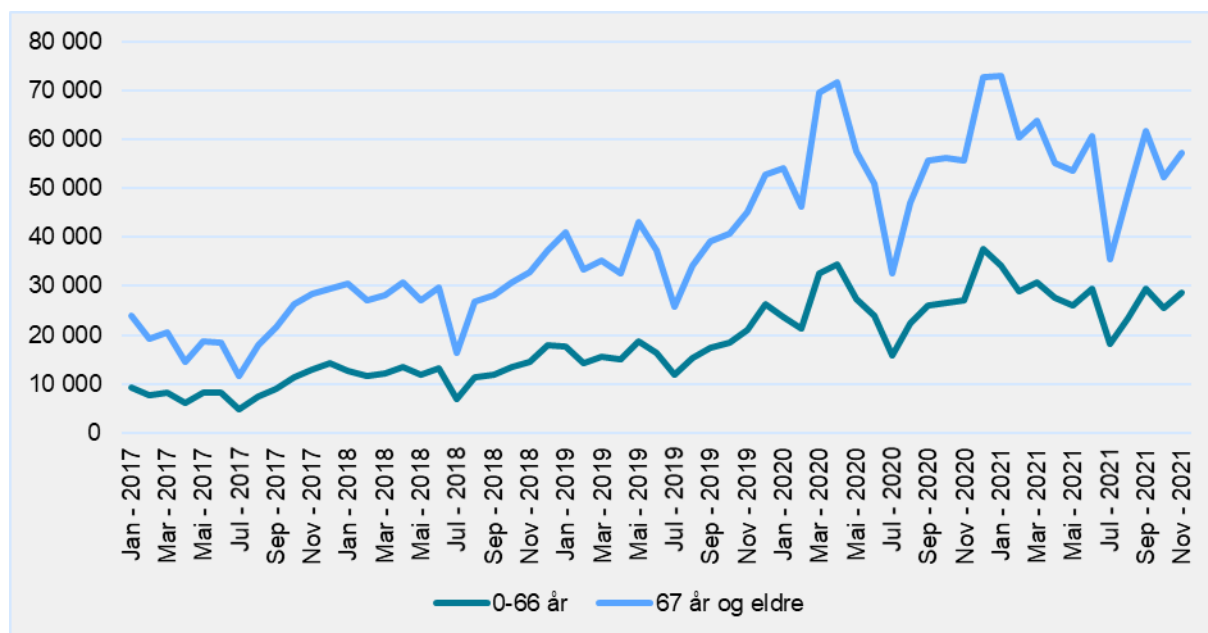
- Vurdering av indikasjon for legemidlene pasienten bruker
- Vurdering av nye legemidler eller doseendring av eksisterende legemidler
- Om legemidlene interagerer med hverandre
- Gjennomgang av allergier og legemiddelreaksjoner
- Gjennomgang av effekt av pågående legemiddelbehandling.

En legemiddelgjennomgang fordrer en samstemt og oppdatert legemiddelliste. Legemiddelgjennomganger blir sett på som et viktig tiltak for å forebygge legemiddelfeil.

I Konseptutredningen "Felles legemiddelliste" (43) vises det til erfaringstall fra Sykehjemsetaten i Oslo kommune der det framgår at hver pasient i gjennomsnitt hadde 2,7 legemiddelrelaterte problemer før legemiddelgjennomgang i perioden 2011-2014, og at de fleste ble løst i løpet av legemiddelgjennomgangen. Legemiddelgjennomgang resulterte i en reduksjon på 1,3 legemidler i snitt per pasient i 2011-2012 (9 s. 52). Med utgangspunkt i en antagelse om at 5 prosent av fremtidens legemiddelgjennomganger kan tilskrives pasientens legemiddelliste, ble det vurdert en mulig årlig gevinst på 11 millioner kroner som følge av redusert legemiddelbruk og -utgifter. Redusert legemiddelbruk i denne sammenheng, vil sannsynligvis være synonymt med redusert overforbruk eller unødvendig legemiddelbruk.

¹³ For mer informasjon om beregningene, se Felles legemiddelliste, konseptutredning, Direktoratet for e-helse, januar 2016.

Følgende figur viser antall legemiddelgjennomganger utført av fastleger fra januar 2017 til november 2021. Figuren viser en kraftig vekst i antall gjennomganger fra 2017 og fram til i dag. I 2020 ble det gjennomført i underkant av 670 000 legemiddelgjennomganger, mens 2021 ligger an til å bli noe høyere.



Figur 9 Antall legemiddelgjennomganger gjennomført av fastleger (takstkode 2ld), 2017-2021. Kilde: Helsedirektoratet, statistikk om allmennlegetjenester

I tillegg til legemiddelgjennomganger som foretas av fastlegene, registreres også legemiddelgjennomganger som gjøres på sykehjem for langtidsplasser (SSB tabell 12752). Andelen beboere som får en legemiddelgjennomgang svinger rundt 60 prosent i perioden 2017 til 2020. Det er store variasjoner mellom ulike fylker. Oslo har høyest andel beboere som har fått legemiddelgjennomgang i 2020 med 91,7 prosent. Nordland hadde lavest andel med 44,5 prosent.

Sammenliknet med analysene som ble gjennomført i konseptutredningen (43) tilsier utviklingen etter 2017 at det har vært forbedringer knyttet til legemiddelbruk, blant annet som følge av hyppigere legemiddelgjennomganger. Det er også rimelig å anta at fastlegene har legemiddellister for de pasientene som har vært gjennom en legemiddelgjennomgang. Det er ikke grunnlag for å anta at pasientens legemiddelliste i vesentlig grad vil påvirke antall legemiddelgjennomganger utover det dagens virkemidler gir på dette området. Derimot er det lite som tyder på at tidligere dokumenterte utfordringer knyttet til dokumentasjon, informasjonsutveksling og samhandling omkring legemiddelbruk er endret. Eksempelvis viser en oppsummering av 91 publikasjoner fra forsknings- og utviklingsarbeid som omhandler pasientsikkerhet relatert til legemiddelbruk i omsorgstjenesten i kommunen, store utfordringer ved samhandling omkring legemiddelbruk (13). Helsedirektoratet påpeker i et høringsnotat fra 2021 at det er en utfordring at pasienter og helsepersonell ofte mangler en fullstendig oversikt over pasientens faktiske legemiddelbruk. Svikt i overføring av opplysninger om legemiddelbehandling vurderes også fortsatt som en betydelig risiko som truer pasientsikkerheten (12).

Legemiddellisten som i dag ligger i kjernejournal, gir en oversikt over forskrivning og utleveringer av reseptbelagte legemidler. I erfaringsinnhentingene fra utprøving av dokumentdeling ble det i intervju med en legevaktjeneste pekt på at denne informasjonen var svært nyttig, sammenliknet med tidligere da all legemiddelinformasjon måtte innhentes

gjennom å kontakte tidligere behandlingssteder. En full innføring av kjernejournal, vil trolig realisere deler av nytten ved pasientens legemiddelliste. Kunnskap om hva som er forskrevet og utlevert, gir imidlertid ikke tilstrekkelig kunnskap om hvilke legemidler pasienten faktisk bruker. Helsedirektoratet refererer til en rapport fra Verdens helseorganisasjon der det framgår at 30 – 50 prosent av pasientene med kroniske sykdommer ikke følger anbefalt legemiddelbehandling (12). Med lav etterlevelse blir det forskjell mellom hvilke legemidler helsepersonell tror pasienten bruker på grunnlag av hva som er foreskrevet og utlevert, og hva pasienten faktisk bruker.

Innføring av sentral forskrivningsmodul til pleie- og omsorgstjenesten skal gi en oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker og sikre at kvaliteten på legemiddelinformasjonen blir tilstrekkelig for videre deling. For at legemiddellisten til enhver tid skal være oppdatert, er det nødvendig at også den kommunale pleie- og omsorgstjenesten med hjemmetjenesten, sykehjem ØHD/KAD og legevakt deltar i pasientens legemiddelliste, oppdaterer listen ved endringer og bidrar til å utvikle kvaliteten på felles legemiddellister.

Hvorvidt pasientens legemiddelliste i første rekke vil bidra til kvalitetsforbedringer eller tidsbesparelser vil trolig variere mellom tjenester og den enkelte behandlingsansvarlige. Fastlegen har i dag et krav i fastlegeforskriften om at når fastlegen endrer eller får informasjon om at legemiddelbehandlingen er blitt endret, skal legemiddellisten oppdateres og gis til listeinnbygger og andre tjenesteytere når nødvendig. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp stiller krav om at en oppdatert og samstemt liste over legemidler i bruk skal, i forståelse med pasienten, alltid følge pasienten ved skifte av omsorgsnivå. For de som følger kravene vil pasientens legemiddelliste gi tidsgevinster, mens de som ikke prioriterer å sørge for at oppdatert og samstemt legemiddelliste følger pasienten, vil kunne oppleve å få merarbeid ved innføring av pasientens legemiddelliste. Ved mottak av pasienter som mangler en samstemt legemiddelliste vil være bytteforhold mellom tidsbruk og kvalitet. I noen tilfeller vil det brukes den tiden som er nødvendig for å samstemme legemiddellisten, mens det i andre tilfeller ikke prioriteres å bruke tid på å fremskaffe tilstrekkelig informasjon til at kvaliteten på legemiddellisten sikres. I vurderingene av nytte må det gjøres avveininger mellom tids- og kvalitetsgevinster for å unngå dobbelttelling. Samlet nytte er derfor en mer interessant størrelse enn en vurdering av kvalitet og tidsgevinster hver for seg. I praksis er det imidlertid metodisk krevende å behandle tids- og kvalitetsgevinster samlet i og med at datagrunnlaget bygger på ulike kilder og det også må brukes ulike verdsettingsmetoder.

Basert på oppdatert kunnskap og utviklingen som har vært etter konseptutredningen, er det rimelig å anta at nyttepotensialet for pasientens legemiddelliste er lavere enn da konseptutredningen for felles legemiddelliste ble levert i 2016. Dette skyldes at tiltak på andre områder og gjennomførte/vedtatte tiltak under pasientens legemiddelliste har realisert deler av nytten. På den andre siden vil en vekst i de samlede legemiddelutgiftene, kombinert med en aldrende befolkning, bidra til å øke gevinstpotensialet.

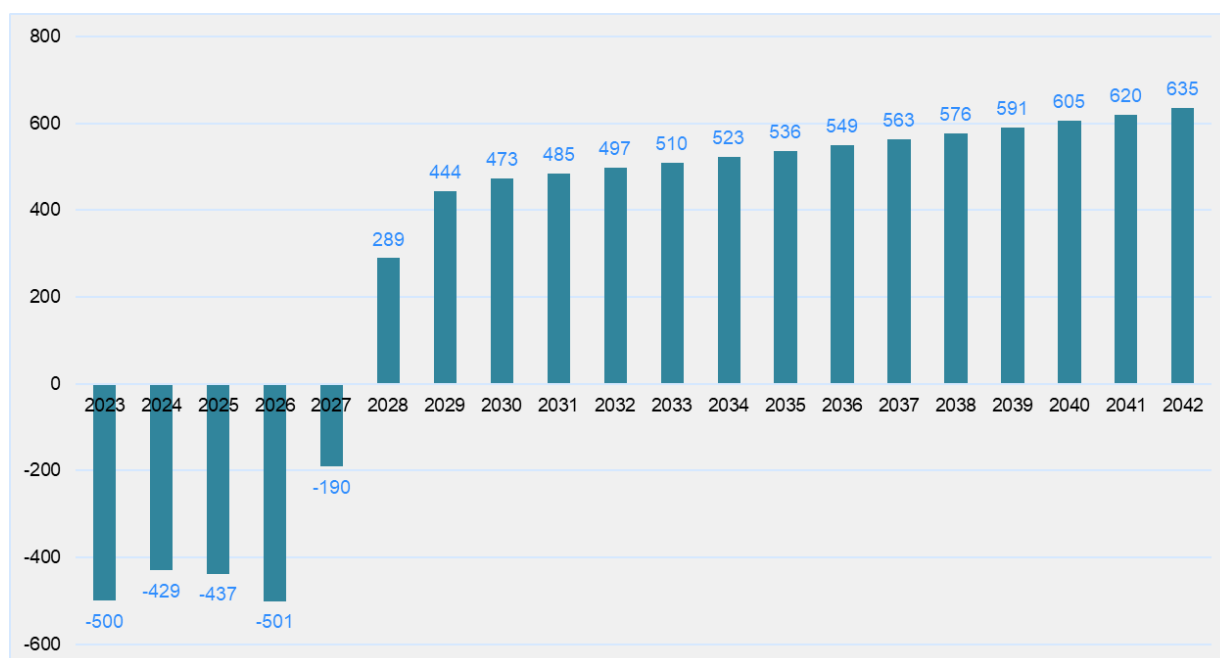
5.5 Samlet netto nåverdi

Tabell 17 gir en oversikt over netto nåverdi for steg 2. For pasientens legemiddelliste og dokumentdeling er nytten prissatt, mens kostnadene for samtlige tiltak er inkludert i de prissatte virkningene.

Tabell 17 Netto nåverdi steg 2 (i millioner, 2021-kr)

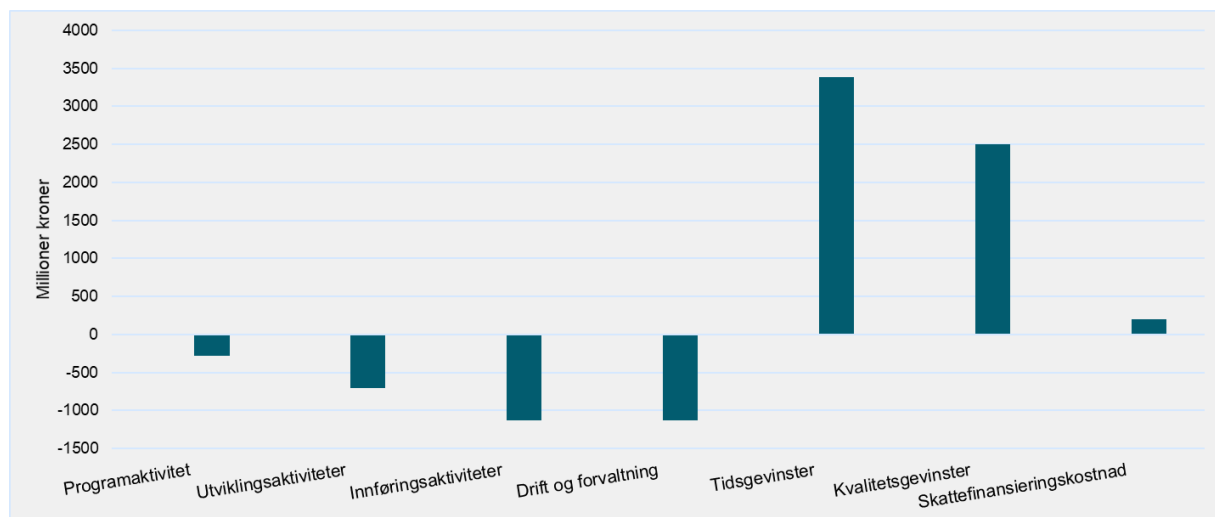
Prissatte virkninger	Netto nåverdi mill. 2021-kr
Investeringskostnader	-2 120
Drift- og forvaltningskostnader	-1 127
Frigjort tid for helsepersonell	3 390
Færre uønskete hendelser som skyldes feil eller manglende informasjon	2 502
Skattefinansieringskostnad	196
Netto nåverdi	2 841

Følgende figur viser hvordan kostnader og nytte fases inn gjennom analyseperioden.



Figur 10 Fordeling av kostnader og nytte gjennom analyseperioden

Som det framgår av figuren vil programmet gi positiv nytte fra 2028 som er siste år i programperioden. Følgende figur viser hvordan kostnader og nytte fordeler seg på hovedpostene. Investeringskostnadene (programaktiviteter, utviklingsaktiviteter og innføringsaktiviteter) kommer i første del av analyseperioden, mens gevinstene kommer som følge av investeringene utover i perioden.



Figur 11 Fordeling på hovedkategorier

6 Vurdering av usikkerhet og robusthet

Ettersom alle prosjekter involverer usikkerhet og nyttesiden har stor påvirkning for tiltakets samfunnsøkonomiske lønnsomhet er det gjennomført en usikkerhetsanalyse av prosjektets nytteside. Formålet med analysen er å gi et bilde av hvilke faktorer som driver usikkerheten rundt samhandlingsområdene. Videre er det gjennomført en sensitivitetsanalyse som belyser hvor mye tiltakets samfunnsøkonomiske lønnsomhet varierer med endringer i utvalgte parametere. Sensitivitetsanalyser er også brukt for å teste hvor mye av den beregnede nytten som minimum må realiseres for at steg 2 skal være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Det er da kun sett på prissatt nytte. I vurderingen av samfunnsøkonomisk lønnsomhet skal ikke-prissatt nytte vurderes på lik linje med prissatt nytte.

Usikkerhetsanalysen viser at det er stor usikkerhet knyttet til estimatene i den samfunnsøkonomiske analysen. De viktigste driverne til usikkerheten for pasientens legemiddelliste er oppslutningen og deltagelse som sikrer at samtlige aktører samstemmer og oppdaterer legemiddellisten. Dersom ikke alle følger opp endringer, vil fastlegens tidsbesparelser reduseres forutsatt at fastlegen tar ansvar for å holde legemiddellisten oppdatert. Med innføring av sentral forskrivingsmodul (SFM) vil de kommunale pleie- og omsorgstjenestene få tilgang til pasientens legemiddelliste med muligheter for å koble til sine fagsystemer. Nyten av denne tilgangen vil avhenge av kvaliteten på pasientens legemiddelliste, noe som igjen henger sammen med at listen til enhver tid viser en samstemt legemiddelliste etter siste behandlingskontakt.

For dokumentdeling som er det andre samhandlingsområdet med prissatt nytte, er den største usikkerhetsdriveren knyttet til hvor mange aktører utover helseforetakene som deler dokumenter i programperioden. Det er også en svært høy estimatusikkerhet på tidsestimatene som følge av det ikke har vært gjennomført nullpunktsmålinger og heller ikke gjort systematiske tidsbruksregistreringer i utprøvingen.

Sensitivitetsanalysen viser at tiltaket er sensitivt for endringer i tidsbesparelse, men fremstår ellers som robust og vil ha positiv nettonåverdi selv ved endringer i de fleste forutsetningene.

6.1 Usikkerhetsanalyse

I forbindelse med kostnadsberegningene, redegjort for i vedlegg E Kostnadsanalyse, er det gjennomført en usikkerhetsanalyse for investeringskostnadene (42). I den samfunnsøkonomiske analysen er forventningsverdien som følger av usikkerhetsberegningene brukt i beregningen av netto nåverdi.

Usikkerhetsanalysen i den samfunnsøkonomiske analysen omfatter de følgende prissatte virkningene:

- Redusert tidsbruk på informasjonsinnhenting, samstemming, og samhandling for helsepersonell
- Forvaltning, drift og videreutvikling

Prissatte kvalitetsvirkninger er ikke inkludert i den kvantitative usikkerhetsanalysen. Det er i stedet gjennomført sensitivitetsanalyser for å vise betydningen av usikkerheten i prissatt kvalitet. Begrunnelsen for denne tilnærmingen er at beregningene bygger på en generisk modell basert på standard forutsetninger. Usikkerheten i beregningene vurderes som høy, og det er også fulgt et forsiktighetsprinsipp i vurderingen av inngangsdataene som er brukt. Vurderingene og inngangsdataene er likevel i stor grad basert på kvalitativt skjønn og

tidligere beregninger. Det er derfor ikke vurdert som meningsfylt eller opplysende med en kvantitativ usikkerhetsanalyse av prissatt kvalitet. Sensitivitetsanalyser som viser betydningen av usikkerheten, er vurdert som mer relevant.

Usikkerhetsanalysen er delt inn i estimat- og hendelsesusikkerhet. Estimatusikkerhet er usikkerhet knyttet til forutsetninger som rater, priser og mengder i basisestimatet.

Estimatusikkerhet beskrives som et spenn som definerer usikkerheten. Usikkerhetsspennet strekker seg fra et pessimistisk nedre anslag (P_{10}^{14}), via den mest sannsynlige verdien (basisestimatet) til et optimistisk øvre anslag (P_{90}^{15}).

Hendelsesusikkerhet er usikkerhet som ikke omfattes av estimatusikkerheten. Dette er indre og ytre hendelser som kan påvirke tiltakets utfall betydelig. Det er i denne usikkerhetsanalysen gjennomført usikkerhetsvurderinger knyttet til fem hendelser som prosjektet mener kan påvirke prosjektets utfall betydelig:

- Endring i innføringstakt
- Forskyvning i innføringstakt og ibruktagelse
- Endring i fastlegedeltakelse (pasientens legemiddelliste)
- Endring i realiseringstakt (dokumentdeling)

For drift, forvaltning og videreutvikling er omfang og fleksibilitet knyttet til videreutvikling i basisestimatene vurdert.

I usikkerhetsanalysen ble det tatt utgangspunkt i netto nåverdi basert på basisestimatene for tidsbesparelser og inngangsdataene for kostnader og mengde. Deretter ble øvre og nedre anslag vurdert og forventningsverdi beregnet. Påslaget fra basisestimat til forventningsverdi ble deretter lagt på basisestimatene før nåverdien i den samfunnsøkonomiske analysen ble beregnet.

For pasientens legemiddelliste er påslaget fra basis til forventningsverdiene for tidsbesparelsene som er brukt i den samfunnsøkonomiske analysen beregnet til 7,5 prosent mens det tilsvarende for påslaget for dokumentdeling er beregnet til 8,3 prosent. Dette er lavere påslag enn for investeringskostnadene. Det er også verdt å merke at usikkerhetsspennet er større på nyttesiden enn på kostnadssiden. Med dette menes at det er stor forskjell mellom nedre anslag (P_{10}) og øvre anslag (P_{90}). I og med at tidsbesparelsene som er vurdert er lagt på et minstenivå, blir estimatusikkerheten høyreskjev. Hendelsesusikkerhet med betydning for deltagelse og ibruktagelse trekker noe ned.

For forvaltning, drift og vedlikehold er det brukt samme påslag fra basisestimat til forventningsverdi som for investeringskostnadene for pasientens legemiddelliste. For dokumentdeling er påslaget fra basis til forventning lavere enn for investeringskostnadene som følge av at det i basisestimatet er tatt hensyn til at det vil være behov for noe videre utvikling i driftskostnadene. Dette gir fleksibilitet med muligheter for å påvirke driftskostnadene.

¹⁴ P_{10} angir at konsekvensene i 1 av 10 tilfeller er på dette nivået eller lavere.

¹⁵ P_{90} angir at konsekvensene i 1 av 10 tilfeller er på dette nivået eller høyere.

6.2 Sensitivitetsanalyse

Flere scenarioer for å vurdere hvor sensitivt steg 2s lønnsomhet er for endringer i ulike forutsetninger er vurdert. Sensitivitetsanalysen belyser blant annet nødvendig oppslutning om dokumentdeling og pasientens legemiddelliste for at steg 2 skal være lønnsomt. Den belyser også tiltakets sensitivitet for endringer i nytte- og kostnadsvirkninger.

Sensitivitetsanalysen tar utgangspunkt i nåverdien i den samfunnsøkonomiske analysen og reflekterer tiltaket slik det er beskrevet i det sentrale styringsdokumentet. For å synliggjøre sensitiviteten for endringer i nytte- og kostnadsvirkningene endres utvalgte faktorer mens alt annet holdes konstant.

Tiltaket er sensitivt for endringer i tidsbesparelse og beregnede kvalitetsgevinster, men fremstår ellers som robust og vil ha positiv netto nåverdi selv ved endringer i de fleste forutsetningene.

6.2.1 Endringer i beregnet nytte fra dokumentdeling

Tabell 1 viser hvilke tiltak som går inn i samhandlingsområdet dokumentdeling. Videre innføring av dokumentdeling fra helseforetakene er beheftet med lav usikkerhet. For at kommunehelsetjenesten skal kunne nyttiggjøre seg dokumentene som deles, kreves det at kjernejournal er innført i kommunehelsetjenesten. Innføring av kjernejournal ligger i nullalternativet og er forutsatt fullført ved utgangen av 2023. Dersom innføringen tar lengre tid enn forutsatt, vil kommunehelsetjenesten få en tilsvarende forsinkelse i lesetilgang til dokumentene som deles. I hovedalternativet er det lagt til grunn at nytterealiseringen skjer ett år etter at de ulike delene i tiltakene innføres. Konsekvensene av en forsinket ibruktagelse på fem, 8 og 10 år er vurdert. Selv med 10 års forsinket nytterealisering viser analysene en positiv netto nåverdi på 0,5 milliarder kroner. Erfaringene fra utprøvningsprosjektet viser at terskelen for å ta i bruk dokumentdeling i kjernejournal for å lese dokumenter er lav, og at brukerne opplever delingen som svært nyttig. Ibruktagelse av lesetilgangen via kjernejournal framstår som rimelig sikker. Usikkerheten ligger i når kjernejournal er fullt innført og tatt i bruk i kommunehelsetjenesten.

Usikkerheten i beregnede kvalitets- og tidsgevinster er stor. I sensitivitetsanalysen er konsekvensene av lavere anslag for disse gevinstene vurdert med ulike kombinasjoner. Kvalitets- og tidsbesparelser må sees i sammenheng. I mange tilfeller bruker helsetjenestene mye tid der de også klarer å innhente tilsvarende informasjon som gjøres tilgjengelig med dokumentdelingen som inngår i steg 2. Kvalitetsgevinsten i disse tilfellene vil i hovedsak være at riktig behandling for en del pasienter kan starte tidligere, og redusert risiko for at det settes i gang feil behandling der det er nødvendig å sette i gang tiltak før informasjon er hentet inn. I andre tilfeller vil det på tross av iherdig tidsbruk ikke alltid være mulig å etablere tilsvarende informasjon. Selv med 85 prosent reduksjon i beregnet kvalitetsgevinster, kombinert med 3 år forsinket ibruktagelse av lesetilgang, vil dokumentdeling ha en positiv nytte (men nær null).

Det er knyttet større usikkerhet til videre deling fra avtalespesialister, legevakt og ØHD/KAD enn til deling fra helseforetakene. I sensitivitetsanalysen er konsekvensene av at delingen ikke realiseres innenfor programperioden belyst. Dersom det skulle skje, vil det fremdeles være nytte av avklaringen og utviklingen som er gjort i steg 2, men nytten vil først realiseres dersom dokumentdelingen fra andre aktører fullføres i steg 2. I sensitivitetsanalysen er det derfor ikke vurdert nytte av aktiviteter rettet mot deling fra andre aktører enn helseforetakene i dette scenariet. Analysen viser at nyttetapet, selv kombinert med tre års forsinket ibruktagelse av deling fra helseforetakene, er samfunnsøkonomisk lønnsomt (0,5 milliarder kroner).

For å teste robustheten er det også testet hvor stor oppslutning, definert som deling fra helseforetakene, som må realiseres for at dokumentdeling skal kunne bære kostnadene for dokumentdeling, kritisk info og datadeling til digital hjemmeoppfølging. Resultatene viser at det med de beregnede tids- og kvalitetsgevinstene er tilstrekkelig at 45 prosent av helseforetakene realiserer planlagt dokumentdeling kombinert med 6 års forsinket ibruktagelse fra øvrige aktører etter dokumentene er delt. Tabell 18 viser scenarier for å vurdere sensitivitet med tilhørende resultat

Tabell 18 Dokumentdeling: Scenarier og resultat av endringer på nyttesiden.

Beskrivelse av scenarier	Netto nåverdi, millioner 2021-kroner
Ett år før nytterealisering etter innfasing, 90 prosent deltagelse. Hovedalternativet	1 682
5 år forsinket nytterealisering etter at dokumentene deles, 90 prosent deltagelse	1 150
10 år forsinket nytterealisering etter at dokumentene deles, 90 prosent deltagelse	509
8 år forsinket nytterealisering etter at dokumentene deles, 90 prosent deltagelse	760
30 prosent reduksjon i tids- og kvalitetsgevinster	642
30 prosent reduksjon i tids- og kvalitetsgevinster, tre år forsinket nytterealisering etter at dokumentene deles	449
10 prosent reduksjon i tidsbesparelser, 60 prosent reduksjon i kvalitetsgevinster, tre år forsinket nytterealisering etter at dokumentene deles	262
21 prosent reduksjon i tidsbesparelser, 65 prosent reduksjon i kvalitetsgevinster, 3 år forsinket nytterealisering etter at dokumentene deles	6
85 prosent reduksjon i kvalitetsgevinster, 3 år før nytte realiseres etter at dokumentene deles	2
Redusert innføring - kun helseforetak deler, 1 år før nytterealisering etter at dokumentene deles, 10 prosent reduksjon i tids- og kvalitetsgevinster	469
Redusert innføring - kun helseforetak deler, 1 år før nytterealisering etter at dokumentene deles	736
Kun 45 prosent av helseforetakene deler, forsinket nytterealisering (ibruktagelse av lesetilgang) med 6 år	17

Samhandlingsområdene kritisk informasjon og datadeling for digital hjemmeoppfølging er vurdert sammen med dokumentdeling. Kostnadene i nåverdiberegningene dekker hele programområdet digital samhandling steg 2 mens prissatt nytte kun inkluderer dokumentdeling. Prissatt nytte må derfor vurderes sammen med ikke prissatte virkninger vist i Tabell 16.

6.2.2 Endringer i beregnet nytte fra pasientens legemiddelliste

Innføringen av pasientens legemiddelliste i steg 2 er kompleks, og vil også være beheftet med relativt stor usikkerhet med hensyn til nytterealisering. Avhengigheten til innføring og ibruktagelse av sentral forskrivningsmodul i den kommunale pleie- og omsorgssektoren (nullalternativet) bidrar også til usikkerhet.

Fastlegetjenesten har en nøkkelrolle i og med det er fastlegen som må opprette den første pasientens legemiddelliste for sine listepasienter. Som omtalt i kapittel 5.4 ligger det et krav i fastlegeforskriften om at når fastlegen endrer eller får informasjon om at legemiddelbehandlingen er blitt endret, skal legemiddellisten oppdateres og gis til listeinnbygger og andre tjenesteytere når nødvendig. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp stiller krav om at en oppdatert og samstemt liste over legemidler i bruk skal, i forståelse med pasienten, alltid følge pasienten ved skifte av omsorgsnivå. Knapphet på tid og andre prioriteringer av andre viktige oppgaver, kombinert med tungroddede systemer, kan forklare manglende etterlevelse av disse forskriftene (52) (46). Fastlegene bruker ulike EPJ-leverandører der samtlige har inkludert en funksjon for en legemiddelliste. Systemene har ulik grad av beslutningsstøtte og funksjonalitet. Legene skal også forholde seg til kompliserte refusjonsregler, noe som krever tid i legemiddelhåndtering. Det er dermed grunnlag for å anta at pasientens legemiddelliste kan bidra til enklere hverdag for fastlegen etter at den første listen er opprettet. Dette gjelder særlig i forhold til kravet om at legemiddellisten skal følge pasienten ved behandling hos andre tjenesteytere samt kravet om oppdatering når andre enn fastlegen har endret legemiddelbruken. Hvor mye nytte som realiseres, og hvilke aktører som får de største tidsgevinstene, vil i stor grad avhenge av hvor mange som følger opp legemiddellisten og faktisk oppdaterer listen sånn at den reflekterer en riktig liste i sanntid hos hver enkelt pasient.

Det er også en betydelig estimatusikkerhet knyttet til besparelsene for den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Innføring av sentral forskrivningsmodul til pleie- og omsorgssektoren vil realisere både tids- og kvalitetsgevinster. Dette er gevinster som realiseres i nullalternativet. Hvor mye nytte for denne sektoren som utløses ved innføring av pasientens legemiddelliste i steg 2 i tillegg, er usikkert. Dersom mesteparten av tidsgevinstene for pleie- og omsorgssektoren realiseres med innføring av sentral forskrivningsmodul, vil insentivene for å ta neste skritt og innføre pasientens legemiddelliste være svake. Kvalitetsgevinstene tilfaller i stor grad innbygger og andre aktører i helsesektoren. Pasientens legemiddelliste er dermed et eksempel på en klassisk koordineringsutfordring der nytte og kostnader på langt nær er plassert på samme hånd. Koordineringsutfordringen kan redusere deltagelsen, forstått som hvor mange som tar pasientens legemiddelliste i bruk, og bidrar til å holde en sanntids oversikt over legemidler i bruk.

Tabell 19 viser hvilke scenarier som er testet. Som det framgår av tabellen er den samfunnsøkonomiske lønnsomheten robust for deltagelse, alt annet likt. Selv med kun 45 prosent oppslutning er pasientens legemiddelliste på plussiden. I tillegg kommer ikke-prissatte virkninger presentert i Tabell 15.

Tabell 19 Pasientens legemiddelliste: Scenarier og resultat av endringer på nyttesiden.

Beskrivelse	Netto nåverdi, millioner 2021-kroner
Full nytterealisering forutsettes 1 år etter innføring i hvert område, 85 prosent deltagelse i områdene. Hovedalternativet	1 158
Nytterealisering 5 år etter at innføringsaktivitetene er fullført, 85 prosent deltagelse	627
Nytterealisering 10 år etter at innføringsaktivitetene er fullført, 85 prosent deltagelse	6
Nytterealisering 8 år etter at innføringsaktivitetene er fullført, 85 prosent deltagelse	249
30 prosent reduksjon i tids- og kvalitetsgevinster	431
30 prosent reduksjon i tids- og kvalitetsgevinster, nytterealisering 3 år etter innføringsaktivitetene er fullført	229
10 prosent reduksjon i tidsbesparelser, 60 prosent reduksjon i kvalitetsgevinster, nytterealisering 3 år etter at innføringsaktivitetene er fullført	252
24 prosent reduksjon i tidsbesparelser, 65 prosent reduksjon i kvalitetsgevinster, nytterealisering 3 år etter at innføringsaktivitetene er fullført	19
55 prosent reduksjon i tidsbesparelser, 15 prosent reduksjon i kvalitetsgevinster, nytterealisering 3 år etter at innføringsaktivitetene er fullført	12
34 prosent av fastlegene deltar og opprettholder en sanntid legemiddelliste, nytterealisering 1 år etter at innføringsaktivitetene er fullført	12
42 prosent av fastlegene deltar og opprettholder en sanntid legemiddelliste, nytterealisering 1 år etter at innføringsaktivitetene er fullført, 10 prosent tids- og kvalitetsgevinster	23
75 prosent deltagelse, forsinket deltagelse innenfor hvert innføringsområde	536
45 prosent av fastlegene deltar og opprettholder en sanntid legemiddelliste, nytterealisering 1 år etter innføring.	21

6.3 Robust lønnsomhet for begge programområdene

Usikkerhets- og scenarioanalysene viser at begge programområdene har en robust samfunnsøkonomisk lønnsomhet. Samhandlingsområdet dokumentdeling krever kun 45 prosent deltagelse med en nedskalert innføring (kun helseforetak) for at hele programområdet digital samhandling skal være lønnsomt. Samhandlingsområdene kritisk informasjon og datadeling til digital hjemmeoppfølging genererer også forventet nytte som overstiger kostnadene. Denne nytten kommer i tillegg, men er kun vurdert gjennom ikke-prissatte virkninger.

Pasientens legemiddelliste vil også være samfunnsøkonomisk lønnsomt med 45 prosent deltagelse. Utfordringen med såpass lav deltagelse kan være at kvaliteten ikke blir tilstrekkelig, dvs at samstemming og oppdatering ikke følges opp. Det vil da være en risiko

for at fastlegen får merarbeid sammenliknet med hovedalternativet, og/eller at legemiddellisten ikke er fullt ut samstemt og oppdatert i sanntid. Sammenliknet med nullalternativet vil det likevel være en betydelig nytte av at pasientens legemiddelliste er tilgjengelig for helsetjenestene på tvers av ulike tjenester.

7 Fordelingsvirkninger

Fordelingsvirkninger omhandler i hvilken grad steg 2 fordeler nytte og kostnader ulikt mellom ulike grupper i samfunnet. Grupper som blir berørt av tiltaket fordeler seg i hovedsak i kategoriene innbyggere, aktører innen helse- og omsorgstjenester og leverandører av journalløsninger og velferdsteknologisk utstyr. Nedenfor presenteres vurderinger av fordelingsvirkninger for disse gruppene.

Vurdering av fordelingsvirkninger for ulike innbyggergrupper

Begge programområdene i steg 2 er vurdert å gi bedre pasientsikkerhet og reduksjon i feil, svikt og skader. Dette vil både påvirke helsen til innbyggere og redusere ressursbruk knyttet til oppfølging og behandling. Steg 2 adresserer hele landet (unntatt helseregion Midt-Norge). Virkningene som er beskrevet i den samfunnsøkonomiske analysen vil tilfalle alle innbyggergrupper likt forutsatt at alle har de samme behovene. Samhandlingsområdet kritisk informasjon vil kun medføre nytte for innbyggere som har denne type informasjon. Alle innbyggere kan imidlertid komme i en situasjon der behovet for å kjenne til kritisk informasjon er relevant. Det samme gjelder de øvrige områdene. Alle kan på ett eller annet vis bli brukere av helsetjenester og vil ha nytte av kvalitetsforbedringene som gjøres i steg 2. Det er derfor ingen nevneverdige fordelingsvirkninger mellom ulike innbyggergrupper som følge av tiltaket.

Vurdering av fordelingsvirkninger for ulike helsepersonellgrupper

Samhandlingsområdene i steg 2 er vurdert til å medføre redusert tidsbruk for helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste, fastlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Fordelingsvirkninger mellom ulike helsepersonellgrupper som følge av tiltaket er derfor vurdert neglisjerbare.

Vurdering av fordelingsvirkninger for leverandører av journalløsninger

Leverandørene av journalløsninger vil kunne berøres av steg 2 som følge av at markedssvikt reduseres. Dette bidrar til konkurranse på like vilkår og er en ønsket effekt.

8 Endringslogg

I dette kapitlet redegjøres det for endringene som er gjort fra den samfunnsøkonomiske analysen i konseptvalgutredningen, den oppdaterte samfunnsøkonomiske analysen i sentralt styringsdokument for Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning (7) til den samfunnsøkonomiske analysen i sentralt styringsdokument for steg 2 for digital samhandling (53). Endringene kan oppsummeres i følgende punkter:

- Oppdatert tallgrunnlag for bakgrunnsvariabler
- Justeringer i nullalternativet der det som realiseres i steg 1 inngår i nullalternativet, i tillegg til enkelte andre justeringer som følger av politiske vedtak og/eller igangsatte aktiviteter.
- Beregninger av virkninger (kostnader og nytte) av planlagte tiltak i steg 2

Analysene er gjennomført etter samme metodikk som er brukt i konseptvalgutredningen, KS1 og den oppdaterte samfunnsøkonomiske analysen for Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. I konseptvalgutredningen ble det utarbeidet en samfunnsøkonomisk analyse for felles kommunal journal og for hele utviklingsretningen for helhetlig samhandling, og ikke kun steg 2, mens det i det sentrale styringsdokumentet for Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning, ble gjort en samfunnsøkonomisk analyse av felles kommunal journal og kun steg 1 i utviklingsretningen for helhetlig samhandling. Det er derfor ikke utarbeidet en detaljert endringslogg som sammenlikner de to analysene, da omfanget for de ulike analysene er forskjellig.

8.1 Endringer og avgrensning i steg 2

Etter anbefaling gitt i det sentrale styringsdokumentet for Akson ble gjennomføringen av konsept 7 delt i to programmer. Det ene er felles kommunal journal som drives videre i et samarbeidsprosjekt mellom kommunene, KS og staten. Det andre er program digital samhandling, som ledes av Direktoratet for e-helse, med mål om å binde de ulike kliniske fagsystemene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten sammen og gi helsepersonell tilgang til nødvendig og relevant informasjon.

Stortinget bevilget i 2021 189 millioner kroner til steg 1 i utviklingsretningen for samhandling med et styringsmål (P50) som er satt til 754 millioner kroner (5). I den samfunnsøkonomiske analysen og kostnadsestimeringene av steg 2 er tiltakene i steg 1 lagt i nullalternativet. Felles kommunal journal er ikke inkludert eller hensyntatt i analysene av steg 2. Det foreligger ikke samfunnsøkonomiske analyser der steg 1 er skilt ut.

8.1.1 Rammer for steg 2

Målbildet for helhetlig samhandling ut over steg 1 innebærer at nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter skal utvikles stegvis og gi innbyggerne og helsepersonell i sykehus, avtalespesialister, kommuner, fastleger og apotek mv. bedre mulighet til å utveksle informasjon digitalt, og legge til rette for bedre samhandling med andre statlige og kommunale tjenester, som for eksempel NAV og barnevern.

I desember 2020 fikk direktoratet i oppdrag å gjennomføre et forprosjekt for steg 2-n i utviklingsretningen for samhandling. Juni 2021 kom det en konkretisering av oppdraget hvor det ble presisert at det kun var steg 2 som skulle defineres og at det skulle tas utgangspunkt i veikartet for nasjonale e-helseløsninger. (8)

I oppdragsbrevet ble det oppgitt å være en grunnleggende forutsetning at steg 2 skal bidra til å realisere målbildet for helhetlig samhandling slik at målene i én innbygger – én journal kan nås. Forprosjektet ble også bedt om å legge til grunn målene for tjenesteutviklingen. (21) (54) (55)

Innholdet i steg 2 er forankret i behovskartleggingen og målbildet for helhetlig samhandling fra konseptvalgutredningen, og det valgte konsept 7 Nasjonal journalløsning med helhetlig samhandling, og slik dette ble videre bearbeidet i forprosjekt for Akson. Steg 2 bygger videre på de eksisterende nasjonale e-helseløsningene og skal bidra til å realisere viktige pågående tiltak i sektoren, og inkluderer tiltak for innføring av pasientens legemiddelliste, dokumentdeling, kritisk informasjon API i kjernejournal og datadeling for digital hjemmeoppfølging.

8.1.2 Endringer i den samfunnsøkonomiske analysen

Endringer i den samfunnsøkonomiske analysen fra den samfunnsøkonomiske analysen i styringsdokumentet til Akson til steg 2 er:

- Endringer i nullalternativet
 - Oppdatert for faktisk utvikling per 2020, vedtak og bevilgninger med relevans for program digital samhandling og pasientens legemiddelliste.
 - Aktivitet i tjenestene (etterspørsel og bruk) fremskrives med vekst basert på befolkningsvekst
 - Årsverksveksten fremskrives med samme forutsetninger som ble brukt i Akson for samtlige kategorier med unntak av leger der konstantalternativet i SSB (2019) er brukt
 - Arbeidskraftkostnader justeres med en reallønnsvekst på 1,1 prosent i året. Det ble ikke gjort reallønnsjusteringer i hovedanalysen til Akson.
- Endringer i omfang og prosjektavgrensning
 - Steg 1 og steg 2 har forskjellig innhold og prosjektavgrensninger. Det er derfor ikke relevant å detaljere endringslogg fra steg 1 til steg 2.
 - Program pasientens legemiddelliste er inkludert i steg 2 (mens det for Akson ble vurdert som del av null-alternativ).

9 Referanser

1. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal.* Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.
2. **Direktoratet for e-helse.** *Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2018.
3. **Holte Consulting m.fl.** *KS1 av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.* 2018. Statens prosjektmodell - Rapport nummer D068a.
4. **Direktoratet for e-helse.** *Sentralt styringsdokument - Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning .* 2020.
5. **Helse- og omsorgsdepartementet .** *Prop. 1 S (2020 - 2021).* 2020.
6. **Finansdepartementet .** *Rundskriv R-109/21 Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser.* 2021.
7. **Direktoratet for e-helse.** *Sentralt styringsdokument. Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Vedlegg J. Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse.* IE-1058.
8. —. *Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021-2025.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2020. IE-1071.
9. **Helse- og omsorgsdepartementet .** *Meld.St.28 (2014-2015). Legemiddelmeldingen. Riktig bruk - bedre helse.* s.l. : Helse- og omsorgsdepartementet (Regjeringen Solberg), 2015.
10. **Helse- og omsorgsdepartementet .** *Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester — Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.* 2012.
11. **Helsedirektoratet .** *Pasientskader i Norge 2020 .* Publisert i digitalt format : Helsedirektoratet september 2021, 2021.
12. **Helsedirektoratet .** *Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang. Høringsutkast. Nasjonale faglige råd.* s.l. : Helsedirektoratet. Sist oppdatert 1.november 2021, 2021.
13. **Olsen, Rose Mari og Devik, Siri Andreassen.** *Legemiddelbruk og pasientsikkerhet – En oppsummering av kunnskap.* 2016.
14. **Norsk helsenett.** *Evalueringsrapport for utprøving av dokumentdeling i kjernjournal.* 2021.
15. **Direktoratet for e-helse.** *Kjernejournal. Kritisk informasjon. Klinisk beskrivelse og kodeverk.* s.l. : Rapportnummer IE-1006, sist revidert juni 2018, 2018.
16. **Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og KS.** *Gevinstrealiseringsrapport. En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt Velferdsteknologiprogram.* s.l. : Helsedirektoratet, 2001.
17. **Direktoratet for økonomistyring.** *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser.* 2018.

18. **Statistisk sentralbyrå.** *Behovet for arbeidskraft i helse og omsorg mot 2060.* s.l. : SSB Rapporter 2019/12, 2019.
19. **SSB.** Nasjonale befolkningsframskrivninger. [Internett] 2020.
<https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivninger/statistikk/nasjonale-befolkningsframskrivninger>.
20. —. *Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060.* 2019.
21. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre.* 2018.
22. **Direktoratet for økonomistyring .** *Verdien av et statistisk liv (VSL).* [Internett] 7 9 2021. <https://dfo.no/fagomrader/utredning/samfunnsokonomiske-analyser/verdien-av-et-statistisk-liv-vsl>.
23. **Helsedirektoratet.** *Verdi på et kvalitetsjustert leveår (QALY) for sektorovergripende anvendelse i nytte-kostnadsanalyser. Eksempler på anvendelse for ulike skadegrader ved ulykker, luftforurensning, støy og fysisk aktivitet.* 2017.
24. **The Health Fondation.** *Levels of harm in primary helath care.*
25. **Direktorat for E-helse.** *Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste (Én innbygger – én journal), vedlegg B.*
26. **Oslo kommune, kommunerevisjonen.** *Kvalitetslosen - en undersøkelse av avviksbehandlkingen ved Lilleborg sykehjem og Ryenhjemmet.* Oslo : Oslo Kommune, 2014.
27. **Janne Gro Alsvik,** Masteroppgave. *Uønskede hendelser i kommunale sykehjem.* s.l. : Universitetet i Stavanger, 2010.
28. **Oslo universitetssykehus.** *Uønskede hendelser,* <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/kvalitet/uonskede-hendelser>. 2021.
29. **Oslo Universitetssykehus.** *Om oss,* <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss>. 2021.
30. **Bostrøm, V.** *I trygge hender på Nygård. Evaluering av pilot: Sikker legemiddelbehandling i sykehjem.* s.l. : Pasientsikkerhetsprogrammet, 2011.
31. **Rønninger, S.W.** *Behovsmedisinering i sykehjem. Forskrivning, bruk og dokumentasjon av effekt.* s.l. : Universitet i Bergen, 2011.
32. **Amland, R.C. og Hahn-Cover, K.E.** *Clinical Decision Support for Early Recognition of Sepsis. American Journal of Medical Quality.* 2014.
33. **Sveriges Kommuner och Landsting.** *Patientsäkerhet lönar sig. Kostnader för skador och vårdskador i slutenvården år 2013.* 2014.
34. **Saastad, E., Flesland, Ø. og Lindahl, A.K.** *Årsrapport 2013 for meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten.* Oslo : Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

35. Amland, R.C., et al. Computerized Clinical Decision Support to Prevent Venous Thromboembolism among Hospitalized Patients: Proximal Outcomes from a Multiyear Quality Improvement Project. *Journal for Healthcare Quality*. 2014.
36. Fretheim, A., Flottorp, S. og Oxman, A.D. *Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer*. s.l. : Kunnskapssenteret, 2015.
37. Frydenberg, K. og Brekke, M. Kommunikasjon om medikamentbruk i henvisninger, innleggesskriv og epikriser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Vol. 131, 9. , 2011, 9.
38. Holler, J.G, et al. Legemiddelsamstemming: Et tiltak som virker. *Forskning*. 01. Vol. 10, 2015, 1.
39. Staten legemiddelverk. *Tretrinnsraketten*, https://www.itryggehender24-7.no/aktuelt/nyheter/se-presentasjonene-fra-konferansen_2/_attachment/download/0c7a6789-1365-44c9-825c-67717382fe9a:2db662e36da18c2f80f8a1989ab8f96cfbd7a122/p12-legemidler-og-pasientsikkerhet.pdf. 2018.
40. P Bowie, C De Wet. The preliminary development and testing of a global trigger tool to detect error and patient harm in primary-care records. *PubMed.com*. 2019.
41. Direktorat for e-helse. *Sentralt Styringsdokument: Akson; helhetlig samhandling og felles kommunal journal, vedlegg J: oppdatert samfunnøkonomisk analyse*.
42. A2-Norge AS. *Usikkerhetsanalyse Program digital samhandling: steg 2*. 2022.
43. Direktoratet for e-helse. *Konseptutredning felles legemiddelliste*. 2016.
44. Finansdepartementet. Rundskriv R-108/19. 2019.
45. Helsedirektoratet. *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker*. s.l. : Helsedirektoratet, 2013.
46. Vista Analyse og EY. *Riktige legemidler til rett pris. Områdegjennomgang av legemidler under folketrygden*. s.l. : Vista Analyse rapport 2021/01, 2021.
47. Mjørndal, et al. Adverse Drug Reactions as a cause of admissions to a department of internal medicine. 2002.
48. Pirmohamed, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. 2004.
49. al, Schneerwiss et. Admissions caused by adverse drug events to internal medicine and emergency departments in hospitals: a longitudinal population-based study. 2002.
50. Hjort, Peter F. *Uheldige hendelser i helsetjenesten - en lære-, tenke- og faktabok*. 2007.
51. Statens legemiddelverk. Statens legemiddelverk. *Legemiddelgjennomgang*. [Internett] 21 november 2021. [Sitert: 5 12 21.] <https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/legemiddelgjennomgang>.
52. EY og Vista Analyse. *Evaluerings av fastlegeordningen*. 2019.

53. Direktoratet for e-helse. *Sentralt styringsdokument. Program for digital samhandling - forprosjekt steg 2. Vedlegg C Samfunnsøkonomisk analyse*. 2021.
54. Helse og omsorgsdepartementet. *Meld St 7 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Oktober 2019.
55. Helse- og omsorgsdepartementet. *Handlingsplan for allmennlegetjenesten - Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert (2020-2024)*.
56. —. *Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt ovenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. 01 07 2013.
57. Statistisk sentralbyrå. *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016 - Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. 14 08 2017. ISBN 978-82-537-9591-1.
58. Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. *Utredning av «Én innbygger – én journal»*. Sammendrag. Oslo : Helsedirektoratet, 2015.
59. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. *Meld. St. 27 (2015–2016) Digital Agenda for Norge - IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet*. Oslo : Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016.
60. Helse- og omsorgsdepartementet. Tillegg til tildelingsbrev nr 3 2019 – oppstart av forprosjekt for helhetlig. 2019.
61. Flak, Leif Skiftenes. *Gevinstrealisering og offentlige IKT-investeringer*. Oslo : Universitetsforlaget, 2012. 978-82-15-01740-2.
62. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer>. [Internett]
[Sitert: 1 Januar 2020.]
63. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. *Én digital offentlig sektor - Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019–2025*. 2019.
64. The Open Group. The TOGAF® Standard. [Internett] 2020. [Sitert: 21 februar 2020.]
<https://www.opengroup.org/togaf>. TOGAF 9.2.
65. Direktoratet for e-helse. *Sentralt styringsdokument. Steg 2 for digital samhandling. Hovedrapport*. 2022.
66. —. *Sentralt styringsdokument - steg 2 for helhetlig samhandling. Vedlegg L Prioritering av tiltak i steg 2*. 2022.
67. —. *Sentralt styringsdokument. Steg 2 for digital samhandling. Vedlegg H Omfang*. 2022.
68. Direktoratet for e.helse. *Program for digital samhandling steg 2. Målbilde for helhetlig samhandling. Vedlegg N*. 2022.
69. Direktoratet for e-helse. *Sentralt styringsdokument. Akson: Helhetlig samhandling og felles. Hovedrapport*. s.l. : Direktoratet for e-helse , 2020. IE-1056.

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt

postmottak@ehelse.no

Sentralt styringsdokument

Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg D Gevinstrealiseringsplaner

Publikasjonens tittel:

Sentralt styringsdokument
Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg D: Gevinstrealiseringsplaner

Rapportnummer

IE-1087

Utgitt:

Januar 2022

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo
Tlf.: 21 49 50 70

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Innhold

1	Innledning	4
2	Gevinster av steg 2.....	5
2.1	Gevinstoversikt.....	5
2.2	Gevinstkart.....	5
2.3	Prioritering av gevinster.....	6
2.4	Fordeling og uthenting av gevinster.....	7
3	Gevinstrealiseringsplaner.....	10
3.1	Gevinstrealiseringsplaner for program digital samhandling.....	10
3.2	Gevinstrealiseringsplaner for program pasientens legemiddelliste	15
4	Delmål	20
4.1	Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon	21
4.2	Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten	22
4.3	Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov.....	23

1 Innledning

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) definerer en gevinst som en effekt som blir sett på som positiv av minst én interessent (1). I tillegg stilles det gjerne krav til at gevinsten skal følge av et konkret tiltak. Steg 2 i utviklingsretning for å realisere målbildet for helhetlig samhandling vil føre til gevinster for innbyggere, helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste¹, kommuner, spesialisthelsetjeneste og for samfunnet for øvrig.

Gevinstrealiseringen skal sikre at nødvendige endringer oppstår og implementeres av tiltaket slik at gevinster faktisk kan realiseres og hentes ut. Ansvarsfordelingen i endrings- og gevinstarbeidet er beskrevet i sentralt styringsdokument (kapittel 2.4). En viktig føring for utformingen av gevinstrealiseringsplanene er at ansvaret for gevinstrealisering ligger til den enkelte virksomhet i helse- og omsorgstjenesten. Program digitalsamhandling og program pasientens legemiddelliste skal følge opp gevinster på et overordnet nivå, og bistå og støtte virksomhetene i sitt gevinstarbeid. Flere av gevinstene realiseres etter tiltakets slutt og det vil være et behov for å overføre gevinstansvaret til en annen aktør når programmene legges ned.

Gevinstrealiseringsplan er et styringsverktøy som skal bidra til en strukturert oppfølging av gevinster av offentlige tiltak. Gevinstrealiseringsplanene i dette vedlegget skal være et styringsverktøy for å bidra til at sentrale gevinster følges opp og realiseres. Som et styringsverktøy bør planene oppdateres løpende og utvikles i takt med tiltaket.

¹ Herunder selvstendig næringsdrivende fastleger og andre avtaleparter

2 Gevinster av steg 2

2.1 Gevinstoversikt

Gevinster av steg 2 er beskrevet i sentralt styringsdokument, og baseres på virkninger fra den samfunnsøkonomiske analysen for steg 2. For ytterligere detaljer se vedlegg C samfunnsøkonomisk analyse. De fire gevinstene er beskrevet kort i Tabell 1:

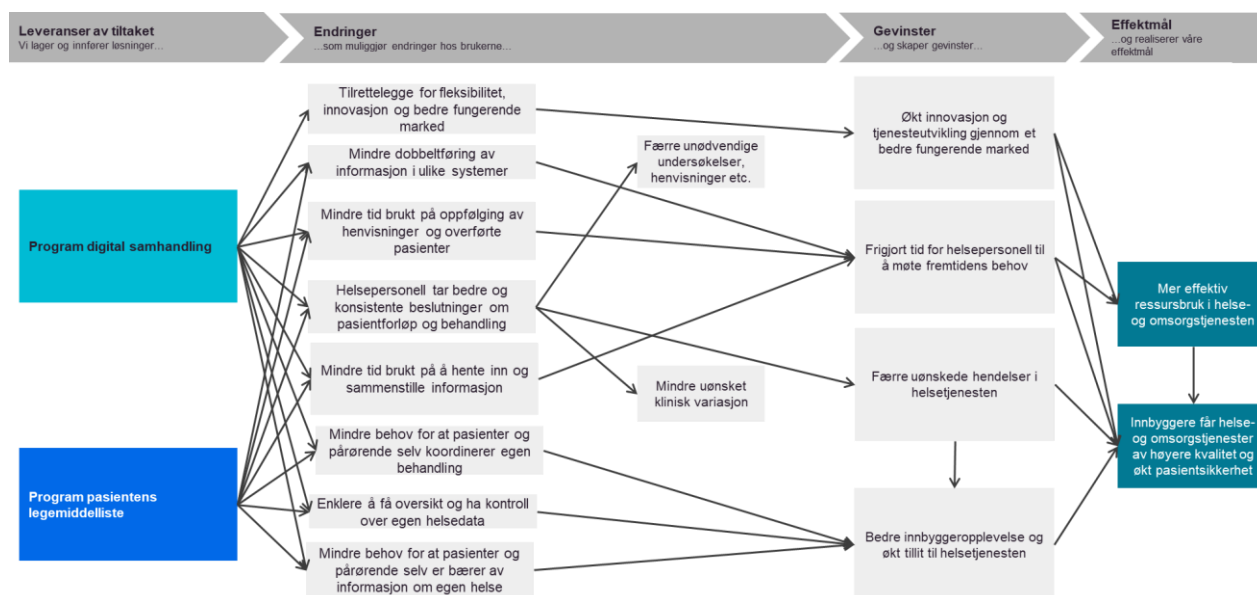
Tabell 1 Gevinstoversikt

Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov
Steg 2 vil føre til at helsepersonell bruker mindre tid på å innhente informasjon fra andre aktører i helse- og omsorgstjenesten. Videre vil helsepersonell som får tilgang til løsningene i steg 2 ha et bedre beslutningsgrunnlag fordi de har tilgang på nødvendig informasjon om pasienter. Dette kan føre til bedre beslutninger om pasientforløp og behandling. Dette vil videre redusere unødvendige undersøkelser og henvisninger, og dermed frigjøre tid for helsepersonell.
Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon
Tiltakene i steg 2 vil føre til at informasjonen om pasientene vil være mer komplett. Med tilgang på et bedre informasjonsgrunnlag om pasienten kan helsepersonellet fatte mer informerte helsefaglige beslutninger og uønskede hendelser kan unngås.
Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten
Steg 2 vil bidra til at innbyggere møter en mer koordinert helse- og omsorgstjeneste. Med oversikt over behandlingsforløp og god koordinering vil innbyggerne og pårørende få bedre mulighet til å være aktive deltakere i eget forløp. Videre vil steg 2 gi digitale innbyggertjenester som bidrar til en bedre innbyggeropplevelse i møte med helse- og omsorgstjenesten. Samlet vil bedre innbyggeropplevelse over tid bidra til økt tillit til helse- og omsorgstjenesten.
Økt innovasjon og tjenesteutvikling gjennom et bedre fungerende marked
Steg 2 vil etablere tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging. Felles arkitektur og standarder/normering vil bidra til et mer velfungerende marked hvor leverandørene konkurrerer om standardiserte løsninger frem for å utvikle hver sin løsning med risiko for innlåsnings effekter og monopoltilpasninger.

2.2 Gevinstkart

Gevinstkart er en visuell fremstilling av hvordan steg 2 fører til endringer, som igjen muliggjør realisering av gevinster, og dermed tydeliggjør årsak-virkningssammenhengen som må inntreffe for at gevinstene skal kunne hentes ut.

Gevinstkartet viser at steg 2 muliggjør, og er avhengig av, en rekke endringer hos helsepersonell, pasienter og andre. Helsepersonellet kan for eksempel bruke mindre tid på aktiviteter knyttet til dokumentasjon og informasjonsinnhenting, mens pasientene har nødvendig informasjon samlet på et sted. Dette bidrar til færre unødvendige undersøkelser og henvisninger og mindre uønsket klinisk variasjon. Disse endringene bidrar til å skape gevinster som igjen realiserer effektmålene.



Figur 1 Gevinstkart for program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste

2.3 Prioritering av gevinster

Som et grunnlag for prioritering av gevinster er det gjort en vurdering av gevinstenes verdi, strategiske viktighet, målbarhet, kausalitet og risiko for at gevinstene ikke realiseres. Under følger definisjonen av de ulike vurderingskriteriene. Kriteriene må sees i sammenheng og en eventuell prioritering må derfor baseres på en helhetlig vurdering.

- **Gevinstpotensial:** Vurderingen av gevinstepotensial baseres på den samfunnsøkonomiske analysen av steg 2 og erfaringer i prosjektet. For måloppnåelse av steg 2 er det vesentlig at gevinster med høyt gevinstepotensial realiseres, og bør derfor prioriteres.
- **Strategisk viktighet:** Vurdering av strategisk viktighet tar stilling til hvorvidt gevinsten er et prioritert politisk satsningsområde for helse- og omsorgssektoren eller samfunnet. Høy strategisk viktighet taler for høyere prioritering av gevinsten.
- **Målbarhet:** Det kan være utfordrende å måle enkelte gevinster. Vurderingen av målbarhet tar stilling til i hvilken grad gevinsten lar seg måle på en hensiktsmessig måte. Gevinster som vanskelig lar seg måle, og hvor oppfølging derfor er svært ressurskrevende, bør prioriteres lavere.
- **Kausalitet:** Vurdering av kausalitet omhandler i hvilken grad man spore gevinsten tilbake til tiltaket. Lav kausalitet kan også følge av at gevinsten påvirkes av andre tiltak eller hendelser i eller utenfor helse- og omsorgssektoren. Lav grad av kausalitet taler for lavere prioritering av gevinsten.
- **Risiko:** Vurdering av risiko for at gevinsten ikke realiseres. Vurderingen er basert på sannsynligheten for at ulike gevinstreduserende hendelser inntreffer og hvor stor andel av gevinstepotensialet som går tapt dersom hendelsenes inntreffer. Høy risiko for redusert gevinstrealisering taler for at gevinsten burde tildeles høy prioritet.

Oppsummeringen av vurderingen av gevinster som følger av steg 2 er vist i Tabell 2. Vurderingen av gevinstene anses kun relative til hverandre, og er ikke sammenliknbare med virkninger av andre tiltak. Prioriteringen skal benyttes i styringen av programmene i eventuelle situasjoner der hensynet til ulike gevinster er motstridende, eller for å prioritere kuttlistor etc.

Tabell 2 Prioritering av gevinster

Gevinst	Prioritering	Gevinst-potensial	Strategisk viktighet	Målbart	Kausalitet	Risiko for gevinstrealisering
Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon	1	Høy	Høy	Middels	Middels	Middels
Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov	2	Høy	Middels	Middels	Høy	Høy
Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helsetjenesten	3	Middels	Høy	Middels	Lav	Middels
Økt innovasjon og tjenesteutvikling gjennom et bedre fungerende marked.	4	Middels	Middels	Lav	Lav	Høy

2.4 Fordeling og uthenting av gevinster

Gevinstene som følger av steg 2 vil komme flere aktører til gode. Med aktører mener vi i dette tilfellet innbyggere, helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste², kommuner, spesialisthelsetjeneste, samfunnet for øvrig og andre.

Gevinster kan nyttiggjøres andre steder enn der den nødvendige endringen skjer og gevinsten realiseres. Tabell 3 viser hvilke aktører som kan få nytte av de ulike gevinstene som følger av tiltaket. Dette er ytterligere utdypet under tabellen.

² Herunder selvstendig næringsdrivende fastleger og andre avtaleparter

Tabell 3 Hvem som kan få nytte av gevinsten

Gevinst	Prioritet i gevinstarbeidet	Hvem kan få nytte av gevinsten?
Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon	1	Innbygger Helsepersonell Kommunen Spesialisthelsetjenesten Samfunnet
Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov	2	Innbygger Helsepersonell Kommunen Spesialisthelsetjenesten
Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helsetjenesten	3	Innbygger Kommunen Spesialisthelsetjenesten Samfunnet
Økt innovasjon og tjenesteutvikling gjennom et bedre fungerende marked.	4	Innbygger Kommunen Spesialisthelsetjenesten Samfunnet

Et viktig element i å sikre at gevinster faktisk realiseres er å planlegge for hvordan gevinsten skal nyttiggjøres i etterkant. For eksempel burde man i et scenario der gevinsten er spart tid beskrive hva den sparte tiden skal brukes til. Ettersom gevinstene i steg 2 realiseres i den enkelte virksomhet, må virksomhetene selv ta stilling til hvordan gevinstene skal nyttiggjøres.

Under er det beskrevet alternativer for hvordan gevinster kan nyttiggjøres. For noen av gevinstene er nyttiggjøringen gitt av gevinstens karakter. I andre tilfeller vil dette være en beslutning som må tas internt i virksomheten eller på politisk nivå. I arbeidet med å utarbeide lokale gevinstrealiseringsplaner vil det være viktig å bli enige om hvordan gevinsten skal nyttiggjøres. Beslutningene bør ses i sammenheng med effektmålene beskrevet i sentralt styringsdokument.

Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon

Nytten av færre uønskede hendelser i helsetjenesten vil i første omgang tilfalle pasienter og brukere av tjenesten, som unngår belastninger som følger av uønskede hendelser. Dette vil igjen gagne samfunnet som unngår et produksjonstap ved at bidragsyttere i samfunnet er sykemeldt eller bruker tid på unødvendige henvisninger og konsultasjoner.

Videre vil både kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten unngå unødvendige henvisninger/behandling og dermed spare tid og penger. Kommuner og de regionale helseforetakene må beslutte hvordan besparelsen skal nyttiggjøres. Alternativer kan være å redusere kostnader, øke kvaliteten i tjenesten, øke antall behandlinger/konsultasjoner eller gi bedre arbeidsvilkår for helsepersonell. Slik vil også helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten, kommuner og spesialisthelsetjenesten kunne nyttiggjøre seg av gevinsten.

Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov

Frigjort tid for helsepersonell tilfaller i første omgang helsepersonell i helsetjenesten. Hvordan gevinsten nyttiggjøres må besluttet av virksomhetene. Alternativer kan være å redusere kostnader, øke kvaliteten i tjenesten, øke antall behandlinger/konsultasjoner eller gi bedre arbeidsvilkår for helsepersonell. Slik vil også innbygger kunne nyttiggjøre seg av gevinsten.

Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helsetjenesten

Nytten av bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helsetjenesten tilfaller i første omgang brukere av helsetjenesten og innbyggere, og kan ikke direkte hentes ut av andre. Over tid kan man argumentere for at økt tillit til helsetjenesten er til fordel for kommuner, sykehus og samfunnet. Tillit til helsetjenesten kan for eksempel medføre mindre press på tjenestene, og frigjøre tid til pasientrettet arbeid.

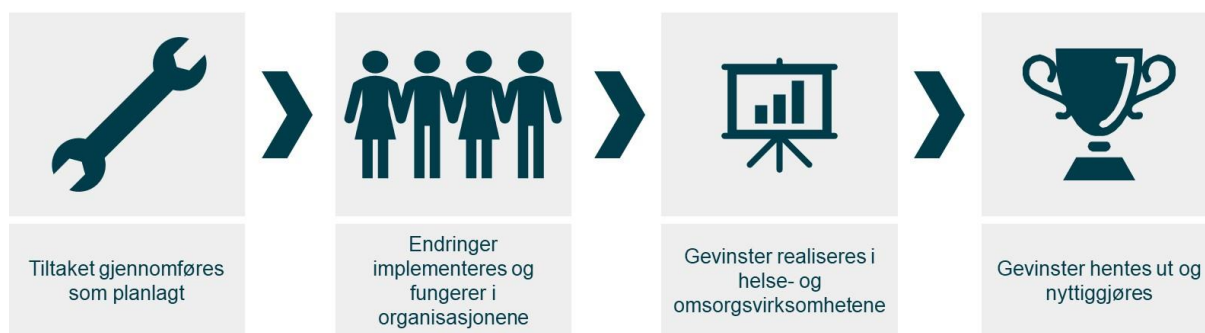
Økt innovasjon og tjenesteutvikling gjennom et bedre fungerende marked

Tydelige nasjonale rammer for digital samhandling, i form av standarder og hvilke samhandlingstjenester som vi bli produsert nasjonalt, gir både aktørene som skal anskaffe og leverandører som skal utvikle og levere, større forutsigbarhet. Dette sikrer bruk av ressurser på en hensiktsmessig måte og reduserer faren for overlapp. Nasjonale rammer vil også gi grunnlag for mer harmoniserte kravsett i anskaffelser som gir grunnlag for et mer bærekraftig leverandørmarked fordi det reduserer behovet for lokale tilpasninger før driftsettelse.

3 Gevinstrealiseringsplaner

Gevinstrealiseringsplanene i dette kapittelet beskriver hvordan gevinster av tiltaket skal måles og følges opp i program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste. Programmene bør operasjonalisere de enkelte gevinstplanene på en måte som gjør at målinger og måloppnåelse kan sees i sammenheng fortløpende.

For at gevinster skal kunne realiseres og hentes ut må en kjede av virkninger inntreffe, som illustrert i Figur 2. Indikatorer for at tiltakene i steg 2 gjennomføres som planlagt er definert av resultatmålene beskrevet i sentralt styringsdokument og følges derfor ikke opp i gevinstarbeidet. Tilsvarende er hvordan gevinster nyttiggjøres og hentes ut et valg den enkelte virksomhet må beslutte, og kan derfor ikke følges opp av programmene. Sentralt i gevinstrealiseringsplanene er derfor indikatorer for oppfølging av endring og gevinstrealisering.



Figur 2 Kjede av virkninger fra tiltak i steg 2 til at gevinster hentes ut og nyttiggjøres

Gevinstrealiseringsplanene tar utgangspunkt i DFØs mal for gevinstrealiseringsplan (1) og beskriver:

- i) Hvem som er ansvarlig for at gevinsten realiseres
- ii) Årsaks- virkningssammenhengen fra tiltak til endring og gevinst
- iii) Hvilke indikatorer som skal måle at nødvendig endring og gevinst oppstår
- iv) Hvor ofte endring og gevinst skal måles, og med hvilken kilde
- v) Endrings- og gevinstpotensialet
- vi) Hvordan gevinsten kan omsettes
- vii) Risiko for redusert gevinst og hvordan risikoen kan reduseres

3.1 Gevinstrealiseringsplaner for program digital samhandling

Tabell 4 Gevinstrealiseringsplaner for program digital samhandling

Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon		
Ansvarlig for koordinering og oppfølging	Programeier digital samhandling	
Hvor og hvorfor gevinsten oppstår	Deling av kritisk informasjon og dokumenter på tvers av helseforetak, kommuner og fastleger vil bidra til at helsepersonell har nødvendig informasjon om pasienten og dermed bedre grunnlag til å ta gode beslutninger om forløp og behandling. Med bedre beslutningsgrunnlag antas det at det vil bli færre uønskede hendelser.	
Endring		
Endringsindikator	Resultatmål	Plan for måling
Andel av kommunale pleie- og omsorgstjenester som har tatt i bruk kjernejournal.	Minst 80 prosent av kommunal pleie- og omsorgstjenesten	Oppdateres løpende i program digital samhandling
Andel helseforetak som deler dokumenter og kritisk informasjon via kjernejournal	Alle helseforetak	Oppdateres løpende i program digital samhandling.
Andel legevakter og ØHD/KAD-enheter som deler dokumenter og kritisk informasjon via kjernejournal	Minst 80 prosent av legevakter og ØHD/KAD-enheter	Oppdateres løpende i Program digital samhandling.
Andel avtalespesialister som deler dokumenter via kjernejournal	Minst 80 prosent av avtalespesialistene	Oppdateres løpende i program digital samhandling.
Andel fastleger og sykehjem som deler kritisk informasjon via kjernejournal	Minst 80 prosent av fastleger og sykehjem	Oppdateres løpende i program digital samhandling.
Antall oppslag i kjernejournal for å hente/lese dokumenter og kritisk informasjon	Økning i antall oppslag i kjernejournal	Oppdateres løpende i program digital samhandling.
Antall pasienter med registrert kritisk informasjon	Økning i antall pasienter med registrert kritisk informasjon	Oppdateres løpende i program digital samhandling.
Gevinst		
Gevinstindikator	Gevinstpotensial	Plan for måling
Antall skader som oppstår i helsetjenesten	Se vedlegg C Samfunnsøkonomisk analyse. Nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Antall rapporterte uønskete hendelser/følgeforskning
Antall skader med medhold i NPE som følge av mangelfull/feilinformasjon.	Måltall og nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Følgeforskning (med utgangspunkt i NPE-tall).

Hvordan gevinsten omsettes	Gevinsten vil gagne kommuner, fastleger, spesialisthelsetjeneste, innbygger og samfunnet i stort. Dette gjør uthenting av gevinsten utfordrende. Helse- og omsorgstjenestene må selv beslutte hvordan gevinsten omsettes. Der hvor gevinsten tilfaller innbygger og samfunnet i stort vil uthenting ikke følges videre opp av programmet.	
Risiko		
Risiko for redusert gevinst	At pleie- og omsorgstjenesten ikke tar i bruk kjernejournal	
	At helsetjenesten ikke tar i bruk API for å dele dokumenter og kritisk informasjon	
	At helsepersonell ikke leser dokumenter eller kritisk informasjon som er tilgjengelig i kjernejournal.	
Risikoreduserende tiltak	Tett oppfølging, involvering og ansvarliggjøring gjennom programmet.	
	Opplæring i bruk av kjernejournal med funksjonalitet for dokumentdeling og kritisk informasjon	
Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov		
Ansvarlig for koordinering og oppfølging	Programeier program igital samhandling	
Hvor og hvorfor gevinsten oppstår	Steg 2 vil føre til at helsepersonell bruker mindre tid på å innhente informasjon fra andre aktører i helse- og omsorgstjenesten. Videre vil helsepersonell som får tilgang til løsningene i steg 2 ha et bedre beslutningsgrunnlag fordi de har tilgang på nødvendig informasjon om pasienter. Dette kan føre til bedre beslutninger om pasientforløp og behandling. Dette vil videre redusere unødvendige undersøkelser og henvisninger, og dermed frigjøre tid for helsepersonell.	
Endring		
Endringsindikator	Resultatmål	Plan for måling
Andel av kommunale pleie- og omsorgstjenester som har tatt i bruk kjernejournal.	Minst 80 prosent av kommunal pleie- og omsorgstjenesten	Oppdateres løpende i program digital samhandling. Kilden er program digital samhandling og Norsk helsenett SF.
Antall oppslag i kjernejournal for å hente/lese dokumenter og kritisk informasjon	Økning i antall oppslag i kjernejournal	Oppdateres løpende i program digital samhandling. Kilden er program digital samhandling og Norsk helsenett SF.
Antall meldinger med pasientinformasjon sendt mellom ulike aktører i helsetjenesten	Reduksjon i fagmeldinger mellom fastlegen, kommunale helse- og omsorgstjenester og helseforetak	Oppdateres løpende i program digital samhandling. Kilden er program digital samhandling og Norsk helsenett SF.
Gevinst		
Gevinstindikator	Gevinstpotensial	Plan for måling

Tid brukt på innhenting og deling av pasientopplysninger.	Se vedlegg C Samfunnsøkonomisk analyse. Nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Følgeforskning, samt spørreundersøkelse til helsepersonell (oppdateres årlig).
Et representativt utvalg av kvalitetsindikatorer knyttet til utøvelsen av helsehjelp	Måltall og nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Inngår som bestilling i følgeforskning. Vurdere nasjonale kvalitetsindikatorer som grunnlag
Hvordan gevinsten omsettes	Det er opp til den enkelte virksomhet å beslutte hvordan gevinsten omsettes. Eksempler kan være: - Flere konsultasjoner/ behandlinger - Økt kvalitet i behandling - Redusert arbeidsbelastning for helsepersonell - Budsjettkutt	
Risiko		
Risiko for redusert gevinst	Kjernejournal oppleves som lite brukervennlig og tidkrevende å bruke.	
	Endret dokumentasjonspraksis medfører økt arbeidsbelastning.	
	At virksomheter i kommuner ikke tar i bruk kjernejournal med funksjonalitet for dokumentdeling og kritisk informasjon	
Risikoreduserende tiltak	Opplæring i kjernejournal i den enkelte virksomhet.	
	Tett oppfølging, involvering og ansvarliggjøring gjennom programmet.	
Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten		
Ansvarlig for koordinering og oppfølging	Programeier program digital samhandling	
Hvor og hvorfor gevinsten oppstår	Steg 2 bidrar til at innbyggere møter en mer koordinert helse- og omsorgstjeneste. Med oversikt over behandlingsforløp og god koordinering vil innbyggerne og pårørende få bedre mulighet til å være aktive deltakere i eget forløp. Videre vil steg 2 gi digitale innbyggertjenester som bidrar til en bedre innbyggeropplevelse i møte med helse- og omsorgstjenesten. Samlet vil bedre innbyggeropplevelse over tid bidra til økt tillit til helse- og omsorgstjenesten.	
Endring		
Endringsindikator	Resultatmål	Plan for måling
Andel av kommunale pleie- og omsorgstjenester som har tatt i bruk kjernejournal.	Minst 80 prosent av kommunal pleie- og omsorgstjenesten	Oppdateres løpende i program digital samhandling. Kilden er program digital samhandling og Norsk helsenett SF.

Andel innbyggere som har sett på dokumenter og kritisk informasjon som er tilgjengelig på HelseNorge	Økning i antall innsyn	Uttrekk fra innbyggertjenestene Helsenorge.no. (årlig)
Gevinst		
Gevinstindikator	Gevinstpotensial	Plan for måling
Innbyggernes tilfredshet med helsetjenesten i spørreundersøkelser	Se vedlegg C Samfunnsøkonomisk analyse. Nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Oppdateres hvert andre år av program digital samhandling, basert på data fra Digitaliseringsdirektoratets Innbyggerundersøkelse. Det bør også vurderes følgeforskning og/eller egne spørreundersøkelser.
Hvordan gevinsten omsettes	Gevinsten omsettes av innbygger og uthenting av gevinst følges ikke videre opp i programmet.	
Risiko		
Risiko for redusert gevinst	At helsetjenesten ikke tar i bruk kjernejournal	
	Hendelser i andre deler av helse- og omsorgstjenesten kan påvirke opplevelsen og tilliten.	
Risikoreduserende tiltak	Tett oppfølging, involvering og ansvarliggjøring gjennom programmet.	
	Et godt metodisk system for å isolere virkningen av steg 2	
Økt innovasjon og tjenesteutvikling gjennom et bedre fungerende marked.		
Ansvarlig for koordinering og oppfølging	Programeier program digital samhandling	
Hvor og hvorfor gevinsten oppstår	Steg 2 vil etablere tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging. Felles arkitektur og standarder/normering vil bidra til et mer velfungerende marked hvor leverandørene konkurrerer om standardiserte løsninger fram for å utvikle hver sin løsning med risiko for innlåsnings effekter og monopoltilpasninger	
Endring		
Endringsindikator	Resultatmål	Plan for måling
Datadelingstjenesten er etablert	Velferdsteknologiprogrammet benytter datadelingstjenesten	Oppdateres løpende i program digital samhandling i tett samarbeid med velferdsteknologiprogrammet
Gevinst		
Gevinstindikator	Gevinstpotensial	Plan for måling

Datadelingstjenesten benyttes til å dele data fra tjenesten innen digital hjemmeoppfølging	Se vedlegg C Samfunnsøkonomisk analyse. Nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Oppdateres løpende i program digital samhandling i tett samarbeid med velferdsteknologiprogrammet
Hvordan gevinsten omsettes	Gevinsten kan ikke hentes ut på noen spesiell måte.	
Risiko		
Risiko for redusert gevinst	Datadelingstjenesten oppleves som lite relevant for velferdsteknologiprogrammet	
Risikoreduserende tiltak	Opplæring i kjernejournal i den enkelte virksomhet.	
	Tett oppfølging, involvering og ansvarliggjøring gjennom programmet.	

3.2 Gevinstrealiseringsplaner for program pasientens legemiddelliste

Tabell 5 Gevinstrealiseringsplaner for program pasientens legemiddelliste

Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon		
Ansvarlig for koordinering og oppfølging	Programeier for program pasientens legemiddelliste	
Hvor og hvorfor gevinsten oppstår	Pasientens legemiddelliste skal sørge for at helsepersonell til enhver tid har tilgang til en oppdatert liste over pasientens legemidler i bruk, kosttilskudd og reseptfrie legemidler, samt pasientens legemiddelreaksjoner (CAVE). Pasientens legemiddelliste skal gi enklere og tryggere håndtering av legemidler og sikre at helsepersonell i en oppfølging- eller behandlingssituasjon har raskere og enklere tilgang til pasientens legemiddelbehandling. Dette bidrar til økt kvalitet og pasientsikkerhet, og kan gi færre uønskede hendelser i helsetjenesten.	
Endring		
Endringsindikator	Resultatmål	Plan for måling
Andel legekantor som har tatt i bruk elektronisk multidose	Multidose innført ved aktuelle legekantor i løpt av 2024	Oppdateres løpende i program for pasientens legemiddelliste.
Andel aktører som har tatt i bruk pasientens legemiddelliste	Pasientens legemiddelliste er prøvd ut og innført hos minst 80 prosent av prioriterte aktører	Oppdateres løpende i program for pasientens legemiddelliste.
Andel pasienter som får opprettet pasientens legemiddelliste	Det er opprettet pasientens legemiddelliste for minst 80 prosent av innbyggerne	Oppdateres løpende i program for pasientens legemiddelliste.
Gevinst		
Gevinstindikator	Gevinstpotensial	Plan for måling
Antall skader som oppstår i helsetjenesten	Se vedlegg C Samfunnsøkonomisk analyse. Nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Antall rapporterte uønskede hendelser/følgeforskning
Antall skader med medhold i NPE som følge av mangelfull/manglende/feil medisinerings.	Måltall og nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Følgeforskning (med utgangspunkt i NPE-tall).
Antall re-innleggelser i spesialisthelsetjenesten	Måltall og nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Følgeforskning (med utgangspunkt i data fra norsk pasientregister og/eller Folkehelseinstituttets kvalitetsindikator Risikojustert sannsynlighet for reinnleggelse innen 30 dager etter utskrivning fra sykehus for eldre pasienter)
Antall forskrevne legemidler per pasient	Måltall og nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Følgeforskning (med utgangspunkt i tall fra Reseptformidleren/NHN)
Hvordan gevinsten omsettes	Gevinsten vil gagne kommuner, fastleger, spesialisthelsetjeneste, innbygger og samfunnet i stort. Dette gjør uthenting av gevinsten utfordrende. Helse- og omsorgstjenestene må selv beslutte hvordan gevinsten omsettes. Der hvor gevinsten tilfaller innbygger og samfunnet i stort vil uthenting ikke følges videre opp av programmet.	

Risiko		
Risiko for redusert gevinst	At aktører i helsetjenesten ikke tar i bruk elektronisk multidose	
	At aktører i helsetjenesten ikke tar i bruk sentral forskrivningsmodul, blant annet fordi modulen ikke har tilsvarende legemiddelfunksjonalitet som eksisterende løsninger	
	At aktører i helsevesenet ikke tar i bruk pasientens legemiddelliste	
	At aktører i helsetjenesten ikke oppdaterer pasientens legemiddelliste	
Risikoreduserende tiltak	Tett oppfølging, involvering og ansvarliggjøring gjennom programmet	
	Tidlig utprøving, GAP-analyser mellom sentral forskrivningsmodul og dagens EPJ-leverandør	
	Samtidig innføring hos alle de største aktørene	
	Kompensasjon til aktører som skal opprette pasientens legemiddelliste	
	Felles funksjonalitet for legemiddelhåndtering i sentral forskrivningsmodul	
Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov		
Ansvarlig for koordinering og oppfølging	Programeier for program pasientens legemiddelliste	
Hvor og hvorfor gevinsten oppstår	Pasientens legemiddelliste skal sørge for at helsepersonell til enhver tid har tilgang til en oppdatert liste over pasientens legemidler i bruk, kosttilskudd og reseptfrie legemidler, samt pasientens legemiddelreaksjoner (CAVE). Helsepersonell vil som følge av dette redusere tiden de bruker på å innhente og bekrefte legemiddelopplysninger eller svare på henvendelser fra samarbeidsaktører. Dette kan for eksempel gjelde både ved overføring av pasienter mellom virksomheter eller omsorgsnivå, eller ved utlevering av legemidler i apotek.	
Endring		
Endringsindikator	Resultatmål	Plan for måling
Andel legekantor som har tatt i bruk elektronisk multidose	Multidose innført ved aktuelle legekantor i løpt av 2024	Oppdateres løpende i program for pasientens legemiddelliste.
Andel aktører som har tatt i bruk pasientens legemiddelliste	Pasientens legemiddelliste er prøvd ut og innført hos minst 80 prosent av prioriterte aktører	Oppdateres løpende i program for pasientens legemiddelliste.
Andel pasienter som får opprettet pasientens legemiddelliste	Det er opprettet pasientens legemiddelliste for minst 80 prosent av innbyggerne	Oppdateres løpende i program for pasientens legemiddelliste.
Gevinst		
Gevinstindikator	Gevinstpotensial	Plan for måling

Tid brukt på innhenting og manuell plotting av pasientopplysninger	Se vedlegg C Samfunnsøkonomisk analyse. Nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Følgforskning, samt spørreundersøkelse til helsepersonell.
Hvordan gevinsten omsettes	Det er opp til den enkelte virksomhet å beslutte hvordan gevinsten omsettes. Eksempler kan være: - Flere konsultasjoner/ behandlinger - Økt kvalitet i behandling - Redusert arbeidsbelastning for helsepersonell	
Risiko		
Risiko for redusert gevinst	At aktører i helsetjenesten ikke tar i bruk elektronisk multidose	
	At aktører i helsetjenesten ikke tar i bruk sentral forskrivningsmodul, blant annet fordi modulen ikke har tilsvarende legemiddelfunksjonalitet som eksisterende løsninger	
	At aktører i helsevesenet ikke tar i bruk pasientens legemiddelliste	
	At aktører i helsetjenesten ikke oppdaterer pasientens legemiddelliste, blant annet fordi krav om oppdatering fører til økt arbeidsbelastning for enkelte aktører	
Risikoreduserende tiltak	Tett oppfølging, involvering og ansvarliggjøring gjennom programmet	
	Tidlig utprøving, GAP-analyser mellom sentral forskrivningsmodul og dagens EPJ-leverandør	
	Samtidig innføring hos alle de største aktørene	
	Kompensasjon til aktører som skal opprette pasientens legemiddelliste	
	Felles funksjonalitet for legemiddelhåndtering i sentral forskrivningsmodul	
Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten		
Ansvarlig for koordinering og oppfølging	Programeier for program pasientens legemiddelliste	
Hvor og hvorfor gevinsten oppstår	Innføring av pasientens legemiddelliste bidrar til at innbyggere møter en mer koordinert helse- og omsorgstjeneste. Med pasientens legemiddelliste vil behandlere som innbyggere møter i helsetjenesten til enhver tid ha en oppdatert oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker. Det vil være mindre behov for at pasienter og pårørende selv skal være bærere av informasjon om legemiddelbruk. Videre vil det være enklere for pasienten å få oversikt over legemidler del bruker gjennom tilgang til pasientens legemiddelliste på HelseNorge.no. Samlet gir dette en forbedret innbyggeropplevelse i møte med helse- og omsorgstjenesten, som over tid vil bidra til økt tillit til helse- og omsorgstjenesten.	
Endring		
Endringsindikator	Resultatmål	Plan for måling
Andel legekantor som har tatt i bruk elektronisk multidose	Multidose innført ved aktuelle legekantor i løpt av 2024	Oppdateres løpende i program for pasientens legemiddelliste.

Andel aktører som har tatt i bruk pasientens legemiddelliste	Pasientens legemiddelliste er prøvd ut og innført hos minst 80 prosent av prioriterte aktører	Oppdateres løpende i program for pasientens legemiddelliste.
Andel pasienter som får opprettet pasientens legemiddelliste	Det er opprettet pasientens legemiddelliste for minst 80 prosent av innbyggerne	Oppdateres løpende i programmet for pasientens legemiddelliste...
Andel innbyggere som har sett på egen legemiddelliste på HelseNorge	Økning i antall innsyn	Uttrekk fra innbyggertjenestene Helsenorge.no. (årlig)
Gevinst		
Gevinstindikator	Gevinstpotensial	Plan for måling
Innbyggernes tilfredshet med helsetjenesten i spørreundersøkelser	Se vedlegg C Samfunnsøkonomisk analyse. Nullpunkt må defineres i forkant av innføring.	Oppdateres hvert andre år av program for pasientens legemiddelliste, basert på data fra Digitaliseringsdirektoratets Innbyggerundersøkelse. Programmet bør også vurdere følgeforskning og/eller egne spørreundersøkelser.
Hvordan gevinsten omsettes	Gevinsten omsettes av innbygger og uthenting av gevinst følges ikke videre opp i programmet.	
Risiko		
Risiko for redusert gevinst	At aktører i helsevesenet ikke tar i bruk pasientens legemiddelliste	
	At aktører i helsetjenesten ikke oppdaterer pasientens legemiddelliste	
	Hendelser i andre deler av helse- og omsorgstjenesten kan påvirke opplevelsen og tilliten	
Risikoreduserende tiltak	Tett oppfølging, involvering og ansvarliggjøring gjennom programmet	
	Samtidig innføring hos alle de største aktørene	
	Kompensasjon til aktører som skal opprette pasientens legemiddelliste	
	Et godt metodisk system for å isolere virkningen av pasientens legemiddelliste.	

4 Delmål

Målhierarki for steg 2 er beskrevet i sentralt styringsdokument. I målhierarkiet er det definert fire delmål som skal understøtte effektmålene. Dette vedlegget angir måltall for de tre av delmålene. Delmålene tilsvarer tiltakets gevinster.

Det tre delmålene som har måltall er gjengitt nedenfor:

- Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov
- Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon
- Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten

Det er ikke angitt måltall for gevinsten «Økt innovasjon og tjenestutvikling gjennom et bedre fungerende marked».

I kapitlene under angis konkrete måltall for de enkelte delmålene. For gevinsten «frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov» er det satt måltall per program. Måltallene vil brukes for å vurdere i hvilken grad tiltaket realiserer sine målsettinger. Det er angitt måltall for forventet, lav og høy måloppnåelse. Tiltaket har realisert sine målsettinger dersom forventet måloppnåelse oppnås.

Måloppnåelsen er basert på forutsetningene i tiltakets samfunnsøkonomiske analyse (se vedlegg C Oppdatert samfunnsøkonomisk analyse) og vurderinger av usikkerhet gjort i forprosjektet. Det er stor usikkerhet rundt nytteberegningene i den samfunnsøkonomiske analysen, og forutsetningene denne bygger på. Det vil være naturlig at arbeidet med måltall fortsetter i tiltakets første faser. I tilknytning til dette vil det sannsynligvis være behov for revidering av måltallene.

Gevinstrealiseringsplanene beskriver hvordan indikatorene skal måles og følges opp, og vil være operative styringsverktøy i gjennomføringen av programmene.

4.1 Færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon

Tabell 6 Måltall for færre uønskede hendelser i helsetjenesten som skyldes feil eller manglende informasjon.

Indikator	Tjeneste	Prosentvis reduksjon i antall ³			Tidspunkt for måloppnåelse
		Forventet måloppnåelse	Lav måloppnåelse	Høy måloppnåelse	
Antall skader som oppstår i helsetjenesten	Fastlege (Antall konsultasjoner)	1 %	0,5%	2 %	Full realisering senest 1 år etter implementering.
	Legevakt (Antall konsultasjoner)	3 %	2 %	4,5 %	
	Hjemmesykepleie (Antall timer utført hjemmesykepleie)	2 %	1,5 %	3 %	
	Korttidsavdeling (Antall døgnplasser)	2 %	1,5%	3 %	
	Langtidsavdeling (Antall døgnplasser)	1 %	1 %	1 %	
	Sykehus (konsultasjoner)	3 %	2 %	4,5 %	

³ Prosentvis reduksjon må sees i sammenheng framskrivning av aktivitet i helse- og omsorgstjenestene i oppdatert samfunnsøkonomisk analyse. Reduksjonen i antall skader er således sammenliknet med hva som ville vært tilfellet uten tiltaket.

4.2 Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten

Måltallene i Tabell 7 er basert på statistikk og vurderinger i forprosjektet.

Tabell 7 Måltall for bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helse- og omsorgstjenesten.

Indikator	Tjeneste	Prosentvis forbedring i innbyggertilfredshet			Tidspunkt for måloppnåelse
		Forventet måloppnåelse	Lav måloppnåelse	Høy måloppnåelse	
Innbyggernes tilfredshet ⁴ med helse- og omsorgstjenesten i spørreundersøkelser	Fastlegetjenesten	3%	1%	5%	Delvis realisering ett år etter implementering og full realisering senest fem år etter implementering.
	Legevakt	5%	3%	8%	
	Sykehus (Innleggelser og dagbehandling)	3 %	1 %	5 %	
	Sykehus (Poliklinikk)	3 %	1 %	5 %	
	Øvrig kommunal helse og omsorgssektor	5%	3%	8%	

⁴ Innbyggers tilfredshet er her definert av Digitaliseringsdirektoratets innbyggerundersøkelse.

4.3 Frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov

Tabell 8 Måltall for frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov. Program pasientens legemiddelliste

Indikator	Tjeneste	Minutter spart per dag			Tidspunkt for måloppnåelse
		Forventet måloppnåelse	Lav måloppnåelse	Høy måloppnåelse	
Tiden helsepersonell bruker mindre tid på å innhente informasjon fra andre aktører i helse- og omsorgstjenesten.	Hjemmetjenesten - ny bruker	12	9	15	Full realisering senest 1 år etter implementering.
	Hjemmetjenesten - endring	6	4	8	
	Sykehjem - ny bruker (korttidsopphold + ØHD/KAD)	14	10	17	
	Sykehjem - endring (korttidsopphold + ØHD/KAD)	5	3	7	
	Sykehjem - ny bruker (langtidsopphold)	14,5	11	18	
	Sykehjem – endring (langtidsopphold)	5	3	7	
	Fastlegetjenesten	1	0	1,5	
	Legevakt	2	1	2,5	
	Sykehus Innleggelse	13	10	15	
	Sykehus Poliklinikk	3	1	4	
	Sykehus Daghandling	8	6	9,5	
	Apotek	5	3	6	

Tabell 9 Måltall for frigjort tid for helsepersonell til å møte fremtidens behov. Program digital samhandling

Indikator	Tjeneste	Minutter spart per dag			Tidspunkt for måloppnåelse
		Forventet måloppnåelse	Lav måloppnåelse	Høy måloppnåelse	
Tiden helsepersonell bruker mindre tid på å innhente informasjon fra andre aktører i helse- og omsorgstjenesten.	Fastlegetjenesten	4	2	6	Full realisering senest 1 år etter implementering
	Legevakt	55	40	65	
	Sykehus (Innleggelser og dagbehandling)	55	40	65	
	Sykehus (Poliklinikk)	16	12	20	
	Kommunal helse og omsorgssektor (Sykehjem (langtids- og korttidsopphold), hjemmetjenesten og ØHD/KAD)	37	30	42	

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt

postmottak@ehelse.no

Sentralt styringsdokument

Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg G Omfang

Publikasjonens tittel:

Sentralt styringsdokument
Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg G: Omfang

Rapportnummer

IE-1087

Utgitt:

Januar 2022

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo
Tlf.: 21 49 50 70

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Innhold

1	Innledning	5
2	Bakgrunn og historie.....	7
2.1	Veien mot hovedmålene i én innbygger – én journal	7
2.2	Veien frem til samhandlingsområdene og tiltakene for steg 2.....	9
3	Oversikt over samhandlingsområder og tiltak	12
3.1	Samhandlingsområder vurdert for omfang steg 2	12
3.2	Tiltak fordelt på samhandlingsområder	13
3.3	Hvordan tiltakene er beskrevet.....	14
4	Pasientens legemiddelliste	16
4.1	LM-1 Videre innføring av pasientens legemiddelliste	17
4.1.1	Måloppnåelse	17
4.1.2	Beskrivelse av omfang	19
5	Dokumentdeling	22
5.1	JD-1 Videre innføring av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører	23
5.1.1	Måloppnåelse	23
5.1.2	Beskrivelse av omfang	25
5.2	JD-2 Innføring av dokumentdeling fra legevakt og ØHD/KAD til andre aktører	29
5.2.1	Måloppnåelse	29
5.2.2	Beskrivelse av omfang	31
5.3	JD-3 Innføring av dokumentdeling fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til andre aktører	33
5.3.1	Måloppnåelse	33
5.3.2	Beskrivelse av omfang	35
5.4	JD-4 Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører.....	37
5.4.1	Måloppnåelse	37
5.4.2	Beskrivelse av omfang	39
6	Kritisk informasjon	42
6.1	KI-1 Spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	43
6.1.1	Måloppnåelse	43
6.1.2	Beskrivelse av omfang	44
6.2	KI-2 Fastleger og avtalespesialister tar i bruk API for å dele kritisk informasjon ...	47
6.2.1	Måloppnåelse	47

6.2.2	Beskrivelse av omfang	48
6.3	KI-3 Kommunale helse- og omsorgstjenester tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	50
6.3.1	Måloppnåelse	50
6.3.2	Beskrivelse av omfang	51
6.4	KI-4 Resterende helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	53
6.4.1	Måloppnåelse	54
6.4.2	Beskrivelse av omfang	55
7	Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner.....	58
7.1	DBEP-1 Innføring av digital behandling- og egenbehandlingsplan for enkelte behandlingsgrupper	62
7.1.1	Måloppnåelse	62
7.1.2	Beskrivelse av omfang	63
8	Datadeling for digital hjemmeoppfølging.....	65
8.1	DHO-3 Utvikling av tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging	67
8.1.1	Måloppnåelse	67
8.1.2	Beskrivelse av omfang	69
9	Overordnede arkitekturbeskrivelser for samhandling steg 2.....	72
9.1	Pasientens legemiddelliste	74
9.2	Dokumentdeling	75
9.3	Kritisk informasjon	76
9.4	Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner	77
9.5	Datadeling for digital hjemmeoppfølging.....	78
10	Referanser.....	79

1 Innledning

Dette dokumentet er et vedlegg til sentralt styringsdokument for steg 2 for digital samhandling, som er et svar på Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til Direktoratet for e-helse datert 18. desember 2020 og 16. juni 2021 (konkretisering av oppdraget).

Omfanget som er beskrevet i dokumentet er bredere enn det som foreslås som steg 2 i sentralt styringsdokument da det har vært gjennomgått en kostnad og nytte-vurdering og prioritering (se Vedlegg K *Prioritering av tiltak i steg 2* for å få et definert omfang for gjennomføring. Det er vurdert slik at det likevel er viktig å få frem hvilke muligheter som har vært diskutert og dette dokumentet inneholder derfor dette omfanget. Kapittel 2.2 beskriver mer om denne prosessen.

Dokumentet er skrevet slik at det kan leses selvstendig.

Tabell 1 viser koblingene av omfang prioritert for steg 2 mot tiltaks-ID-ene som er beskrevet i dette dokumentet.

Tabell 1 Kobling tiltak og omfang steg 2

Arbeidsomfang i steg 2		Tiltaks-ID
Samhandlingsområdet dokumentdeling	Videre innføring av dokumentdeling fra helseforetakene	JD-1
	Sikre at kjernejournal innføres i pleie- og omsorgssektoren	
	Sikre at delte journaldokumenter kan leses av alle som har tjenstlig behov og tilgang til kjernejournal	
	Definere hvilke samarbeidsområder aktørene i helse- og omsorgssektoren skal danne for å kunne dele dokumenter, og avklare hvilke typer dokumenter som skal deles	JD-1, JD-2, JD-3, JD-4
	Gjennomføre utprøving av dokumentdeling fra avtalespesialister, legevakt og ØHD/KAD	JD-1, JD-2
	Innføre dokumentdeling for alle aktuelle avtalespesialister, legevakter og ØHD/KAD	
Samhandlingsområdet kritisk informasjon	Helseforetakene prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon.	KI-1
	Fastleger og avtalespesialister prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon	KI-2
	Sykehjem og ØHD/KAD prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon	KI-3
	Utvikling av tjenester for datadeling som også dekker behov knyttet til digital hjemmeoppfølging	DHO-3

Arbeidsomfang i steg 2		Tiltaks-ID
Samhandlingsområdet datadeling for digital hjemmeoppfølging	• Videreutvikle tjenestene for datadeling til å håndtere større grad av strukturert informasjon	
Samhandlingsområdet pasientens legemiddelliste	• Videre innføring av e-multidose • Innføring av pasientens legemiddelliste i område for område	LM-1

Det er et samhandlingsområde, *digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner*, og et tiltak, *KI-4 Resterende helseaktører tar i bruk API for kritisk informasjon*, som ikke er foreslått i omfang for steg 2. Begrunnelsen for dette er beskrevet i Vedlegg K Prioritering av tiltak til steg 2. De er med her for dokumentasjonens skyld, men markert tydelig at de ikke er del av omfanget for steg 2 slik det er foreslått i sentralt styringsdokument.

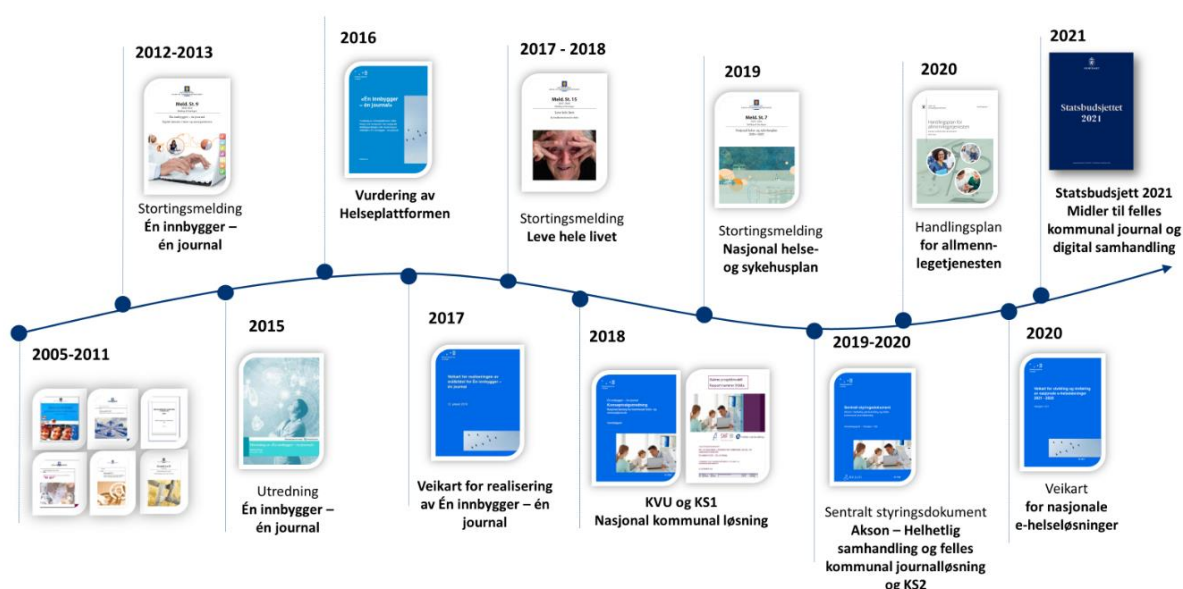
2 Bakgrunn og historie

2.1 Veien mot hovedmålene i én innbygger – én journal

I stortingsmelding 9 fra 2012-2013 Én innbygger – én journal ble det formulert tre hovedmål:

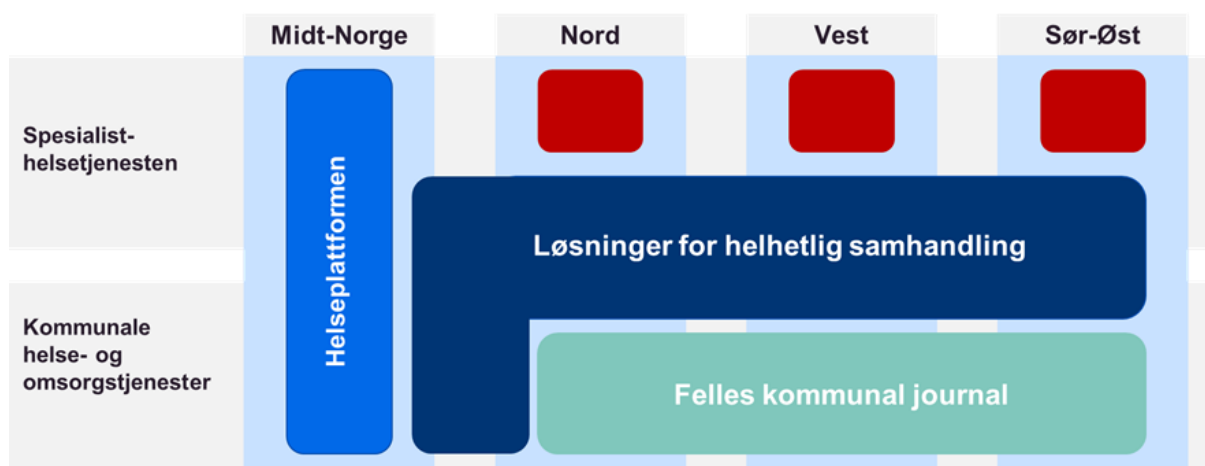
1. Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til helseopplysninger
2. Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
3. Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåkning, styring og forskning.

Siden 2012 har det pågått en rekke planleggings- og utviklingsaktiviteter i regionene for å understøtte målene. Samtidig har overordnede planer (1) (2) (3) og reformer gitt retning for ønsket utvikling.



Figur 1 Overordnede planer og reformer som har gitt retning for målbildet Én innbygger – én journal

Veikart for realisering av målbildet Én innbygger – én journal ble utarbeidet i 2017 med anbefaling om realisering gjennom tre strategiske og parallelle tiltak: videreutvikling av eksisterende løsninger i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst, etablering av Helseplattformen i region Midt-Norge og etablering av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. En vellykket realisering av de strategiske tiltakene og god oppfyllelse av det nasjonale målbildet stiller store krav til nasjonale løsninger for samhandling.



Figur 2 Realisering av målbildet Én innbygger – én journal gjennom tre strategiske og parallelle tiltak

Konseptvalgutredningen for nasjonal kommunal løsning resulterte i en anbefaling om at behovene i kommunal helse- og omsorgstjeneste utenfor Midt-Norge bør løses gjennom etablering av en nasjonal løsning for pasientjournal med helhetlig samhandling. Anbefalingen bygget på målene om at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasientopplysninger og at innbyggere skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester. God involvering av helsepersonell og pasient- og brukerrepresentanter er en viktig forutsetning for å lykkes i arbeidet. Konseptvalget skulle understøtte behov knyttet til klinisk dokumentasjon og pasient- og brukeradministrasjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og for samhandlingen med øvrig helsetjeneste. Arbeidet skulle også ta høyde for behovet for samhandling mellom helsetjenesten og andre kommunale og statlige tjenesteområder.

Målbildet for samhandling inkluderer muligheten til å skaffe oversikt over innbyggers tilstand og behov for helsehjelp, kunne gjøre oppslag i tidligere journalopplysninger, anmode om eller bestille tjenester og ytelser med svar samt kommunisere om saksbehandling, innhente innbyggers opplysninger, slå opp i generelle informasjonskilder (grunndata), rapportere egen aktivitet og arrangere og delta i møter, konsultasjoner og samtaler. Målbildet begrenser seg til å understøtte deling av informasjon for yttelse av helse- og omsorgshjelp. Dette inkluderer å sikre kontinuitet i direkte helsehjelp, for eksempel når innbygger beveger seg mellom ulike virksomheter eller skrives ut fra sykehus, og å sikre samhandling med medisinsk utstyr når det benyttes digital hjemmeoppfølging. Målbildet inkluderer også å understøtte samhandling med andre tjenester og aktører utenfor helse- og omsorgstjenesten der det har betydning for helsehjelpen (eks hjelpemidler fra NAV), eller administrative sider av helse- og omsorgshjelpen som følges opp av aktører utenfor helsetjenesten (eks HELFO, nasjonale helseregistre) (4).

For å legge til rette for gode og sammenhengende helsetjenester, er det viktig med nasjonal samordning av digitaliseringsarbeidet i helse- og omsorgssektoren. Strukturene og styringen av helse- og omsorgssektoren gjør det utfordrende å få på plass god samhandling, men gjennom etableringen av nasjonale e-helseløsninger som hels norge, kjernejournal og e-resept, kan sektoren vise til flere gode resultater de siste årene. Meldingsutveksling, grunndata, HelseID og felles kodeverk og terminologi, utgjør bærebjelkene i dagens samhandlingsstruktur. I dag kan hver enkelt helsevirksomhet selvstendig beslutte i hvilken grad nasjonale e-helseløsninger skal tas i bruk. Fra et innbygger- og helsepersonellperspektiv vil flere av de digitale tjenestene gi begrenset nytte før et stort flertall av aktørene deler informasjon og samhandler gjennom de nasjonale e-helseløsningene. Helse- og omsorgsdepartementet pekte derfor på behovet for et veikart

som viser sammenhengen og avhengighetene mellom de ulike tiltakene i sektoren og hvordan de bidrar til at nasjonale e-helseløsninger blir tatt i bruk. Veikart for nasjonale e-helseløsninger 2021-2025 kom i 2020. For å få en oversikt over hvor langt sektoren var kommet i endringsprosessene knyttet til de nasjonale e-helseløsningene ble det etablert en verdikjede med ulike faser for tilrettelegging og tilgjengeliggjøring av nasjonale e-helseløsninger (5). Denne verdikjeden er videreført i dette arbeidet med vurdering av aktuelle tiltak for steg 2 i program digital samhandling.

Parallelt med at helseregionene har innført og videreutviklet sine regionale journalløsninger, har det blitt stilt krav til denne utviklingen for å sikre at det nasjonale målbildet understøttes (6). Med etablering av selskapet Felles kommunal journal interim A/S er det tatt et viktig og nytt steg i samarbeidsprosjektet mellom kommune og stat for å få til bedre samhandling og et journalløft for kommunene.

Gjennom statsbudsjettet for 2021 ble det satt av penger til digitale samhandlingsløsninger i helse- og omsorgssektoren. Program for digital samhandling etableres for å ivareta arbeidet med de nasjonale løsningene for samhandling og ledes av Direktoratet for e-helse og gjennomføres i tett samarbeid med Norsk helsenett SF. Digital samhandling representerer en utviklingsretning som gjennomføres stegvis. Steg 1 i samhandlingsløsningen omfatter grunndata og tillitstjenester, kjernejournal, nasjonal informasjonstjeneste for oppslag av laboratorie- og radiologisvar, samt forprosjekt og ekstern kvalitetssikring av neste steg i utviklingsretningen for helhetlig samhandling.

Arbeidet gjennomføres med et sektorsammensatt programstyre som bidrar til blant annet god prioritering av sektorens samlede behov, forankring og informasjonsflyt om programmets mål og leveranser samt forslag til tiltak.

Forprosjektet for helhetlig samhandling innebærer utarbeidelse av et sentralt styringsdokument for steg 2. Forprosjektet kobler eksisterende veikart for innføring og utvikling av nasjonale e-helseløsninger med en gjennomføringsplan for utvalgte samhandlingstiltak mot målbildet for helhetlig samhandling og hovedmålene i stortingsmelding 9 fra 2012-2013 Én innbygger – én journal.

Eksisterende nasjonale e-helseløsninger, og det rettslige grunnlaget disse bygger på, vil trolig ikke være tilstrekkelig for å realisere *hele* målbildet om helhetlig samhandling. Realiseringen av målbildet innebærer trolig at det må etableres både nye spesifikke tjenester og felleskomponenter som gjør det mulig å dele relevante helseopplysninger, utover dagens nasjonale e-helseløsninger. Dette vil trolig kreve lovendringer.

2.2 Veien frem til samhandlingsområdene og tiltakene for steg 2

Forprosjektet i program digital samhandling har som oppgave å planlegge gjennomføring av neste steg mot målbildet for helhetlig samhandling. I det opprinnelige oppdraget som ble gitt av Helse- og omsorgsdepartementet, bes det om at det utarbeides en plan for steg 2 til n med oppstart fra 2023.

Forprosjektet har etter innspill fra programstyret og oppdatert oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet fra 16. juni 2021 utarbeidet et forslag til det videre planarbeidet basert på veikartet for nasjonale e-helseløsninger, for å konkretisere steg 2 i utviklingen av helhetlig samhandling. Veikartet for nasjonale e-helseløsninger omfatter tiltak som både er høyt prioritert av sektoren og som dekker høyt prioriterte informasjonsbehov.

Ved at forprosjekt for steg 2 tar utgangspunkt i veikart for nasjonale e-helseløsninger utnyttes kapasitet og kompetanse i pågående arbeid. Det er ønskelig at allerede påbegynte tiltak sluttføres og tas i bruk av sektor, før man flytter oppmerksomhet og ressurser over på nye tiltak.

Forprosjektet gjennomførte i begynnelsen av 2021 dialogmøter med henholdsvis Norsk helsenett SF, KS og kommuner, RHF-er og Legeforeningen. Formålet med dialogmøtene var å få innspill til det pågående arbeidet med å koble helhetlig samhandling med veikartet, hvordan arbeidet kan organiseres og få frem alternativer for innretning og gjennomføring av forprosjektet. Veikart for nasjonale e-helseløsninger 2021 – 2025 viser et situasjonsbilde av de nasjonale e-helseløsningene og inneholder konsepter som skal redusere samhandlingsutfordringen i helse- og omsorgssektoren (5).

Områdene som er beskrevet i dagens veikart, har leveranser som bidrar til å realisere deler av informasjonstjenestene i målbildet for helhetlig samhandling. I steg 2 vil program digital samhandling ta utgangspunkt i eksisterende veikart og bygge videre på konseptene som finnes. Det er gjennomført en analyse av nasjonal e-helseportefølje for å identifisere hvordan prosjektene og programmene i e-helseporteføljen realiserer målene i veikartet, status på finansiering av disse og hvilken del av utviklingen og innføringen av ny samhandlingsfunksjonalitet som omfattes av forpliktet finansiering.

Veikart for nasjonale e-helseløsninger omfatter syv hovedområder:

- Digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorge
- Pasientens legemiddelliste
- Kritisk informasjon
- Journaldokumenter
- Laboratorie- og radiologisvar
- Dialogmeldinger og forbedrede henvisninger
- Digital hjemmeoppfølging, inkludert digitale behandlingsplaner og egenbehandlingsplaner

Forprosjektet har lagt til grunn at områdene digital dialog og innsynstjenester, laboratorie- og radiologisvar og dialogmeldinger og forbedrede henvisninger ikke er relevante å vurdere som tiltak i steg 2. Begrunnelsen for dette er at disse områdene allerede har pågående aktiviteter som er tilstrekkelig for å sikre utvikling og at ny praksis blir tatt i bruk. For eksempel har Helsenorge eget produktstyre og det er opprettet et eget prosjekt for laboratorie- og radiologisvar (NILAR).

Med dette som utgangspunkt har forprosjektet gjennomført en prioriteringsprosess for å avgrense omfanget av tiltak som skal inngå i steg 2. Totalt fem samhandlingsområder med 18 tiltak ble vurdert i prioriteringsprosessen. Mer om dette er beskrevet i Vedlegg K Prioritering av tiltak i steg 2. Alle samhandlingsområdene, men kun 11 tiltak, ble anbefalt for videre arbeid. Tiltakene som ble anbefalt sammenfaller med de informasjonsbehovene som ble prioritert høyest i arbeidet med løsningsomfang i Akson, jf. Vedlegg G2 (4).

Det er også vurdert behov for felles språk som et eget samhandlingsområde, men det er vurdert som mer hensiktsmessig å vurdere behov for arbeid med felles språk innenfor hvert av tiltakene.

I det videre arbeidet ble de 11 tiltakene ytterligere beskrevet og vurdert. Blant annet ble samhandlingsområdet digitale behandling- og egenbehandlingsplaner og tiltaket KI-4 Resterende helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon vurdert ut av omfanget for steg 2. Prosessen er beskrevet i Vedlegg K Prioritering av tiltak i steg 2.

Det endelige anbefalte omfanget for steg 2 er kort beskrevet i det sentrale styringsdokumentet og ytterligere beskrevet i dette dokumentet, samt Vedlegg K.

3 Oversikt over samhandlingsområder og tiltak

I dette kapitlet beskrives overordnet de fem samhandlingsområdene og de 11 tiltakene som er vurdert for steg 2. Endelig omfang for steg 2 er beskrevet i

Tabell 1 Kobling tiltak og omfang steg 2.

Tiltaksbeskrivelsene i de påfølgende kapitlene er beskrevet på et nivå som skal gi grunnlag for forståelse av omfang som utgangspunkt for kost-/nytteanalyse og gjennomføringsstrategi for steg 2. Sentralt styringsdokument for steg 2 sitt Vedlegg A Sentrale begreper inneholder forklaring av viktige begreper også for omfangsbeskrivelsen.

Tiltaksbeskrivelsene er resultat av en kartleggingsfase i regi av forprosjektet i program digital samhandling. Tiltakene er beskrevet i samarbeid med aktører som er involvert i pågående tiltak i veikartet for nasjonale e-helseløsninger, se tabellen under. Denne prosessen har foregått i perioden mai-august 2021.

3.1 Samhandlingsområder vurdert for omfang steg 2

Tabell 2 gir en enkel oversikt over de fem områdene som er beskrevet i dokumentet og hvilke aktører som forprosjektet har hatt dialog med underveis. Samhandlingsområdet DBEP er underveis i prosessen vurdert utenfor omfang i steg 2, se Vedlegg K Prioritering av tiltak til steg 2 for begrunnelse av dette.

Tabell 2 Samhandlingsområder i omfang for steg 2

ID	Navn på samhandlingsområde	Kort beskrivelse	Aktører som har vært i dialog med forprosjektet
LM	Pasientens legemiddelliste	Pasientens legemiddelliste (PLL) skal etablere og tilgjengeliggjøre pasientens legemiddelopplysninger i én felles nasjonal oversikt.	Direktoratet for e-helse, Program pasientens legemiddelliste
JD	Dokumentdeling	Samhandling gjennom deling av journaldokumenter på tvers av forvaltningsnivåer ved bruk av den nasjonale dokumentdelings-infrastrukturen	- Helse Sør-Øst RHF - Norsk helsenett SF - Direktoratet for e-helse, EPJ-løftet - KS - Helse Vest IKT
KI	Kritisk informasjon	Kritisk informasjon kan endres og deles av aktørene i helse- og omsorgstjenesten gjennom et felles grensesnitt i kjernejournal	- Helse Vest IKT - Norsk helsenett SF - Direktoratet for e-helse, EPJ-løftet - KS

DBEP	Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner	Behandlings- og egenbehandlingsplan kan deles med pasient og helsepersonell på tvers av forvaltningsnivå gjennom kjernejournal og Helsenorge	Helsedirektoratet
DHO	Datadeling for digital hjemmeoppfølging	Pasienten følges opp i hjemmet ved at f.eks. pasientens egenmålinger, pasientrapporterte opplysninger om egen helsetilstand eller automatiske målinger, sendes digitalt til helsetjenesten, som vurderer og ved behov følger opp pasienten primært via digitale verktøy.	- Nasjonalt velferdsteknologiprogram, prosjektet DHO infrastruktur og arkitektur - Norsk helsenett SF

3.2 Tiltak fordelt på samhandlingsområder

Tabell 3 gir en oversikt over de tiltakene som er beskrevet i dokumentet med en tilhørende kort beskrivelse. Tiltakene DBEP-1 og KI-4 er underveis i prosessen vurdert utenfor omfang for steg 2, se Vedlegg K Prioritering av tiltak til steg 2 for begrunnelse av dette.

Tabell 3 Kort beskrivelse av tiltak per samhandlingsområde

Tiltaks-ID	Navn på samhandlingsområde/tiltak	Kort beskrivelse
LM	Pasientens legemiddelliste	
LM-1	Videre innføring av pasientens legemiddelliste	Koordinere nasjonal innføring av pasientens legemiddelliste (PLL), Sentral forskrivningsmodul (SFM) og elektronisk multidose
JD	Dokumentdeling	
JD - 1	Videre innføring av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører	Spesialisthelsetjenesten skal kunne dele journaldokumenter med andre aktører og innbyggere, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen, samt at aktører med tjenstlig behov og tilgang til kjernejournal kan få tilgang til dokumentene.
JD - 2	Innføring av dokumentdeling fra legevakt og ØHD/KAD til andre aktører	Legevakt og ØHD/KAD skal kunne dele journaldokumenter med andre aktører og innbyggere, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
JD - 3	Innføring av dokumentdeling fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til andre aktører	Aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste skal kunne dele journaldokumenter med andre aktører og innbyggere, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
JD - 4	Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører	Fastleger skal kunne dele journaldokumenter med andre aktører og innbyggere, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
KI	Kritisk informasjon	
KI - 1	Spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon skal kunne endres og deles av alle aktører i spesialisthelsetjenesten gjennom felles grensesnitt i kjernejournal

KI – 2	Fastleger og avtalespesialister tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon skal kunne endres og deles av fastleger og avtalespesialister gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
KI – 3	Kommunale helse- og omsorgstjenester tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon skal kunne endres og deles av kommunale helse- og omsorgstjenester gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
KI - 4	Resterende helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon skal kunne endres og deles av andre helseaktører enn de som er beskrevet i andre tiltak, gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
DBEP	Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner	
DBEP - 1	Innføring av digital behandling- og egenbehandlingsplan for enkelte behandlingsgrupper	Innføring av løsning for digital behandlings- og egenbehandlingsplan hos aktører i én helseregion.
DHO	Datadeling for Digital hjemmeoppfølging	
DHO-3	Utvikling av tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging	Tiltaket skal utvikle tjenester for datadeling som kan brukes for å gjøre data fra digital hjemmeoppfølging tilgjengelig via grensesnitt, slik at helsepersonell og innbyggere, enkelt kan få tilgang til aktuelle data

3.3 Hvordan tiltakene er beskrevet

De prioriterte tiltakene er beskrevet på samme format, men det vil være ulik detaljeringsgrad avhengig av hvor mye arbeid som tidligere er gjort på samhandlingsområdet. I tillegg vil de tiltakene som er vurdert til å starte først, være mer detaljert beskrevet enn dem som vil starte opp senere. For ytterligere beskrivelse av denne prosessen henvises det til gjennomføringsstrategien for steg 2 i sentralt styringsdokument.

Tiltakene beskrives innenfor to hovedområder; måloppnåelse og beskrivelse av omfang. Beskrivelsen av omfang peker blant annet på elementer som driver kostnader. Tabell 4 viser hvilke delkapitler hver av disse innehar og en beskrivelse.

Tabell 4 Leseforklaring til tiltaksbeskrivelsene

Kapittel	Beskrivelse
Måloppnåelse	
Beskrivelse	Kapittelet beskriver hva tiltaket skal løse og hvordan det skal løses.
Veikartfase	Kapittelet beskriver i hvilken fase tiltaket estimert er per 2023 og hvor tiltaket vil være etter gjennomføring av steg 2. Fasene er hentet fra «Veikart for nasjonale e-helseløsninger» (5) og det henvises til kap. 1.3.1 der for detaljert beskrivelse av de ulike fasene.  Disse fasene er en forenkling av den faktiske gjennomføringen og et tiltak kan i teorien være i flere faser samtidig og foregå i flere iterasjoner.

	<i>Konseptfase (grå):</i> Denne fasen skal etablere et konsept for den nasjonale tjenesten og gi god forståelse for arbeidet som kreves i de etterfølgende fasene for at den nye tjenesten skal bli tatt i bruk hos berørte aktører. <i>Nasjonal tilrettelegging (gul):</i> I denne fasen utvikles tjenesten, nødvendige standarder etableres, helsefaglige veiledere utarbeides, forskrifter endres og lignende. Som en del av denne fasen skal tjenesten testes og utprøves med et mindre antall aktører. <i>Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten (blå):</i> I denne fasen overføres ansvaret til hver enkelt virksomhet og de må legge til rette i lokal infrastruktur, gjennomføre nødvendige endringer i prosesser og organisasjon for å tilgjengeliggjøre tjenesten til brukerne sine. <i>Endring i virksomhetene (lys grønn):</i> Denne fasen innebærer mye av det samme som den forrige, men i større grad fokus på den organisatoriske. Blå og lysegrønn fase omtales sammen som «innføring».
Resultatmål	Kapittelet beskriver hvilke resultatmål som er satt for tiltaket.
Informasjonstjenester og -behov	Kapittelet lister opp hvilke informasjonstjenester og -behov som tiltaket berører. Listen med informasjonstjenester og -behov er hentet fra bilag G2 (4) i Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning.
Samsvar med sektorens prioriteringer	Helse- og omsorgssektoren har i ulike fora prioritert hvilke behov og tiltak de mener bør realiseres først. Kapittelet beskriver hvordan tiltaket er i samsvar med de ulike prioriteringene.
Beskrivelse av omfang	
Juridisk samhandlingsevne	Kapittelet beskriver hva som er nødvendig for å sikre juridisk samhandlingsevne for det som tiltaket omhandler. Det inkluderer å identifisere om det er behov for regelverksutvikling for å bl.a. etablere rettsgrunnlag for løsningene.
Organisatorisk samhandlingsevne	Kapittelet beskriver hva som er nødvendig for å sikre organisatorisk samhandlingsevne. Det inkluderer blant annet å identifisere arbeidsprosesser som må endres, opplæringsbehov og omtale av roller og ansvar.
Semantisk samhandlingsevne	Kapittelet beskriver hva som er nødvendig for å sikre semantisk samhandlingsevne. Dette inkluderer blant annet å identifisere nødvendig arbeid med begreper og standardisering av informasjonsmodeller.
Teknisk samhandlingsevne	Kapittelet beskriver hva som er nødvendig for å sikre teknisk samhandlingsevne. Dette inkluderer blant annet å identifisere teknisk utvikling eller tilrettelegging av nasjonale løsninger, integrasjoner eller andre tilpasninger i lokale løsninger.
Forutsetninger og avhengigheter	Kapittelet beskriver kjente forutsetninger og avhengigheter for tiltaket.

4 Pasientens legemiddelliste

Pasientens legemiddelliste (PLL) er en oversikt som viser aktuelle legemidler, kosttilskudd og reseptfrie legemidler, samt legemiddelreaksjoner (CAVE) for en pasient. I tillegg inneholder den legens vurderinger og begrunnelser for sine valg og historisk legemiddelbehandling for de tre siste månedene. For pasienten innebærer dette at helsepersonell alltid skal være oppdatert på pasientens legemidler i bruk.

Pasientens legemiddelliste skal gi enklere og tryggere håndtering av legemidler og sikre at helsepersonell i en oppfølging- eller behandlingssituasjon har raskere og enklere tilgang til pasientens legemiddelbehandling. Dette bidrar til økt kvalitet og pasientsikkerhet. Helsepersonell vil redusere tiden de bruker på å bekrefte legemiddelopplysninger eller svare på henvendelser fra samarbeidsaktører. Dette kan for eksempel gjelde både ved overføring av pasienter mellom virksomheter eller omsorgsnivå, eller ved utlevering av legemidler i apotek.

Pasientens legemiddelliste medfører endring av arbeidsprosesser og berører et stort antall helsepersonell. For å innføre PLL på en effektiv måte, er det etablert et nasjonalt program, pasientens legemiddelliste, der Direktoratet for e-helse, i samarbeid med Norsk helsenett SF, bistår aktørene med innføring. Programmet har flere prosjekter hvor Norsk helsenett SF har en viktig rolle i utviklingen av løsningene. Virksomhetene vil selv være ansvarlig for opplæringen og innføring, samt realisering av gevinstene.

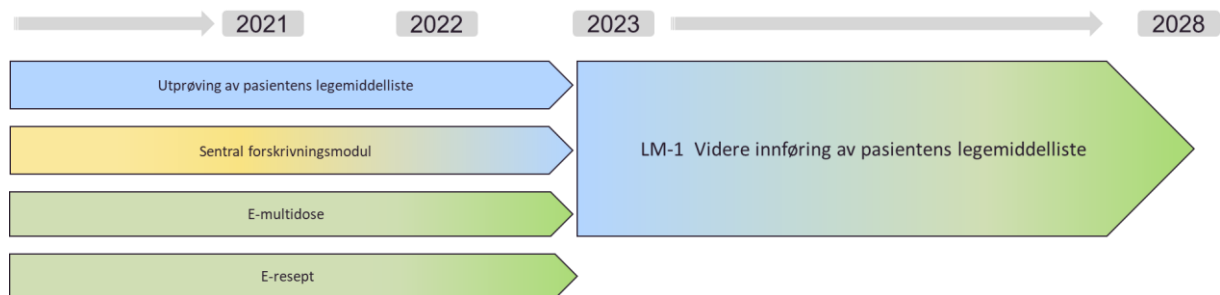
Informasjon om hvilke legemidler pasienten har fått forskrevet er lagret i reseptformidleren (RF) gjennom bruk av samhandlingsløsningen e-resept. Den består av et sett ulike meldinger og systemer som i samspill håndterer en sikker rekvirering og utlevering til pasienten. Reseptformidleren er i etablert drift og forvaltning i dag, men programmet vil i perioden frem til 2023 bestille tilpasninger på denne for å sikre kvalitet og klargjøre for PLL.

I 2018 startet utviklingen av sentral forskrivningsmodul (SFM) som er et verktøy som skal bidra til et enhetlig grensesnitt mot innholdet i reseptformidleren. I tillegg til den eksisterende meldingsløsningen, tilbyr SFM to nye metoder for å koble seg mot reseptformidleren; SFM Basis API og SFM GUI. SFM Basis API er grensesnitt basert på FHIR-profiler som kan brukes av leverandører som har eller ønsker å utvikle egne legemiddelmoduler i sin journalløsning. SFM GUI er en ferdig løsning med brukerflate som kan benyttes av leverandører som ikke har slik legemiddelfunksjonalitet selv. Prosjektet SFM planlegger å starte utprøving med SFM i 2021-2022, og innføring etter dette.

Multidose i e-resept er et prosjekt som skal styrke pasientsikkerheten og har som oppgave å gjennomføre utprøving og innføring av e-multidose i samarbeid med de aktuelle aktørene, som er kommune/hjemmetjeneste, fastlegene, multidoseapotekene og EPJ-leverandørene. Multidose er maskinell pakking av legemidler i poser til personer som trenger hjelp til å dosere og huske å ta legemidlene sine, men brukes også i kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Multidoseansvarlig lege (ofte fastlege) viderefører fullstendig liste over alle legemidler og kosttilskudd som en multidosepasient bruker. Denne legemiddellisten kalles en "multidosemelding" og sendes via reseptformidleren til et apotek som har ansvar for pakking og leveranse av multidose. Prosjektet planlegger at elektronisk multidose er ferdig innført i løpet av 2024.

Pasientens legemiddelliste bygger videre på elektronisk multidose som allerede har en løsning for legemiddelliste i e-resept. På tilsvarende måte som leger i dag sender e-resepter til reseptformidleren, vil pasientens legemiddelliste også sendes til reseptformidleren

gjennom bruk av SFM eller meldinger. Pasientens legemiddelliste vil kunne oppdateres av alle leger og baseres på et «stafettpinne-prinsipp» hvor behandlende lege oppdaterer legemiddellisten før den sendes videre. Innbyggere vil få tilgang til å se sin legemiddelliste på Helsenorge. Programmet for pasientens legemiddelliste skal gjennomføre utprøving av PLL i Helse Vest sammen med Bergen Kommune og noen fastleger. Denne utprøvingen er planlagt ferdig i slutten av 2022. Den nasjonale innføringen planlegges parallelt, og starter opp med forberedelser i 2022, utprøving i nye innføringsområder i 2023 etterfulgt av nasjonal innføring i 2024. Pasientens legemiddelliste er planlagt ferdig innført i 2028.



Figur 3 Tidslinje for tiltak knyttet til samhandlingsområdet pasientens legemiddelliste

Det er også et behov for funksjonalitet for å administrere legemidler, spesielt i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette behovet er ikke en del av omfang for steg 2, men kan vurderes i steg 3.

Tabell 5 Oppsummering av samhandlingsområde pasientens legemiddelliste

Behov som må dekkes	Konsept for tiltak	Nytte
Helsepersonell har ikke en komplett oversikt over legemidler som pasienten har fått eller som er planlagt.	Pasientens legemiddelliste gjøres tilgjengelig via grensesnitt i reseptformidleren og kjernejournal, slik at helsepersonell gjennom egen journalløsning eller en integrert applikasjon som sentral forskrivningsmodul, kan endre eller dele legemiddelinformasjon som er lagret sentralt i reseptformidleren.	Tilgang til en oppdatert legemiddelliste gir bedre oversikt over pasientens legemidler som vil øke pasientsikkerheten (mindre pasientskade), og helsepersonell vil bruke mindre tid på å lete etter informasjon.

4.1 LM-1 Videre innføring av pasientens legemiddelliste

4.1.1 Måloppnåelse

4.1.1.1 Beskrivelse

Tiltaket skal sikre at aktivitetene som er startet i programmet Pasientens legemiddelliste videreføres etter 2023. Det er da hovedsakelig aktiviteter på områdene pasientens legemiddelliste, multidose og sentral forskrivningsmodul.

Tiltaket peker på tre hovedaktiviteter:

- Innføre sentral forskrivningsmodul
- Forberede og koordinere nasjonal innføring av Pasientens legemiddelliste

- Innføre elektronisk multidose

Innføringen av pasientens legemiddelliste vil involveres følgende aktører: fastlegekontor, kommunal helse- og omsorgstjeneste med legevakt, sykehjem, hjemmetjeneste og øyeblikkelig hjelp døgnerhet (ØHD), kommunal akutt døgnerhet (KAD), sykehus, avtalespesialister og apotek.

Utpøring og innføring av e-multidose skjer i samarbeid med de aktuelle aktørene, som er kommune/hjemmetjeneste, fastlegene, multidoseapotekene og EPJ-leverandørene.

4.1.1.2 Veikartfase

Tiltaket sørger for innføring av elektronisk multidose, sentral forskrivningsmodul og pasientens legemiddelliste. Innføringsaktiviteter ligger til veikartfasen *tilrettelegging i helse- og omsorgssektoren* hvor mye av det tekniske legges til rette og til *endring i virksomhetene* hvor det største fokuset vil være organisatorisk. I tiltaket gjøres mye av dette i parallell. Når tiltaket er gjennomført, er det forventet at det skal være en ny praksis i bruk.



Figur 4: Verdikjedefaser for tiltaket

4.1.1.3 Resultatmål

- E-multidose er innført hos fastleger i løpet av 2024
- Pasientens legemiddelliste er prøvd ut og innført hos 80% av prioriterte aktører¹ i senest innen utgangen av 2028
- Innbygger og pårørende har digital tilgang til en oppdatert legemiddelliste innen utgangen av 2028

4.1.1.4 Informasjonstjenester og -behov

Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten *Legemidler og vaksiner* i målbilde for helhetlig samhandling gjennom behovene:

- Legemidler i bruk inkl. plan og historikk:
 - Legemidler i bruk (faste), inkl. "ved behov"-legemidler
 - Multidose
 - Midlertidige planlagte endringer (nulling, utsettelse)
 - Planlagte endringer (opp- og nedtrapping, kurer, planlagt seponering)

¹ Fastlegekontor, sykehus, avtalespesialister, sykehjem, hjemmetjeneste, legevakt, ØHD/KAD og apotek

- Administrasjon (utdeling) av legemidler
 - Legemidler hentet på apotek
- Bestilling av legemidler
 - Legemidler til pasient (resept)
 - Ordinering av multidose til pasient

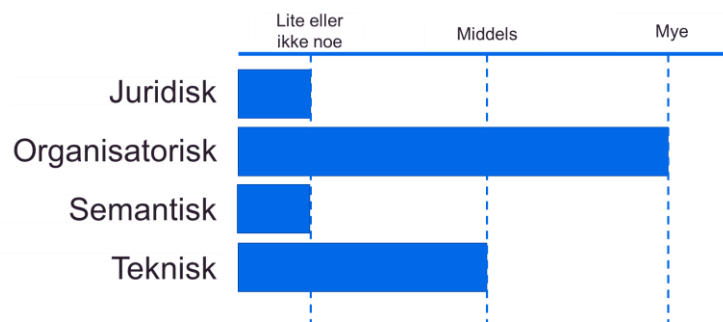
4.1.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er høyt prioritert av sektoren, jf. bilag G2 helhetlig samhandling (4).

4.1.2 Beskrivelse av omfang

4.1.2.1 Samhandlingsevne

For å realisere tiltaket kreves det først og fremst mye arbeid for å sikre organisatorisk samhandlingsevne, men i tillegg er det nødvendig å tilpasse den tekniske løsningen.



Figur 5 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

4.1.2.1.1 Juridisk

Det forventes ikke behov for å vedta endringer i lov- og forskrift for å realisere tiltaket. For å etablere PLL som en nasjonal løsning i reseptformidleren (RF) forutsetter det at samtlige vedtatte bestemmelser for å innføre PLL trer i kraft. Nødvendige bestemmelser som p.t. ikke har tredd i kraft er reseptformidlerforskriften § 2-1 sjette ledd, § 3-3 fjerde ledd og pasientjournalforskriften § 6 bokstav e og § 9. Når § 2-1 sjette ledd trer i kraft vil leger som gjør endringer i en pasients legemiddelbehandling ha plikt til å registrere dette i PLL med mindre pasienten motsetter seg dette. Når pasientjournalforskriften § 9 trer i kraft vil det være plikt til at opplysninger i PLL lagres og behandles i en nasjonal database på elektroniske resepter (RF). PLL skal da være "en samlet og oppdatert oversikt over relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling", jf. § 9. Videre innebærer ikraftttredelse av § 9 at leger som gjør endringer i en pasients legemiddelbehandling vil ha plikt til å oppdatere legemiddellisten tilsvarende som etter § 2-1 sjette ledd. Etter § 9 skal oppdatering senest utføres ved skifte av omsorgsnivå eller ved utskriving når pasienter har opphold i en helseinstitusjon. Ikraftttredelse av pasientjournalforskriften § 6 vil innebære at det i virksomhetenes lokale pasientjournalløsninger skal ligge en kopi av PLL slik den sendes inn til RF. Videre angir § 6 hvilke opplysninger som i tillegg kan være relevant og nødvendig for helsepersonell og dokumentere i eget lokalt pasientjournalssystem.

I program pasientens legemiddelliste er følgende avklart:

- Offentlig finansiering av SFM er ikke i strid med statsstøtteregelverket

- SFM er en legemiddelmodul som skal brukes i journalløsninger. Rekvirenter/helsevirksomheter er derfor dataansvarlig for opplysningene i SFM og har rettslig grunnlag i helsepersonells dokumentasjonsplikt og virksomheters plikt til å legge til rette for dette.

4.1.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «dele og endre» ved at en felles PLL kan endres og deles gjennom grensesnittene til reseptformidleren.

Innføring av pasientens legemiddelliste medfører endring i arbeidsprosesser for mange klinikere. Leger på sykehjem, ØHD/KAD, fastlegekontorer, avtalespesialister, sykehus og legevakt skal kunne lese, opprette og oppdatere PLL fra sin journalløsning. Annet helsepersonell i de samme virksomhetene, samt helsepersonell i hjemmetjenesten, vil få tilgang til å lese PLL i journalløsningen. Dette gjelder også apotek. Innbyggere vil få tilgang via Helsenorge.

Omfanget av endringene som kreves for å realisere PLL gjør at det er avgjørende å sikre felles tilnærming og koordinering på tvers av aktører. Dette er spesielt viktig i forbindelse med oppstart med aktører rundt et helseforetak.

Innføring av e-multidose og pasientens legemiddelliste medfører nye og endrede arbeidsprosesser. Det er behov for:

- Opplæring i nye og endrede arbeidsprosesser for klinikere som blir berørt
- Opprette den første legemiddellisten for pasientene

Andre aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

- Sikre rutiner og prosesser for drift og forvaltning og at ansvaret for dette er avtalt, både for PLL og e-multidose

4.1.2.1.3 Semantisk

Hovedkonseptet baserer seg på gjenbruk av dagens samhandlingsløsning e-resept. Informasjonsbehovet baseres på etablerte standarder og bruk av multidosemeldingen M25.1. Det benyttes HL7-FHIR profiler i SFM. Det er behov for å avklare hvordan legemiddelreaksjoner registrert i PLL forholder seg til legemiddelreaksjoner registrert som kritisk informasjon.

Det bør på sikt (utenfor steg 2) vurderes å gjøre en utredning av bruk og innføring av felles grunndata for legemiddelområdet, herunder virkestoffordinering basert på Felles språk. Dette har også RHF-ene påpekt i rapporten *Felles plan for strukturert journal i PAS/EPJ v.090 2021*. Endringer i grunndataene vil ha medføre endringer i reseptformidlerforskriften, og det vil ha konsekvenser vil for alle IKT-systemene som benytter legemiddelinformasjon, og det må derfor gjøres grundige kost/nytte vurderinger. Dette er *ikke* en forutsetning for innføring av pasientens legemiddelliste, som baserer seg på grunndata benyttet i e-reseptkjeden.

4.1.2.1.4 Teknisk

Pasientens legemiddelliste skal realiseres ved å gjenbruke dagens nasjonale infrastruktur for deling av legemiddelopplysninger. Det vil si at opplysninger om pasientens

legemiddelbehandlinger skal deles via de nasjonale behandlingsrettede registrene reseptformidleren (RF) og kjernejournal (KJ), men også Helsenorge og HelseID vil bli brukt.

Teknisk sett er PLL en melding, M25.1-meldingen, som lagres i Reseptformidleren og sendes som kopi videre til kjernejournal.

Aktørene som skal endre PLL må være påkoblet e-reseptkjeden. Dette kan gjøres ved at journalløsningen benytter sentral forskrivningsmodul (SFM) eller har direkteintegrasjon til reseptformidleren og/eller kjernejournal. Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF etablerer sentral forskrivningsmodul og denne utvikles som en del av de nasjonale løsningene for deling av legemiddelopplysninger. SFM benytter dagens e-reseptinfrastruktur og kjernejournal for at legemiddelopplysninger kan deles på tvers av virksomhetene i helsesektoren.

Sentral forskrivningsmodul kan tas i bruk på to ulike måter:

- SFM GUI: Benyttes av EPJ som ønsker å integrere SFMs brukergrensesnitt i egen løsning.
- SFM Basis API: Benyttes av EPJ som bygger eget brukergrensesnitt og benytte API for å kommunisere med sentrale registre.

Aktiviteter i tiltaket som skal sikre teknisk samhandlingsevne:

- Bidra til at aktørene har teknisk støtte i sin journalløsning eller kurve ved bruk av enten SFM GUI, SFM Basis API eller eksisterende meldingsløsning
- Bidra til at aktørene som trenger det har teknisk støtte for multidose i e-resept i sin journalløsning
- Gjøre tilpasninger i nasjonale løsninger, blant annet Helsenorge, SFM, HelseID, kjernejournal, reseptformidleren, FEST, mv.

4.1.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- PLL inneholder en delmengde av kategorien overfølsomhetsreaksjoner på kritisk informasjon, legemiddelreaksjoner. Det er derfor et grensesnitt til tiltakene i samhandlingsområdet for kritisk informasjon. Disse må være koordinerte, spesielt dersom PLL realiseres før API for kritisk informasjon grunnet mulige endringer i standard for kritisk informasjon.
- Det forutsettes at etableringen av meldeplikt i Reseptformidlerforskriften §2-1 har tredd i kraft innen innføringen av PLL er avsluttet
- Det forutsettes at SFM er ferdig utviklet i løpet av 2023
- Det forutsettes at innføring av kjernejournal til de aktørene som ikke har tilgang må fortsette for å sikre at disse også får nytte av pasientens legemiddelliste.
- Det forutsettes at uoverensstemmelsen mellom Felles språk og PLL om virkestoffordinering er avklart før innføring av PLL.

5 Dokumentdeling

Innbyggere vil, som en del av den offentlige helse- og omsorgstjenesten, ha helseinformasjon registrert hos mange aktører både i primær- og spesialisthelsetjenesten. I dag er det en utfordring at helseinformasjon som er registrert hos andre virksomheter, ofte ikke er tilgjengelig for helsepersonell som behandler pasienten.

Dokumentdeling, gjennom standarden IHE XDS, er en løsning for innsyn i journal på tvers av behandlingssteder i ulike regioner og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Løsningen gir helsepersonell mulighet til å slå opp og få tilgang til utvalgte dokumenter på andre tjenestesteder, der man før måtte innhente informasjonen gjennom manuelle rutiner.

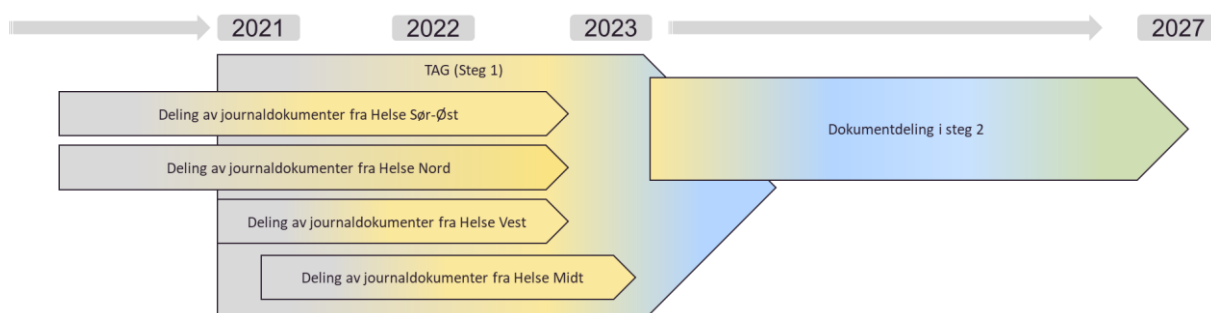
Det er laget en målarkitektur for nasjonal dokumentdeling (7) og det er i Helse Sør-Øst og Helse Nord gjennomført utprøving av dokumentdeling fra utvalgte helseforetak. Dokumentene er gjort tilgjengelige i kjernejournal for utvalgt helsepersonell. Etter utprøvingen er det fortsatt en begrensning på hvem som deler informasjon og hvem som kan slå opp informasjon. Frem mot 2023 skal alle helseforetak i disse regionene tilby deling av journaldokumenter.

Det er behov for å tilgjengeliggjøre løsningen til flere aktører, slik at flere kan dele dokumenter og flere kan få tilgang til informasjon fra andre. Dette vil gi innbyggerne tjenester av høyere kvalitet og økt pasientsikkerhet da helsepersonell vil få tilgang til et bredere beslutningsgrunnlag og økt trygghet ved beslutninger. Videre vil det bli en mer effektiv ressursbruk som følge av at helsepersonell får enklere tilgang til relevant informasjon og kan redusere tidkrevende dialog med annet helsepersonell. Dette innebærer også at pasienter kan få færre gjentakende undersøkelser og slipper å gjenta samme informasjon til flere helsepersonell.

Utbredelse av innsyn i journaldokumenter vil være avhengig av at det etableres en felles tillitsmodell for dokumentdeling, og moderniserte tillits- og grunndatatjenester. Tiltak på dette er derfor lagt til program digital samhandling Steg 1 og prosjektet Tillitstjenester, API-håndtering og Grunndata (TAG). Prosjektet har i tillegg overtatt ansvaret for å klargjøre de nasjonale løsningene for å starte innføring av tjenesten dokumentdeling slik at alle som skal kunne slå opp journaldokumenter, kan få muligheten til dette. Steg 2 vil være med på å få aktørene klare for dette.

Helse Vest har også startet opp et prosjekt på dokumentdeling. Prosjektet vil utrede og realisere utprøving av journaldeling i Helse Vest og vil i utprøvingen dele journaldokumenter fra sin journalløsning (DIPS) gjennom kjernejournal med utvalgte bestemte parter innen primær eller spesialisthelsetjenesten. Dette skal etter planen være ferdigstilt i løpet av 2022.

Helse Midt-Norge har igangsatt et arbeid for å avklare hvordan de kan delta som dokumentkilde. Helseplattformen har kartlagt EPICs mest aktuelle løsning for IHE/XDS standardisert dokumentdeling og planlagt et mulig løp som kan medføre at Helseplattformen blir en kilde i løpet av andre halvår 2023. Denne planen forutsetter at tilpasninger til EPICs løsninger bestilles desember 2021, samt forutsetning av noen tilpasninger til bruken av IHE/XDS standarden i nasjonal sentral løsning.



Figur 6 Tidslinje for tiltak knyttet til samhandlingsområdet dokumentdeling

Tabell 6 Oppsummering av samhandlingsområde dokumentdeling

Behov som må dekkes	Konsept for tiltak	Nytte
Helseinformasjon som er registrert hos andre virksomheter er ofte ikke tilgjengelig for helsepersonell som behandler pasienten.	Informasjonstjenesten journalldokumenter gjøres tilgjengelig via grensesnitt i kjernejournal, slik at helsepersonell gjennom egen journalløsning, kan slå opp i aktuelle dokumenter som er lagret hos andre aktører.	Høyere kvalitet og økt pasientsikkerhet som følge av at helsepersonell får bedre beslutningsgrunnlag, samt at helsepersonell får enklere tilgang til relevant informasjon

5.1 JD-1 Videre innføring av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører

5.1.1 Måloppnåelse

5.1.1.1 Beskrivelse

Formålet med tiltaket er å tilrettelegge for at alle aktørene i spesialisthelsetjenesten kan dele journalldokumenter med andre aktører, gjennom gjenbruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen. Denne består av et nasjonalt koblingspunkt (XCA), sikkerhetsmodell og tillitstjenester og et brukergrensesnitt i kjernejournal. Det er tidligere utarbeidet en målarkitektur for nasjonal dokumentdeling (7) som vil være den konseptuelle beskrivelsen for dette tiltaket.

I henhold til denne arkitekturen, vil de nye aktørene som skal dele journalldokumenter, danne hensiktsmessige samarbeidsområder og etablere, for hver av disse, et koblingspunkt og et dokumentregister, samt avklare hvilke dokumentlagre som skal brukes. Per 2021 utgjør Helse Sør-Øst og Helse Nord to samarbeidsområder og Helse Vest er i ferd med å etablere ett. En del av tiltaket er å sikre bredding av dokumentdeling fra aktører i spesialisthelsetjenesten innenfor disse samarbeidsområdene, og i tillegg innføre dokumentdeling i Helse Midt og for avtalespesialister som er knyttet til samarbeidsområdene for spesialisthelsetjenesten.

Etter utprøvingen har Helse Sør-Øst så langt har besluttet 63 dokumenttyper som kan deles gjennom kjernejournal. Av disse er 46 dokumenttyper ulike former for epikriser/sammenfatninger og 17 dokumenttyper omhandler bildeundersøkelser.

Helse Nord har tatt utgangspunkt i arbeidet som Helse Sør-Øst har gjennomført når det gjelder dokumenttyper som blir gjort tilgjengelige for innsyn gjennom kjernejournal. Helse Nord vil også dele dokumenter innenfor kategorien Henvisninger i utprøvingen.

Journaldokumentene som tilgjengeliggjøres vil kunne slås opp og leses av alle aktører som har tilgang til kjernejournal og som tilfredsstiller sikkerhets- og tilgangskravene for dokumentdeling. Dette vil både være helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste. I kommunal helse- og omsorgstjeneste vil kjernejournal ved utgangen av 2022 være utbredt til de fleste fastleger og legevakter, samt en god del av pleie- og omsorgstjenesten. Tiltaket må ivareta innføring av kjernejournal til de i pleie- og omsorgssektoren som ikke har tilgang, for å sikre at disse også får nytte av dokumentene som deles fra spesialisthelsetjenesten.

Innbygger vil kunne få innsyn i tilgjengeliggjorte dokumenter gjennom eksisterende løsning for dette i Helsenorge.

Tiltaket vil ferdigstille innføring av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten og etter at tiltaket er gjennomført skal følgende aktører dele dokumenter:

- Helseforetak i Helse Sør-Øst, Helse Nord, Helse Vest og Helse Midt.
- Avtalespesialister, samt andre institusjoner, som bidrar til å oppfylle RHF-enes sørge-for-ansvar (typisk private ideelle sykehus som har avtale med det regionale helseforetaket)

Dokumenter fra laboratorier og røntgeninstitutter dekkes ikke av tiltaket, og prøvesvar fra disse dekkes av løsningen NILAR som innføres som del av steg 1.

Når det gjelder Helse Midt er det viktig å påpeke at tiltaket først og fremst skal sikre at helseforetakene i Helseplattformen kan dele dokumenter. For aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste som tar i bruk Helseplattformen, vil den tekniske dokumentdelingsløsningen være del av Helseplattformen og den samme som helseforetakene bruker. Det blir derfor en vurdering i dialog med Helseplattformen om tiltaket også skal tilrettelegges for at de også vil være produsenter av dokumenter som deles, eller om deling fra disse blir håndtert i tiltakene JD-2-4.

5.1.1.2 Veikartfase

Den nasjonale tilretteleggingen er gjort gjennom utprøvningsprosjektene og tiltaket skal bidra til at all tilrettelegging i spesialisthelsetjenesten er på plass og at det tilrettelegges for endringer i virksomhetene som skal konsumere dokumentene som deles.



Figur 7: Verdikjedefaser for tiltaket

5.1.1.3 Resultatmål

- Helseforetakene deler utvalgte dokumenter til helsepersonell og innbygger
- Avtalespesialister prøver ut og deler utvalgte dokumenter til helsepersonell og innbygger

Inkludert i dette ligger det også at alle aktører som skal konsumere dokumenter, uavhengig av hvem som er kilde, skal få tilgang til dette.

5.1.1.4 Informasjonstjenester og -behov

Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten *Journaldokumenter* i målbildet for helhetlig samhandling gjennom behovet:

- Journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten inkl. avtalespesialister

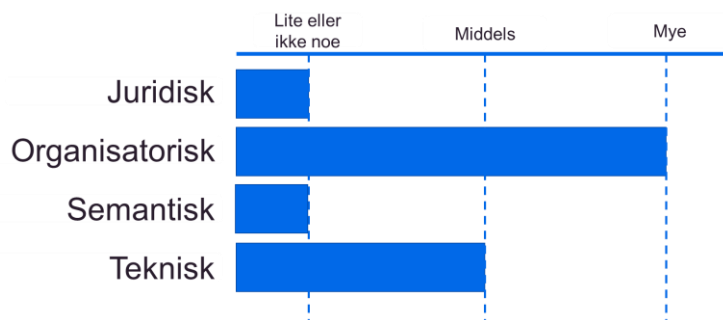
5.1.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. bilag G2 helhetlig samhandling (4).

5.1.2 Beskrivelse av omfang

5.1.2.1 Samhandlingsevne

Tiltaket vil kreve mye arbeid for å sikre organisatorisk samhandlingsevne. Når det gjelder det tekniske, er det først og fremst etablering av infrastruktur hos aktørene som skal dele, som må på plass for å sikre teknisk samhandlingsevne.



Figur 8 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

5.1.2.1.1 Juridisk

I henhold til helsepersonelloven §§ 25 og 45 er det både adgang og en plikt til å dele helseopplysninger når dette er nødvendig for en forsvarlig helsehjelp, med mindre pasienten motsetter seg det. Slik tilgjengeliggjøring av journalopplysninger kan gjøres av det helsepersonellet som har dokumentert opplysningene eller den dataansvarlige for opplysningene. Det følger av pasientjournalloven § 19 at den dataansvarlige plikter å sørge for at relevante og nødvendige helseopplysninger er tilgjengelige for det personell som trenger dem, og at det er den dataansvarlige som bestemmer på hvilken måte opplysningene skal tilgjengeliggjøres. Det er et krav at opplysningene skal gjøres tilgjengelige på en måte som ivaretar informasjonssikkerheten. Helsepersonelloven § 45, som altså fastsetter plikt til å tilgjengeliggjøre journalopplysninger, regulerer imidlertid verken på hvilket tidspunkt eller på hvilken måte vurderingen av hvorvidt vilkårene for deling er oppfylt, skal gjøres.

Vurderingen av om vilkårene er oppfylt kan følgelig gjøres både ved en konkret forespørsel om deling av helseopplysninger, eller i forkant når opplysningene nedtegnes, uavhengig av om det er en konkret delingssituasjon eller om det vil komme til å bli en delingssituasjon på et senere tidspunkt. Det vil i praksis være det helsepersonellet som benytter opplysningene som vurderer hva som er relevante og nødvendige opplysninger i den konkrete helsehjelpssituasjon. Det følger av helsepersonellens individansvar at de opplysninger man tilegner seg er innen rammen av tjenstlig behov.

Hva kjernejournal kan inneholde er fastsatt i kjernejournalforskriften § 4. Det følger av § 4 første ledd nr. 7 at kjernejournal blant annet kan inneholde «*referanse til ytterligere informasjon, herunder epikriser, prøvesvar, billedundersøkelser og henvisninger*». Formålet med å inkludere referanser er å gi helsepersonellet som gjør oppslaget informasjon om at det kan foreligge opplysninger som er relevante, og hvor disse befinner seg, slik at helsepersonellet kan gjøre en henvendelse til den aktuelle virksomheten for å be om å få tilgjengeliggjort innholdet knyttet til referansen. Konseptet med dokumentdeling via kjernejournal tilrettelegger for at dette innholdet kan tilgjengeliggjøres på en enklere måte enn dagens metoder for å etterspørre tilsvarende opplysninger, og er dermed i samsvar med formålet. Det er dermed, etter Direktoratet for e-helse sin vurdering, denne bestemmelsen som gir det rettslige grunnlaget for tiltaket. Bestemmelsen danner dermed også rammen for hvilken type dokumenter som kan deles via kjernejournal.

I tillegg til bestemmelsen om hva kjernejournal kan inneholde, vil etter Direktoratet for e-helse sin vurdering, de andre bestemmelsene som regulerer kjernejournal også komme til anvendelse, og dermed danne rammen for dokumentdeling via kjernejournal. Eksempelvis gjelder dette kjernejournalens formål og bestemmelser om lagringstidsbegrensninger for enkelte kategorier referanser. Det følger av kjernejournalforskriften § 10 at referanser til ytterligere informasjon skal slettes etter en viss tid, som kan ha betydning for løsningen. Videre har den registrerte rett til å motsette seg at helseopplysninger behandles i kjernejournal, jf. pasientjournalloven § 13 tredje ledd andre punktum. Løsningen med dokumentdeling via kjernejournal vil da heller ikke være tilgjengelige for dem som har benyttet denne retten.

Forutsatt at tiltaket holdes innen ovennevnte rammer, forventes det som utgangspunkt ikke behov for å gjennomføre endringer i lov eller forskrift for å realisere tiltaket. Det er imidlertid enkelte forhold det er viktig å være oppmerksom på, som kan medføre behov for regelverksendringer:

- Dersom det velges en løsning som baserer seg på at det etableres separate samarbeidsområder, som beskrevet i *mållarkitektur for nasjonal dokumentdeling* (7), vil dette kunne utgjøre egne registre som vil kreve særskilt rettsgrunnlag.
- Det kan videre være behov for at kravene til forhåndsvurdering av hvilke journalopplysninger som kan deles tydeliggjøres, eksempelvis i forskrift hjemlet i helsepersonelloven § 45 tredje ledd.
- Dersom det gjøres løsningsvalg som innebærer at man går utover de begrensninger som følger av regelverket som regulerer kjernejournal, eksempelvis lagringstidsbegrensninger for referanser, kan dette kreve endringer i kjernejournalregelverket.
- Videre har blant annet Datatilsynet stilt spørsmål ved hvorvidt løsningen innebærer at det vil være grunnleggende utfordringer knyttet til helseforetakenes/virksomhetenes mulighet til å følge opp dataansvaret og foreslåtte personopplysningssikkerhetstiltak. Særlig gjelder dette muligheten til reell tilgangsstyring og etterfølgende kontroll av logg. Dette er et forhold Direktoratet for e-helse ser nærmere på.
- Behov for regelverksendringer kan videre følge av tiltak knyttet til felles tillitsmodell mv. som utarbeides i steg 1 i prosjekt TAG.

5.1.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «slå opp og tilgjengeliggjøre». Aktører som samarbeider gjennom et samarbeidsområde, tilgjengeliggjør dokumenter gjennom en felles front som er koordinert med andre samarbeidsområder, deriblant det nasjonale. Her trengs det felles avtaler (bl.a. bruksvilkår), prosesser og regler i tillegg til at de har felles infrastruktur. Det er behov for å koordinere og avklare hvilke dokumenttyper som er aktuelle å dele, med utgangspunkt i de dokumenttypene som er tilgjengeliggjort i utprøvingene. Det forventes at alle samarbeidsområdene i spesialisthelsetjenesten skal dekke det samme informasjonsbehovet av det som deles.

Helsepersonell hos de aktørene som tilgjengeliggjør dokumenter, må være kjent med at dette skjer og eventuelt kunne ta stilling til om det er innhold som ikke er egnet for deling med andre eller innbygger selv.

Avtalespesialistene har driftsavtale med RHF-ene og prosessen må involvere både RHF og avtalespesialistene og deres representanter. Avtalespesialister har erfaring med å dele dokumenter ved at de sender epikriser. Endringen vil derfor primært være at dokumenter som i dag sendes blir tilgjengelige for oppslag.

Når nye aktører gjør flere dokumenter og dokumenttyper tilgjengelig, er det nødvendig å informere og eventuelt endre arbeidsprosesser hos konsumentene. Det vil spesielt være viktig for de aktørene som i dag ikke har eller har kjernejournal, men ikke har for vane å slå opp i kjernejournal, men vil ha nytte av å gjøre dette når dokumentdeling er tilgjengelig.

Dagens nasjonale løsning for dokumentdeling er delvis sikret midler til drift så lenge utprøvningsprosjektene pågår. Når løsningen går fra prosjekt til forvaltning i linjen er det nødvendig at det kommer på plass prosesser, rutiner og midler som sikrer en stabil drift og forvaltning videre. Jo flere aktører som tar i bruk dokumentdeling, jo større behov for brukerstøtte og saksbehandling er det.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

- Avklare hvilke(t) samarbeidsområde(r) avtalespesialistene skal være en del av
- Avklare hvilke dokumenttyper helseforetakene i Helse Midt skal dele
- Avklare hvilke dokumenttyper avtalespesialistene skal dele
- Avklare om det er flere dokumenttyper som skal deles fra Helse Vest, Helse Sør-Øst og Helse Nord og hvis ja, hvilke
- Sikre at aktører som får mulighet til å konsumere dokumenter, får tilrettelagt for dette i arbeidsprosessene sine
- Sikre at helsepersonell hos aktører som skal dele dokumenter, har forstått hvilke dokumenter som vil bli tilgjengelig for deling og hvilke som ikke vil bli det, både for innbygger og til annet helsepersonell.
- Sikre at den nasjonale løsningen har rutiner og prosesser for drift og forvaltning og at ansvaret for dette er avtalt.
- Sikre at resterende aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste som får tilgang til kjernejournal, får opplæring i bruk og tilrettelagt sine arbeidsprosesser til dette.

5.1.2.1.3 Semantisk

For å sikre semantisk samhandlingsevne og lik implementasjon av IHE XDS, er det utviklet en norsk profil for metadata (8). Denne ble oppdatert etter utprøvingen i Helse Sør-Øst og Helse Nord og vil være gjeldende for de kommende innføringene.

Tiltaket vil kreve mapping av informasjonselementer/dokument-typer i journalløsning mot de dokumentkategorier som kan deles via kjernejournal (jf. forskrift). Denne mappingen skal skje i henhold til IHE XDS metadatastandard (SOAP). Profilen IHE MHD (FHIR og REST-basert) kan være aktuell å ta i bruk på sikt, men det vil kreve arbeid på informasjonsmodell og FHIR.

Helse Vest vil kunne gjenbruke mye av det som er gjort ifm. utprøvingene i Helse Sør-Øst og Helse Nord da de alle bruker DIPS som journalløsning. Helse Midt må gjøre egne vurderinger for å mappe mot det som EPIC tilbyr gjennom Helseplattformen.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

- Mapping av dokumenttyper som deles av helseforetakene i Helse Midt mot dokumentkategoriene som kan deles via kjernejournal
- Mapping av dokumenttyper som deles av avtalespesialistene mot dokumentkategoriene som kan deles via kjernejournal

5.1.2.1.4 Teknisk

Den nasjonale infrastrukturen for å slå opp journaldokumenter gjennom kjernejournal er etablert og i drift og det er ikke forventet større endringer på denne for å sikre teknisk samhandlingsevne. Det må vurderes om det er behov for oppgradering av komponentene for å sikre at de skalerer når man legger til nye produsenter og konsumenter.

For å kunne tilgjengeliggjøre journaldokumenter fra de ulike systemene som benyttes, må det tilrettelegges hos den enkelte aktør. For de etablerte samarbeidsområdene, Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest, vil dette være på plass når steg 2 starter.

Per 2021 mangler det løsning og arkitektur på flere komponenter (dokumentlager, dokumentregister, og samhandlingskomponent (XCA)) for at avtalespesialistene skal kunne dele. Når det gjelder helseforetakene i Helse Midt, vil det være Helseplattformen som tilbyr disse komponentene. Det er planlagt et mulig løp som kan medføre at Helseplattformen blir en kilde i løpet av andre halvår 2023. Denne planen forutsetter at tilpasninger til EPICs løsninger bestilles desember 2021.

Det er forutsatt at prosjekt TAG i steg 1 vil etablere enighet om tillitstjenestene som kreves for at konsumentene av dokumentdeling tilfredsstiller sikkerhetskravene de dataansvarlig har ved deling av dokumenter. Det er forventet at disse sikkerhetskravene vil påvirke de eksisterende integrasjonene mellom kjernejournal og journalsystemene til konsumentene og at disse dermed må oppgraderes for at alle som bruker kjernejournal kan slå opp og lese dokumentene som deles fra de ulike aktørene. I utprøvingene er dette løst ved en såkalt «white-list» som lister spesifikt hvilke brukere og aktører som får tilgang til tjenesten.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

- Etablere infrastruktur for avtalespesialistene. Det vil være dokumentlager, dokumentregister og samhandlingskomponent (koblingspunkt/XCA)

- Etablere infrastruktur for Helse Midt. Det vil være dokumentlager, dokumentregister og samhandlingskomponent (koblingspunkt/XCA)
- Etablere integrasjoner mellom nye koblingspunkter og det nasjonale koblingspunktet, deriblant konfigurering av det nasjonale koblingspunktet
- Sikre at alle helseforetak i Helse Vest og Helse Midt kan dele dokumenter fra henholdsvis sine samarbeidsområder
- Justere løsning mot Helsenorge som sikrer at innbyggere også får tilgang til dokumenter fra nye aktører
- Oppgradere eksisterende nasjonal infrastruktur for å kunne håndtere økt antall konsumenter og produsenter
- Oppgradere integrasjonene mellom journalløsningene og kjernejournal for alle aktører som skal være konsumenter slik at de tilfredsstiller sikkerhetskrav til de som deler dokumenter
- Innføre kjernejournal for resterende aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste som ikke har tilgang på dette per 2022.
- Sikre teknisk drift og forvaltning hos Norsk helsenett SF når spesialisthelsetjenesten deler

5.1.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket forutsetter at drift og forvaltning av den nasjonale løsningen for dokumentdeling er etablert i steg 1 leveransene
- Tiltaket er avhengig av at felles tillitsmodell og sikkerhetsmodell, som utarbeides i steg 1 (TAG) av program digital samhandling er avklart, herunder mulige behov for regelverksendringer.
- Tiltaket er avhengig av tidlig dialog og samarbeid med EPJ-leverandørene og videreføre dette frem til realisering
- Det forutsettes at Helseplattformen prioriterer inn arbeid med dokumentdeling i tidsrommet for steg 2

5.2 JD-2 Innføring av dokumentdeling fra legevakt og ØHD/KAD til andre aktører

5.2.1 Måloppnåelse

5.2.1.1 Beskrivelse

Formålet med tiltaket er å få tilrettelagt for at legevakter og øyeblikkelig hjelp døgnetenhet (ØHD – også kalt KAD, kommunal akutt døgnetenhet) kan dele journaldokumenter med andre aktører, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen. Denne består av et nasjonalt koblingspunkt (XCA), sikkerhetsmodell og tillitstjenester og et brukergrensesnitt i kjernejournal.

Det er tidligere utarbeidet en målarkitektur for nasjonal dokumentdeling som vil være den konseptuelle beskrivelsen for dette tiltaket. I henhold til denne arkitekturen, vil de nye aktørene som skal dele journaldokumenter, danne hensiktsmessige samarbeidsområder og

etablere, for hver av disse, et koblingspunkt og et dokumentregister, samt avklare hvilke dokumentlagre som skal brukes. Det er uavklart hvilke samarbeidsområder som legevakter og ØHD/KAD vil utgjøre eller være en del av.

Det er også uavklart hvilke dokumenter som det er nyttig at disse aktørene deler, men det er naturlig å ta utgangspunkt i hva de i dag deler manuelt eller ved hjelp av meldingsutveksling. Journalnotatene fra legevakt sendes ofte til fastleger og pasienter får med papirutskrift. Etter innleggelse på ØHD/KAD lages en oppsummering som sendes fastlege og trolig også andre kommunale tjenester. ØHD/KAD er en kommunal helse og omsorgstjeneste. Dette understøtter oppfatningen om at de fleste kommuner og ØHD/KAD-samarbeid bruker kommunens eller vertskommunens journalløsning.

Journaldokumentene som tilgjengeliggjøres vil kunne slås opp og leses av alle aktører som har tilgang til kjernejournal og som tilfredsstiller sikkerhets- og tilgangskravene for dokumentdeling. Dette vil både være helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Innbygger vil kunne få innsyn i tilgjengeliggjorte dokumenter gjennom eksisterende løsning for dette i Helsenorge.

Tiltaket vil innføre dokumentdeling fra legevakt og ØHD/KAD i alle regioner i Norge. I Helse Midt vil det være et skille mellom de som er en del av Helseplattformen og de som er utenfor.

5.2.1.2 Veikartfase

Den nasjonale tilretteleggingen er gjort gjennom utprøvningsprosjektene og tiltaket skal bidra til at legevakt og ØHD/KAD skal dele dokumenter og arbeid med å sikre endring i virksomhetene. Hvordan dette gjøres er ikke avklart, og det kan være elementer av nasjonal tilrettelegging også.



Figur 9: Verdikjedefaser for tiltaket

5.2.1.3 Resultatmål

- Legevakt og øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)/kommunal akutt døgnettenhet (KAD) prøver ut og deler utvalgte dokumenter til helsepersonell og innbygger

5.2.1.4 Informasjonstjenester og behov

Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten *Journaldokumenter* i målbildet for helhetlig samhandling gjennom behovet:

- Journaldokumenter fra legevakt og ØHD/KAD

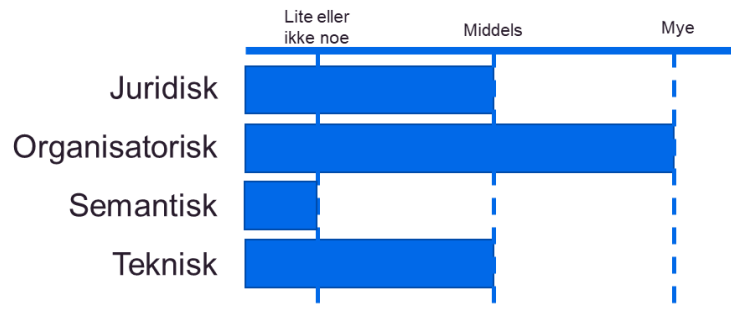
5.2.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. bilag G2 helhetlig samhandling (4).

5.2.2 Beskrivelse av omfang

5.2.2.1 Samhandlingsevne

Det er forventet mye arbeid i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne. Når det gjelder det tekniske, vil det kreve en del arbeid i forbindelse med etablering av infrastruktur hos aktørene som skal dele. På det juridiske kan det kreves mer arbeid dersom det blir behov for sentralt dokumentlager i forbindelse med etableringen av nye samarbeidsområder.



Figur 10 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

5.2.2.1.1 Juridisk

Vurderingen av den juridiske samhandlingsevnen er lik den som er beskrevet i tiltak JD-1, kap. 5.1.2.1.1.

Det er imidlertid viktig å presisere at behovet for regelverksendringer vil avhenge av den konkrete løsningen som velges, herunder etablering av samarbeidsområder.

Dersom det i utfallet av prosessen med å avklare hvilke samarbeidsområder legevakt og ØHD/KAD skal utgjøre, velges en annen løsning enn deling direkte mellom virksomhetene, f.eks. deling via et felles kopilager, vil det kunne være av betydning for vurderingen av det rettslige grunnlaget. Eksempelvis vil samarbeidsområder, bestående av felles kopilager, kunne utgjøre egne registre som vil kreve særskilt rettsgrunnlag.

5.2.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «slå opp og tilgjengeliggjøre». Aktører som samarbeider gjennom et samarbeidsområde, tilgjengeliggjør dokumenter gjennom en felles front som er koordinert med andre samarbeidsområder, deriblant det nasjonale. Her trengs det felles avtaler (bl.a. bruksvilkår), prosesser og regler i tillegg til at de har felles infrastruktur. For aktørene i tiltaket er det ikke avklart hvem som utgjør et samarbeidsområde og det vil være en sentral del av tiltaket å få på plass dette. For region midt vil det være naturlig at legevakt- og ØHD/KAD-aktørene som tar i bruk Helseplattformen er en del av det samarbeidsområdet. For resten av landet vil aktører knyttet til Felles kommunal journal trolig inngå et samarbeidsområde, men det er uklart når dette vil være aktuelt.

Videre vil det være behov for å koordinere og avklare hvilke dokumenttyper som er aktuelle å dele. Helsepersonell på legevakt og ØHD/KAD er vant til at mange av deres dokumenter deles med andre ved at de sendes til henvisende leger og fastleger. Det vil bli nødvendig med opplæring og avklaring av om dokumentdeling vil medføre endringer i dokumentasjonspraksis, og det vil være nødvendig med en vurdering av om rutiner for journalføring bør endres med tanke på deling utover de faste mottakerne.

Når nye aktører gjør flere dokumenter og dokumenttyper tilgjengelig, er det nødvendig å informere og eventuelt endre arbeidsprosesser hos konsumentene av disse.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

- Avklare hvilke(t) samarbeidsområde(r) legevakt og ØHD/KAD skal være en del av
- Avklare hvilke dokumenttyper legevakt og ØHD/KAD skal dele
- Sikre at aktører som får mulighet til å konsumere dokumenter, får tilrettelagt for dette i arbeidsprosessene sine
- Sikre at helsepersonell hos aktører som skal dele dokumenter, har forstått hvilke dokumenter som vil bli tilgjengelig for deling og hvilke som ikke vil bli det, både for innbygger og til annet helsepersonell.

5.2.2.1.3 Semantisk

For å sikre semantisk samhandlingsevne og lik implementasjon av IHE XDS må implementeringen være i henhold til den norske profilen for metadata. Denne ble oppdatert etter utprøvingen i Helse Sør-Øst og Helse Nord og vil være gjeldende for de kommende innføringene.

Tiltaket vil kreve mapping av informasjonselementer/dokumenttyper i journalsystemene til legevakt og ØHD/KAD mot de dokumentkategorier som kan deles via kjernejournal (jf. forskrift). Denne mappingen skal skje i henhold til IHE XDS metadatastandard (SOAP). Profilen IHE MHD (FHIR og REST-basert) kan være aktuell å ta i bruk på sikt, men det vil kreve arbeid på informasjonsmodell og FHIR.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

- Mapping av dokumenttyper som deles av legevakt mot dokumentkategoriene som kan deles via kjernejournal
- Mapping av dokumenttyper som deles av ØHD/KAD mot dokumentkategoriene som kan deles via kjernejournal

5.2.2.1.4 Teknisk

Den nasjonale infrastrukturen for å slå opp journaldokumenter gjennom kjernejournal er etablert og i drift og det er ikke forventet større endringer på denne for å sikre teknisk samhandlingsevne. Det må løpende vurderes om det er behov for oppgradering av komponentene for å sikre at de skalerer når man legger til nye produsenter og konsumenter.

Det er ikke etablert noen samarbeidsområder som legevakt og ØHD/KAD er en del av og det mangler løsning og arkitektur på flere komponenter (dokumentlager, dokumentregister, og samhandlingskomponent (XCA)) for at legevakt og ØHD/KAD skal kunne dele. For å kunne tilgjengeliggjøre journaldokumenter fra de ulike systemene som benyttes, må det tilrettelegges i journalsystemene hos den enkelte aktør.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

- Etablere infrastruktur i hvert samarbeidsområde som etableres for legevakt og ØHD/KAD. Det vil være et dokumentregister, en samhandlingskomponent (koblingspunkt/XCA) og ett eller flere dokumentlager.

- Etablere integrasjoner mellom nye koblingspunkter og det nasjonale koblingspunktet, deriblant konfigurering av det nasjonale koblingspunktet
- Oppgradere løsning mot Helsenorge som sikrer at innbyggere også får tilgang til dokumenter fra nye aktører
- Oppgradere eksisterende nasjonal infrastruktur for å kunne håndtere økt antall konsumenter og produsenter
- Sikre teknisk drift og forvaltning hos Norsk helsenett SF når legevakt og ØHD/KAD deler

5.2.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket forutsetter at den nasjonale løsningen for dokumentdeling har avklart drift og forvaltning etter utprøvningsperioden
- Tiltaket er avhengig av at felles tillitsmodell og sikkerhetsmodell, som utarbeides i steg 1 (TAG) av program digital samhandling er avklart, herunder mulige behov for regelverksendringer.
- Tiltaket er avhengig av planene for Felles kommunal journal (FKJ) og avklaring av hva etablerer av infrastruktur sin journalplattform på dette området (eksempelvis dokumentlager)
- Tiltaket er avhengig av tidlig dialog og samarbeid med EPJ-leverandørene og beholde denne frem til realisering

5.3 JD-3 Innføring av dokumentdeling fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til andre aktører

5.3.1 Måloppnåelse

5.3.1.1 Beskrivelse

Formålet med tiltaket er å få tilrettelagt for at sentrale aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste kan dele journaldokumenter med andre aktører, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen. Denne består av et nasjonalt koblingspunkt (XCA), sikkerhetsmodell og tillitstjenester og et brukergrensesnitt i kjernejournal.

Det er tidligere utarbeidet en målarkitektur for nasjonal dokumentdeling som vil være den konseptuelle beskrivelsen for dette tiltaket. I henhold til denne arkitekturen, vil de nye aktørene som skal dele journaldokumenter, danne hensiktsmessige samarbeidsområder og etablere, for hver av disse, et koblingspunkt og et dokumentregister, samt avklare hvilke dokumentlagre som skal brukes. Det er uavklart hvilke samarbeidsområder kommunal helse- og omsorgstjeneste vil utgjøre eller være en del av.

Det er også uavklart hvilke dokumenter som det er nyttig at disse aktørene deler, men det er naturlig å ta utgangspunkt i hva de i dag deler manuelt eller ved hjelp av meldingsutveksling. Dette kan eksempelvis være kvalitetsindikatorer, årskontroll, mottatte tilbud av tjenester, utskrivningsnotat, vekstkurver, hørselstester, faste årskontroller, m.m.

Journaldokumentene som tilgjengeliggjøres vil kunne slås opp og leses av alle aktører som har tilgang til kjernejournal og som tilfredsstiller sikkerhets- og tilgangskravene for dokumentdeling. Dette vil både være helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Innbygger vil kunne få innsyn i tilgjengeliggjorte dokumenter gjennom eksisterende løsning for dette i Helsenorge.

Tiltaket vil legge til rette for innføring av dokumentdeling fra kommunal helse- og omsorgstjeneste i alle regioner og man vil jobbe for at følgende aktører kan dele dokumenter:

- Kommunal helse- og omsorgsinstitusjon (sykehjem, institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige eller barn og unge under 18 år m.fl.)
- Hjemmebaserte tjenester
- Lokal rehabilitering
- Privatpraktiserende fysioterapister og manuellterapeuter med driftstilskudd fra kommunen
- Helsestasjon og skolehelsetjeneste, jordmortjeneste

Fastleger ansatt i kommunen vil være en del av tiltak JD-4. I Helse Midt vil det være et skille mellom de i kommunal helse- og omsorgstjeneste som er en del av Helseplattformen og de som er utenfor.

5.3.1.2 Veikartfase

Den nasjonale tilretteleggingen er gjort gjennom utprøvningsprosjektene og tiltaket skal bidra til at det tilrettelegges for kommunal helse- og omsorgssektor skal dele dokumenter og arbeid med å sikre endring i virksomhetene. Hvordan dette gjøres er ikke avklart, og det kan være elementer av nasjonal tilrettelegging også. Veikartfasene er ikke en lineær prosess.



Figur 11 Verdikjedefaser for tiltaket

5.3.1.3 Resultatmål

- Kommunale helse- og omsorgstjenester prøver ut og deler utvalgte dokumenter til helsepersonell og innbygger

5.3.1.4 Informasjonstjenester og behov

Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten *Journaldokumenter* i målbildet for helhetlig samhandling gjennom behovene:

- Journaldokumenter fra hjemmebaserte tjenester
- Journaldokumenter fra institusjonsbaserte tjenester (sykehjem, rehabilitering, m.m.),
- Journaldokumenter fra helsestasjon, skolehelsetjeneste og svangerskapsoppfølging

Tiltaket vil også realisere noe av informasjonstjenesten *Tjenester, ytelser og hjelpemidler* ved behovet:

- Pågående bruk av tjenester/ytelser

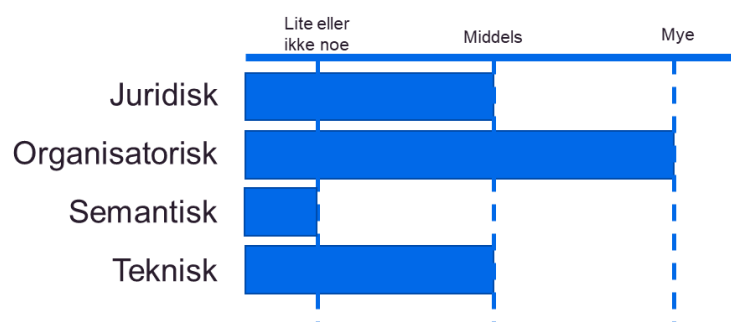
5.3.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. bilag G2 helhetlig samhandling (4).

5.3.2 Beskrivelse av omfang

5.3.2.1 Samhandlingsevne

Det er forventet mye arbeid i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne. Når det gjelder det tekniske, vil det kreve en del arbeid i forbindelse med etablering av infrastruktur hos aktørene som skal dele. På det juridiske kan det kreves mer arbeid dersom det blir behov for sentralt dokumentlager i forbindelse med etableringen av nye samarbeidsområder.



Figur 12 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

5.3.2.1.1 Juridisk

Vurderingen av den juridiske samhandlingsevnen er lik den som er beskrevet i tiltak JD-1, kap. 5.1.2.1.1.

Det er imidlertid viktig å presisere at behovet for regelverksendringer vil avhenge av den konkrete løsningen som velges, herunder etablering av samarbeidsområder.

Dersom det i utfallet av prosessen med å avklare hvilke samarbeidsområder aktører i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal utgjøre, velges en annen løsning enn deling direkte mellom virksomhetene, f.eks. deling via et felles kopilager, vil det kunne ha betydning for vurderingen av det rettslige grunnlaget for løsningen. Eksempelvis vil samarbeidsområder, bestående av felles kopilager, kunne utgjøre egne registre som vil kreve særskilt rettsgrunnlag.

5.3.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «slå opp og tilgjengeliggjøre». Aktører som samarbeider gjennom et samarbeidsområde, tilgjengeliggjør dokumenter gjennom en felles front som er koordinert med andre samarbeidsområder, deriblant det nasjonale. Her trengs det felles avtaler (bl.a. bruksvilkår), prosesser og regler i tillegg til at de har felles infrastruktur. For aktørene i tiltaket er det ikke avklart hvem som utgjør samarbeidsområder og det vil være en sentral del av tiltaket å få på plass dette. For Helse Midt vil det være naturlig at aktørene som tar i bruk Helseplattformen, er en del av det samarbeidsområdet,

men det er uavklart for resten i Helse Midt. For resten av landet vil det være naturlig at aktører knyttet til Felles kommunal journal inngår et samarbeidsområde.

Videre vil det da være behov for å koordinere og avklare hvilke dokumenttyper som er aktuelle å dele. Enkelte av aktørene sender i dag utvalgte journalelementer eller journalinformasjon som meldinger.

Det vil bli nødvendig med opplæring og avklaring av om dokumentdeling vil medføre endringer i dokumentasjonspraksis, og det vil være nødvendig med en vurdering av om rutiner for journalføring bør endres med tanke på deling utover de faste mottakerne. Det kan være snakk om kvalitetsindikatorer, årskontroll, mottatte tilbud av tjenester, utskrivningsnotat, vekstkurver, hørselstester, faste årskontroller, m.m. Mye informasjon i journalene vil være dokumentert i form av løpende journalnotater og hvor det vil være en mer omfattende prosess knyttet til å gjøre de aktuelle for deling.

Når nye aktører gjør flere dokumenter og dokumenttyper tilgjengelig, er det nødvendig å informere og eventuelt endre arbeidsprosesser hos konsumentene av disse.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

- Avklare hvilke(t) samarbeidsområde(r) kommunal helse- og omsorgstjeneste skal være en del av
- Avklare hvilke dokumenttyper kommunal helse- og omsorgstjeneste skal dele
- Sikre at aktører som får mulighet til å konsumere dokumenter, får tilrettelagt for dette i arbeidsprosessene sine
- Sikre at helsepersonell hos aktører som skal dele dokumenter, har forstått hvilke dokumenter som vil bli tilgjengelig for deling og hvilke som ikke vil bli det, både for innbygger og til annet helsepersonell.

5.3.2.1.3 Semantisk

For å sikre semantisk samhandlingsevne og lik implementasjon av IHE XDS må implementeringen være i henhold til den norske profilen for metadata. Denne ble oppdatert etter utprøvingen i Helse Sør-Øst og Helse Nord og vil være gjeldende for de kommende innføringene.

Tiltaket vil kreve mapping av informasjonselementer/dokumenttyper i journalsystemene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten mot de dokumentkategorier som kan deles via kjernejournal (jf. forskrift). Virksomhetene må gjøre en faglig vurdering og mappe aktuelle dokumenttyper. Denne mappingen skal skje i henhold til IHE XDS metadatastandard (SOAP). Profilen IHE MHD (REST) kan være aktuell å ta i bruk på sikt, men det vil kreve arbeid på informasjonsmodell og FHIR.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

- Mapping av dokumenttyper som deles av kommunal helse- og omsorgstjeneste mot dokumentkategoriene som kan deles via kjernejournal

5.3.2.1.4 Teknisk

Den nasjonale infrastrukturen for å slå opp journaldokumenter gjennom kjernejournal er etablert og i drift og det er ikke forventet større endringer på denne for å sikre teknisk

samhandlingsevne. Det må løpende vurderes om det er behov for oppgradering av komponentene for å sikre at de skalerer når man legger til nye produsenter og konsumenter.

Det er ikke etablert noen samarbeidsområder som kommunal helse- og omsorgstjeneste er en del av og det mangler løsning og arkitektur på flere komponenter (dokumentlager, dokumentregister, og samhandlingskomponent (XCA)) for at de skal kunne dele. For å kunne tilgjengeliggjøre journaldokumenter fra de ulike systemene som benyttes, må det tilrettelegges i journalsystemene hos den enkelte aktør.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

- Etablere infrastruktur i hvert samarbeidsområde som etableres for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det vil være et dokumentregister, en samhandlingskomponent (koblingspunkt/XCA) og ett eller flere dokumentlager.
- Etablere integrasjoner mellom nye koblingspunkter og det nasjonale koblingspunktet, deriblant konfigurering av det nasjonale koblingspunktet
- Oppgradere løsning mot Helsenorge som sikrer at innbyggere også får tilgang til dokumenter fra nye aktører
- Oppgradere eksisterende nasjonal infrastruktur for å kunne håndtere økt antall konsumenter og produsenter
- Sikre teknisk drift og forvaltning hos Norsk helsenett SF når kommunal helse- og omsorgstjeneste deler

5.3.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket forutsetter at den nasjonale løsningen for dokumentdeling er i stabil drift og forvaltning
- Tiltaket er avhengig av at felles tillitsmodell og sikkerhetsmodell, som utarbeides i steg 1 (TAG) av program digital samhandling er avklart, herunder mulige behov for regelverksendringer.
- Tiltaket er avhengig av avklaring av hva Felles kommunal journal etablerer i sin journalplattform på dette området (eksempelvis dokumentlager)
- Tiltaket er avhengig av tidlig dialog og samarbeid med EPJ-leverandørene og beholde denne frem til realisering
- Helsestasjon og skolehelsetjeneste har ikke tilgang til kjernejournal per 2021 og det foreligger ingen innføringsplaner på dette. Det hindrer ikke at de kan være en del av aktørene som deler dokumenter, men de kan ikke konsumere før dette er på plass.

5.4 JD-4 Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører

5.4.1 Måloppnåelse

5.4.1.1 Beskrivelse

Formålet med tiltaket er å få tilrettelagt for at fastleger kan dele journaldokumenter med andre aktører, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen. Denne

består av et nasjonalt koblingspunkt (XCA), sikkerhetsmodell og tillitstjenester og et brukergrensesnitt i kjernejournal.

Det er tidligere utarbeidet en målarkitektur for nasjonal dokumentdeling som vil være den konseptuelle beskrivelsen for dette tiltaket. I henhold til denne arkitekturen, vil fastlegene som skal dele journaldokumenter, danne hensiktsmessige samarbeidsområder og etablere, for hver av disse, et koblingspunkt og et dokumentregister, samt avklare hvilke dokumentlagre som skal brukes. Det er uavklart hvilke samarbeidsområder fastlegene vil utgjøre eller være en del av.

Det er også uavklart hvilke dokumenttyper det er aktuelt å dele fra fastlegene, men eksempelvis kan dette være en form for klinisk oppsummering eller henvisninger.

Journaldokumentene som tilgjengeliggjøres vil kunne slås opp og leses av alle aktører som har tilgang til kjernejournal og som tilfredsstiller sikkerhets- og tilgangskravene for dokumentdeling. Dette vil både være helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Innbygger vil kunne få innsyn i tilgjengeliggjorte dokumenter gjennom eksisterende løsning for dette i Helsenorge.

Tiltaket vil innføre dokumentdeling fra fastleger i alle regioner, men i Helse Midt vil det være et skille mellom de som er en del av Helseplattformen og de som er utenfor.

5.4.1.2 Veikartfase

Den nasjonale tilretteleggingen er gjort gjennom utprøvningsprosjektene og tiltaket skal bidra til at det tilrettelegges for at fastleger skal dele dokumenter og arbeid med å sikre endring i virksomhetene. Hvordan dette gjøres er ikke avklart, og det kan være elementer av nasjonal tilrettelegging også. Veikartfasene er ikke en lineær prosess.



Figur 13 Verdikjedefaser for tiltaket

5.4.1.3 Resultatmål

- Fastleger prøver ut og deler utvalgte dokumenter til helsepersonell og innbygger

5.4.1.4 Informasjonstjenester og -behov

Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten *Journaldokumenter* i målbildet for helhetlig samhandling gjennom behovet:

- Journaldokumenter fra fastleger

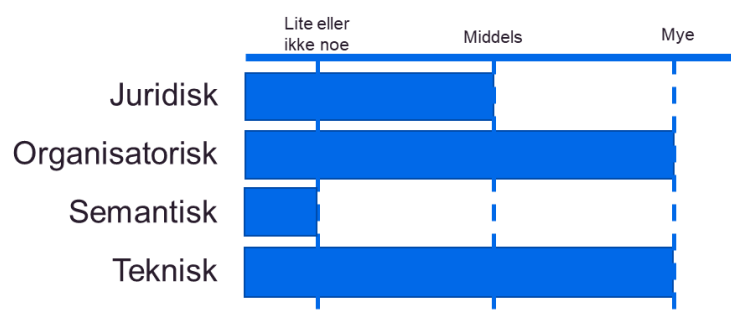
5.4.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. bilag G2 helhetlig samhandling (4).

5.4.2 Beskrivelse av omfang

5.4.2.1 Samhandlingsevne

Det er forventet mye arbeid i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne. Når det gjelder det tekniske, vil det kreve mye arbeid i forbindelse med etablering av infrastruktur hos aktørene som skal dele, men også fordi det er mange fastleger med ulik grad av oppdaterte systemer. På det juridiske kan det kreves mer arbeid dersom det blir behov for sentralt dokumentlager i forbindelse med etableringen av nye samarbeidsområder.



Figur 14 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

5.4.2.1.1 Juridisk

Vurderingen av den juridiske samhandlingsevnen er lik den som er beskrevet i tiltak JD-1, kap. 5.1.2.1.1.

Det er imidlertid viktig å presisere at behovet for regelverksendringer vil avhenge av den konkrete løsningen som velges, herunder etablering av samarbeidsområder.

Dersom det i utfallet av prosessen med å avklare hvilke samarbeidsområder fastlegene skal utgjøre, velges en annen løsning enn deling direkte mellom virksomhetene, f.eks. deling via et felles kopilager, vil det kunne ha betydning for vurdering av det rettslige grunnlaget for løsningen.. Eksempelvis vil samarbeidsområder, bestående av felles kopilager, kunne utgjøre egne registre som vil kreve særskilt rettsgrunnlag.

5.4.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «slå opp og tilgjengeliggjøre». Aktører som samarbeider gjennom et samarbeidsområde, tilgjengeliggjør dokumenter gjennom en felles front som er koordinert med andre samarbeidsområder, deriblant det nasjonale. Her trengs det felles avtaler (bl.a. bruksvilkår), prosesser og regler i tillegg til at de har felles infrastruktur. For fastlegene er det ikke avklart hvilke samarbeidsområder som skal opprettes og det vil være en sentral del av tiltaket å få på plass dette. For Helse Midt vil det være naturlig at fastleger som tar i bruk Helseplattformen, er en del av det samarbeidsområdet, men det er uavklart for resten i Helse Midt. For resten av landet vil fastleger knyttet til Felles kommunal journal trolig inngå et samarbeidsområde.

Videre vil det da være behov for å koordinere og avklare hvilke dokumenttyper som er aktuelle å dele. Fastleger har i dag ulike former for klinisk oppsummering i sine EPJ, men dette er felter som må redigeres manuelt og vedlikeholdes av den enkelte fastlege. Det er ingen klare retningslinjer for om dette skal gjøres og hva som skal lagres. Opplysningene vil derfor være usikre uten automatisk hentet struktur fra andre journalelementer. Det vil bli nødvendig med opplæring og avklaring av hvordan dokumentdeling vil medføre endringer i dokumentasjonspraksis. Mye informasjon i journalene vil være dokumentert i form av

løpende journalnotater og hvor det vil være en mer omfattende prosess knyttet til å gjøre de aktuelle for deling.

Når fastleger gjør dokumenter tilgjengelig, er det nødvendig å informere og eventuelt endre arbeidsprosesser hos de som vil konsumere disse.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

- Avklare hvilke(t) samarbeidsområde(r) fastlegene skal være en del av
- Avklare hvilke dokumenttyper fastlegene skal dele
- Sikre at aktører som får mulighet til å konsumere dokumenter, får tilrettelagt for dette i arbeidsprosessene sine
- Sikre at fastleger som skal dele dokumenter, har forstått hvilke dokumenter som vil bli tilgjengelig for deling og hvilke som ikke vil bli det, både for innbygger og til annet helsepersonell.

5.4.2.1.3 Semantisk

For å sikre semantisk samhandlingsevne og lik implementasjon av IHE XDS må implementeringen være i henhold til den norske profilen for metadata. Denne ble oppdatert etter utprøvingen i Helse Sør-Øst og Helse Nord og vil være gjeldende for de kommende innføringene.

Tiltaket vil kreve mapping av informasjonselementer/dokumenttyper i journalløsningen til fastlegene mot de dokumentkategorier som kan deles via kjernejournal (jf. forskrift). Fastlegene må gjøre en faglig vurdering og mappe aktuelle dokumenttyper. Denne mappingen skal skje i henhold til IHE XDS metadatastandard (SOAP). Profilen IHE MHD (REST) kan være aktuell å ta i bruk på sikt, men det vil kreve arbeid på informasjonsmodell og FHIR.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

- Mapping av dokumenttyper som deles av fastlegene mot dokumentkategoriene som kan deles via kjernejournal

5.4.2.1.4 Teknisk

Den nasjonale infrastrukturen for å slå opp journaldokumenter gjennom kjernejournal er etablert og i drift og det er ikke forventet større endringer på denne for å sikre teknisk samhandlingsevne. Det må løpende vurderes om det er behov for oppgradering av komponentene for å sikre at de skalerer når man legger til nye produsenter og konsumenter.

Det er ikke etablert noen samarbeidsområder som fastlegene er en del av og det mangler løsning og arkitektur på flere komponenter (dokumentlager, dokumentregister, og samhandlingskomponent (XCA)) for at de skal kunne dele. For å kunne tilgjengeliggjøre journaldokumenter fra de ulike systemene som benyttes, må det tilrettelegges i journalsystemene hos den enkelte aktør.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

- Etablere infrastruktur i hvert samarbeidsområde som etableres for fastlegene. Det vil være et dokumentregister, en samhandlingskomponent (koblingspunkt/XCA) og ett eller flere dokumentlager.
- Etablere integrasjoner mellom nye koblingspunkter og det nasjonale koblingspunktet, deriblant konfigurering av det nasjonale koblingspunktet
- Oppgradere løsning mot Helsenorge som sikrer at innbyggere også får tilgang til dokumenter fra nye aktører
- Oppgradere eksisterende nasjonal infrastruktur for å kunne håndtere økt antall konsumenter og produsenter
- Sikre teknisk drift og forvaltning hos Norsk helsenett SF når fastleger deler

5.4.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket forutsetter at den nasjonale løsningen for dokumentdeling er i stabil drift og forvaltning
- Tiltaket er avhengig av at felles tillitsmodell og sikkerhetsmodell, som utarbeides i steg 1 (TAG) av program digital samhandling er avklart, herunder mulige behov for regelverksendringer.
- Tiltaket er avhengig av avklaring av hva Felles kommunal journal etablerer i sin journalplattform på dette området (eksempelvis dokumentlager)
- Tiltaket er avhengig av tidlig dialog og samarbeid med EPJ-leverandørene og beholde denne frem til realisering
- Tiltaket er avhengig av tidlig dialog og samarbeid med fastlegene

6 Kritisk informasjon

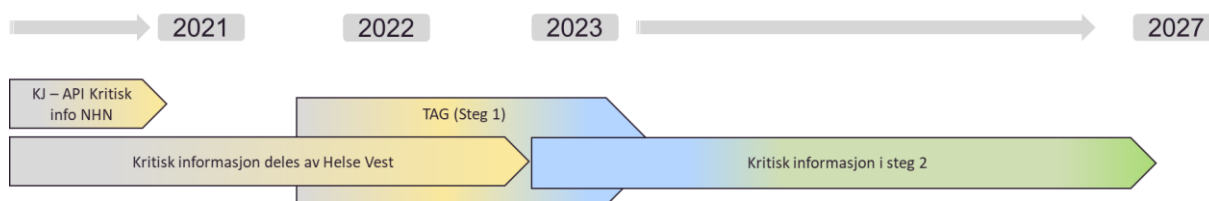
Kritisk informasjon er helseopplysninger om pasienten som det er viktig å kjenne til for å kunne gi en god og sikker helsehjelp. Dette er informasjon som i en behandlingssituasjon eller ved en undersøkelse kan medføre at planlagte tiltak endres, og kanskje redder pasientens liv eller forhindrer alvorlig skade.

Kritisk informasjon er tilgjengelig for helsepersonell gjennom direkteintegrasjon med kjernejournal eller webapplikasjonen «kjernejournal portal». Informasjonen synkroniseres imidlertid ikke med journalløsningene til helsepersonell, og krever at de må registrere kritisk informasjon både i egenjournalløsning og i kjernejournal. Da samme informasjon må registreres flere steder viser det seg at dette i varierende grad blir gjort. Dette gjør at kritisk informasjon i kjernejournal ofte ikke er oppdatert og helsepersonell kan derfor ikke være sikre på om de har oversikt over all registrert kritisk informasjon.

Norsk helsenett SF har på oppdrag fra Direktoratet for e-helse ferdigstilt et grensesnitt for utveksling av kritisk informasjon med kjernejournal. Grensesnittet støtter de seks ulike kategoriene (FHIR-profiler) av kritisk informasjon som er spesifisert i standarden for kritisk informasjon. Helsepersonell skal da, gjennom egen journalløsning, kunne endre eller dele kritisk informasjon som lagres i kjernejournal. Dette vil gi innbyggerne tjenester av høyere kvalitet og økt pasientsikkerhet da helsepersonell vil få tilgang til et bredere beslutningsgrunnlag og der kritisk informasjon registrert i lokal journalløsning alltid vil være synlig i kjernejournal. Dette vil kunne gi en mer effektiv ressursbruk som følge av at helsepersonell får enklere tilgang til relevant informasjon og redusert administrativ byrde ved færre dobbeltregistreringer.

Utprøvingen av grensesnittet vil skje i samarbeid med Helse Vest som har startet arbeidet med å tilrettelegge i sine fagsystemer. Utprøvingen i Helse Vest omfatter foreløpig kun én kategori av kritisk informasjon, overfølsomhetsreaksjoner. De andre kategoriene er komplikasjoner ved anestesi, kritiske medisinske tilstander, pågående behandlinger/implantater, endringer i behandlingsrutiner (eks. avgrensning av livsforlengende behandling) og smitte og Helse Vest vil fortsette med disse i 2023. For å realisere informasjonstjenesten kritisk informasjon, er det behov for å gjøre utprøvinger på de fem andre kategoriene, samt få flere aktører til å ta i bruk grensesnittet. I Helse Vest er det journalløsningen deres (DIPS) som vil bli integrert med kjernejournal og så vil de koordinere kritisk informasjon fra andre kliniske fagsystemer med DIPS. I utprøvingen er det kun kurveløsningen som integreres med DIPS av fagsystemene i Helse Vest.

Prosjekt Tillitstjenester, API-håndtering, Grunndata (TAG) i program digital samhandling steg 1, vil som en del av steg 1 gjennomføre en begrenset utprøving av grensesnitt for kritisk informasjon sammen med Helse Vest og Norsk helsenett SF. I forkant av utprøvingen vil de gjøre en GAP-analyse av forskjellene mellom den nåværende standarden for kritisk informasjon og International Patient Summary (9) (IPS) og oppdatere standarden for kritisk informasjon og grensesnittet dersom det er behov. IPS er et overordnet internasjonalt rammeverk for strukturering og utveksling av oppsummerende pasientopplysninger og tilbakemeldinger fra aktører i helse- og omsorgssektoren er at det er nødvendig å se på hvorvidt den nasjonale standarden for kritisk informasjon må harmonisere bedre med denne.



Figur 15 Tidslinje for tiltak knyttet til samhandlingsområdet Kritisk informasjon

Tabell 7 Oppsummering av samhandlingsområde kritisk informasjon

Behov som må dekkes	Konsept for tiltak	Nytte
Kritisk informasjon om pasienten er ofte ikke oppdatert i kjernejournal og helsepersonell kan derfor ikke være sikker på at de har oversikt over all registrert kritisk informasjon.	Informasjonstjenesten kritisk informasjon gjøres tilgjengelig via grensesnitt i kjernejournal, slik at helsepersonell gjennom egen journalløsning kan endre eller dele kritisk informasjon som lagres i Kjernejournal.	Økt pasientsikkerhet ved at oppdatert kritisk informasjon er tilgjengelig, samt tidsbesparelser ved å unngå dobbeltregistrering og leting etter informasjon.

6.1 KI-1 Spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon

6.1.1 Måloppnåelse

6.1.1.1 Beskrivelse

Tiltaket skal sørge for at informasjonstjenesten kritisk informasjon i kjernejournal er oppdatert og kan benyttes av aktuelle kliniske fagsystemer i spesialisthelsetjenesten.

Aktører i omfanget til tiltaket:

- Helseforetak i Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest.
- Aktører tilknyttet Helseplattformen i Helse Midt

Tiltaket vil treffe helsepersonell i spesialisthelsetjenesten som skal registrere, oppdatere eller lese kritisk informasjon om en pasient. I tillegg vil alle som har tilgang til kjernejournal gjennom portal eller egen EPJ, få tilgang til å lese informasjonen. Deling av kritisk informasjon fra avtalespesialister er ikke en del av dette tiltaket (se tiltak KI-2).

Tiltaket skal sikre at aktørene tar i bruk grensesnitt for kritisk informasjon (KI API) i sine sentrale fagsystemer og dermed kan lese, registrere og oppdatere kritisk informasjon, innenfor alle de seks spesifiserte kategoriene, mot kjernejournal. Kjernejournal skal etter innføringen inneholde den samme kritiske informasjonen som helseforetakene har i sine kliniske fagsystemer. Ved bruk av KI API slipper helsepersonell i spesialisthelsetjenesten å bruke kjernejournal portal for å registrere, oppdatere eller lese kritisk informasjon, og vil få den samme informasjonen i sitt EPJ.

Utprøvingen i Helse Vest vil gi nyttig erfaring for andre i spesialisthelsetjenesten. Denne erfaringen vil gi mest verdi dersom Helse Vest velger å ta i bruk grensesnittet mellom kjernejournal og DIPS.

Det vil i steg 1 bli gjort vurderinger på om standarden for kritisk informasjon skal oppdateres. Tiltaket skal være i henhold til den oppdaterte standarden som er gjeldende etter utprøvingen. Denne vil ikke være normert og tiltaket må også omfatte arbeid med dette.

6.1.1.2 Veikartfase

API for kritisk informasjon er utviklet og det vil i steg 2 være utprøvd i Helse Vest. Steg 2 vil derfor være innføringsaktiviteter gjennom tilrettelegging i helse- og omsorgssektoren og endring i virksomhetene.



Figur 16 Verdikjedefaser for tiltaket

6.1.1.3 Resultatmål

- Helseforetakene har innført API-et for kritisk informasjon

6.1.1.4 Informasjonstjenester og behov

Tiltaket bidrar til å realisere informasjonstjenesten for *kritisk informasjon* i målbildet for helhetlig samhandling, som inneholder følgende informasjonsbehov:

- Kritisk informasjon inkludert allergi og CAVE
- Smitte hos pasient

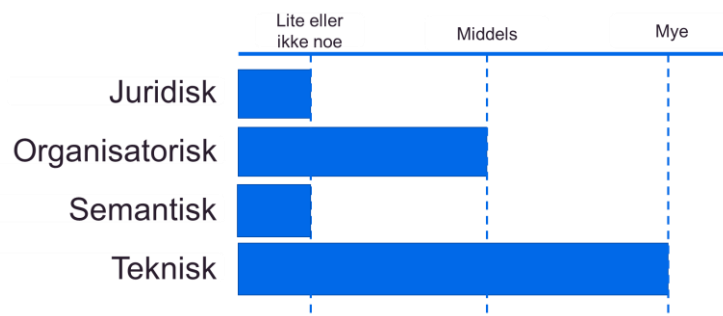
6.1.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. bilag G2 helhetlig samhandling (4).

6.1.2 Beskrivelse av omfang

6.1.2.1 Samhandlingsevne

Det meste av arbeidet som sikrer samhandlingsevne innenfor det juridiske, organisatoriske og semantiske blir avklart i forkant av steg 2. Til dels også det tekniske, men det forventes mange tekniske tilpasninger i de kliniske fagsystemene som tar i bruk KI API, samt justeringer i forbindelse med at de siste kategoriene utprøves før bredding.



Figur 17 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

6.1.2.1.1 Juridisk

I henhold til helsepersonelloven §§ 25 og 45 er det både adgang og plikt til å dele helseopplysninger når dette er nødvendig for en forsvarlig helsehjelp, med mindre pasienten motsetter seg det. Slik tilgjengeliggjøring av journalopplysninger kan gjøres av det helsepersonellet som har dokumentert opplysningene eller den dataansvarlige for opplysningene. Det følger av pasientjournalloven § 19 at den dataansvarlige plikter å sørge for at relevante og nødvendige helseopplysninger er tilgjengelige for det personell som trenger dem, og at det er den dataansvarlige som bestemmer på hvilken måte opplysningene skal gjøres tilgjengelige. Opplysningene skal gjøres tilgjengelige på en måte som ivaretar informasjonssikkerheten.

Kjernejournalforskriften § 4 angir hvilken informasjon som kan tilgjengeliggjøres gjennom løsningen. Det følger av § 4 første ledd nr. 5 at opplysninger om kritisk informasjon omfattes av kjernejournal.

Bestemmelsens ordlyd er konkret med tanke på spesifikke opplysninger om kritisk informasjon, men det gis også en vid mulighet for å legge inn andre kritiske opplysninger om en pasient. Her vil konkret behandlingssituasjon og konkret pasienthistorikk være avgjørende for hvilke opplysninger som legges inn.

Det er tenkt at kjernejournalen skal «speile» kritisk informasjon som er nedtegnet i ordinære journal, men at selve sammenstillingen av den kun vil foreligge i kjernejournal. Ordinære journaler inneholder diagnoser og kritisk informasjon om pasienten, men omfatter ikke en sammenstilling av informasjonen slik den vil fremgå av kjernejournal.

Det er på denne bakgrunn viktig at pasienten er informert om konsekvenser av å reservere seg mot opprettelse av kjernejournal. Helsepersonell er etter helsepersonelloven § 7 pålagt en omfattende hjelpeplikt i akutt- og øyeblikkelig hjelp-situasjoner, men vil ikke ha tilgang til pasientens kritiske informasjon dersom pasienten har reservert seg mot kjernejournal. Helsepersonell er ikke pålagt å registrere kritisk informasjon om pasienten i kjernejournal. Som følge av plikten til å yte forsvarlig hjelp etter helsepersonelloven § 4 kan det bli vurdert som en forpliktelse at informasjonen faktisk registreres i kjernejournal. Det kan også være et helsefaglig behov for å pålegge meldeplikt til å registrere kritisk informasjon i kjernejournalen. Informasjon ut til helsepersonell knyttet til dette punkt vil derfor være viktig.

Forutsatt at tiltaket holdes innen ovennevnte rammer, forventes det ikke behov for å gjennomføre endringer i lov eller forskrift for å realisere tiltaket. Det kan imidlertid vurderes nærmere om helsepersonell bør pålegges en plikt til å registrere eller melde kritisk informasjon i kjernejournal. Dette vil eventuelt kreve endringer i kjernejournalforskriften.

6.1.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «endre og dele». For dette tiltaket betyr det at alle aktørene i spesialisthelsetjenesten jobber med de samme dataene og helsepersonell med tjenstlig behov skal kunne endre og dele kritisk informasjon som er lagret i kjernejournal. Dette innebærer også et behov for avtalte rutiner mellom aktørene for å følge opp eventuelle feil og mangler i dataene.

Alle aktører i spesialisthelsetjenesten skal i dag registrere kritisk informasjon som en del av sine arbeidsprosesser når det er aktuelt. De har også rutiner for når man trenger å få tak i denne informasjonen. Tilbakemeldingene fra utprøvingen i Helse Vest, er at det er svært mange fagsystemer som inneholder denne typen informasjon. Helseforetakene må internt i

sine systemer, rutiner og arbeidsprosesser, avklare og dokumentere hvor og hvordan kritisk informasjon skal dokumenteres før man tar i bruk grensesnittet mot kjernejournal.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

- Etablering av rutiner for oppfølging av feil og mangler, både nasjonalt og lokalt
- Etablering av arbeidsprosesser internt i helseforetakene for å sikre at kritisk informasjon kan endres og deles i kjernejournal

6.1.2.1.3 Semantisk

Kritisk informasjon baseres nå på informasjonsmodell fra e-helse (HIS1163-2018), Klinisk beskrivelse og kodeverk (IE-1006) og FHIR: Standard for kritisk informasjon i Kjernejournal (HIS 1202:2018).

Informasjonsmodellen er i tråd med innholdsstandarden som Helsedirektoratet laget med sektoren og er vedlikeholdt av Direktoratet e-helse og Norsk helsenett SF, men den er ikke normert. Det vurderes om det er aktuelt å oppdatere standarden slik at den er harmonisert med den internasjonale standarden International patient summary (IPS) for informasjonselementene som utgjør kritisk informasjon. I steg 1 av program digital samhandling er det planlagt å utføre en gap-analyse av forskjellene mellom dagens standard for kritisk informasjon og IPS. Hva som skal gjøres med standarden i steg 2 er avhengig av denne analysen.

API-et støtter dagens kodeverk, samt felles språk og SNOMED CT-kodene.

Det er forskjeller i hvordan legemiddelreaksjoner semantisk registreres i reseptformidleren (RF) ifm. PLL og bruk av e-resept-kjeden og hvordan det gjøres i kjernejournal når den lagrer tilsvarende som kritisk informasjon.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

- Utføre aktiviteter for å få normert en omforent standard for kritisk informasjon

6.1.2.1.4 Teknisk

KI API benytter kjernejournalens eksisterende plattform for lagring, samt grensesnitt og nødvendige tillistjenester (HelseID) fra Norsk helsenett SF.

KI API er ferdig utviklet basert på dagens standard for kritisk informasjon. Det er forventet videreutvikling ifm. utprøvingen før steg 2, samt resultatet av gap-analysen mot IPS. Utprøvingen før steg 2 tar kun for seg en kategori av kritisk informasjon. Før full bredding av API-et til aktører i spesialisthelsetjenesten, er det nødvendig å prøve ut de fem andre kategoriene for eventuelt å kunne gjøre justeringer.

Webapplikasjonen til kjernejournal vil fortsatt kunne benyttes av alle aktører som ikke har tatt i bruk grensesnittene enda.

De kliniske fagsystemene hos aktørene må utvikles for å kunne endre og dele kritisk informasjon ved hjelp av API (datadeling).

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

- Utvikling i kliniske fagsystemer når API skal tas i bruk, både informasjonsmodell og tilgangskontroll som bruk av HelseID

- Integrere klinisk fagsystem med API for kritisk informasjon
- Justere og konfigurere API, både ved oppstart av nasjonal bredding og underveis ved behov
- Dersom det blir nødvendig, justere data- og sikkerhetsmodellen i kjernejournal

6.1.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket er avhengig av at Norsk helsenett SF har gjort nødvendig utvikling av grensesnitt (API) i kjernejournal. Dette er planlagt i steg 1
- Tiltaket forutsetter at innhold i standarden for kritisk informasjon er avklart i steg 1
- Tiltaket forutsetter at løsningen er prøvd ut og tilpasset i prosjekt i Helse Vest og at sentrale valg som tas er forankret hos de aktørene som omfattes av det
- Tiltaket forutsetter at aktørenes journalløsninger, som er hovedkilden for kritisk informasjon, tar i bruk KI API
- Tiltaket forutsetter at aktørene integrerer sine systemer som bruker kritisk informasjon med den/de systemene som omfattes av tiltaket
- Tiltaket forutsetter strukturert kritisk informasjon i EPJ på aktørsiden. Dagens journalløsninger har ulik grad av dette per 2021.

6.2 KI-2 Fastleger og avtalespesialister tar i bruk API for å dele kritisk informasjon

6.2.1 Måloppnåelse

6.2.1.1 Beskrivelse

Tiltaket skal sikre at fastlegene og avtalespesialistene tar i bruk grensesnitt for kritisk informasjon (KI API) i sine kliniske fagsystemer og dermed kan lese, registrere og oppdatere kritisk informasjon mot kjernejournal, innenfor alle de seks spesifiserte kategoriene av kritisk informasjon. Disse aktørgruppene bruker mange av de samme journalløsningene og det kan være hensiktsmessig å koordinere innføringen hos disse.

Ved bruk av KI API slipper fastleger og avtalespesialister å bruke kjernejournal portal for å registrere, oppdatere eller lese kritisk informasjon, men vil få den samme informasjonen i sin journalløsning.

Aktører i omfanget av tiltaket:

- Fastleger i alle regioner, både private og kommunale
- Avtalespesialister i alle regioner

Tiltaket vil treffe fastleger og avtalespesialister som skal registrere, oppdatere eller lese kritisk informasjon om en pasient. I tillegg vil alle som har tilgang til kjernejournal gjennom portal eller egen journalløsning, fortsatt få tilgang til å lese informasjonen.

Erfaringen fra utprøvingen i Helse Vest kan være nyttig for også andre aktørgrupper enn spesialisthelsetjenesten.

6.2.1.2 Veikartfase

API for kritisk informasjon er utviklet og det vil i steg 2 være utprøvd i Helse Vest. Steg 2 vil derfor være innføringsaktiviteter gjennom tilrettelegging i helse- og omsorgssektoren og endring i virksomhetene.



Figur 18 Verdikjedefaser for tiltaket

6.2.1.3 Resultatmål

- Fastleger og avtalespesialister har innført API for å dele kritisk informasjon

6.2.1.4 Informasjonstjenester og -behov

Tiltaket bidrar til realisering av informasjonstjenesten for *kritisk informasjon* i målbildet for helhetlig samhandling, som inneholder følgende informasjonsbehov:

- Kritisk informasjon inkludert allergi og CAVE
- Smitte hos pasient

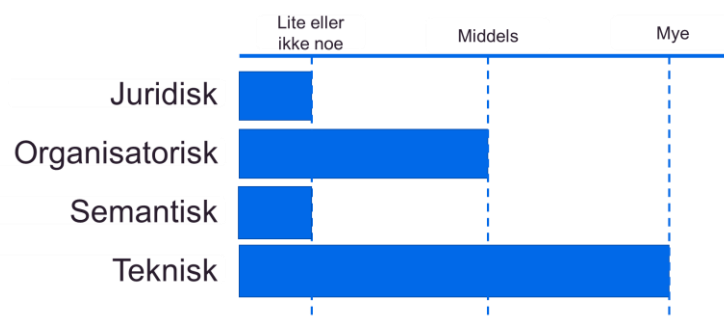
6.2.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. bilag G2 helhetlig samhandling (4).

6.2.2 Beskrivelse av omfang

6.2.2.1 Samhandlingsevne

Det meste av det juridiske, organisatoriske og semantiske blir avklart i forkant av steg 2. Til dels også det tekniske, men det forventes mange tekniske tilpasninger i de kliniske fagsystemene som tar i bruk KI API, samt justeringer i forbindelse med at de siste kategoriene utprøves før bredding.



Figur 19 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

6.2.2.1.1 Juridisk

Vurderingen av den juridiske samhandlingsevnen er lik den som er beskrevet i tiltak KI-1, kap.6.1.2.1.1.

6.2.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «endre og dele». For dette tiltaket betyr det at også fastleger og avtalespesialister jobber med de samme dataene som andre som bruker KI API og at helsepersonell med tjenstlig behov skal kunne endre og dele den samme kritiske informasjonen som er lagret i kjernejournal. Dette innebærer også et behov for å ha avtalte rutiner mellom aktørene for å følge opp eventuelle feil og mangler i dataene.

Fastleger og avtalespesialister skal i dag registrere kritisk informasjon som en del av sine arbeidsprosesser når det er aktuelt. De har også rutiner for når man trenger å få tak i denne informasjonen.

Aktørene må internt i sine systemer, rutiner og arbeidsprosesser, avklare og dokumentere hvor og hvordan kritisk informasjon skal dokumenteres og brukes før man tar i bruk grensesnittet mot kjernejournal.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

- Etablering av rutiner for oppfølging av feil og mangler
- Etablering av arbeidsprosesser hos fastleger og avtalespesialister for å sikre at kritisk informasjon kan endres og deles i kjernejournal

6.2.2.1.3 Semantisk

Kritisk informasjon baseres nå på informasjonsmodell fra e-helse (HIS1163-2018), Klinisk beskrivelse og kodeverk (IE-1006) og FHIR: Standard for kritisk informasjon i Kjernejournal (HIS 1202:2018).

Informasjonsmodellen er i tråd med innholdsstandarden som Helsedirektoratet laget med sektoren og er vedlikeholdt av Direktoratet e-helse og Norsk helsenett SF, men den er i 2021 ikke normert. I steg 1 er det planlagt å utføre en gap-analyse av forskjellene mellom dagens standard for kritisk informasjon og slik IPS støtter kritisk informasjon. Hva som skal gjøres med standarden i steg 2 avhenger av denne analysen. Tiltak KI-1 vil ha aktiviteter for å normere denne, men det er mulig at standarden vil trenge en revidering i forbindelse med KI-2.

API-et støtter dagens kodeverk, men er også mappet mot SNOMED CT-kodene.

Det er uavklart om det er noen forskjeller i hvordan legemiddelreaksjoner semantisk registreres i reseptformidleren (RF) ifm. PLL og bruk av e-resept-kjeden og hvordan det gjøres i kjernejournal når den lagrer tilsvarende som kritisk informasjon.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

- Utføre de aktivitetene som eventuelt kreves for å revidere standarden ifm. innføring av KI API hos fastleger og avtalespesialister

6.2.2.1.4 Teknisk

KI API benytter kjernejournalens eksisterende plattform for lagring, samt grensesnitt og nødvendige tillistjenester (HelseID) fra Norsk helsenett SF.

KI API er ferdig utviklet basert på dagens standard for kritisk informasjon. Det er forventet videreutvikling ifm. utprøvingen før steg 2, samt resultatet av gap-analysen mot IPS.

Webapplikasjonen til kjernejournal vil fortsatt kunne benyttes av alle aktører som ikke har tatt i bruk grensesnittene enda.

De kliniske fagsystemene hos fastleger og avtalespesialister må utvikles for å kunne endre og dele kritisk informasjon ved hjelp av API (datadeling).

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

- Utvikling i kliniske fagsystemer når API skal tas i bruk
- Justeringer av KI API ved bredding

6.2.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket er avhengig av at Norsk helsenett SF har gjort nødvendig utvikling av grensesnitt (API) i kjernejournal. Dette er planlagt i steg 1
- Tiltaket forutsetter at innhold i standarden for kritisk informasjon er avklart i steg 1
- Tiltaket forutsetter at løsningen er prøvd ut og tilpasset i prosjekt i Helse Vest og at sentrale valg som tas er forankret hos de aktørene som omfattes av det
- Tiltaket forutsetter at aktørenes journalløsninger, som er hovedkilden for kritisk informasjon, tar i bruk KI API
- Tiltaket forutsetter at aktørene integrerer sine systemer som bruker kritisk informasjon med den/de systemene som omfattes av tiltaket
- Tiltaket forutsetter strukturert kritisk informasjon i EPJ på aktørsiden. Dagens journalløsninger har ulik grad av dette per 2021

6.3 KI-3 Kommunale helse- og omsorgstjenester tar i bruk API for å dele kritisk informasjon

6.3.1 Måloppnåelse

6.3.1.1 Beskrivelse

Tiltaket skal sikre at kommunal helse- og omsorgstjeneste tar i bruk grensesnitt for kritisk informasjon (KI API) i sine journalløsninger og dermed kan lese, registrere og oppdatere kritisk informasjon mot kjernejournal, innenfor alle de seks spesifiserte kategoriene av kritisk informasjon. Ved bruk av KI API slipper helsepersonell å bruke kjernejournalens webapplikasjon for å registrere, oppdatere eller lese kritisk informasjon, men vil få den samme informasjonen i sin journalløsning.

Aktører i kommunale helse- og omsorgstjenesten som er omfattet av tiltaket:

- Kommunal helse- og omsorgsinstitusjon (sykehjem, Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige eller barn og unge under 18 år m.fl.)
- Legevakt
- Øyeblikkelig hjelp døgnettenhet (ØHD, også kalt kommunal akutt døgnettenhet – KAD)
- Hjemmebaserte tjenester

- Andre kommunale aktører som yter helsehjelp og som bruker kjernejournal

Fastlegetjenesten er dekket av tiltak KI-2.

Videre vil det kunne være aktuelt for skolehelsetjenesten og helsestasjon og andre, men de har ikke tilgang til kjernejournal per i dag, og et tiltak for disse må i tilfelle også inkludere innføring av kjernejournal.

Tiltaket vil treffe leger og annet helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som skal registrere, oppdatere eller lese kritisk informasjon om en pasient. I tillegg vil alle som har tilgang til kjernejournal gjennom portal eller egen journalløsning, fortsatt få tilgang til å lese informasjonen.

Erfaringen fra utprøvingen i Helse Vest kan være nyttig for også andre aktørgrupper enn spesialisthelsetjenesten.

6.3.1.2 Veikartfase

API for kritisk informasjon er utviklet og det vil i steg 2 være utprøvd i Helse Vest. Steg 2 vil derfor være innføringsaktiviteter gjennom tilrettelegging i helse- og omsorgssektoren og endring i virksomhetene.



Figur 20 Verdikjededefaser for tiltaket

6.3.1.3 Resultatmål

- Kommunal helse- og omsorgstjeneste har innført API for å dele kritisk informasjon

6.3.1.4 Informasjonstjenester og behov

Tiltaket bidrar til realisering av informasjonstjenesten for *kritisk informasjon* i målbildet for helhetlig samhandling, som inneholder følgende informasjonsbehov:

- Kritisk informasjon inkludert allergi og CAVE
- Smitte hos pasient

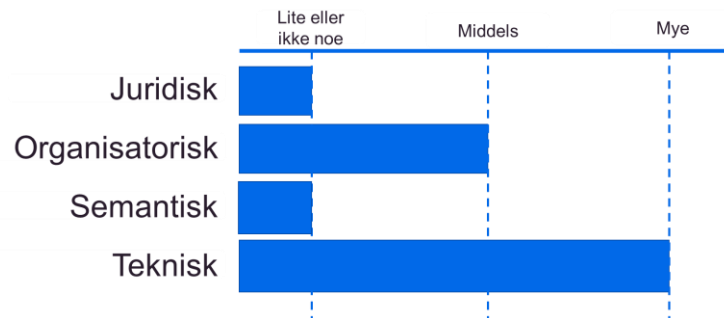
6.3.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. bilag G2 helhetlig samhandling (4).

6.3.2 Beskrivelse av omfang

6.3.2.1 Samhandlingsevne

Det meste av det juridiske, organisatoriske og semantiske blir avklart i forkant av steg 2. Til dels også det tekniske, men det forventes mange tekniske tilpasninger i de kliniske fagsystemene som tar i bruk KI API, samt justeringer i forbindelse med at de siste kategoriene utprøves før bredding.



Figur 21 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

6.3.2.1.1 Juridisk

Vurderingen av den juridiske samhandlingsevnen er lik den som er beskrevet i tiltak KI-1, kap.6.1.2.1.1.

6.3.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «endre og dele». For dette tiltaket betyr det at også helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste jobber med de samme dataene som andre som bruker KI API og alt helsepersonell med tjenstlig behov skal kunne endre og dele den samme kritiske informasjonen som er lagret i kjernejournal. Dette innebærer også et behov for å ha avtalte rutiner mellom aktørene for å følge opp eventuelle feil og mangler i dataene.

Helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste skal i dag registrere kritisk informasjon som en del av sine arbeidsprosesser når det er aktuelt. De har også rutiner for når man trenger å få tak i denne informasjonen.

Aktørene må internt i sine systemer, rutiner og arbeidsprosesser, avklare og dokumentere hvor og hvordan kritisk informasjon skal dokumenteres og brukes før man tar i bruk grensesnittet mot kjernejournal.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

- Etablering av rutiner for oppfølging av feil og mangler
- Etablering av arbeidsprosesser i kommunal helse- og omsorgstjeneste for å sikre at kritisk informasjon kan endres og deles i kjernejournal

6.3.2.1.3 Semantisk

Kritisk informasjon baseres nå på informasjonsmodell fra e-helse (HIS1163-2018), Klinisk beskrivelse og kodeverk (IE-1006) og FHIR: Standard for kritisk informasjon i Kjernejournal (HIS 1202:2018).

Informasjonsmodellen er i tråd med innholdsstandarden som Helsedirektoratet laget med sektoren og er vedlikeholdt av Direktoratet e-helse og Norsk helsenett SF, men den er i 2021 ikke normert. I steg 1 er det planlagt å utføre en gap-analyse av forskjellene mellom dagens standard for kritisk informasjon og slik IPS støtter kritisk informasjon. Hva som skal gjøres med standarden i steg 2 avhenger av denne analysen. Tiltak KI-1 vil ha aktiviteter for å normere denne, men det er mulig at standarden vil trenge en revidering i forbindelse med KI-3.

API-et støtter dagens kodeverk, men er også mappet mot SNOMED CT-kodene.

Det er uavklart om det er noen forskjeller i hvordan legemiddelreaksjoner semantisk registreres i reseptformidleren (RF) ifm. PLL og bruk av e-resept-kjeden og hvordan det gjøres i kjernejournal når den lagrer tilsvarende som kritisk informasjon.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

- Utføre de aktivitetene som eventuelt kreves for å revidere standarden ifm. innføring av KI API hos kommunal helse- og omsorgstjeneste

6.3.2.1.4 Teknisk

KI API benytter kjernejournalens eksisterende plattform for lagring, samt grensesnitt og nødvendige tillitstjenester (HelseID) fra Norsk helsenett SF.

KI API er ferdig utviklet basert på dagens standard for kritisk informasjon. Det er forventet videreutvikling ifm. utprøvingen før steg 2, samt resultatet av gap-analysen mot IPS.

Webapplikasjonen til kjernejournal vil fortsatt kunne benyttes av alle aktører som ikke har tatt i bruk grensesnittene enda.

De kliniske fagsystemene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten må utvikles for å kunne endre og dele kritisk informasjon ved hjelp av API (datadeling).

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

- Utvikling i kliniske fagsystemer når API skal tas i bruk
- Justeringer av KI API ved breeding

6.3.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket er avhengig av at Norsk helsenett SF har gjort nødvendig utvikling av grensesnitt (API) i kjernejournal. Dette er planlagt i steg 1
- Tiltaket forutsetter at innhold i standarden for kritisk informasjon er avklart i steg 1
- Tiltaket forutsetter at løsningen er prøvd ut og tilpasset i prosjekt i Helse Vest og at sentrale valg som tas er forankret hos de aktørene som omfattes av det
- Tiltaket forutsetter at aktørenes journalløsninger, som er hovedkilden for kritisk informasjon, tar i bruk KI API
- Tiltaket forutsetter at aktørene integrerer sine systemer som bruker kritisk informasjon med den/de systemene som omfattes av tiltaket
- Tiltaket forutsetter strukturert kritisk informasjon i EPJ på aktørsiden. Dagens journalløsninger har ulik grad av dette per 2021

6.4 KI-4 Resterende helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon

Dette tiltaket er ikke en del av anbefalt omfang i steg 2 for digital samhandling. Begrunnelse er beskrevet i Vedlegg K Prioritering av tiltak i steg 2.

6.4.1 Måloppnåelse

6.4.1.1 Beskrivelse

Tiltaket skal sørge for at informasjonstjenesten kritisk informasjon i kjernejournal er oppdatert og kan benyttes av aktuelle fagsystemer hos andre helseaktører utenfor det som omfattes av spesialisthelsetjeneste, fastleger og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette kan være:

- Tannleger
- Private helseaktører uten avtale
- Forsvarets sanitet m.fl.

Fullstendig aktørgruppe er ikke avklart.

Tiltaket vil treffe leger og annet helsepersonell i disse aktørgruppene, som skal registrere, oppdatere eller lese kritisk informasjon om en pasient. I tillegg vil alle som har tilgang til kjernejournal gjennom webapplikasjon eller egen journalløsning, fortsatt få tilgang til å lese informasjonen.

Tiltaket skal sikre at helsepersonell i aktørgruppen tar i bruk grensesnitt for kritisk informasjon (KI API) i sine journalløsninger og dermed kan lese, registrere og oppdatere kritisk informasjon mot kjernejournal, innenfor alle de seks spesifiserte kategoriene av kritisk informasjon. Ved bruk av KI API slipper helsepersonell å bruke kjernejournal portal for å registrere, oppdatere eller lese kritisk informasjon, men vil få den samme informasjonen i sin journalløsning.

Erfaringen fra utprøvingen i Helse Vest kan være nyttig for også andre aktørgrupper enn spesialisthelsetjenesten.

6.4.1.2 Veikartfase

API for kritisk informasjon er utviklet og det vil i steg 2 være utprøvd i Helse Vest. Steg 2 vil derfor være innføringsaktiviteter gjennom tilrettelegging i helse- og omsorgssektoren og endring i virksomhetene.



Figur 22 Verdikjedefaser for tiltaket

6.4.1.3 Resultatmål

- Øvrige helseaktører har innført API for å dele kritisk informasjon
- Kritisk informasjon er tilgjengeliggjort på helsenorge.no

6.4.1.4 Informasjonstjenester og -behov

Tiltaket bidrar til realisering av informasjonstjenesten for *kritisk informasjon* i målbildet for helhetlig samhandling, som inneholder følgende informasjonsbehov:

- Kritisk informasjon inkludert allergi og CAVE
- Smitte hos pasient

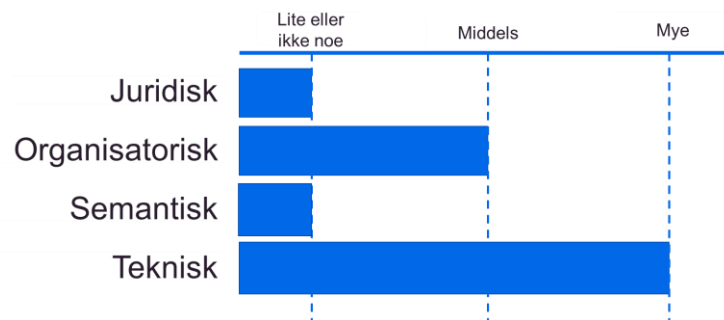
6.4.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er prioritert av sektoren, jf. bilag G2 helhetlig samhandling (4).

6.4.2 Beskrivelse av omfang

6.4.2.1 Samhandlingsevne

Det meste av det juridiske, organisatoriske og semantiske blir avklart i forkant av steg 2. Til dels også det tekniske, men det forventes mange tekniske tilpasninger i de kliniske fagsystemene som tar i bruk KI API, samt justeringer i forbindelse med at de siste kategoriene utprøves før bredding.



Figur 23 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

6.4.2.1.1 Juridisk

Vurderingen av den juridiske samhandlingsevnen er lik den som er beskrevet i tiltak KI-1, kap.6.1.2.1.1.

6.4.2.1.2 Organisatorisk

Informasjonstjenesten benytter samhandlingsformen «endre og dele». For dette tiltaket betyr det at også helsepersonell hos andre helseaktører har tilgang til de samme dataene som andre som bruker KI API og alt helsepersonell med tjenstlig behov skal kunne endre og dele den samme kritiske informasjonen som er lagret i kjernejournal. Dette innebærer også et behov for å ha avtalte rutiner mellom aktørene for å følge eventuelle opp feil og mangler i dataene.

Alle helseaktører skal i dag registrere kritisk informasjon som en del av sine arbeidsprosesser når det er aktuelt. De har også rutiner for når man trenger å få tak i denne informasjonen.

Aktørene må internt i sine systemer, rutiner og arbeidsprosesser, avklare og dokumentere hvor og hvordan kritisk informasjon skal dokumenteres og brukes før man tar i bruk grensesnittet mot kjernejournal.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre organisatorisk samhandlingsevne:

- Etablering av rutiner for oppfølging av feil og mangler
- Etablering av arbeidsprosesser hos alle helseaktører for å sikre at kritisk informasjon kan endres og deles i kjernejournal

6.4.2.1.3 Semantisk

Kritisk informasjon baseres nå på på informasjonsmodell fra e-helse (HIS1163-2018), Klinisk beskrivelse og kodeverk (IE-1006) og FHIR: Standard for kritisk informasjon i Kjernejournal (HIS 1202:2018).

Informasjonsmodellen er i tråd med innholdsstandarden som Helsedirektoratet laget med sektoren og er vedlikeholdt av Direktoratet e-helse og Norsk helsenett SF, men den er i 2021 ikke normert. I steg 1 er det planlagt å utføre en gap-analyse av forskjellene mellom dagens standard for kritisk informasjon og slik IPS støtter kritisk informasjon. Hva som skal gjøres med standarden i steg 2 avhenger av denne analysen. Tiltak KI-1 vil ha aktiviteter for å normere denne, men det er mulig at standarden vil trenge en revidering i forbindelse med KI-4.

API-et støtter dagens kodeverk, men er også mappet mot SNOMED CT-kodene.

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

- Utføre de aktivitetene som eventuelt kreves for å revidere standarden ifm. innføring av KI API hos alle helseaktører

6.4.2.1.4 Teknisk

KI API benytter kjernejournalens eksisterende plattform for lagring, samt grensesnitt og nødvendige tillitstjenester (HelseID) fra Norsk helsenett SF.

KI API er ferdig utviklet basert på dagens standard for kritisk informasjon. Det er forventet videreutvikling ifm. utprøvingen før steg 2, samt resultatet av GAP-analysen mot IPS.

Webapplikasjonen til kjernejournal vil fortsatt kunne benyttes av alle aktører som ikke har tatt i bruk grensesnittene enda.

De kliniske fagsystemene hos alle helseaktører må utvikles for å kunne endre og dele kritisk informasjon ved hjelp av API (datadeling).

Aktiviteter i tiltaket for å sikre teknisk samhandlingsevne:

- Utvikling i kliniske fagsystemer når API skal tas i bruk
- Justeringer av KI API ved breeding

6.4.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket er avhengig av at Norsk helsenett SF har gjort nødvendig utvikling av grensesnitt (API) i kjernejournal. Dette er planlagt i steg 1
- Tiltaket forutsetter at innhold i standarden for kritisk informasjon er avklart i steg 1
- Tiltaket forutsetter at løsningen er prøvd ut og tilpasset i prosjekt i Helse Vest og at sentrale valg som tas er forankret hos de aktørene som omfattes av det
- Tiltaket forutsetter at aktørenes journalløsninger, som er hovedkilden for kritisk informasjon, tar i bruk KI API
- Tiltaket forutsetter at aktørene integrerer sine systemer som bruker kritisk informasjon med den/de systemene som omfattes av tiltaket
- Tiltaket forutsetter strukturert kritisk informasjon i EPJ på aktørsiden. Dagens journalløsninger har ulik grad av dette per 2021

7 Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner

Dette samhandlingsområdet er ikke en del av anbefalt omfang i steg 2 for digital samhandling. Begrunnelse er beskrevet i Vedlegg K Prioritering av tiltak i steg 2.

Pasienter har i varierende grad tilgang til skriftlig informasjon om planer for videre behandling, og helsepersonell med ansvar for å følge opp pasienter har begrenset tilgang til informasjon og muligheter for å kunne samhandle om pasientoppfølgingen på en effektiv og god måte. Det er krevende å få oversikt over igangsatt og planlagt behandling og utfordrende å innhente nødvendig informasjon. Egenbehandlings- og behandlingsplaner benyttes i de pågående prosjektene Primærhelseteam og Digital hjemmeoppfølging i regi av Helsedirektoratet. Det ble der etterlyst digitale løsninger for deling av planene mellom helsepersonell og med pasienter. Tilsvarende behov er også avdekket gjennom behovsanalysen i konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesifisering av informasjonstjenesten Plan i Bilag G2: Helhetlig samhandling.

Konseptet Digital behandling- og egenbehandlingsplan (DBEP) er et verktøy som er tenkt benyttet til strukturering av behandlingsopplegg for innbygger. Behandlings- og egenbehandlingsplaner opprettes av helsepersonell med det formål å planlegge tiltak i et behandlingsløp. En behandlingsplan kan opprettes i et pasientjournalssystem av den som til enhver tid er ansvarlig for en pasients behandling, eller annet helsepersonell som har et behandlende forhold til pasienten (som for eksempel en sykepleier, ernæringsfysiolog, helsepersonell i hjemmetjenesten).

En behandlingsplan beskriver behandling for én eller flere problemstillinger. Dersom pasienten har flere problemstillinger/diagnoser, kan pasienten ha flere behandlingsplaner, eller det kan samordnes i en felles behandlingsplan. Behandlingsplanen utarbeides i samarbeid med pasienten (10).

En egenbehandlingsplan kan opprettes som en selvstendig egenbehandlingsplan eller i tilknytning til en eller flere behandlingsplaner. Det er alltid en hovedansvarlig (helsepersonell) for oppfølging av pasientens egenbehandlingsplan. Dersom det ikke er angitt en annen hovedansvarlig, er det fastlegen som automatisk blir hovedansvarlig for oppfølging av pasientens egenbehandling.

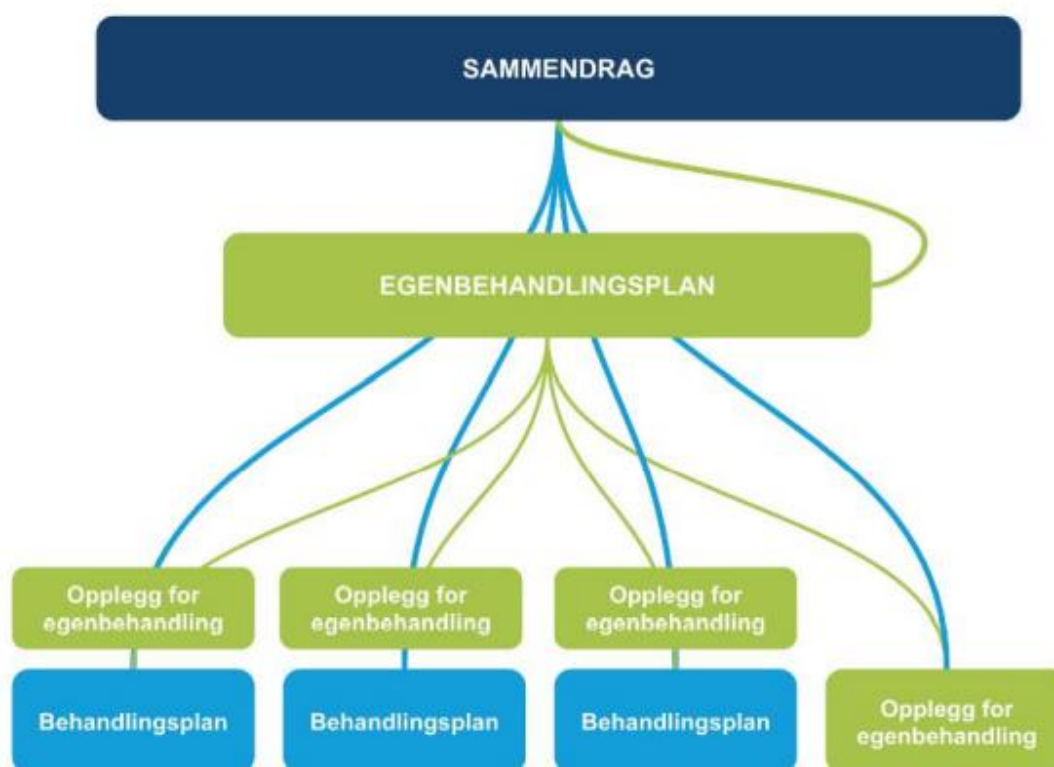
En innbygger kan ha behandlingsplaner hos ulike aktører, men skal kun trenge å forholde seg til én egenbehandlingsplan. Egenbehandlingsplanen skal bidra til at innbyggeren får økt trygghet og selvstendighet i hverdagen, og mestrer livet med sykdom bedre. Det blir opprettet konkrete mål for behandlingsplaner og egenbehandlingsplan.

En del behandlingsløp er kompliserte og trenger en lang rekke tiltak som involverer flere ulike aktører. En innbygger kan trenge ulike behandlingsplaner for tiltak etter hvert som man er til behandling hos sykehus, rehabiliteringsinstitusjon og kommunehelsetjenesten. Gjennom de ulike stadiene av behandlingsopplegget vil det i varierende grad være behov for tiltak innbygger selv kan/skal utføre som del av behandlingsplanen. Disse tiltakene utgjør da en egenbehandlingsplan som endrer seg i tråd med de ulike behandlingsplanene innbygger følger.

I disse behandlingsoppleggene blir det å kommunisere hvilke tiltak som er utført, blir utført og skal utføres viktig mellom de involverte aktørene. I den grad behandlingsplaner/egenbehandlingsplan blir kommunisert mellom aktørene i dag er det i

ustrukturert form (faks, muntlig, epikrise, journalnotat). Tilgjengeliggjøring av behandlingsplaner/egenbehandlingsplan på samme måte og hver gang disse opprettes tilknyttet en innbygger vil gjøre at helsepersonell hos involverte aktører får raskere og enklere tilgang til relevant informasjon om innbyggere. Innbygger/pårørende har i liten grad innsikt i eksisterende behandlingsplaner, foruten den informasjon de får gjennom kontaktpunkter med helsepersonell hos aktørene involvert i behandlingsopplegget til innbygger. Innbygger kan nok delta i planleggingen av tiltak de selv skal utføre som del av egenbehandlingsplan, men revisjon og oppdateringer av denne er mindre tilgjengelig.

Høsten 2021 starter Helsedirektoratet sitt prosjekt «Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner» med Norsk helsenett SF som leverandør. Prosjektet har som målsetning å ferdigstille en løsning til mars 2023 hvor aktører kan dele behandlings- og egenbehandlingsplaner gjennom tjeneste-API på kjernejournal/samhandlingsplattform og sentral lagring av disse. Prosjektet vil benytte FHIR-kompatible strukturer for sentral lagring og tjenestekontrakter (Spesifikt FHIR-ressurs «careplan» og «activity») Løsningen vil gjøre det mulig for aktører å opprette egne behandlingsplaner, redigere behandlingsplaner og få innsyn i innbyggers øvrige behandlingsplaner gjennom egen journalløsning (EPJ) integrert mot tjeneste-API kjernejournal/samhandlingsplattform. Integrasjon med tjeneste-API for det enkelte journalsystemet bekostes av leverandørene og/eller aktører med behov. Prosjektet vil tilby en brukerflate i webapplikasjonen «kjernejournal portal» som alternativ til integrasjon av journalsystem mot kjernejournal/samhandlingsplattform API. Innbygger vil gjennom «Helsenorge.no» gis tilgang til egne behandlingsplaner og egenbehandlingsplan. Prosjektet vil foreta utprøving av løsningen hos helseforetak (sykehus) og kommuner. Prosjektet har som mål å utarbeide veiledningsmateriell som gir et godt grunnlag for videre bruk og implementering samt å utarbeide en realistisk og gjennomførbar plan for implementering. Prosjektet har ikke som mål å foreta innføring av løsning til aktører foruten det som blir gjort i forbindelse med utprøving.



Figur 24 Sammendragsfigur, hentet fra dokumentet «Digital behandlings- og egenbehandlingsplan – Innholds- og løsningsbeskrivelse», Helsedirektoratet, juni 2021.

Strukturen på digitale behandlingsplaner og egenbehandlingsplan er tenkt oppdelt i behandlingsplaner (som kan inneholde konkrete aktiviteter definert som egenbehandling), en egenbehandlingsplan (samlet oversikt over egenbehandlingsaktiviteter) og et sammendrag som skal vise aggregert, generert informasjon fra alle behandlingsplaner og egenbehandlingsplan.

En pasient vil kunne ha flere, ulike, behandlingsløp gående i parallell. Typisk vil en pasient med flere diagnoser eller sammensatte diagnoser følge flere behandlingsløp med hver sin behandlingsplan. Helsepersonell med ansvar for en slik behandlingsplan vil eksempelvis ha stor nytte av tilgang til pasientens øvrige behandlingsplaner i planleggingen av behandlingsløp i «sin» behandlingsplan for pasienten. Pasienten oppnår koordinering mellom aktiviteter på de ulike behandlingsplanene slik at timeavtaler kan samkjøres og egenbehandlingsaktiviteter blir hensiktsmessig lagt opp.

Sammendraget gir et oppdatert bilde av pågående behandling for pasient og behandlere/helsepersonell.

Prosjektet til Helsedirektoratet, Digital behandlingsplan og egenbehandlingsplan, er relevant for arbeidet med digital hjemmeoppfølging. Helsepersonell skal kunne se og ta stilling til hverandres behandlingsplaner og ut fra dette tilrettelegge innbyggers egenbehandling og unngå behandlingskonflikt. Dette skal bidra til at innbyggeren opplever sammenheng og helhet i oppfølgingen. En etablert løsning med deling av behandlings- og egenbehandlingsplaner på tvers av foretak og omsorgsnivå betyr at behandlingsplanenes aktiviteter kan integreres med tjenesten digital hjemmeoppfølging via datadelingstjenester. Integrasjonen gir spesialister, helsepersonell og pasient/innbygger et grensesnitt for deling

av og innsyn i fremgang og effekt av aktiviteter på behandlingsplan og vil gi et bredere og dagsaktuelt beslutningsgrunnlag for endringer i plan(-er) og videre oppfølging av pasient/innbygger. En løsning for «Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner» (DBEP) vil gi økt samhandling mellom innbygger/pårørende og tjenesteytere på tvers av fag, nivå og sektor. Helsepersonell vil med en DBEP-løsning få raskere og enklere tilgang til relevant informasjon om innbyggers pågående behandling eller oppfølging.

En DBEP-løsning er helt avhengig av utstrakt bruk blant aktører i samme helseregion som er tilknyttet pasientens behandlingsforløp. Dette ettersom planer aktivt må deles ved hjelp av datadelingstjenester for at nytteeffekten skal kunne tas ut hos andre relevante aktører og hos innbygger selv. Hvordan løsningen tas i bruk av aktørene vil med stor sannsynlighet påvirke den faktiske bruken og datakvaliteten på delt informasjon. Det er bare hos aktører som sørger for en integrasjon i sin journalløsning mot tjeneste-API brukerne vil kunne opprette og redigere planer ett sted og en gang. Hos aktører som baserer seg på bruk av webapplikasjon i kjernejournal portal vil brukerne måtte dobbeltføre og kopiere planer/innhold for å dele med øvrige aktører.

For samhandlingsområde DBEP under PDS steg 2 er det nødvendig å tilrettelegge for en innføring av løsningen tatt frem i DBEP-prosjekt hos en signifikant andel av aktørene i regionen utprøvingen skjer hos.

Samhandlingsområdet kan gjennomføres som en minimumsløsning ved å basere innføring på organisk vekst, det vil si at aktørene i den helseregionen utprøvingen er foretatt i over tid adopterer løsningen selv, på egen kost, basert på høy opplevd nytteverdi. Det er likevel sterkt tilrådelig å bevare tilgjengeliggjort funksjonalitet hos aktører utprøving har vært foretatt hos. Man vil da ha referanser i bruk som vil drive adopsjonen hos øvrige aktører i regionen. Konkret trenger en minimumsløsning for samhandlingsområde DBEP under PDS steg 2 å bestå av:

- Stabilisering av produkt hos aktørene Helsedirektoratet vil foreta utprøving hos under sitt utviklingsprosjekt
- Opprettelse av en forvaltning for produktet DBEP

Tabell 8 Oppsummering av samhandlingsområdet digitale behandlings- og egenbehandlings-planer

Behov som må dekkes	Konsept for tiltak	Nytte
Informasjon i behandlings- og egenbehandlingsplaner fra andre aktører er ikke elektronisk tilgjengelig for helsepersonell eller pasient/innbygger.	Helsepersonell skal gis tilgang til innbygger/pasient sine tilgjengeliggjorte behandlings- og egenbehandlingsplan. Helsepersonell skal gis tilgang til å lage nye, tilgjengeliggjøre og redigere behandlingsplaner for innbygger/pasient. Innbygger/pasient skal via Helsenorge.no ha tilgang til, og kunne interagere med sitt/sine behandlingsløp i form av behandlingsplan(-er) og egenbehandlingsplan.	Helsepersonell får raskere og enklere tilgang til relevant informasjon om pasient/innbygger gjennom koordinerte behandlingsplaner og egenbehandlingsplan. Løsningen muliggjør samhandling mellom innbygger/pårørende og tjenesteytere på tvers av fag, nivå og sektor.

7.1 DBEP-1 Innføring av digital behandling- og egenbehandlingsplan for enkelte behandlingsgrupper

7.1.1 Måloppnåelse

7.1.1.1 Beskrivelse

Tiltaket innebærer en helhetlig innføring av digital behandlings- og egenbehandlingsplan (DBEP) slik at dette kan tas i bruk av de innbyggerne som har behov for det. Helsepersonell vil opprette behandlingsplaner de har ansvaret for i egen journalløsning og bruke kjernejournal for å se andre behandlingsplaner som gjelder for innbyggeren. Helsenorge vil brukes av innbyggere for å få tilgang til sin egenbehandlingsplan.

Innføringen inkluderer behandlingsgruppene KOLS, diabetes, psykisk helse og rus og en generisk behandlingsplan for primærhelseteam (11).

7.1.1.2 Veikartfase

Tiltaket baserer seg på en videreføring av løsning utviklet i Helsedirektoratets prosjekt for digital behandlings- og egenbehandlingsplan, utprøvd hos aktører i både helseforetak og kommuner og tilrettelagt for implementasjon og adopsjon nasjonalt. Tiltaket skal besørge videre innførsel og adopsjon av løsningen for DBEP. Tiltaket er dermed definert til fasene «Tilrettelegging i helse- og omsorgstjenesten» og «Endring i virksomhetene».



Figur 25 Verdikjedefaser for tiltaket

7.1.1.3 Resultatmål

- Løsning for DBEP (digital behandlings- og egenbehandlingsplan) er innført hos majoriteten av kommuner og spesialister innen én utvalgt helseregion for prioriterte behandlingsgrupper

7.1.1.4 Informasjonstjenester og -behov

Tiltaket er knyttet til informasjonstjenesten *Plan* i målbildet for helhetlig samhandling.

Tiltaket understøtter følgende informasjonsbehov:

- Mål for behandling
- Overordnet / tentativ behandlingsplan
- Egenbehandlingsplan for innbygger
- Krisepan (psykiatri) og andre betingede tiltaksplaner
- Detaljerte oppgaver, tiltak og planlagte oppgaver
 - Status og evt. tidspunkt for oppgaver og tiltak

- Ansvar for oppgaver eller tiltak

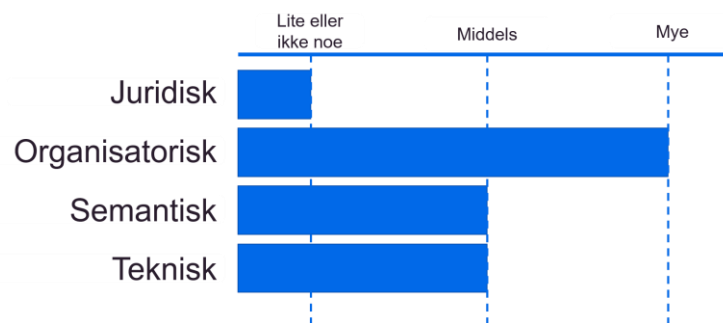
7.1.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket realiserer informasjonsbehov som er høyt prioritert av sektoren for å sikre samhandling innen helse- og omsorgstjenesten, jf. bilag G2 helhetlig samhandling (4).

7.1.2 Beskrivelse av omfang

7.1.2.1 Samhandlingsevne

Tiltaket tar i hovedsak for seg innføring og adopsjon av ny løsning hos aktører i én gitt helseregion. Således vil organiseringen av dette og utnyttelse av erfaringer fra tidligere utprøving til fordeler for videre innførsel hos andre aktører utgjøre en stor del av omfanget. Ettersom det er svært viktig med implementasjon mot sentralt API fra journalløsninger fremfor bruk av webklient i kjernejournal for å ta ut ønsket nyttegevinst vil det påløpe kostnader hos aktørene for tekniske tilpasninger og arbeid med integrasjon.



Figur 26 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

7.1.2.1.1 Juridisk

Behandlingsplaner som informasjonselement er det som gjennom samhandlingsområdet skal sentralt lagres og gis tilgang til hos en rekke aktører. DBEP-prosjekt styrt av Helsedirektoratet har, i samråd med sin leverandør Norsk helsenett SF, i forarbeidet til sitt prosjekt vurdert sentral lagring av planer til å være i henhold til gjeldende forskrift for kjernejournal.

7.1.2.1.2 Organisatorisk

- Det vil være nødvendig å etablere bruksavtaler slik at helseaktørene kan ta i bruk behandlingsplaner.
- Prosessen med å utarbeide behandlingsplaner vil i liten grad endres
- Prosessen med å utarbeide egenbehandlingsplaner vil i liten grad endres
- Prosessen med å innhente informasjon om behandlingsplaner og tilhørende innhold må endres
- Prosessen med å innhente informasjon om egenbehandlingsplaner og tilhørende innhold må endres
- Det er usikkert i hvilken grad eksisterende behandlingsplaner og egenbehandlingsplaner må restruktureres for å kunne tilgjengeliggjøres i kjernejournal og hvor mye arbeid dette vil medføre

7.1.2.1.3 Semantisk

Digital behandlingsplan og egenbehandlingsplan baserer seg på FHIR-ressursen Careplan og norske basisprofiler. Arbeidet må understøttes med bruk av standardisert terminologi (Felles språk) og utnytte det referansesettet for terminologi som er utarbeidet ifm. nasjonale veiledende planer, evt. også utvide eksisterende nasjonale veiledende planer til å innbefatte leger m.m. FHIR-ressurs Careplan, samt eventuelt andre ressurser og nye norske profiler som utformes må følges opp med plan for forvaltning. Det er også nødvendig å definere API som konsumerende journalløsninger skal benytte seg av for integrasjon mot tjenester for digital behandlingsplan og egenbehandlingsplan.

7.1.2.1.4 Teknisk

Aktørenes journalløsninger må tilpasses for å ta i bruk funksjonaliteten i kjernejournal for digital behandlings- og egenbehandlingsplan. Integrasjonen kan gjøres ved hjelp av API (datadeling) direkte fra journalsystemet, ved bruk av en SMART-on-FHIR applikasjon eller ved at helsepersonell får tilgang til ny funksjonalitet via kjernejournal portal (webapplikasjon). Det siste alternativet er å betrakte som et minimumsnivå for å bruke DBEP da det vil innebære mer dobbeltføring og lavere nytteeffekt.

7.1.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Tiltaket forutsetter FHIR-ressursen Careplan og norske basisprofiler. Vi legger til grunn at dette blir levert av DBEP-prosjektet frem mot 2023
- Tiltaket forutsetter at DBEP-prosjektet innen 2023 har utviklet digital behandlingsplan i Kjernejournal med API og egenbehandlingsplan i Helsenorge
- Tiltaket er avhengig av at journalløsninger blir oppdatert med funksjonalitet for å utveksle informasjon med Kjernejournal, med utgangspunkt i FHIR-ressursen Careplan, eller et tilsvarende funksjonsrikt brukergrensesnitt tilgjengeliggjort for brukere hos aktørene

8 Datadeling for digital hjemmeoppfølging

Digital hjemmeoppfølging (DHO) er helsetjenester som ytes helt eller delvis på avstand ved hjelp av teknologi. Tjenestene understøttes av verktøy for hjemmemålinger, digitale skjemaer for pasientregistrerte opplysninger og egenbehandlingsplan, ofte i kombinasjon med video, digitalt tilsyn og andre velferdsteknologier (teknologisk assistanse hos bruker, for eksempel lokaliseringsteknologi.²

Når medisinsk utstyr benyttes i digital hjemmeoppfølging til oppfølging av innbygger, er det ønskelig at informasjon fra medisinsk utstyr deles med helsepersonells fagsystem på en effektiv og sikker måte. Helseaktørene som tilbyr digital hjemmeoppfølging må utarbeide rutiner for å følge opp innbyggere som skal starte opp med tjenesten. Strukturen i oppfølgingen, rollefordeling, ansvar o.l. må være beskrevet. Med "oppfølgingsansvarlig" forstås i denne beskrivelsen ansvar som virksomheten har i oppfølging av innbygger som benytter digital hjemmeoppfølging. I Nasjonalt velferdsteknologiprograms utprøving av tjenesten digital hjemmeoppfølging kalles dette gjerne for *oppfølgings tjeneste*. Oppfølgingsansvarlig er mottaker av innbyggers data, for eksempel fra det medisinske utstyret. Dette kan være målinger, hendelser, henvendelser fra innbygger og egenrapporterte data.

Oppfølgingsansvarlig vurderer informasjonen og vurderer behovet for videre oppfølging og tiltak. Oppfølgingsansvarlig har behov for at informasjon som kommer fra medisinske utstyr automatisk registreres i journalløsningen, når det er relevant. Helsepersonell i fastlegetjenesten, spesialisthelsetjenesten og annet helsepersonell kan ha behov for innsyn i informasjon fra det medisinske utstyret, for eksempel i forbindelse med oppfølging av pasienten i en konsultasjon. Når denne informasjonen benyttes til å ta beslutninger er det relevant å få informasjonen over til egen journalløsning/klinisk fagsystem automatisk som ledd i å ta beslutninger om videre oppfølging. Dersom DHO initieres fra eksempelvis i spesialisthelsetjenesten, kan det være aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste og fastlegetjenesten som har behov for tilsvarende innsyn. Oppfølgingsansvaret kan være plassert enten i kommunal helse- og omsorgstjeneste, i spesialisthelsetjenesten eller i fastlegetjenesten, avhengig av hvem som utreder og igangsetter DHO.

Det finnes flere initiativ og løsninger i dag som delvis løser behovet for datadeling innen digital hjemmeoppfølging. Disse løsningene har imidlertid begrenset utbredelse og er ikke tilrettelagt for nasjonal bruk.

Det er flere konsekvenser av dette. For det første må oppfølgingsansvarlig manuelt registrere informasjon som kommer fra medisinske utstyr i journalløsningen. Dette er tidkrevende og kan svekke datakvaliteten. For helsepersonell, for eksempel fastlege eller ansatte i spesialisthelsetjenesten, er konsekvensen at det enten blir svært tungvint, eller ikke mulig å få innsyn i informasjon fra det medisinske utstyret. I foreløpig fravær av nasjonal standardisering på området utvikles flere av løsningene gjennom enkeltsamarbeid mellom

² De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Nord RHF, utarbeide forslag til definisjoner og mulige nasjonale måltall for digital hjemmeoppfølging, samt redegjøre for arbeidet med tilrettelegging for digital hjemmeoppfølging. Helsedirektoratet skal involveres i arbeidet. Sluttrapport fra dette arbeidet, Digital hjemmeoppfølging - definisjon, måltall og tilrettelegging, ble levert høsten 2021 (23).

aktører i helse- og omsorgstjenesten og enkeltleverandører. Dette gir en risiko for leverandørinnlåsing, for eksempel ved bruk av 1-1 integrasjoner.

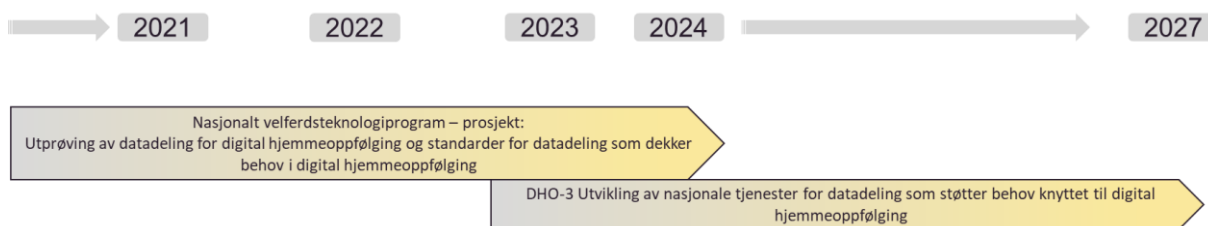
For å unngå disse konsekvensene må det eksistere tjenester som kan brukes for å gjøre data fra digital hjemmeoppfølging tilgjengelig via grensesnitt, slik at helsepersonell enkelt kan få tilgang til aktuelle data (eksempelvis måledata, skjema og egenbehandlingsplan).

Tjenestene må være innrettet slik at de mobiliserer leverandørindustrien og legger til rette for innovasjon og tjenesteutvikling. Å få på plass disse tjenestene vil kreve både teknisk utvikling og regelverksutvikling, samt normeringsaktiviteter.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP) har allerede i flere år jobbet med prosjekter for utprøving. Programmet vil fortsette til slutten av 2024 og arbeidet skjer i nært samarbeid med helse- og omsorgssektoren. I tillegg til leveransene fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram, er det også nødvendig med tjenester for datadeling som kan brukes innen digital hjemmeoppfølging. Arbeidet med å utvikle disse tjenestene må være smidig og basert på behovene som avdekkes i programmet eller andre pågående aktiviteter i sektoren, slik at tjenestene dekker reelle behov og gevinster kan realiseres kontinuerlig.

Datadeling for digital hjemmeoppfølging har en særlig sammenheng med digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner, blant annet i forbindelse med oppfølging av brukerens egenbehandlingsplan med utgangspunkt i måledata fra digital hjemmeoppfølging. Helsedirektoratet, i samarbeid med Norsk helsenett SF og flere andre aktører, gjennomfører et eget prosjekt om dette. Utviklingen er planlagt ferdigstilt mars 2023. Digitale behandlingsplaner og egenbehandlingsplaner er beskrevet som et eget samhandlingsområde i kapittel 0.

Det prinsipielle grepet for å dekke behovene for datadeling er å sørge for at standardiserte grensesnitt er tilgjengelig. Dette er viktig for å unngå innlåsing og stimulere til større mangfold i markedet. Dette bidrar til å understøtte effektmålene om at innbyggere får helse- og omsorgstjenester av høyere kvalitet og økt pasientsikkerhet og mer effektiv ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten.



Figur 27 Tidslinje for tiltak knyttet til samhandlingsområdet digital hjemmeoppfølging

Opprinnelig var det identifisert flere tiltak på området for digital hjemmeoppfølging. Flere av disse ble imidlertid nedprioritert som selvstendige tiltak i forbindelse med prosjektets prosess for prioritering av tiltak. Det er bakgrunnen for at tiltaket som beskrives er nummerert som DHO-3. For mer informasjon om prioriteringsprosessen se Vedlegg K Prioritering av tiltak i steg 2.

Tabell 9 Oppsummering av samhandlingsområde datadeling for digital hjemmeoppfølging

Behov som må dekkes	Konsept for tiltak	Nytte
Det er ikke tilrettelagt for at data fra digital hjemmeoppfølging kan deles digitalt med de systemer og aktører i helsesektoren som har behov for dem.	Data fra digital hjemmeoppfølging kan gjøres tilgjengelig via standardiserte grensesnitt, slik at helsepersonell enkelt kan få tilgang til disse.	Mer effektiv ressursbruk hos helsepersonell, bedre datakvalitet og enklere tilgang til informasjon fra digital hjemmeoppfølging for helsepersonell, både internt i egen virksomhet og mellom behandlingsnivåer.

8.1 DHO-3 Utvikling av tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging

8.1.1 Måloppnåelse

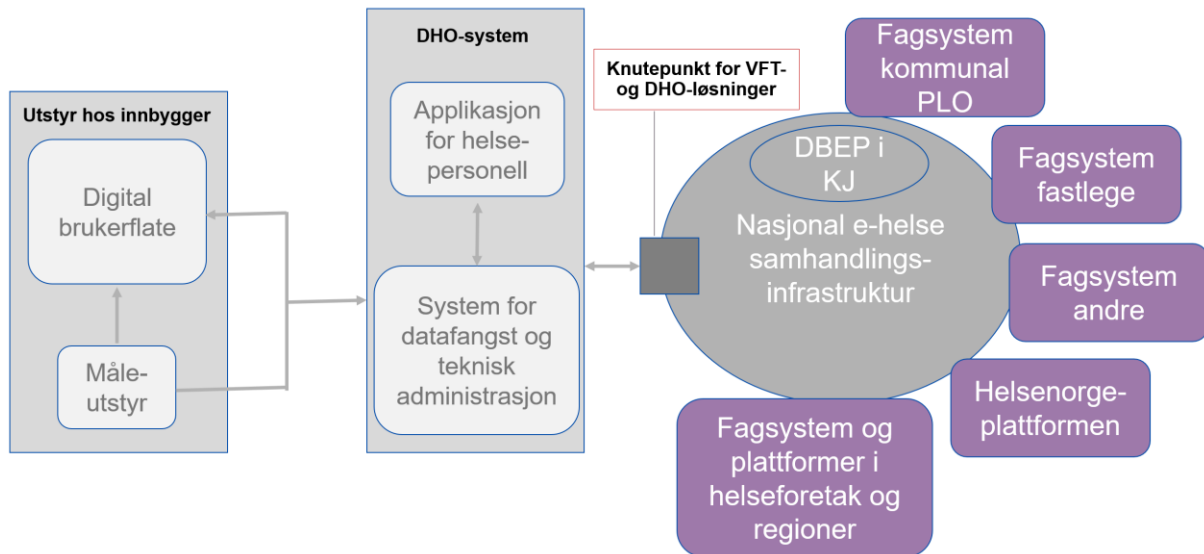
8.1.1.1 Beskrivelse

I dette tiltaket vil det av Norsk helsenett SF trinnvis utvikles tjenester for datadeling. Tjenestene skal kunne benyttes til forskjellige typer datadeling, både internt i virksomheter og mellom behandlingsnivåer, og må også kunne dekke datadelingsbehov mellom innbygger og helsepersonell knyttet til måleutstyr og pasientrapporterte skjema.

Utviklingen av tjenestene skal ta utgangspunkt i erfaringer fra utprøvingsaktiviteter i pågående prosjekt for arkitektur og infrastruktur innunder Nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP), normeringsaktiviteter og andre pågående aktiviteter i sektoren. I de pågående utprøvingsaktivitetene i NVP benyttes velferdsteknologisk knutepunkt (VKP). Utviklingen og erfaringen fra VKP vil være et solid fundament for videreutviklingen av de nasjonale tjenestene.

En tidlig versjon av denne gjennomføringsmetodikken er beskrevet i tidligere rapporter (12). Strategien bak metodikken er at utviklingen av et nasjonalt rammeverk for informasjonsdeling skal basere seg på en forståelse av behov som oppdateres i takt med erfaringer i pågående DHO-aktiviteter. Behovsforståelsen bygger videre på allerede gjennomførte behovskartlegginger og utvides løpende basert på praktiske erfaringer fra pågående utvalgte DHO-aktiviteter.

Figuren under viser en overordnet arkitekturskisse for datadeling for digital hjemmeoppfølging, på tvers av virksomhet og behandlingsnivå. Kjernen i konseptet er et eller flere knutepunkt som sørger for utveksling både av data fra DHO-system/medisinsk utstyr og annen informasjon som oppgis av brukeren på den ene side og journalløsning og andre kliniske fagsystem, som brukes av helsepersonell, på den andre. Helsenorge-plattformen vil også kunne benytte knutepunktet, i tråd med målet om at innbyggere skal ha enkel tilgang på egen informasjon. Knutepunktet vil representere alle de nødvendige nasjonale tjenestene som skal til for datadeling, i tillegg til validering av om løsningene som kobles til følger nasjonal normering knyttet til grensesnitt.



Figur 28 Overordnet arkitekturskisse for datadeling for digital hjemmeoppfølging

8.1.1.2 Veikartfase

Tiltaket er i hovedsak knyttet til fasen nasjonal tilrettelegging ved at det gjennomføres aktiviteter knyttet til juss, semantikk og teknologi som i sum skal sørge for at tjenester for deling av data blir tilgjengelig nasjonalt. Dette utviklingsarbeidet vil foregå i iterasjoner, i takt med læringen fra utprøvningsaktivitetene i Nasjonalt velferdsteknologiprogram.



Figur 29 Verdikjedefaser for tiltaket

8.1.1.3 Resultatmål

- Det er etablert tjenester som kan brukes på tvers av helse- og omsorgssektoren for å gjøre data fra digital hjemmeoppfølging tilgjengelig via grensesnitt, slik at helsepersonell langs hele forløpet kan få tilgang til aktuelle data, innen 2026

8.1.1.4 Informasjonstjenester og -behov

Dette tiltaket vil bidra til en raskere realisering av en rekke av informasjonstjenestene, blant annet:

- Plan
- Rapportering helsefag (Egenrapportering/ Skjema)
- Undersøkelser, målinger og funn
- Målinger fra medisinsk utstyr (Måldata)
- Klinisk oppsummering (Oppsummeringer)
- Tjenester, ytelser og hjelpemidler (Tjenester)

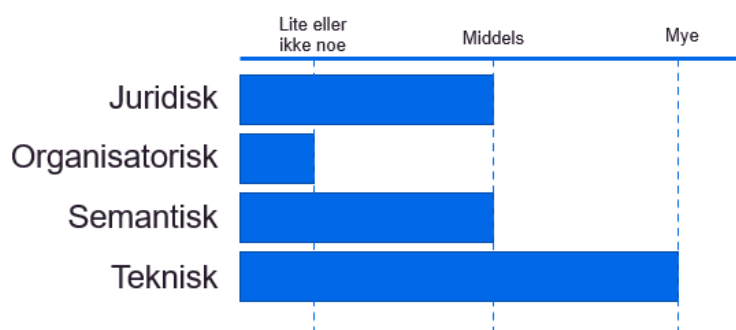
8.1.1.5 Samsvar med sektorens prioriteringer

Dette tiltaket er en forutsetning for å realisere flere av informasjonsbehovene som er prioritert av sektoren, jf. bilag G2 helhetlig samhandling (4).

8.1.2 Beskrivelse av omfang

8.1.2.1 Samhandlingsevne

Hoveddelen av tiltaket handler om det tekniske arbeidet ved å ta frem de nasjonale tjenestene for datadeling. I tillegg må det jobbes med semantikk for å legge til rette for datadelingen. Tiltaket kan også innebære noe regelverksutvikling, avhengig av blant annet hvor data skal lagres.



Figur 30 Vurdering av omfang i tiltaket for å sikre samhandlingsevne

8.1.2.1.1 Juridisk

Digital hjemmeoppfølging er underlagt det samme rettslige rammeverket som øvrig helsehjelp. Krav som stilles i helselovgivningen og personvernregelverket må følges som ved all annen behandling av helse- og personopplysninger. Ved bruk av digital hjemmeoppfølging må det dermed gjøres konkrete vurderinger i de enkelte tilfellene slik at det sikres at bestemmelsene om f.eks. dokumentasjonsplikt, tilgjengeliggjøring av opplysninger, taushetsplikt, ansvarsforhold, behandlingsgrunnlag, informasjonssikkerhet, mv oppfylles på vanlig måte.

Det er ikke behov for regelverksutvikling, slik digital hjemmeoppfølging benyttes i dag. Opplysninger kan tilgjengeliggjøres etter gjeldende regler, både internt i virksomheter og på tvers av behandlingsnivåer, forutsatt at ovennevnte krav ivaretas. Dette forutsetter at det i gjennomføringen av tiltaket særlig gjøres konkrete vurderinger knyttet til sikker tilgangsstyring.

I dagens løsning er det ikke noen sentral lagring. De innsamlede data ligger i ulike DHO-systemer/medisinsk utstyr og i lokal journalløsning. Det kan i fremtiden bli aktuelt å delvis lagre data fra digital hjemmeoppfølging sentralt. Dette vil i så fall kreve et annet juridisk handlingsrom enn det som finnes i dag og forutsetter regelverksutvikling. Hvorvidt data skal lagres sentralt eller distribuert er foreløpig ikke avklart og må vurderes nærmere som del av gjennomføring av tiltaket.

Leveransemodellen for digital hjemmeoppfølging vil måtte utformes i tråd med anskaffelses- og statsstøtteregelverket.

8.1.2.1.2 Organisatorisk

De nasjonale tjenestene for datadeling som skal tas frem i dette tiltaket vil bli utviklet og forvaltet av Norsk helsenett SF. Ut fra dagens kjennskap til behov for datadeling vil det være

behov for å dekke samhandlingsformene «sende og motta», «slå opp og tilgjengeliggjøre» og «endre og dele».

Delingsbehovet utvikles i takt med utviklingen av tjenestene for digital hjemmeoppfølging i sektor. Direktoratet for e-helse har et ansvar for å forvalte en oversikt over sektorens prioriterte behov og sørge for at disse omgjøres til krav i berørte produktlinjer/veikart i Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF. Utvikling/videreutvikling av tjenester må skje fortløpende og vurderes ut fra summen av behov fra behovsområder gjennom en prioritering.

Utbredelse av de nasjonale tjenestene for datadeling som utvikles i dette tiltaket vil skje gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram og aktiviteter for digital hjemmeoppfølging i sektoren. For de aktørene som deltar i utprøvningsprosjektene vil det kreves endringer i arbeidsprosesser, blant annet for oppfølging av innbygger.

8.1.2.1.3 Semantisk

Deling av data mellom DHO-systemer/medisinsk utstyr og kliniske fagsystem krever felles rammeverk i form av kodeverk og terminologi og FHIR-profiler. Samtidig må det også skapes en felles forståelse for overliggende logiske informasjonsmodeller, og mappingen mellom disse modellene og FHIR-profilene. FHIR-profilering gjennomføres ute i de ulike DHO-aktivitetene i sektor. Kodeverk og terminologi utvikles i samarbeid med Direktoratet for e-helse. Program digital samhandling vil gjennomføre normeringsaktiviteter og utarbeide normerende produkter som veiledere og anbefalinger som sektoren kan benytte. Dette må skje i nært samarbeid med sektoren og med utgangspunkt i utprøvningsaktiviteter i pågående prosjekt for arkitektur og infrastruktur innunder Nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP).

Aktiviteter i tiltaket for å sikre semantisk samhandlingsevne:

- Gjennomføre normeringsaktiviteter og utarbeide normerende produkter som veiledere og anbefalinger for deling av data fra digital hjemmeoppfølging

8.1.2.1.4 Teknisk

Gjennomføringen av tiltaket innebærer å utvikle et antall tjenester for datadeling. Nøyaktig hvilke tjenester som skal utvikles vil avklares i gjennomføringen av tiltaket, blant annet basert på innmelding av behov og erfaringer fra aktiviteter om digital hjemmeoppfølging i sektoren gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram. I arbeidet må det vurderes hvilken teknologi tjenestene skal bygges på, og om det er behov for å gjennomføre anskaffelser av teknologi som benyttes for datadeling, eksempelvis integrasjonsprogramvare for API Management og API gateway.

Utbredelse av de nasjonale tjenestene for datadeling som utvikles i dette tiltaket vil skje gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram og DHO-aktiviteter i sektoren. For de aktørene som deltar i utprøvningsprosjektene vil det kreves endringer i journalløsninger og andre kliniske fagsystemer.

Nøyaktig hvilke tjenester som skal realiseres nasjonalt og hvilke tjenester som må dekkes gjennom regionale og lokale anskaffelser må avklares gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram og arbeidet med arkitektur og utprøving.

8.1.2.2 Forutsetninger og avhengigheter

- Dette tiltaket henger nøye sammen med Nasjonalt velferdsteknologiprogram og arbeidet som gjøres der med arkitektur, infrastruktur og utprøving gjennom DHO-aktiviteter i sektoren. Dette arbeidet gir viktig erfaring og innspill til gjennomføring av tiltaket, blant annet til hvilke tjenester som trengs og utformingen av disse. I tillegg vil Nasjonalt velferdsteknologiprogram, som vil pågå ut 2024, bidra til utbredelse av de nasjonale tjenestene som utvikles i tiltaket, etter hvert som de kommer på plass.
- Tiltaket er avhengig av at det beskrives en overordnet arkitektur og normerende produkter for datadeling mellom innbygger og helsepersonell, som også kan brukes for digital hjemmeoppfølging. Den overordnede arkitekturen må være i tråd med målarkitektur for datadeling og være uavhengig av enkeltleverandører.
- Tiltaket har også en særlig sammenheng med prosjektet digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner. Egenbehandlingsplanen beskriver tiltak som innbygger selv har ansvaret for å gjennomføre.³ For eksempel kan DHO-løsninger som samler inn måledata sees som både innledende veiledning til og videre oppfølging av brukerens egenbehandlingsplan. Denne sammenhengen må det tas spesielt hensyn til i gjennomføringen. Dette innebærer blant annet å avstemme arkitekturvalg slik at integrasjonen mot digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner er ivaretatt.
- Det er flere aktører som allerede er i gang med løsninger for DHO. Disse initiativene må kunne videreføres til en fremtidig løsning. Dette forutsetter tett samarbeid med aktører i helse- og omsorgssektoren om pågående arkitekturarbeid og implementeringsprosjekter i kommuner og RHF-ene.
- Tiltaket har også avhengigheter til TAG i PDS steg 1 (eksempler - API management, Felles tillitsmodell, HelseID utvidelse).
- Tiltaket forutsetter tett samarbeid på tvers av fagmiljøer innen arkitektur, helsefag, standardisering og kodeverk og terminologi, i og utenfor Direktoratet for e-helse.

³ Formålet med egenbehandlingsplanen er å oppdage forverring tidlig, forebygge og å redusere utvikling av en forverring, hindre sykehusinnleggelse og gi økt trygghet og mestringsopplevelse. Den gir pasienten retningslinjer for hva som kan gjøres på egenhånd for å holde seg i best mulig form og hva som kan/bør gjøres ved en forverring av sykdommen. Pasienten følges opp av helsepersonell i tråd med egenbehandlingsplanen og avtale for oppfølging. Planen er individuell og kan være delt inn i områder som angir tilstand og grad av forverring med aktuelle tiltak knyttet til de ulike områdene.

9 Overordnede arkitekturbeskrivelser for samhandling steg 2

En del av det konseptuelle målbildet for program digital samhandling er en nasjonal infrastruktur for helhetlig samhandling. Denne samhandlingsinfrastrukturen tilbyr informasjonstjenester som understøtter en kunnskapsbasert og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som utnytter teknologiske muligheter for å tilby helhetlige og sikre tjenester av høy kvalitet.

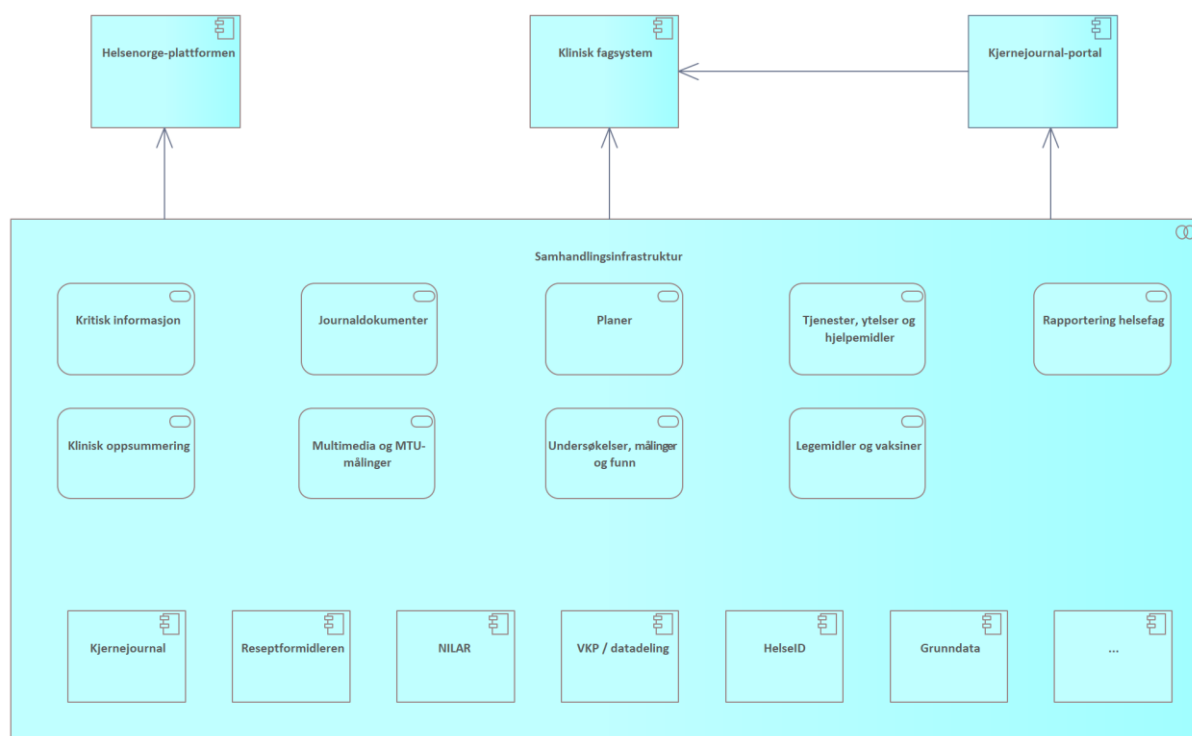
Informasjonstjenestene brukes av helsepersonell gjennom forskjellige kliniske fagsystem og kjernejournal-portal. Sistnevnte kan tenkes å brukes frittstående eller som en integrert modul i kliniske fagsystem. Helseregistre er ikke tegnet inn i figuren, men disse kan også tenkes å benytte informasjonstjenestene. I tillegg vil flere av informasjonstjenestene også være relevante for aktører utenfor helse- og omsorgssektoren, for eksempel NAV.

Innbyggere vil benytte informasjonstjenestene gjennom Helsenorge-plattformen. Informasjonstjenestene realiseres gjennom de nasjonale e-helseløsningene, for eksempel kjernejournal, Reseptformidleren, NILAR m.fl.

Samhandlingsinfrastrukturen er således ikke én løsning, men et konsept som i sum vil realiseres av samspillet mellom tjenester som leveres gjennom de nasjonale e-helseløsningene. Samhandlingsinfrastrukturen vil være i stadig endring etter hvert som både informasjonstjenester og de nasjonale e-helseløsningene utvikles for å dekke endrede og nye behov.

Skissen under viser et overordnet perspektiv på samhandlingsarkitekturen, mens overordnede perspektiver på det enkelte samhandlingsområdet følger i underkapitlene. Skissene er modellert med bruk av Archimate og følger dens notasjon.

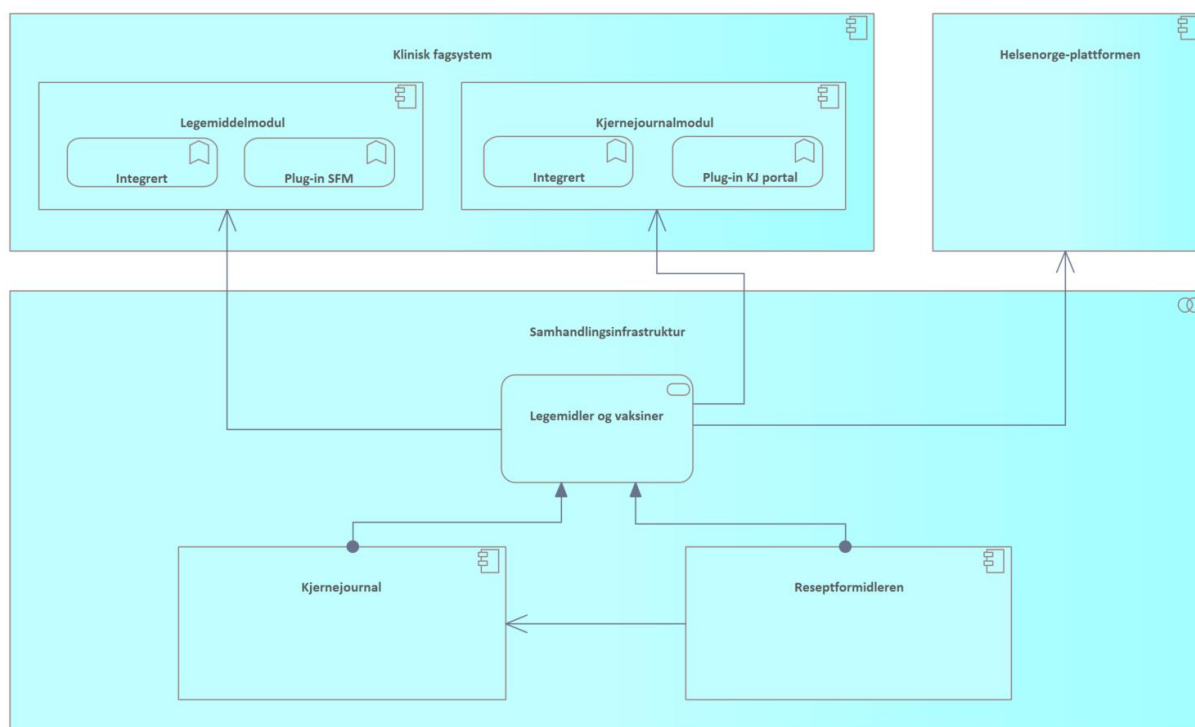
Skissene viser sammenhenger mellom ulike tjenester, løsninger og komponenter, men har ikke til hensikt å beskrive løsningsarkitektur for den enkelte løsning/komponent.



Figur 31 Overordnet arkitekturperspektiv på samhandlingsarkitektur

9.1 Pasientens legemiddelliste

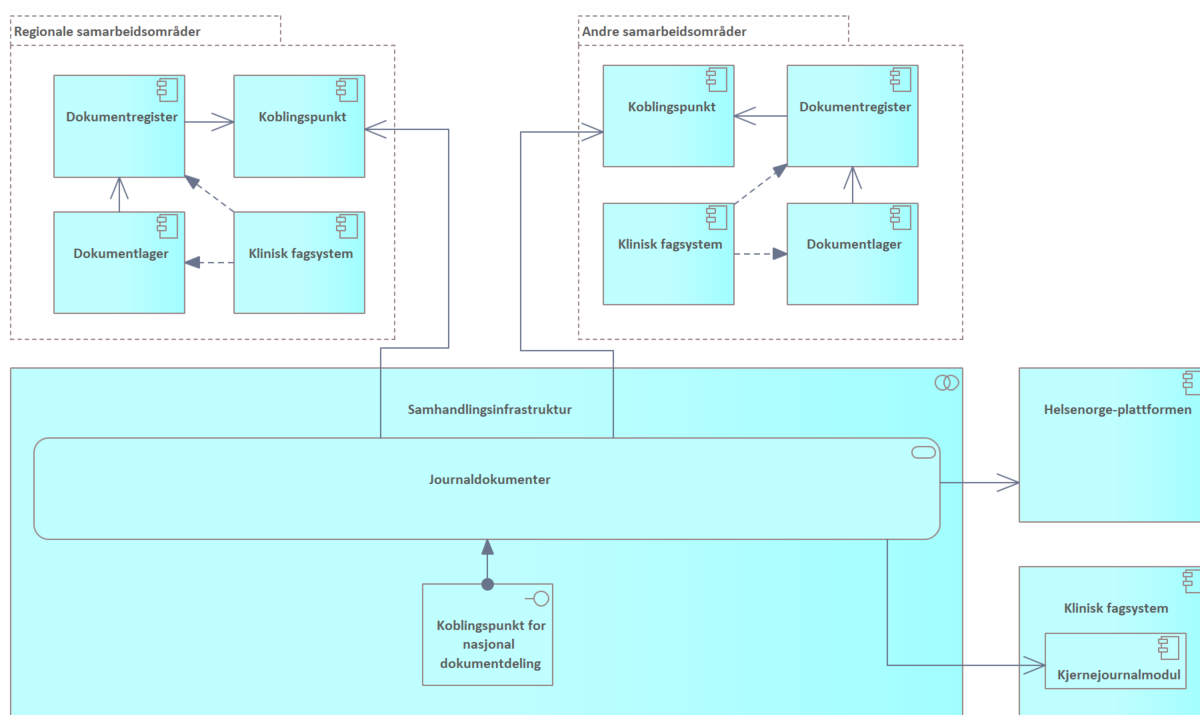
Dette tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten Legemidler og vaksiner. Informasjonstjenesten vil tilbys på samhandlingsinfrastrukturen og benytter funksjonalitet i henholdsvis kjernejournal og Reseptformidleren. Helsepersonell vil bruke informasjonstjenesten gjennom kliniske fagsystem. Integrasjonen i kliniske fagsystem kan gjøres gjennom enten en legemiddelmodul eller kjernejournalmodul. Disse modulene kan enten bruke API-er som tilbys direkte på samhandlingsinfrastrukturen eller de kan benytte plug-in for henholdsvis sentral forskrivningsmodul (SFM) eller kjernejournal. Dersom API-er brukes direkte fra samhandlingsinfrastrukturen må EPJ-leverandøren også utvikle forretningslogikk. Innbyggere vil bruke informasjonstjenesten gjennom Helsenorge-plattformen.



Figur 32 Overordnet arkitekturperspektiv på samhandlingsområde pasientens legemiddelliste

9.2 Dokumentdeling

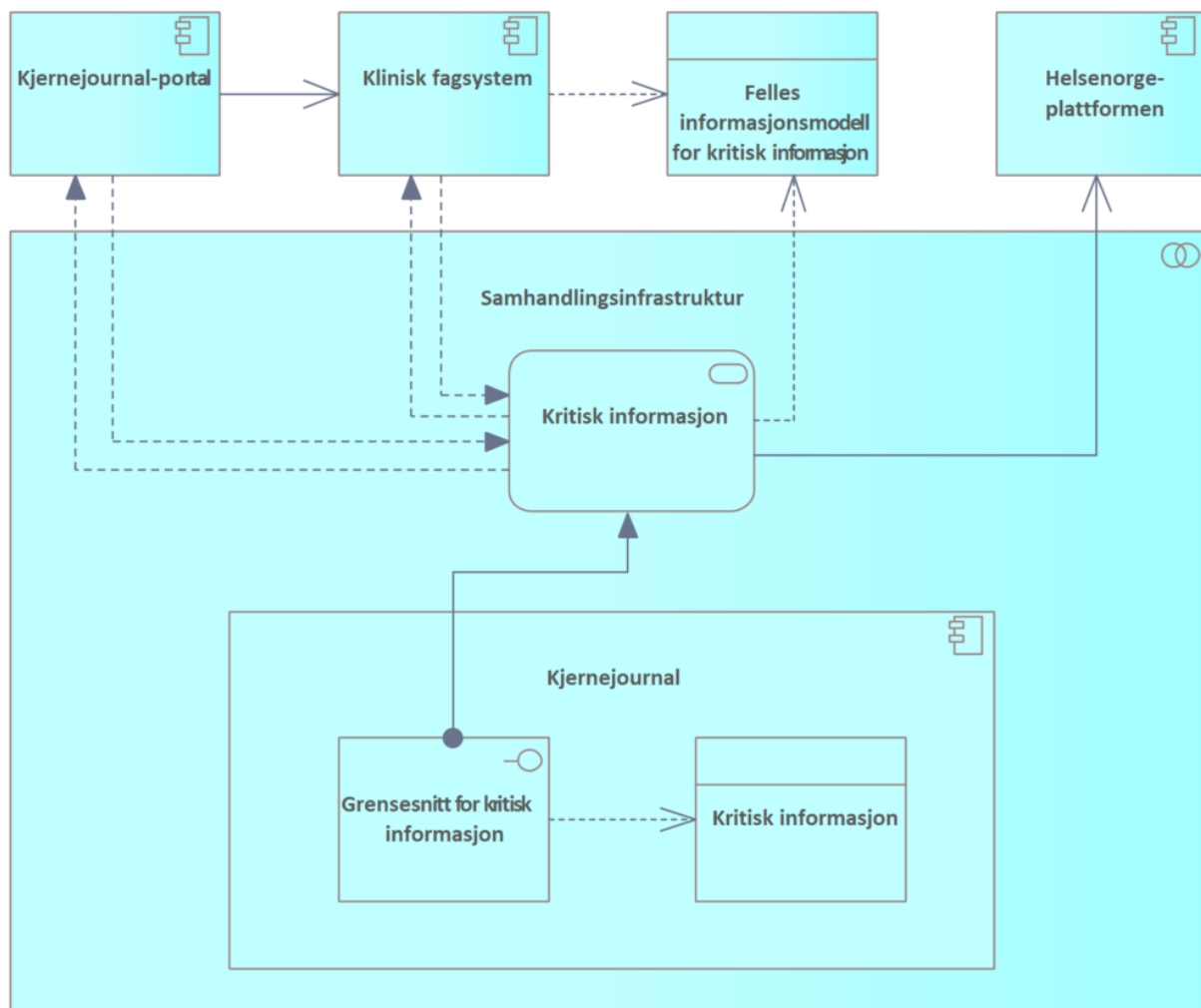
Dette tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten Journaldokumenter. Informasjonstjenesten vil tilbys på samhandlingsinfrastrukturen og baserer seg på ett koblingspunkt for nasjonal dokumentdeling som knytter sammen koblingspunktene innenfor de ulike samarbeidsområdene. Helsepersonell vil opptre som produsenter av dokumenter overfor informasjonstjenesten gjennom å bruke sine kliniske fagsystem. Helsepersonell vil konsumere dokumenter gjennom kjernejournal, som vil være integrert med det kliniske fagsystemet. De kliniske fagsystemene sørger for at dokumenter blir gjort tilgjengelig i et dokumentlager og registreres i et dokumentregister. Innbyggere vil bruke informasjonstjenesten gjennom Helsenorge-plattformen.



Figur 33 Overordnet arkitekturperspektiv på samhandlingsområde dokumentdeling

9.3 Kritisk informasjon

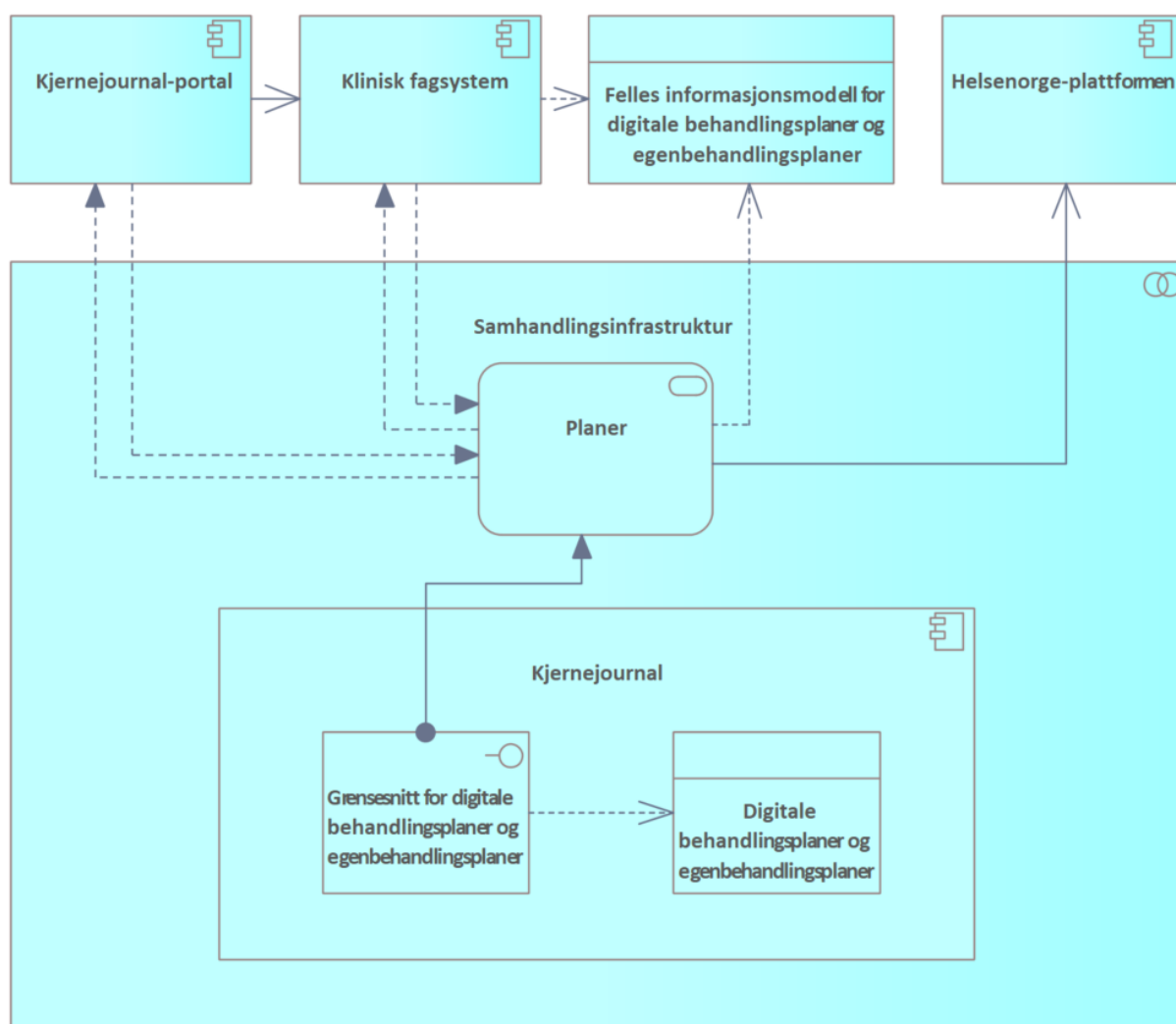
Dette tiltaket bidrar til å realisere informasjonstjenesten Kritisk informasjon. Informasjonstjenesten vil tilbys på samhandlingsinfrastrukturen og baserer seg på både grensesnitt og sentral lagring i kjernejournal. Helsepersonell vil bruke informasjonstjenesten gjennom kliniske fagsystem. På samme måte som med informasjonstjenestene Legemidler og vaksiner og Dokumentdeling, kan de kliniske fagsystemene ta i bruk informasjonstjenesten Kritisk informasjon enten ved å bruke API-et direkte eller ved å bruke kjernejournal-portal. Innbyggere vil bruke informasjonstjenesten gjennom Helsenorge-plattformen. Informasjonstjenesten Kritisk informasjon baseres på én felles informasjonsmodell og alle involverte aktører må forholde seg til denne.



Figur 34 Overordnet arkitekturperspektiv på samhandlingsområde kritisk informasjon

9.4 Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner

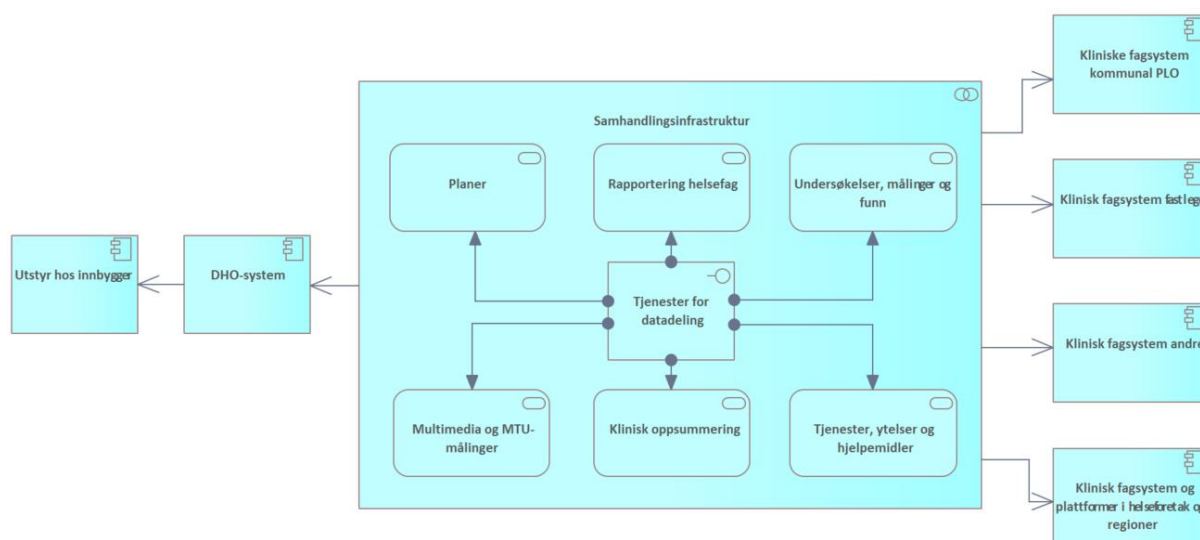
Dette tiltaket bidrar til å realisere deler av informasjonstjenesten Plan. Informasjonstjenesten vil tilbys på samhandlingsinfrastrukturen og belager seg på både grensesnitt og sentral lagring i kjernejournal. Helsepersonell vil bruke informasjonstjenesten gjennom sine kliniske fagsystem. På samme måte som med informasjonstjenestene Legemidler og vaksiner og Kritisk informasjon, kan de kliniske fagsystemene ta i bruk informasjonstjenesten Planer enten ved å bruke API-et direkte eller ved å bruke kjernejournal-portal. Innbyggere vil bruke informasjonstjenesten gjennom Helsenorge-plattformen. Det eksisterer én felles informasjonsmodell for informasjonstjenesten Plan og alle involverte aktører må forholde seg til denne.



Figur 35 Overordnet arkitekturperspektiv på samhandlingsområde digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner

9.5 Datadeling for digital hjemmeoppfølging

Dette tiltaket vil understøtte og bidra til en raskere realisering av en rekke av informasjonstjenestene, blant annet Plan, Rapportering helsefag (Egenrapportering/ Skjema), Undersøkelser, målinger og funn, Målinger fra medisinsk utstyr (Måledata), Klinisk oppsummering (Oppsummeringer) og Tjenester, ytelser og hjelpemidler (Tjenester). Disse informasjonstjenestene vil tilbys på samhandlingsinfrastrukturen og benytter standardiserte grensesnitt for datadeling. De standardiserte grensesnittene kan benyttes til forskjellige typer datadeling, både internt i virksomheter og mellom behandlingsnivåer, og vil også kunne dekke datadelingsbehov mellom innbygger og helsepersonell. Helsepersonell i helse- og omsorgssektoren vil bruke informasjonstjenestene gjennom henholdsvis DHO-system og kliniske fagsystem. Informasjonsflyt er ikke vist i figuren under. I hovedsak vil data deles fra venstre mot høyre, fra «Utstyr hos innbygger» til «DHO-system» og til ulike kliniske fagsystem ved hjelp av tjenester for datadeling.



Figur 36 Overordnet arkitekturperspektiv på samhandlingsområde datadeling for digital hjemmeoppfølging

10 Referanser

1. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre, Meld. St. 15 (2017–2018).* 2018.
2. —. *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, Meld. St. 7 (2019–2020).* s.l. : Helse- og omsorgsdepartementet, 2019.
3. —. *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert.* 2020.
4. **Direktoratet for e-helse.** *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning, Bilag G2, Helhetlig samhandling, IE-1056.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2020.
5. —. *Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021 - 2025, IE-1071.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2020.
6. —. *Felles plan 2021 RHF.*
7. —. *Målkitektur for nasjonal dokumentdeling, Versjon 1.0, HTR 1222:2019.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2019.
8. —. *IHE XDS metadata, Norsk profil for IHE XDS.b, HIS 1169:2016, oppdatert 12/2020.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2016.
9. **EUROPEAN COMMITTEE FOR STANDARDIZATION.** *Health informatics — The International Patient Summary.* s.l. : Standard Norge, 2019. NS-EN 17269:2019.
10. **Helsedirektoratet.** *Digital behandlings- og egenbehandlingsplan – Innholds- og løsningsbeskrivelse. Rapport fra planleggingsfasen.* s.l. : Helsedirektoratet, 2021.
11. —. Primærhelseteam - pilotprosjekt. *Helsedirektoraet.* [Internett] 5 2019.
<https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/primærhelseteam-pilotprosjekt>.
12. **Direktoratet for e-helse.** *Digital hjemmeoppfølging – tilnærming til helhetlig samhandling, versjon 1.0, IE-1065.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2020.
13. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger - én journal.* Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.
14. —. *Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt ovenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten.* 01 07 2013.
15. **Statistisk sentralbyrå.** *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016 - Statistikk om tjenester og tjenestemottakere.* 14 08 2017. ISBN 978-82-537-9591-1.
16. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal.* Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.
17. **Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet.** *Utredning av «Én innbygger – én journal».* Sammendrag. Oslo : Helsedirektoratet, 2015.

18. **Kommunal- og moderniseringsdepartementet.** *Meld. St. 27 (2015–2016) Digital Agenda for Norge - IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet.* Oslo : Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016.
19. —. *Digital Agenda for Norge - IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet, Meld. St. 27 (2015–2016).* Oslo : Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016.
20. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Én innbygger - én journal, Meld. St. 9 (2012-2013).* Oslo : Helse- og omsorgdepartementet, 2012.
21. —. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt ovenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, I-3/2013. *Regjeringen.no.* [Internett] 01 07 2013. [Sisert: 24 11 2021.] https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hoeringer_kta/dokumenter/rundskriv_i-3_2013.pdf.
22. **Direktoratet for e-helse.** *Konseptvalgutredning, Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste, IE-1029.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2018.
23. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Oppdragsdokument 2021, Helse Midt-Norge RHF.* s.l. : Regjeringen.no, 2021.

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt

postmottak@ehelse.no

Sentralt styringsdokument

Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg H Prinsipper, tekniske krav og
standarder for samhandling

Publikasjonens tittel:

Sentralt styringsdokument
Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg H: Prinsipper, tekniske krav og standarder for
samhandling

Rapportnummer

IE-1087

Utgitt:

Januar 2022

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo
Tlf.: 21 49 50 70

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Innhold

1	Innledning	4
2	Bruk av standarder og normerende produkter	5
2.1	Standarder som virkemiddel for styring	5
2.2	Hvorfor ta i bruk internasjonale standarder?	5
2.3	Digital samhandling og normerende produkter	7
3	Vurdering av prinsipper, tekniske krav og standarder.....	7
3.1	Normerende produkter som dekker flere samhandlingsområder i steg 2.....	7
3.1.1	Datadeling	7
3.1.2	Informasjonssikkerhet og logging	8
3.1.3	Semantisk samhandlingsevne	9
3.1.4	Generelle anbefalinger for samhandlingsområdene	9
3.2	Normerende produkter for hvert samhandlingsområde.....	10
3.2.1	Pasientens legemiddelliste	10
3.2.2	Datadeling for digital hjemmeoppfølging.....	11
3.2.3	Dokumentdeling	11
3.2.4	Kritisk informasjon	12
3.3	Egenskaper for samhandlingsinfrastrukturen.....	14
3.3.1	Beskrivelse av egenskaper.....	15
3.3.2	Sammenheng mellom arkitekturprinsipper og egenskaper for samhandlingsinfrastrukturen	17
4	Referanser.....	20

1 Innledning

Dette dokumentet er et vedlegg til sentralt styringsdokument for steg 2, som er et svar på Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til Direktoratet for e-helse datert 18. desember 2020 og 16. juni 2021 (konkretisering av oppdraget). I tildelingsbrevet til Direktoratet for e-helse for 2021 og konkretisering av oppdrag forprosjekt for helhetlig samhandling steg (1) er det sagt at «Forprosjektet skal foreslå felles prinsipper, tekniske krav og standarder for samhandling på tvers av forvaltningsnivåene».

Dette dokumentet beskriver området og Direktoratet for e-helse sine vurderinger for bruk av prinsipper, tekniske krav og standarder.

I kapittel 2 beskrives bakgrunnen for bruk av standarder og normerende produkter som virkemiddel for samhandling. I kapittel 3 beskrives prinsipper, tekniske krav og standarder som er aktuelle for programmets prioriterte samhandlingsområder for steg 2, sammen med oversikt over aktuelle normerende produkter som er tilgjengelige eller planlagt. Prioriterte samhandlingsområder for programmets steg 2 er pasientens legemiddelliste, dokumentdeling, kritisk informasjon og datadeling for digital hjemmeoppfølging. Disse er ytterligere beskrevet i sentralt styringsdokument og i vedlegg G Omfang. Avslutningsvis i kapittel 3 beskrives egenskaper og prinsipper som skal bidra til at informasjonstjenestene som tas frem i steg 2 fremstår som helhetlig og koordinert for brukerne.

Dokumentet er skrevet slik at det kan leses selvstendig og gir en utdypning av aktuelle standarder og normerende produkter, samt vurderinger og anbefalinger foretatt for disse. Hovedfokus i dette arbeidet har vært vurderinger og anbefalinger direkte relevante for prioriterte samhandlingsområder i steg 2. For anbefalinger utover steg 2 vises det også til Sentralt styringsdokument Akson Vedlegg O - Funksjonelle standarder og tekniske krav til journalløsningene for aktører i helse- og omsorgssektoren (2).

2 Bruk av standarder og normerende produkter

2.1 Standarder som virkemiddel for styring

For å realisere nytte må leveransene fra steg 2 bli tatt i bruk. Det er et stort antall aktører som må ta informasjonstjenestene i bruk. Informasjonstjenestene forutsetter både at det er kjent hvilken informasjon som skal utveksles, og hvordan grensesnittene skal implementeres. Standarder og tekniske krav er et virkemiddel for å få til dette. Fordelen med standardisering er at det gir en felles forståelse, samtidig som det ikke legger unødvendige føringer for løsningsvalg. Dette er avgjørende for å realisere steg 2 hvor det er et stort antall selvstendige aktører, som har mange ulike hensyn som skal veies mot hverandre.

Helse- og omsorgsdepartement og Direktoratet for e-helse kan stille krav på ulike nivå til aktørene gjennom bruk av normerende produkter. Dette kan skje gjennom veiledere, retningslinjer og anbefalte eller obligatoriske standarder. I gjennomføringen av steg 2 vil disse produktene benyttes som virkemiddel for å styre utviklingen og innføringen.

I helse- og omsorgssektoren i Norge er det innført og tatt i bruk en rekke standarder, prinsipper og normerende produkter som er relevante ved etableringer av helhetlig samhandling. Det er videre under utarbeidelse tilpasninger av internasjonalt anerkjente standarder og prinsipper. For steg 2 må det vurderes videre bruk av eksisterende og nye standarder, prinsipper og normerende produkter. Kapittel 3.1 og 3.2 beskriver normerende produkter som dekker samhandlingsområdene i steg 2.

2.2 Hvorfor ta i bruk internasjonale standarder?

Utdrag fra Plan for internasjonale standarder 2021-2024 (3):

«Behovet for standarder innen e-helse er stort, og drives av økt digitalisering på mange områder. Internasjonale standarder legger til rette for raskere og mer effektiv utvikling av sammenhengende helse- og omsorgstjenester. Bruk av internasjonale standarder vil være en forutsetning for fremtidens samhandling.»

Bruk av standarder er et viktig virkemiddel for å oppnå målene om en trygg og effektiv helsetjeneste. Standardisering er i økende grad viktig for å sikre:

- raskere, enklere og mer effektiv utvikling av samhandlingsløsninger for en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste
- mulighet for samhandling på tvers av sektorer og landegrenser
- at norske leverandører kan levere løsninger internasjonalt og omvendt
- næringsutvikling og innovasjon

Det har skjedd mye utvikling av internasjonale standarder innenfor e-helse, og det er i dag mye større aktivitet enn da Norge begynte å delta i internasjonal standardisering for flere tiår siden.

Noen utviklingstrekk innenfor internasjonal standardisering:

- Standardiseringsorganisasjonene samarbeider og supplerer hverandre i mye større grad enn tidligere. Det er et tett samarbeid mellom HL7, ISO, IHE og SNOMED. Ett eksempel er Joint Initiative Council (JIC), et samarbeidsforum for ni av de største standardiseringsorganisasjonene
- Standardiseringsarbeidet i ISO har fått økt betydning i forhold til europeisk standardisering i CEN. Asia og USA går tyngre inn enn tidligere
- Store prosjekter i EU bidrar til god forankring og utbredelse av standarder

For hvert av tiltakene i steg 2 må internasjonale standarder vurderes. Ved gjennomføring av steg 2 kan det for enkelte tiltak være gode grunner for å beholde dagens standarder. Det er da viktig at det vurderes hvordan man på lengre sikt kan gå over til internasjonale standarder.

Norge har i mindre grad vært aktive i de største samhandlingsprosjektene i EU. Årsaken er blant annet at Norge har vært tidlig ute med å utvikle nasjonale bransjestandarder. Istedenfor å ta i bruk internasjonale standarder, har det blitt vurdert å ha større nytteeffekt med videre utbredelse av de nasjonale bransjestandardene. Et eksempel på dette er e-reseptstandardene.

Norge deltar i dag i flere europeiske prosjekter for samhandling, som UNICOM på legemiddelområdet og TEHDAS (The European Health Data Space) for deling av sekundærdata.

Ved å gå i samme retning som resten av Europa, vil samhandling på tvers av landegrenser bli enklere, noe som blir stadig mer aktuelt. Som følge av pandemien har behovet for å utveksle helsedata mellom land blitt synliggjort. Internasjonale standarder har bidratt til effektive løsninger for dette formålet, for eksempel innen prøvesvar for COVID-19. Digitaliseringsrundskrivet 2021 (4) setter krav til at nasjonale tjenester skal, når det er hensiktsmessig, være forenlig med EUs digitale infrastruktur. Direktoratet for e-helse deltar i flere koordineringsgrupper, hvor relevante erfaringer og innspill fra den norske helsetjenesten bringes inn på et europeisk og internasjonalt nivå. Deltagelse og koordinering av standarder internasjonalt med EU-systemet bidrar til harmonisering av standarder i bruk i Norge og de internasjonale standarder. Gapet mellom det som er i bruk nasjonalt og det som er foretrukket standard internasjonalt minskes og gjør overgangen nasjonalt enklere, rimeligere og med større potensiale for uttak av nytteeffekter.

Mange leverandører har fremmet behov for å ta i bruk internasjonale standarder. I dialogen med Helseplattformen har viktigheten av dette blitt understreket. Se vedlegg N Gjenbruk og læringspunkter fra Helseplattformen for utdypning. Helseplattformen har fått erfaring med å anskaffe og konfigurere en løsning som i stor grad støtter internasjonale standarder.

Direktoratet for e-helse har gitt føringer til sektoren om at internasjonale standarder vil være en viktig forutsetning for fremtidens samhandling, ref.: Plan for internasjonale standarder 2021-2024 (3). Internasjonale standarder legger til rette for mer effektiv utvikling av en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. For å ivareta god involvering av sektoren på dette området er Standardiseringsutvalget for internasjonale e-helsestandarder (5) opprettet.

2.3 Digital samhandling og normerende produkter

Direktoratet for e-helse utgir nasjonale veiledere, retningslinjer og standarder. Normerende produkter er en samlebetegnelse på disse. De skal gi gode rammer for sektorens digitalisering og øke den digitale samhandlingsevnen (6).

Eksempler på hva som omfattes i de normerende produktene er standarder, kodeverk, klassifikasjoner, terminologi, arkitektur og informasjonssikkerhet.

Normerende produkter fra Direktoratet for e-helse skal dekke alle samhandlingslagene i Rammeverk for digital samhandling (7) og det europeiske rammeverket for interoperabilitet (EIF) (8): Juridisk, organisatorisk, semantisk og teknisk samhandlingsevne. I tillegg er god styring og forvaltning av tjenester avgjørende.

Direktoratet har valgt å dele inn normerende produkter i fire nivåer, med økende grad av normering:



Figur 1 Fire nivåer av normerende produkter

Nivåene er beskrevet forvaltningsmodell for normerende produkter fra Direktoratet for e-helse (6).

Referansekatalogen for e-helse (9) gir en oversikt over e-helsestandarder og andre kravdokumenter som er obligatoriske med hjemmel i forskrift eller anbefalt av offentlig myndighet. Referansekatalogen gjelder alle virksomheter i helse- og omsorgstjenesten og deres leverandører. De obligatoriske standardene er hjemlet i flere forskrifter, eksempelvis reseptformidlerforskriften, forskrift om elektronisk kommunikasjon med Arbeids- og velferdsetaten og norsk pasientregisterforskriften. I tillegg må offentlige virksomheter også ta hensyn til de anbefalte og obligatoriske kravene som gjelder for hele offentlig sektor og som finnes i Referansekatalogen for IT-standarder (10) hos Digitaliseringsdirektoratet.

3 Vurdering av prinsipper, tekniske krav og standarder

3.1 Normerende produkter som dekker flere samhandlingsområder i steg 2

3.1.1 Datadeling

Flere av Direktoratet for e-helses publiserte normerende produkter bør for samtlige samhandlingsområder i steg 2:

- Veileder for åpne API-er i helse- og omsorgssektoren (11)
- Anbefaling om bruk av SMART on FHIR (12)
- Anbefaling om bruk av HL7 FHIR for datadeling (13)
- Norske basisprofiler for HL7 FHIR (14)
- Referansearkitektur for datadeling (15)
- Målarkitektur for datadeling i helse- og omsorgssektoren (16)
- Veileder for utvikling av datadelingsgrensesnitt (17)
- Metode for utvikling av HL7 områdeprofiler (18)
- Krav til sikkerhetsbillett ved deling av helseopplysninger (19)

Disse produktene er utarbeidet på bakgrunn av behov og målbilde for helhetlig samhandling, som i stadig større grad baseres på datadeling. For at denne datadelingen skal kunne fungere på tvers av aktører og samhandlingsområder er det viktig at informasjonstjenestene etableres med åpne API.

HL7 FHIR er anbefalt standard. Norske basisprofiler for HL7 FHIR bør som hovedregel benyttes. Nasjonale tilpasninger bør begrenses så mye som mulig. Direktoratet for e-helse utvikler en veileder for API-håndtering, i tillegg til å delta i videreutvikling og normering av nasjonale basisprofiler og områdeprofiler.

3.1.2 Informasjonssikkerhet og logging

For sikkerhet og logging er det laget følgende normerende produkter

- Anbefaling av tillitsmodell for data- og dokumentdeling (20)
- Retningslinjer for logging ved data- og dokumentdeling (21)
- Krav til sikkerhetsbillett ved deling av helseopplysninger (19)

Følgende normerende produkter er planlagt utarbeidet i steg 1 som en del av arbeidet til program digital samhandling Steg 1 og prosjektet Tillitstjenester, API-håndtering og Grunndata (TAG):

- Krav og retningslinjer tilknyttet felles tillitsmodell
- Revidering av "Krav til sikkerhetsbillett ved deling av helseopplysninger"
- Logging og etterkontroll
- Felles tilgangsregler for datadeling og dokumentdeling

Arbeidet med tillitstjenester vil være nødvendig for å legge til rette for data- og dokumentdeling. Tiltakene i steg 2 vil innebære både utvikling og innføring av tjenester som bygger på disse samhandlingsformene.

Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren er en bransjenorm som beskriver organisatoriske og tekniske tiltak som anses egnet for å oppnå tilfredsstillende informasjonssikkerhet og personvern i sektoren. I tillegg publiseres det veiledere og faktaark på ulike områder. Normen skal legges til grunn for arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern i steg 2.

3.1.3 Semantisk samhandlingsevne

Innenfor alle samhandlingsområdene i steg 2 er det behov for semantisk samhandlingsevne. Det er tre elementer som er sentrale for semantisk samhandlingsevne:

- **Felles informasjonsmodeller** beskriver innhold og kontekst av informasjonen det skal samhandles om. Modellene skal i størst mulig grad ta utgangspunkt i internasjonale standarder for både generelle og spesifikke bruksområder. Eksempler er HL7 FHIR, ISO IPS (International Patient Summary) og ISO IDMP.
- **Felles kodeverk og terminologi** er kodede begreper og identifikatorer som brukes i informasjonsmodeller for den enkelte bruksområde. Det benyttes i dag mange forskjellige terminologier og kodesett, både internasjonale og nasjonale. Eksempler er landkoder, ATC, ICD-10 og SNOMED CT. Eksempler på identifikatorer er fødselsnummer og produktkoder.
- **Felles syntaks og format** er hvordan innholdet, det vil si informasjonsmodeller, kodeverk og terminologi, er formatert teknisk for overføring. Eksempel er HL7 FHIR sammen med JSON og XML.

Innenfor både felles informasjonsmodeller, felles kodeverk og terminologi, samt felles syntaks og format finnes det flere normerende produkter. Noen av disse er generelle og gjelder flere samhandlingsområder. Et eksempel på dette er dokumentet «Retningslinjer for bruk av SNOMED CT i Norge» (22), som inneholder direktoratets anbefaling om bruk av SNOMED CT. Produkter for spesifikke anvendelser er under arbeid. Eksempler på dette vil være områdeprofiler for laboratoriesvar og digital hjemmeoppfølging.

For steg 2 vil det være viktig å holde oversikt over bruk og samspill mellom disse produktene, i tillegg til å ta særlig hensyn til arbeidet som gjøres med Felles språk, inkludert SNOMED CT. De produktene som er relevante er nevnt spesielt under det enkelte samhandlingsområdet. Direktoratet for e-helse er en pådriver på dette området. Arbeid med semantisk samhandlingsevne må løses i nært samarbeid med sektoren.

3.1.4 Generelle anbefalinger for samhandlingsområdene

Det finnes prinsipper og anbefalinger som er relevante for alle eller de fleste av samhandlingsområdene. Disse omhandler spesielt datadeling, informasjonssikkerhet og logging, og kodeverk og terminologi.

Anbefalinger gjeldende for samtlige samhandlingsområder:

- *Det bør utarbeides nasjonale profiler for hvert samhandlingsområde, som omfatter felles informasjonsmodeller, kodeverk og terminologi og tekniske krav*
- *Internasjonale standarder skal legges til grunn der det ikke er spesielle årsaker til å avvike.*
- *Informasjonstjenestene som skal etableres med datadeling skal etableres med åpne og standardiserte API. HL7 FHIR er anbefalt standard for datadeling mellom aktørene, og norske basisprofiler for HL7 FHIR bør benyttes (retningslinje)*
- *Implementering i henhold til internasjonalt anerkjente standarder er anbefalt. For å sikre kompatibilitet bør tilpasninger begrenses så mye som mulig*
- *Felles språk legges til grunn for nye tjenester for datadeling*

- *Normeringsnivå bør vurderes i henhold til modenheten på hvert område*
- *Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren skal legges til grunn i steg 2*
- *Felles tillitsmodell bør legges til grunn for hvert samhandlingsområde*

3.2 Normerende produkter for hvert samhandlingsområde

3.2.1 Pasientens legemiddelliste

Pasientens legemiddelliste (PLL) benytter i dag HL7 FHIR og norske basisprofiler. Informasjonsmodell og kodeverk bygger på e-resept-standardene og HL7 FHIR. For virkestoffordinering kan virkestoff mappes mellom FEST og SNOMED CT via Felles språk. I dag benyttes nasjonale bransjestandarder på e-reseptområdet.

Pasientens legemiddelliste består av flere implementerte grensesnitt (API), inkludert et API som benyttes for direkte integrasjon (sentral forskrivningsmodul (SFM) Basis API). Denne er et godt utgangspunkt for områdeprofilering og dermed normering for én eller flere anvendelser.

En veileder for internasjonale standarder for legemiddelinformasjon er på høring p.t. Veilederen anbefaler foreløpig at det utvikles flere områdeprofiler for legemiddelområdet. Det vil ha betydning for Pasientens legemiddelliste på sikt. Ett eksempel er felles informasjonsmodeller og kodeverk for identifisering og sporing av legemidler (ISO IDMP m.fl.). Det bør på sikt (utenfor steg 2) vurderes å gjøre en utredning av bruk og innføring av felles grunndata for legemiddelområdet, herunder virkestoffordinering basert på Felles språk.

International Patient Summary (IPS) og internasjonale implementasjoner av denne er en annen standard som vil legge føringer for områdeprofiler og kan påvirke Pasientens legemiddelliste på sikt. Imidlertid vil Pasientens legemiddelliste i stor grad basere seg på etablerte tjenestestrukturer fra e-resept som (tidligere nevnt i kap. 2.2) hvor egne nasjonale standarder allerede er utviklet og tatt i bruk. Det bør det vurderes overgang til internasjonale standarder, der vi i dag bruker norske bransjestandarder.

En utfordring for samhandlingsområdet Pasientens legemiddelliste er at det ikke er samsvar mellom informasjonsmodell på innmelding av legemiddelreaksjoner i nasjonal bransjestandard som del av pasientens legemiddelliste/e-resept og informasjonsmodell legemiddelreaksjoner som del av kritisk informasjon i kjernejournal. Dette betyr at det er behov for å avklare hvordan legemiddelreaksjoner registrert i Pasientens legemiddelliste forholder seg til legemiddelreaksjoner registrert som kritisk informasjon, se også beskrivelsen under kritisk informasjon

Vurdering for samhandlingsområdet pasientens legemiddelliste:

Direktoratet for e-helse har ute til høring en anbefaling på at det utvikles områdeprofiler på legemiddelområdet, basert på internasjonale standarder og dagens løsning for Pasientens legemiddelliste.

Relevante internasjonale standarder, herunder kodeverk og terminologi, bør legges til grunn for fremtidig videreutvikling og mål for Pasientens legemiddelliste, inkludert e-resept.

Pasientens legemiddelliste bør på sikt planlegge for å følge målarkitektur for datadeling.

3.2.2 Datadeling for digital hjemmeoppfølging

I dette tiltaket vil Norsk helsenett SF trinnvis utvikle tjenester for datadeling. Tjenestene skal kunne benyttes til forskjellige typer datadeling, både internt i virksomheter og mellom behandlingsnivåer, men skal i første omgang tas i bruk for datadelingsbehov i forbindelse med digital hjemmeoppfølging.

Utviklingen av tjenestene skal ta utgangspunkt i erfaringer fra utprøvningsaktiviteter i pågående prosjekt for arkitektur og infrastruktur i Nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP), samt normeringsaktiviteter og andre pågående aktiviteter i sektoren.

Når medisinsk utstyr benyttes i digital hjemmeoppfølging til oppfølging av innbygger, er det ønskelig at informasjon fra utstyret deles med helsepersonells fagsystem på en effektiv og sikker måte. Dette krever semantisk samhandlingsevne og forutsetter felles informasjonsmodeller, kodeverk og terminologi, og utvekslingsformat. Nasjonale områdeprofiler skal utvikles og benyttes for å knytte disse tre elementene sammen. FHIR-profilering gjennomføres ute i de ulike aktivitetene for digital hjemmeoppfølging i sektor. Det må etableres en systematisk forvaltning av disse profilene. Avklaring av roller og ansvar for dette er igangsatt i Direktoratet for e-helse.

Ettersom tjenestene som utvikles i dette tiltaket på sikt også skal kunne brukes til datadeling i andre sammenhenger, er de normerende produktene for datadeling relevante. Disse omtales i kapittel 3.1.1.

En veileder for velferdsteknologi/digital hjemmeoppfølging er påbegynt i Direktoratet for e-helse. Denne veilederen skal peke retning for bruk av FHIR-profiler i digital hjemmeoppfølging. Blant annet skal dette sees i sammenheng med profilene som lages i utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i regi av Helsedirektoratet, i tillegg til å vurdere fremtidig behov for områdeprofiler.

Vurdering for samhandlingsområdet datadeling for digital hjemmeoppfølging

Direktoratet for e-helse anbefaler at det utarbeides normerende produkter innenfor digital hjemmeoppfølging, blant annet veiledere, områdeprofiler og annen referansearkitektur, basert på utprøvningsaktiviteter i Nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP) og andre pågående aktiviteter i sektoren. Internasjonale standarder skal legges til grunn der dette er hensiktsmessig.

Det anbefales å etablere en systematisk forvaltning av norske FHIR-profiler, både basisprofiler og områdeprofiler. I forbindelse med dette må roller og ansvar for forvaltningen av profilene avklares.

3.2.3 Dokumentdeling

For dokumentdeling er det vedtatt både anbefalinger og retningslinjer. «Målarkitektur for dokumentdeling» (23) og «Referansearkitektur for dokumentdeling» (24) inneholder direktoratets anbefalinger for dokumentdeling, som anbefaler at følgende spesifikasjoner benyttes:

- Dokumentdeling skal baseres på den internasjonale IHE-profilen XDS (Cross-Enterprise Document Sharing)
- Alle samarbeidsområder skal tilby søk og henting av dokumenter via IHE XCA (Cross-Community Access) for å oppnå mulighet for landsomfattende søk
- IHE-profilen XUA (Cross-Enterprise User Assertion) skal brukes for å håndtere autentisering og autorisasjon

Direktoratet for e-helse har utarbeidet en egen implementasjonsguide (25) for nasjonal bruk av profilene XDS, XCA og XUA. I tillegg finnes en anbefalt nasjonal standard for metadata-bruk i XDS-løsninger «IHE XDS Metadata» (26).

Framover er det et behov for å etablere prinsipper som blant annet stiller krav til knytning mellom interne dokumenttyper og det offisielle nasjonale kodeverket for dokumenttyper, Volven (27). I tillegg må sektoren enes om hvilken informasjon som skal deles av hvilke aktører. Deretter bør man vurdere om dette skal utgis som normerende produkter.

Nasjonale tilgangsregler for dokumenttyper bør også normeres. Dette vil innebære en utredning av hvilke dokumenttyper som er relevante og nødvendige for ulike grupper av helsepersonell og må baseres på typen helsehjelp som ytes. Disse helsefaglige vurderingene må omsettes til funksjonelle tilgangsregler, og man bør vurdere å publisere disse som normerende produkter. I steg 1 ønsker man å få håndtert spesialisthelsetjenestenes dokumenttyper, men for nye kildetyper utenfor dette vil det trolig være behov for å behandle nye dokumenttyper. Dette bør steg 2 ta høyde for.

Vurdering for samhandlingsområdet dokumentdeling:

Direktoratet for e-helse anbefaler at dokumentdeling i steg 2 baseres på de internasjonale standarder, nasjonale profiler og retningslinjene som prøves ut i steg 1.

Prinsipper og tilgangsregler for dokumentdeling samt oversikt over aktuelle dokumenttyper for ulike aktører bør også vurderes publisert som normerende dokumenter.

3.2.4 Kritisk informasjon

For kritisk informasjon er det to normerende produkter som er spesielt relevante: «Informasjonsmodell for kritisk informasjon i Kjernejournal» (28) og «Veileder om bruk av NS-EN 17269 Health informatics - The International Patient Summary» (29).

Det første dokumentet beskriver informasjonsmodellen til det som er definert som kritisk informasjon i kjernejournal. Norsk helsenett SF har utviklet et grensesnitt for utveksling av kritisk informasjon med kjernejournal, basert på eksisterende informasjonsmodell. Informasjonsmodellen er i tråd med innholdsstandarden som Helsedirektoratet laget med sektoren og er vedlikeholdt av Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF, men den er ikke normert. Helse Vest er hovedsamarbeidspart i sektoren for å prøve ut løsningen. Dette grensesnittet støtter de seks hovedkategoriene av kritisk informasjon. Utprøvingen i Helse Vest omfatter én av kategoriene, overfølsomhetsreaksjoner. Det er behov for å prøve ut de fem andre.

IPS-veilederen peker på den internasjonale standarden «ISO 27269:2021 Health informatics — International patient summary» (30) (tidligere publisert som «NS-EN 17269 Health informatics - The International Patient Summary» (29)). IPS er et overordnet rammeverk for strukturering og utveksling av oppsummerende pasientopplysninger. Standarden er spesielt relevant for kritisk informasjon, som også oppsummerer noen av de viktigste pasientopplysningene. Selv om informasjonsinnhold i kritisk informasjon og IPS til dels overlapper, er formålet med disse litt forskjellig. Kritisk informasjon er informasjon som i en behandlingssituasjon kan medføre at planlagte tiltak endres, og kanskje redder pasientens liv eller forhindrer alvorlig skade. Formålet med IPS er å dele oppsummerende opplysninger om en pasient når behandling skjer på forskjellige behandlingssteder. IPS legger videre til rette for utveksling på tvers av landegrenser. Direktoratet for e-helse har planlagt å utvide IPS-veilederen til en retningslinje for å konkretisere krav til bruk av denne standarden.

Det gjøres en gap-analyse i program digital samhandling steg 1 i prosjektet TAG. Gap-analysen utføres for å kartlegge forskjellene mellom dagens informasjonsmodell og IPS og utføres i samarbeid mellom Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF. Ved eventuell utvikling av ny informasjonsmodell, må det også utvikles nye FHIR-profiler og nye FHIR grensesnitt. Etter gjennomført gap-analyse må det tas stilling til om det skal gjøres endringer i innholdet for kritisk informasjon. Informasjonsmodellen må i tilfelle revideres, og sektoren må involveres i dette arbeidet. Terminologien som benyttes må tilpasses Felles språk med SNOMED CT. Den endelige informasjonsmodellen bør normeres som anbefalt standard.

Som beskrevet under pasientens legemiddelliste er det også en utfordring at det ikke er samsvar mellom nasjonal bransjestandard for hvordan legemiddelinteraksjoner skal meldes inn som del av pasientens legemiddelliste/e-resept og hvordan de samme legemiddelreaksjonene skal meldes inn som del av kritisk informasjon i kjernejournal. Det er behov for en ensartet definisjon og standard, som grunnlag for videre innføring av API i sektor.

Vurdering for samhandlingsområdet kritisk informasjon:

Direktoratet for e-helse anbefaler at aktuelle standarder for kritisk informasjon blir normert på minst normeringsnivå anbefalt standard, før løsningene utbres i sektoren. Internasjonale standarder må vurderes, inkludert terminologi tilpasset Felles språk med SNOMED CT.

3.3 Egenskaper for samhandlingsinfrastrukturen

En del av det konseptuelle målbildet for helhetlig samhandling er en nasjonal infrastruktur for samhandling. Denne samhandlingsinfrastrukturen skal understøtte en kunnskapsbasert og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som utnytter teknologiske muligheter for å tilby helhetlige og sikre tjenester av høy kvalitet.

Samhandlingsinfrastrukturen er ikke én løsning, men et konsept som i sum vil realiseres av samspillet mellom tjenester som leveres gjennom en rekke kommunale, regionale og nasjonale e-helseløsninger. Flere av disse løsningene utvikles gjennom en plattformtilnærming, for eksempel slik Norsk helsenett SF gjør med sin samhandlingsplattform. En slik tilnærming innebærer at det skilles klart mellom sluttbrukertjenester, plattformkjernen, og grensesnittressurser (31). Plattformkjernen vil blant annet inneholde datakilder og vil gjennom grensesnittressurser fremstå som stabil og helhetlig for aktører som ønsker å utvikle sluttbrukertjenester. På denne måten sørger man for en løs kobling mellom sluttbrukertjenestene og de underliggende tyngre IKT-løsningene. Hensikten er å unngå innlåsing og frigjøre innovasjonspotensialet i markedet ved å slippe til flere leverandører som raskt kan utvikle sluttbrukertjenester basert på brukerbehov i stadig endring.

Realiseringen av samhandlingsinfrastrukturen vil skje gradvis og vil bygge på en rekke eksisterende løsninger, både nasjonale, regionale og kommunale. Noen av disse løsningene eksisterer allerede i dag, for eksempel kjernejournal og reseptformidleren. Nye informasjonstjenester fra målbilde for helhetlig samhandling vil utvikles som del av steg 2, for eksempel kritisk informasjon. Det vil også utvikles tjenester utenfor steg 2, både av Direktoratet for e-helse, Norsk helsenett SF og andre aktører, som kan spille en rolle i samhandlingsinfrastrukturen, for eksempel deler av Felles kommunal journal. I tråd med forskning på komplekse informasjonssystemer legger program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste til rette for at prosessen med å realisere samhandlingsinfrastrukturen bærer mer preg av å være en fasilitert evolusjon, fremfor en stramt styrt fossefallsaktig designprosess (32). Smidighet og mekanismer for kontinuerlig læring og justering vil stå sentralt i dette.

Konseptet om en samhandlingsinfrastruktur er et perspektiv på nasjonale e-helseløsninger og tjenestene de tilbyr. Hensikten er å bidra til en felles forståelse for hvilke tjenester som skal tilbys og hvordan utviklingen av nasjonale e-helseløsninger må innrettes for å levere disse tjenestene så de dekker behovet for helhetlig samhandling og fremstår som koordinerte for brukerne. Eksempler på slike tjenester kan være alt fra tjenester for tilgangsstyring til tjenester for oppslag og gjenbruk av opplysninger i registre. Aktører i helse- og omsorgssektoren, sammen med leverandørindustrien, vil få muligheten til å gradvis ta i bruk tjenester på samhandlingsinfrastrukturen for å bygge applikasjoner og sluttbrukertjenester til både helsepersonell og innbyggere.

De fleste av tjenestene som tilbys gjennom samhandlingsinfrastrukturen vil kun ha tekniske grensesnitt og vil dermed ikke benyttes direkte av sluttbrukere. Både infrastruktur-tjenestene og tjenestene som utvikles med utgangspunkt i disse, kan eies og forvaltes av ulike aktører. Samhandlingsinfrastrukturen må være regulert av felles prinsipper og minimumskrav som gjør at sluttbrukertjenestene vil fremstå som helhetlig og koordinert for brukerne. Det vil stilles krav til både de som leverer tjenester i selve samhandlingsinfrastrukturen, og til aktører som bruker disse for å utvikle sluttbrukertjenester, for å sikre at informasjonssikkerhet, personvern og andre nøkkelhensyn som brukervennlighet og pasientsikkerhet blir ivarettatt.

Med en stegvis tilnærming til realisering av samhandlingsinfrastrukturen, må det også fra de første tiltakene i steg 2, være en tydelig retning for utviklingen. Men fremfor en stram styring for å sette denne retningen, legger vi til grunn at det vil være mer hensiktsmessig å beskrive et sett med egenskaper som vil fasilitere og veilede offentlige og private tjenesteutviklere i deres utviklingsarbeid slik at samhandlingsinfrastrukturen oppnår noen bestemte egenskaper (33). Selv om egenskapene er beskrevet spesielt med utgangspunkt i steg 2, er de relevante også for annet arbeid som pågår med digital samhandling, både i og utenfor programmet.

Det er viktig å presisere at disse egenskapene ikke styrer valg av løsninger, men er med på å forme samhandlingsinfrastrukturen så den inngir til tillit og stimulerer til innovasjon. Det er først når samhandlingsinfrastrukturen blir tatt i bruk for tjenesteutvikling, og at sluttbrukertjenestene benyttes, at den vil gi verdi, både for sluttbrukere, tjenesteutviklere og forvaltning.

3.3.1 Beskrivelse av egenskaper

Hensikten med å beskrive overordnede egenskaper for samhandlingsinfrastrukturen er å legge til rette for at tiltakene som foreslås i steg 2 realiseres på en måte som bidrar til å nå målbildet for helhetlig samhandling. Egenskapene tar utgangspunkt i hvordan samhandlingsinfrastrukturen skal oppfattes for aktørene som skal benytte den, og sier ikke noe om løsningsvalg.

Egenskaper for samhandlingsinfrastrukturen:

- **Innbygger i sentrum**
Det er en målsetning at innbygger skal være delaktig og involvert ved bruk av helsetjenester. Informasjonstjenestene på samhandlingsinfrastrukturen skal være utformet slik at innbygger enkelt kan få oversikt over opplysninger som er registrert om seg selv. I tillegg må innbygger være i stand til å kontrollere hvem som får tilgang til egne opplysninger, og se hvilke aktører som har hatt tilgang til informasjonstjenestene. Det er viktig å ta hensyn til at innbyggere har ulik digital kompetanse.
- **Forutsigbarhet og tydelige rammebetingelser**
Samhandlingsinfrastrukturen vil knytte sammen et stort antall aktører med ulike roller, fra helsepersonell i den enkelte virksomhet, til innbyggere, pårørende og leverandører. Det er avgjørende at samhandlingsinfrastrukturen oppfattes som pålitelig og forutsigbar av de som skal benytte den, enten det gjelder virksomhet, helsepersonell, innbyggere eller leverandører. Dette gjelder ikke bare tekniske løsninger, men også at samhandlingsinfrastrukturen er regulert av et åpent og transparent sett av rammebetingelser, blant annet knyttet til forvaltning og finansiering, slik at det skapes forutsigbarhet i utvikling, forvaltning og bruk av samhandlingsinfrastrukturen.
- **Smidig gjennomføring**
Både samhandlingsinfrastrukturen i seg selv og aktørene som benytter den, vil være i kontinuerlig endring og det vil være behov for å kunne re-prioritere på kort varsel. Hensikten er at det kontinuerlig skal skapes verdi for brukerne, med utgangspunkt i deres behov, så raskt som mulig. Dette innebærer behov for moduler som løser avgrensede behov, løse koblinger og at en velger avtalestrukturer, samarbeidsformer og tilnærminger som understøtter raske iterative endringer og gevinstrealisering. Det må legges til rette for utprøvinger og testbarhet, samt at det må være overkommelig å

analysere konsekvensene av endringer. Behovet for smidighet og raske endringer må veies opp mot egenskapen om forutsigbarhet.

- **Rett nivå av informasjonssikkerhet og personvern**

Flere av de nasjonale e-helseløsningene som inngår i samhandlingsinfrastrukturen vil behandle et betydelig omfang informasjon, både helseopplysninger og andre opplysninger som kan være underlagt taushetsplikt. En stor del av informasjonen vil være personopplysninger. Det skal oppleves som trygt og enkelt å styre tilgangen til informasjon for ulike aktører, samt ivareta personvernrettigheter som for eksempel innsyn og sperring. Tiltak for å ivareta tilstrekkelig informasjonssikkerhet og personvern må balanseres opp mot behovet for brukervennlighet og for å kunne utøve helsetjenester av høy kvalitet.

- **Sammenhengende informasjonsforvaltning**

Informasjon er den sentrale og mest verdifulle ressursen i samhandlingsinfrastrukturen. Denne må forvaltes slik at den understøtter målet om helhetlig samhandling og sikrer tjenester av høy kvalitet. Det forutsetter at det er et tydelig og regulert eierskap til både data og semantiske ressurser slik som informasjonsmodeller, kodeverk, terminologi og begreper, på tvers av aktører og fagområder. Det må også være prosesser for forvaltning av de semantiske ressursene. Arbeidet med normering bør sees som del av denne forvaltningen.

- **Åpenhet**

For å legge til rette for konkurranse, innovasjon og datadeling er det vesentlig at tjenestene på samhandlingsinfrastrukturen er åpne og at en ved utvikling av de ulike løsningene unngår unødig innlåsing i leverandør- eller fagspesifikke siloer. Dette innebærer at tjenester skal utvikles med åpne og veldefinerte API-er og være regulert av avtalestrukturer som muliggjør innovasjon og gjenbruk, men samtidig ivaretar tilgang etter tjenstlig behov. Standardisering vil være et viktig virkemiddel for å oppnå åpenhet og må brukes slik at en unngår uønsket variasjon. Informasjons- og datamodeller må være beskrevet på en konsistent og forståelig måte. Som utgangspunkt bør internasjonale standarder og Felles språk benyttes. I tillegg må det foreligge åpen og tilstrekkelig dokumentasjon som gjør det enkelt for nye aktører å ta i bruk samhandlingsinfrastrukturen og å gjenbruke tjenester.

- **Fleksibilitet**

Samhandlingsinfrastrukturen, samt omgivelsene rundt den, vil bære preg av et svært sammensatt landskap, bestående av blant annet et vidt spenn av systemer, arbeidsprosesser og regelverk. Det vil være mange ulike aktører og fagområder involvert. Innen hver av disse vil det være stor variasjon og ulik erfaring med digital transformasjon. Løsningene som inngår i samhandlingsinfrastrukturen må være fleksible og ta høyde for at aktører og deres systemer tar i bruk nye tjenester i ulikt tempo, til ulik tid og med ulike forutsetninger. Samhandlingsinfrastrukturen må kunne understøtte de ulike samhandlingsformene «sende og motta», «slå opp tilgjengeliggjøre» og «endre og dele».

Flere av egenskapene nevnt over kan realiseres på ulike måter og vil kreve nærmere utredning og diskusjon, som for eksempel forvaltnings- og finansieringsmodeller.

For å ivareta disse egenskapene skal arbeidet med tiltakene i steg 2, og øvrig arbeid med å realisere samhandlingsinfrastrukturen, være i tråd med arkitekturprinsipper som er beskrevet

i vedlegg G2 Helhetlig samhandling og Digitaliseringsdirektoratets "Overordnede arkitekturprinsipper for digitalisering av offentlig sektor" i henhold til veileder for helse- og omsorgssektoren. (34) (35). Under viser vi hvordan de enkelte av disse prinsippene ivaretar egenskapene nevnt over.

3.3.2 Sammenheng mellom arkitekturprinsipper og egenskaper for samhandlingsinfrastrukturen

Digitaliseringsdirektoratets "Overordnede arkitekturprinsipper for digitalisering av offentlig sektor" kom i ny versjon i begynnelsen av 2021. Direktoratet for e-helse har publisert en veileder for helse- og omsorgssektoren om bruk av disse overordnede prinsippene. De overordnede prinsippene for digitalisering av offentlig sektor skal bidra til økt samhandlingsevne på tvers av virksomheter og sektorer, samt økt endringsevne hos den enkelte virksomhet. Disse er obligatoriske for statlig sektor og anbefalte for kommunesektoren.

Direktoratet for e-helse har vurdert det som hensiktsmessig at helse- og omsorgssektoren benytter de nasjonale prinsippene hovedsakelig slik de er beskrevet. Veilederen gir en del tilleggforklaringer og anbefalinger som kan være til hjelp for arbeidet med IKT-arkitektur i helse- og omsorgssektoren.

De overordnede arkitekturprinsippene er som følger:

- Ta utgangspunkt i brukernes behov
- Ta arkitekturbeslutninger på rett nivå
- Bidra til digitaliseringsvennlige regelverk
- Del og gjenbruk data
- Del og gjenbruk løsninger
- Lag digitale løsninger som støtter samhandling
- Sørg for tillit til oppgaveløsningen

Tabell 1 Egenskaper for samhandlingsstruktur

Egenskap for samhandlingsinfrastruktur	Ivaretas av arkitekturprinsipp	Kommentar
Innbygger i sentrum	Ta utgangspunkt i brukernes behov	Informasjonstjenestene som tilbys på samhandlingsinfrastrukturen vil ta innover seg innbyggernes behov, blant annet for oversikt over hvilke opplysninger som er registrert og hvem som har hatt tilgang.
	Sørg for tillit til oppgaveløsningen	
Forutsigbarhet og tydelige rammebetingelser	Sørg for tillit til oppgaveløsningen	Informasjonstjenestene som tas frem i steg 2 vil forvaltes på en måte som sørger for transparens og inngir til tillit.
Smidig gjennomføring	Ta utgangspunkt i brukernes behov	Arbeidet i steg 2 er tett knyttet til brukerbehov og sektorens

Egenskap for samhandlingsinfrastruktur	Ivaretas av arkitekturprinsipp	Kommentar
	Del og gjenbruk data	prioriteringer og hvordan disse kan innfris på raskest mulig vis. I planleggingen av steg 2 tas det høyde for at data og informasjonstjenester skal gjenbrukes der det er hensiktsmessig. Gjennomføringen planlegges for å ivareta smidighet.
	Del og gjenbruk løsninger	
Rett nivå av informasjonssikkerhet og personvern	Sørg for tillit til oppgaveløsningen	Informasjonssikkerhet og personvern er sentralt for alle aktivitetene i steg 2. Blant gjøres det egne vurderinger av den juridiske samhandlingsevnen for den enkelte aktivitet.
Sammenhengende informasjonsforvaltning	Bidra til digitaliseringsvennlige regelverk	Regelverksutvikling og arbeid med semantikk og informasjonsmodeller er en viktig del av flere av tiltakene i steg 2 og skal legge til rette for både digitaliseringsvennlig regelverk, deling og gjenbruk av data.
	Del og gjenbruk data	
	Lag digitale løsninger som støtter samhandling	
Åpenhet	Del og gjenbruk data	Informasjonstjenestene og løsningene som tas frem i steg 2 vil utvikles med åpne og veldefinerte API-er og være regulert av hensiktsmessige avtalestrukturer. Informasjons- og datamodeller vil være beskrevet på en konsistent og forståelig måte. Internasjonale standarder benyttes der det er hensiktsmessig. I sum legger dette til rette for samhandling og deling og gjenbruk av data.
	Del og gjenbruk løsninger	
	Lag digitale løsninger som støtter samhandling	
Fleksibilitet	Del og gjenbruk løsninger	Informasjonstjenestene i steg 2 utvikles med tanke på at de fremtidige behovene bare er delvis kjent og at kontinuerlig endring derfor må påberegnes for å sikre at informasjonstjenestene understøtter samhandling også fremover i tid.
	Lag digitale løsninger som støtter samhandling	

Vurdering av egenskaper for samhandlingsinfrastrukturen:

Direktoratet for e-helse anbefaler at de overordnede arkitekturprinsippene fra Digitaliseringsdirektoratet (2021), samt veileder fra Direktoratet for e-helse legges til grunn for arbeidet i steg 2.

Med utgangspunkt i disse arkitekturprinsippene anbefaler Direktoratet for e-helse at det etableres et sett med egenskaper, slik at tiltakene som foreslås i steg 2 bidrar til å nå målbilde for helhetlig samhandling. Følgende egenskaper er foreslått lagt til grunn:

- *Innbygger i sentrum*
- *Forutsigbarhet og tydelige rammebetingelser*
- *Smidig gjennomføring*
- *Rett nivå av informasjonssikkerhet og personvern*
- *Sammenhengende informasjonsforvaltning*
- *Åpenhet*
- *Fleksibilitet*

4 Referanser

1. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Konkretisering av oppdrag – oppstart av forprosjekt helhetlig samhandling.* s.l. : Helse- og omsorgsdepartementet, 2020. 20/5623-2.
2. **Direktoratet for e-helse.** *Sentralt styringsdokument - Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning - Hovedrapport.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2020. E-1056.
3. —. *Plan for internasjonale standarder 2021-2024.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2021. E-1079.
4. **Kommunal- og moderniseringsdepartementet.** Digitaliseringsrundskrivet. *Regjeringen.no.* [Internett] 05 01 2021. [Sisert: 03 12 2021.] <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/digitaliseringsrundskrivet/id2826781/>. H-7/20.
5. **Direktoratet for e-helse.** Standardiseringsutvalget for internasjonale e-helsestandarder. *Direktoratet for e-helse.* [Internett] 23 11 2021. [Sisert: 05 12 2021.] <https://www.ehelse.no/styrer-og-utvalg/standardiseringsutvalget-for-internasjonale-e-helsestandarder>.
6. —. Forvaltningsmodell for normerende produkter fra Direktoratet for e-helse. *Direktoratet for e-helse.* [Internett] 12 2021. [Sisert: 03 12 2021.] <https://www.ehelse.no/Standardisering/standarder/forvaltningsmodell-for-normerende-produkter-fra-direktoratet-for-e-helse#Normerende%20produkter>. IE-1068.
7. **Digitaliseringsdirektoratet.** Rammeverk for digital samhandling. *Digdir.* [Internett] [Sisert: 03 12 2021.] <https://www.digdir.no/samhandling/rammeverk-digital-samhandling/2148>.
8. **European Commission.** ISA² - Interoperability solutions for public administrations, businesses and citizens. *The New European Interoperability Framework.* [Internett] European Commission. [Sisert: 10 12 2021.] https://ec.europa.eu/isa2/eif_en.
9. **Direktoratet for e-helse.** Referansekatalogen for e-helse. *Direktoratet for e-helse.* [Internett] 30 10 2021. [Sisert: 06 12 2021.] <https://www.ehelse.no/standardisering/om-standardisering-i-e-helse/referansekatalogen-for-e-helse>.
10. **Digitaliseringsdirektoratet.** Referansekatalogen for IT-standardar. *Digdir.* [Internett] [Sisert: 06 12 2021.] <https://www.digdir.no/standarder/referansekatalogen-it-standardar/1480>.
11. **Direktoratet for e-helse.** *Veileder for åpne API i helse- og omsorgssektoren.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2020. HTR 1229:2020.
12. —. *Anbefaling SMART on FHIR.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2019. HTR 1225:2019.
13. —. *Anbefaling om bruk av HL7 FHIR for datadeling.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2019.
14. —. Norske basisprofiler for HL7 FHIR. *Direktoratet for e-helse.* [Internett] [Sisert: 06 12 2021.] <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/norske-basisprofiler-for-hl7-fhir>.
15. —. *Referansearkitektur for datadeling.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2018. HTR 1215:2018.
16. —. *Målkarkitektur for datadeling i helse- og omsorgstjenesten.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2021. HTR 1231:2021.
17. —. *Veileder for utvikling av datadelingsgrensesnitt.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2019. HTR 1221:2019.

18. —. Metode for utvikling av HL7 FHIR områdeprofiler. *Direktoratet for e-helse*. [Internett] [Sisert: 06 12 2021.] <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/metode-for-utvikling-av-hl7-fhir-omradeprofiler>.
19. —. *Krav til sikkerhetsbillett ved deling av helseopplysninger*. s.l. : Direktoratet for e-helse, 2019. HITS 1220:2019.
20. —. *Tilgangsstyring i helse- og omsorgssektoren - Anbefaling av tillitsmodell for data- og dokumentdeling*. s.l. : Direktoratet for e-helse, 2019. HITS 1223:2019.
21. —. *Retningslinjer for logging ved data- og dokumentdeling*. s.l. : Direktoratet for e-helse, 2019. HITS 1219:2019.
22. —. *Retningslinje for bruk av SNOMED CT i Norge*. s.l. : Direktoratet for e-helse, 2021. HITS 1235 202.
23. —. *Målkitekturer for nasjonal dokumentdeling, Versjon 1.0*, HITS 1222:2019. s.l. : Direktoratet for e-helse, 2019.
24. —. *Referansearkitektur for dokumentdeling*. s.l. : Direktoratet for e-helse, 2018. HITS 1214:2018.
25. —. *Implementation guide for Norwegian usage of IHE XDS, XCA and XUA*. s.l. : Direktoratet for e-helse, 2020. HITS 1233 draft for trial use 2020.
26. —. *IHE XDS metadata Norsk profil for IHE XDS.b*. s.l. : Direktoratet for e-helse, 2016. HITS 1169:2016, oppdatert 12/2020.
27. —. Volven. *Dokumenttyper (OID=9602)*. [Internett] 21 05 2019. [Sisert: 10 12 2021.] <https://volven.no/produkt.asp?id=464003&catID=3&subID=8>.
28. —. *Kritisk informasjon - Klinisk beskrivelse og kodeverk*. s.l. : Direktoratet for e-helse, 2017. IE-1006.
29. **EUROPEAN COMMITTEE FOR STANDARDIZATION**. Helseinformatikk — Oppsummerende pasientopplysninger (IPS). *Standard Norge*. [Internett] 01 02 2020. <https://www.standard.no/en/PDF/FileDownload/?redir=true&filetype=Pdf&preview=true&item=1114303&category=5>. NS-EN 17269:2019 (en).
30. **International Organization for Standardization**. ISO. *ISO 27269:2021 Health informatics — International patient summary*. [Internett] International Organization for Standardization, 04 2021. [Sisert: 10 12 2021.] <https://www.iso.org/standard/79491.html>.
31. **Bygstad, Bendik og Hanseth, Ole**. TRANSFORMING DIGITAL INFRASTRUCTURES THROUGH PLATFORMIZATION. *Twenty-Sixth European Conference on Information Systems (ECIS2018)*. 2018.
32. **Aanestad, Margunn, et al.** Information Infrastructures and the Challenge of the Installed Base. *Information Infrastructures within European Health Care: Working with the Installed Base*. 2017.
33. **Hanseth, Ole og Lyytinen, Kalle**. Theorizing about the design of Information Infrastructures: design kernel theories and principles. 2003, 4.
34. **Direktoratet for e-helse**. *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning Vedlegg G Løsningsomfang og -arkitektur*. s.l. : Direktoratet for e-helse, 2020. IE-1056.

35. —. *Veileder for helse- og omsorgssektoren: Bruk av Digitaliseringsdirektoratets "Overordnede arkitekturprinsipper for digitalisering av offentlig sektor"*. s.l. : Direktoratet for e-helse, 2020. HITR 1232:2020.

36. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger. *Lovdata*. [Internett] 01 07 2021. [Sisert: 06 12 2021.] <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-07-01-853>.

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt

postmottak@ehelse.no

Sentralt styringsdokument

Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg I

**Strategi for informasjonssikkerhet
og personvern for målbildet
helhetlig samhandling**

Publikasjonens tittel:

Sentralt styringsdokument
Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg I: Strategi for informasjonssikkerhet og personvern

Rapportnummer

IE-1087

Utgitt:

Januar 2022

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo Tlf.:
21 49 50 70

Innhold

1 Innledning	4
1.1 Innhold i dokumentet	4
1.2 Forutsetninger og avgrensninger	4
1.2 Konseptbeskrivelse	5
2 Risiko- og sårbarhetsvurdering og personvern	8
2.1 Innledning	8
2.2 Overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering	8
2.3 Overordnet vurdering av ivaretagelse av personvernprinsipper og rettigheter	8
3 Strategi for informasjonssikkerhet og personvern	9
3.1 Innledning	9
3.2 Kritikalitet og perspektiver	10
3.3 Overordnede sikkerhetsprinsipper	11
3.4 Videre arbeid med informasjonssikkerhet og personvern	16

Bilag

- I1: Overordnet personvern
- I2: Overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering

1 Innledning

1.1 Innhold i dokumentet

Målbildet for helhetlig samhandling i helse- og omsorgstjenesten skisserer en ny digitalisert måte å samhandle på i helse- og omsorgstjenesten. Det er derfor viktig å ha fokus på informasjonssikkerhet og personvern fra tidlig av i arbeidet med nye samhandlingsløsninger.

Direktoratet for e-helse har utarbeidet en overordnet strategi for informasjonssikkerhet og personvern for målbildet for helhetlig samhandling og som gjelder alle stegene i det videre arbeidet. Konkrete vurderinger gjøres i de ulike stegene i arbeidet med samhandlingsløsningene og basert på denne strategien.

Innholdet i dokumentet er delt inn i følgende kapitler:

Kapittel 1 – Innledning

I dette kapittelet beskrives innhold i dokumentet og overordnet om konseptet for helhetlig samhandling.

Kapittel 2 – Risiko og sårbarhetsanalyse og overordnet personvern

I dette kapittelet oppsummeres vurderinger fra Bilag J1 Overordnet personvern og Bilag J2 Overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering.

Kapittel 3 – Strategi for informasjonssikkerhet og personvern

I dette kapittelet beskrives kritikaliteten sett fra de ulike perspektivene til innbygger, virksomhet(ene) og samfunnet i stort. Videre beskrives de overordnede prinsippene for informasjonssikkerhet og personvern – som utgjør selve strategien, og veien videre for arbeidet.

1.2 Forutsetninger og avgrensninger

Det gjøres følgende forutsetninger:

- Vurderingen knyttes til det skisserte målbildet for helhetlig samhandling (omtalt under). Det omfatter nye samhandlingsløsninger, blant annet ulike typer nye nasjonale informasjonstjenester og komponenter som skal understøtte samhandlingen. Det innebærer at det omfatter både steg 1, steg 2 og fremtidige steg i arbeidet med målbildet for helhetlig samhandling.
- Helse- og omsorgsdepartementet gjennomfører regelverksarbeid for å sikre nødvendig rettsgrunnlag for behandlingen av helseopplysningene i nye samhandlingsløsninger. Helse- og omsorgsdepartementet har allerede igangsatt et lovarbeid som er den rettslige oppfølgingen av Én innbygger – én journal.
- Norsk helsenett SF tar ansvar for å ivareta personvernet og informasjonssikkerheten i konkrete samhandlingsløsninger i steg 1, steg 2 og fremtidig steg i arbeidet med målbildet for helhetlig samhandling. Det omfatter å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser og en fullverdig personvernkonsekvensvurdering etter EUs personvernforordning (DPIA) for de enkelte løsningene.

Det gjøres følgende avgrensninger:

- Vurderingen omhandler ikke Felles kommunal journal.

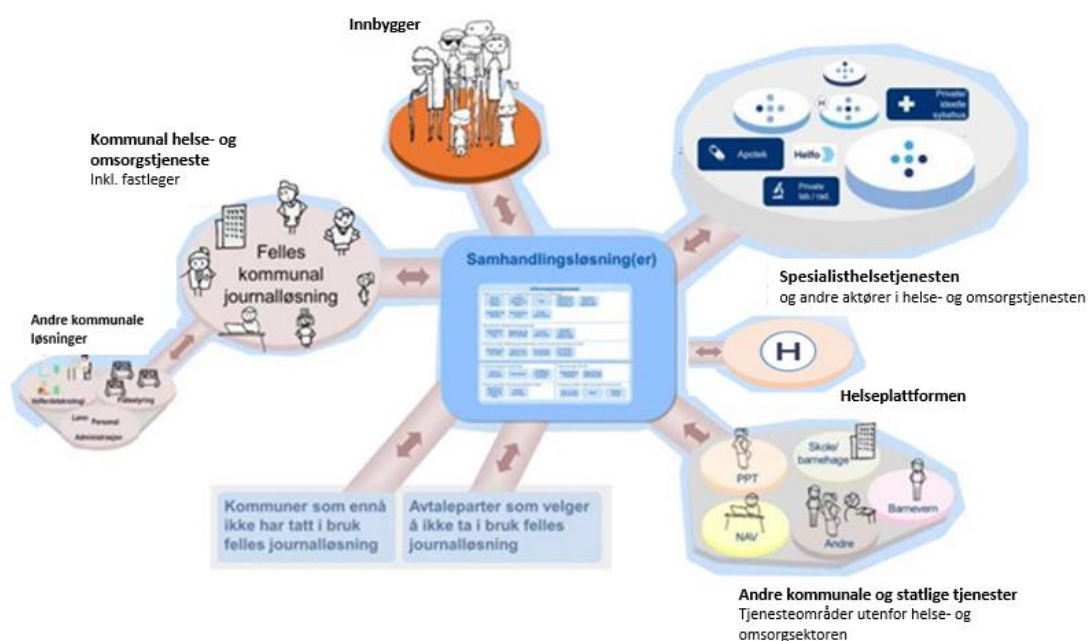
- Vurderingen omhandler ikke eksisterende nasjonale samhandlingsløsninger fordi det legges til grunn at personvernspørsmål allerede er utredet. Dette gjelder e-resept, kjernejournal, Helsenorge og Helsenetten.

Vurderingen er ikke en fullverdig DPIA. Det vil være behov for at Norsk helsenett gjennomfører DPIA så snart informasjonsgrunnlaget er tilstrekkelig.

1.2 Konseptbeskrivelse

Direktoratet for e-helse har i samarbeid med sektor beskrevet et målbilde for helhetlig samhandling som gir en visjon for fremtiden, og som beskriver samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten frem mot 2030. Program digital samhandling bruker målbildet som styringsverktøy for å vise retningen. Målbildet består av nye informasjonstjenester som programmet tar sikte på å realisere innen 2030 for å understøtte ytelse av helse- og omsorgshjelp. Dette inkluderer å sikre kontinuitet i direkte helsehjelp, for eksempel når innbygger beveger seg mellom ulike virksomheter eller skrives ut fra sykehus, og å sikre samhandling med responscenter for velferdsteknologiske utstyr og digital hjemmeoppfølging.

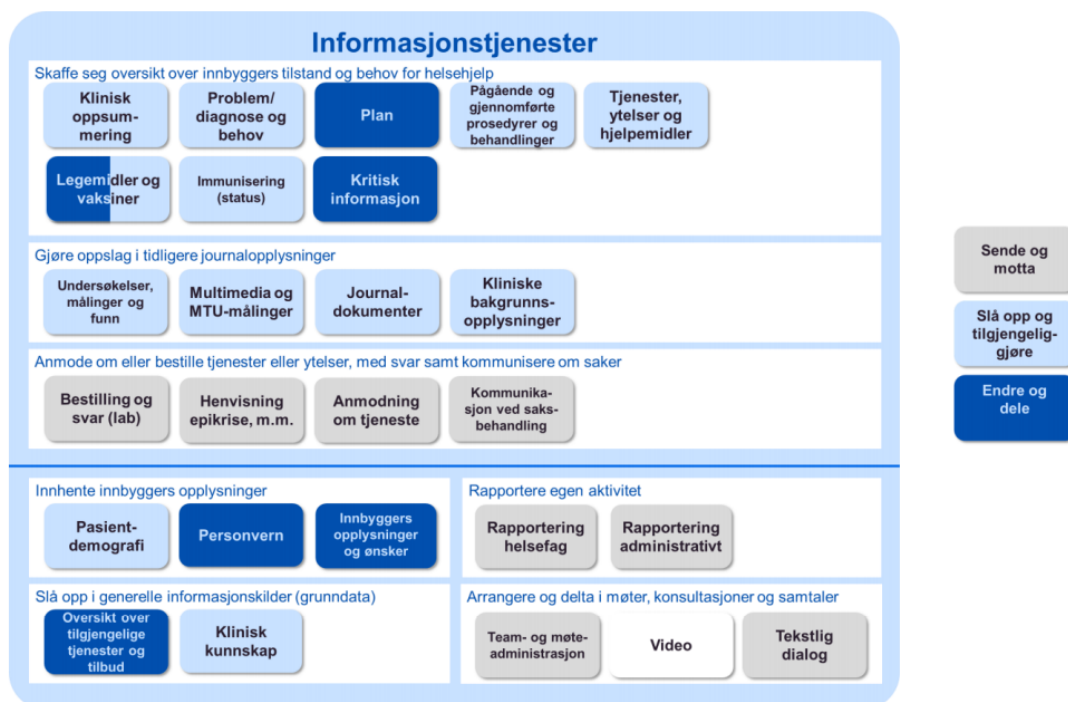
Målbildet for helhetlig samhandling er å tilby informasjonstjenester på en samhandlingsinfrastruktur som representerer et sett av informasjonsbehov som ikke er tilstrekkelig dekket i dagens nasjonale e-helseløsninger for samhandling. Hver informasjonstjeneste gir mulighet for å utveksle eller dele helseinformasjon mellom ulike aktører. Figur 3 viser hvilke aktører som samhandler gjennom felles samhandlingsløsninger når målbildet er realisert. Målbildet for helhetlig samhandling ble utarbeidet i forprosjektet for helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning, prosessen og resultatet kan lese mer om i bilag G2 Helhetlig samhandling til sentralt styringsdokument til Akson – helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning.



Figur 1 Aktører som samhandler gjennom felles løsninger når målbildet er realisert

En informasjonstjeneste definerer et utvalg av informasjon som kan deles. Informasjonen kan deles ved hjelp av de ulike organisatoriske samhandlingsformene "sende og motta", "slå opp og tilgjengeliggjøre" og "endre og dele". Disse beskrives nærmere senere i kapittelet. Informasjonstjeneste og samhandlingsform er vist i figur 2. Informasjonsinnhold for hver

informasjonstjeneste må defineres med utgangspunkt i internasjonale standarder, terminologi og kodeverk, med tilhørende tekniske grensesnitt (API).



Figur 2 Informasjonstjenester for helhetlig samhandling

Aktivitetene som vises i målbildet gjenspeiler aktivitetene helsepersonell gjennomfører når de tar mot, gjennomfører behandling, planlegger videre behandling og oppsummerer behandlingen. Informasjonstjenestene understøtter aktivitetenes behov for informasjon:

- **Skaffe seg oversikt over innbyggers tilstand og behov for helsehjelp:** Informasjonstjenestene i denne kategorien benytter helsearbeiderne til å få oversikt over hvem innbyggeren er og kritisk informasjon om innbyggers helse. Eks. på dette er å få oversikt over evt. legemiddelallergier.
- **Gjøre oppslag i tidligere journalopplysninger:** Informasjonstjenesten gir helsepersonell muligheten til å grave seg dypere ned i innbyggers sykdoms- og undersøkelseshistorikk fra tidligere besøk i helsetjenesten. Eks. hvis fastende langtidsblodsukker blir målt kan helsepersonell gå inn i journalen og få resultater fra tidligere tester som dagens resultater kan sammenlignes med.
- **Anmode om eller bestille tjenester eller ytelser, med svar samt kommunisere om saker:** Informasjonstjenestene tilrettelegger for samhandling innad i helsetjenesten og med aktører utenfor. Det kan være bestilling av nye prøver eller svar på prøver som er gjennomført, eller anmodning om tjenester fra evt. andre aktører som for eksempel samhandling med nav når innbygger skal sykemeldes. sykemelding til NAV.
- **Innhente innbyggers opplysninger:** Informasjonstjenestene tilbyr informasjon om innbyggeren som for eksempel foreldreansvar og behov for tolk som helsepersonell kan bruke i samhandling med andre aktører for å dekke innbyggernes behov best mulig. Eks. Identifisere hvorvidt innbyggere som blir akuttinnlagt har foreldreansvar og det er behov for å iverksette tiltak for å ivareta barn.

- **Slå opp i generelle informasjonskilder (grunndata):** Grunndatatjenesten tilbyr informasjon om hvilke tjenester som er tilgjengelig i kommunen innbyggeren bor i samt at den tilbyr klinisk fagkunnskap.
- **Rapportere om aktivitet:** Informasjonstjenestene som benyttes for å rapportere om aktivitet til Helfo for refusjon og rapportering av medisinske data til registre slik at den blir tilgjengelig for blant annet forskning.
- **Arrangere og delta i møter, konsultasjoner og samtaler:** Informasjonstjenestene gir helsepersonell muligheten til å samhandle digitalt for å utveksle informasjon med annet helsepersonell og innbyggere.

Målbildet for helhetlig samhandling er beskrevet nærmere i vedlegg M Målbildet for helhetlig samhandling.

2 Risiko- og sårbarhetsvurdering og personvern vurdering

2.1 Innledning

I dette kapittelet oppsummeres vurderinger fra den overordnede risiko- og sårbarhetsvurderingen og den overordnede personvern vurderingen.

2.2 Overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering

Det er gjennomført en vurdering av informasjonsverdiene for målbildet om helhetlig samhandling og de ulike trusselaktørene som kan være relevante og deres mulighetsrom. Dette er oppsummert i en rekke scenarier i risiko- og sårbarhetsanalysen. Risikoreduserende tiltak for disse scenarioene beskrives på overordnet nivå, da detaljer for den tekniske løsningen fremdeles ikke er avklart. Risiko- og sårbarhetsvurderingen er et verktøy for modning og bevissthet på informasjonssikkerhet for ulike tiltak.

Det vil gjøres oppdateringer av risiko- og sårbarhetsvurderingen på ulike områder gjennom arbeidet med målbildet for helhetlig samhandling, ettersom nye forhold blir avklart og behovene endres. Det vil også utarbeides ulike ROS for spesifikke problemstillinger. Slike kan være ROS for skytjenester, valgt leverandør, samt spesifikke løsningskomponenter. Direktoratet for e-helse står for den overordnede vurderingen, mens Norsk helsenett SF vil gjennomføre tekniske og mer detaljerte vurderinger for de enkelte løsninger.

For ytterligere informasjon om den overordnede risiko- og sårbarhetsvurderingen, henvises det til bilag J2 - Risiko- og sårbarhetsvurdering.

2.3 Overordnet vurdering av ivaretagelse av personvernprinsipper og rettigheter

Det er gjennomført en overordnet vurdering av sentrale personvernspørsmål for det skisserte målbildet for helhetlig samhandling. Vurderingen bygger på tidligere personvern vurderinger fra forprosjektet for helhetlig samhandling og felles kommunal journal, Akson.

Den overordnede personvern vurderingen omfatter bl.a. en gjennomgang av grunnleggende rettigheter, personvernprinsippene og rettighetene og indentifisering av risiko knyttet til personvernet. Dette for å synliggjøre hva programmet må være bevisst på i det videre arbeidet med løsningene og hvilke tiltak som vil måtte settes inn. Vurderingen viser at enkelte av personvernprinsippene og rettighetene vil kunne bli utfordret. Det er imidlertid mulig å redusere risikoen betydelig ved gjennomføring av ulike tiltak.

Norsk helsenett SF vil gjennomføre en vurdering av personvernkonsekvenser (DPIA) for de enkelte løsningene og sikre at prinsipper og rettigheter ivaretas i de konkrete løsningene.

For en mer utfyllende beskrivelse av prinsippene og rettighetene, henvises det til bilag J1 - Overordnet personvern vurdering.

3 Strategi for informasjonssikkerhet og personvern

3.1 Innledning

Tilstrekkelig sikkerhet er en forutsetning for at virksomheter skal kunne levere tjenester i tråd med forventninger og forpliktelser, og for at innbyggerne og andre aktører skal kunne benytte tjenestene etter hensikten.

Strategien forutsetter at roller og oppgaver i realiseringen av samhandlingsløsningen er avklart. Videre at alle relevante lov- og forskriftskrav innen informasjonssikkerhet og personvern, samt Norm for informasjonssikkerhet og personvern (Normen)¹ i helse- og omsorgssektoren – legges til grunn og følges.

Sikkerhetsstrategien for helhetlig samhandling tar utgangspunkt i dimensjonene innbygger, virksomhet og samfunn. I samfunnsperspektivet ligger også samarbeid med andre aktører, samfunnet som sådan, og skadevirkningen som påføres tredjeparter eller samfunnet. Videre at man skal ha en helhetlig tilnærming til sikkerhet og beredskap i tjenesteleveransen og i verdikjeden.

Evnen til helhetlig samhandling i denne sammenhengen er å anse som en viktig samfunnsfunksjon, og er et nødvendig bidrag for å ivareta befolkningens og samfunnets grunnleggende behov knyttet til liv og helse. Den teknologiske utviklingen og integrerte informasjonssystemer bidrar til økt samhandling og en mer effektiv helsetjeneste. Samtidig er det viktig å ivareta ulike hensyn og interesser når det kommer til sikkerhetskrav og beskyttelsesbehov knyttet til innbyggernes helseopplysninger og for å sikre personvernet. Det vil derfor være en balansegang mellom hvor mye man skal beskytte informasjonssystemer uten at det mister nevnte funksjonsevne, samtidig som sikkerhetsinteresser knyttet til opplysninger og personvern ivaretas på en god måte. I et samfunnsperspektiv kan det oppstå situasjoner der det vil være vanskelig å tilfredsstille alle hensyn og interesser. I slike tilfeller må den ansvarlige myndighet vurdere hvilke funksjoner som skal prioriteres. Overordnet målsetting for programmet er å tilrettelegge for bedre samhandling i helsesektoren og tidseffektive løsninger, uten at uhensiktsmessige sikkerhetsmekanismer går på bekostning av dette.

Målet er at den digitale samhandlingen skal være robust og at det skal bidra til virksomhetene som benytter seg av løsningen også blir det. Dette innebærer at virksomhetene skal ha høy pålitelighet og ha lav forekomst av brudd på informasjonssikkerhet og personvern gjennom flere år, på tross av at de er preget av å utføre komplekse oppgaver under et høyt tidspress. For å kunne oppnå dette behøves det tilpasset opplæring og fokus på sikkerhet og personvern, samt gode beslutninger på komplekse problemstillinger som fører til høy kvalitet og pålitelighet på helsetjenester til befolkningen. Det fordrer at helsepersonell som bruker løsningen får tilstrekkelig opplæring i hvordan man raskt og enkelt skal løse hendelser som kan true informasjonssikkerheten til innbyggernes helseopplysninger. Det skal legges opp til at man lærer av tidligere feil og forventer at virksomhetene har et beredskapsperspektiv. Beredskapsperspektiv for virksomhetene betyr at de forbereder seg på «det verste», eksempelvis bortfall av funksjoner for helhetlig

¹ Normen er en bransjenorm for informasjonssikkerhet og personvern i helsesektoren. Den bygger på strukturen i ISO 2700x, samt NSMs grunnprinsipper for sikkerhet. Siste versjon av Normen er mappet til ISO 27001 og Annex A. Normen utarbeides av organisasjoner og virksomheter i sektoren og er derfor godt forankret.

samhandling i lengre tid, og ruster seg for å håndtere dette på alle nivåer i virksomheten. Hvis Norsk helsenett SF og virksomhetene som benytter samhandlingsløsningen gjør dette i praksis, så vil det tilfredsstille de fem prinsippene i det som omtales som robuste virksomheter (High Reliability Organizations).

Det videre arbeidet med sikkerhet for helhetlig samhandling bør se hen til det pågående arbeidet med strategi for digital sikkerhet for helse- og omsorgssektoren.

3.2 Kritikalitet og perspektiver

I risiko- og sårbarhetsanalysen fremkommer det at konfidensialiteten, integriteten og tilgjengeligheten av helseopplysninger har betydning for innbyggernes liv og helse, personvern, virksomhetenes omdømme og samfunnet for øvrig. I lys av dette skal informasjonssikkerhet og personvern være høyt prioritert i arbeidet med å realisere målbildet for helhetlig samhandling. Det er både viktig for å sikre og beskytte omdømmet til virksomhetene i helsesektoren og helsemyndighetene, og gjøre dem kompetente og bevisste på betydningen av helseopplysningenes tilgjengelighet, integritet og konfidensialitet. Høy kritikalitet sett ut ifra de ulike brukerperspektivene (innbygger, virksomhet og samfunnet) legger føringer for sikkerhetsprinsippene.

3.2.1 Innbyggerperspektivet

Dette perspektivet omhandler innbyggers mulighet for å benytte tjenesten i henhold til dennes forventning, avtalemessige forankring, eller lovmessige rett eller plikt.

Innbyggers primære hensikt med å oppsøke helse- og omsorgstjenesten vil være å få god helsehjelp med høy kvalitet. For å kunne yte dette må det helsepersonell de til enhver tid møter ha et helhetlig bilde av tilstanden til pasienten, inkludert informasjon om legemidler, diagnoser, og annet. Fra dette perspektivet fremkommer det at tilgjengeligheten og integriteten til informasjonen vil ha innvirkning på innbyggers liv og helse, og det er derfor særdeles kritisk for den enkelte, spesielt personer i utsatte situasjoner med komplekse sykdomsbilder.

Føring av journal er pålagt ved lov og er derfor noe pasienten i liten grad kan motsette seg. Pasienten må da kunne gi helseopplysningene i tillit til at disse blir vernet mot innsyn fra uvedkommende, i alle deler av verdikjeden. For å ivareta pasientens mulighet for selvbestemmelse og kontroll er pasienten imidlertid gitt en rekke rettigheter, for eksempel rett til innsyn, sperre mv.

Det vil være essensielt å tilby gode verktøy for innbygger for å kunne ivareta sine rettigheter i henhold til helse- og personvernlovgivningen. Ettersom helsetjenesten er stor og kompleks, med mange ulike aktører, vil det være særdeles viktig å etablere tjenester for personvern som er forståelige nok til at innbyggere med ulike forutsetninger kan ivareta sine interesser.

3.2.2 Virksomhetsperspektivet

Helsesektoren har en stor bredde med mange ulike typer virksomheter. Tjenesteleverandør for helhetlig samhandling vil være Norsk helsenett SF i tråd med dagens situasjon.

For å kunne ivareta sin rolle som forvalter av helhetlig samhandling er det kritisk at løsningene har høy tillit. Brudd på informasjonssikkerheten vil medføre tap av tillit og vil ha store konsekvenser for omdømmet til sektoren.

Tilgjengeligheten til informasjon om pasient vil være av kritisk karakter også for de tilknyttede virksomhetene. Deres oppgave er å yte helsehjelp til innbygger og må følge lovkravet helsepersonell har om å dokumentere helsehjelp. Det må nødvendigvis være mulig for virksomhetene å kunne levere helsetjenester i en periode med bortfall av digital samhandling, men det anses å være kort tid før det får konsekvenser for kvaliteten av tjenestene, og kan potensielt gå ut over liv og helse.

Målet er at helhetlig samhandling skal bli kjennetegnet som robust, og at det skal bidra til at virksomhetene som benytter tjenestene også blir det. Det fordrer at helsepersonell som bruker samhandlingsløsningen får tilstrekkelig opplæring i hvordan man raskt og enkelt skal løse hendelser som kan true informasjonssikkerheten til innbyggernes helseopplysninger. Det skal legges opp til at virksomhetene lærer av tidligere feil og har et beredskapsperspektiv der de forbereder seg på det verste, og rustet seg for å håndtere dette på alle nivåer i virksomheten.

Et sentralt poeng i denne sammenheng er at virksomhetene evner å levere forsvarlig helsehjelp gjennom helhetlig samhandling, men også når tjenestene har bortfall i perioder. Det underliggende er imidlertid at samhandlingsløsningene vil være en kritisk funksjon i seg selv for at virksomhetene skal kunne yte forsvarlig helsehjelp.

3.2.3 Samfunnsperspektivet

Ytelse av helsehjelp, herunder helse- og omsorgstjenester og folkehelseiltak, er definert som en av samfunnets kritiske funksjoner. Begrepet kritisk samfunnsfunksjon forbeholdes funksjoner som samfunnet ikke kan klare seg uten i syv døgn eller kortere uten at dette truer befolkningens sikkerhet og/eller trygghet.

Evnen til helhetlig samhandling er å anse som en viktig samfunnsfunksjon, og er et nødvendig bidrag for å ivareta befolkningens og samfunnets grunnleggende behov knyttet til liv og helse. Den teknologiske utviklingen og integrerte informasjonssystemer bidrar til økt samhandling og en mer effektiv helsetjeneste. Samtidig er det viktig å ivareta ulike hensyn og interesser når det kommer til sikkerhetskrav og beskyttelsesbehov knyttet til innbyggernes sensitive helseopplysninger og for å sikre personvern. Det vil derfor være en balansegang mellom hvor mye man skal beskytte informasjonssystemer uten at de mister nevnte funksjonsevne, samtidig som sikkerhetsinteresser knyttet til opplysninger og personvern ivaretas på en god måte. I et samfunnsperspektiv kan det oppstå situasjoner der det vil være vanskelig å tilfredsstille alle hensyn og interesser.

Helse- og omsorgsdepartementet gjennomfører en vurdering av hvilke løsninger som anses å understøtte de grunnleggende nasjonale funksjonene jf. lov om nasjonal sikkerhet. På dette tidspunkt er det ikke avgjort om funksjonen helhetlig samhandling vil inngå. En vurdering av aspektene rundt dette er omtalt i kapittel 3 i bilag J2 – Overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering.

3.3 Overordnede sikkerhetsprinsipper

De overordnede prinsippene for sikkerhet utgjør de strategiske føringene som skal ligge til grunn for de digitale samhandlingsløsningene. Disse vil være førende for hele livsløpet for program digital samhandling.

De overordnede sikkerhetsprinsippene (strategien) er:

1. Pasient og bruker skal enkelt kunne utøve sine rettigheter.

2. Helsepersonell skal ha tilgang til relevante og nødvendige helseopplysninger.
3. Sikkerhet og personvern skal være innebygget og ivaretas gjennom samhandlingsløsningenes livsløp.
4. Løsninger for helhetlig samhandling skal være robuste gjennom samhandlingsløsningenes livsløp.
5. Helhetlig samhandling skal baseres på moderne og fremtidsrettede rammeverk for informasjonssikkerhet og risikohåndtering.
6. Lagdelt sikkerhetsarkitektur og sikring i dybden skal benyttes i samhandlingsløsningene.

Prinsippene er omtalt nærmere nedenfor.



1. Pasient og bruker skal enkelt kunne utøve sine rettigheter.

Pasient og bruker er gitt en rekke rettigheter i personvernregelverket, herunder personopplysningsloven, EUs personvernforordning (også kalt GDPR - General Data Protection Regulation) og særlovgivning om personvern i helseretten.

EUs personvernforordning gir den registrerte en rekke rettigheter når personopplysninger samles inn og behandles om enkeltpersoner. Den registrertes rettigheter står sentralt i forordningen, og en av hovedbegrunnelsene for reguleringen er å sikre at den enkelte får bedre kontroll med behandlingen av opplysninger om seg selv. En rekke rettigheter er spesialregulert i helselovgivninger som for eksempel rett til innsyn, retting, sletting og sperring. Rettighetene er nærmere beskrevet i bilag J1 kapittel 4.

Pasienter som har god informasjon og mulighet til å utøve sine rettigheter, vil kunne ha større grad av selvbestemmelse og kontroll over behandlingen av helseopplysninger. Dette er et sentralt mål i arbeidet med helhetlig samhandling. I målbildet for helhetlig samhandling er pasient og bruker satt i sentrum med hensyn til å kunne utøve og ivareta sine rettigheter. Det skal gjennomføres tiltak som skal gi pasienter og brukere god informasjon og mulighet til å utøve sine rettigheter på en enkel måte.



2. Helsepersonell skal ha tilgang til relevante og nødvendige helseopplysninger.

Samhandlingsløsninger må både ha høy grad av sikkerhet for å ivareta helseopplysningenes konfidensialitet, samtidig som den må være intuitiv nok til at helsepersonellet kan ta i bruk løsningen uten at tilgjengeligheten forringes. Løsningene vil brukes av mange virksomheter som i dag har egne prosesser og verktøy for å tildele brukere unike identiteter med forskjellige tilgangsrettigheter. For å ivareta hensiktsmessig forvaltning av tilganger vil det være nødvendig å benytte en sterk identitets- og tilgangsstyring. Dette betyr å benytte moderne identitetsstyringsteknologi, stille krav til at løsningene har innebygd personvern og tilgangsstyring som begrenser tilganger innenfor definisjon av tjenstlig behov, samt at man etablerer prosesser for å tilbaketrekke rettigheter fortløpende.



3. Sikkerhet og personvern skal være innebygget og ivaretas gjennom samhandlingsløsningenes livsløp.

Samhandlingsløsningene vil være operasjonelle over lang tid. Helse- og omsorgstjenesten vil endre seg gjennom at nye arbeidsformer utvikles (som for eksempel digital avstandsoppfølging og teambaserte arbeidsformer), og gjennom at ny teknologi blir tilgjengelig. Det er derfor et krav at løsningene skal være tilpasningsdyktig med tanke på nye og endrede behov og muligheter.

Strategien forutsetter at alle relevante lov- og forskriftskrav innen informasjonssikkerhet og personvern, samt Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren, legges til grunn og følges.

Kravet til innebygd personvern i personvernforordningen artikkel 25 innebærer at ved anskaffelse, utvikling, videreutvikling og vedlikehold av et informasjonssystem skal det tas hensyn til personvern og sikkerhet. Informasjonssystemene skal være sikre, robuste og ivareta de registrertes rettigheter og friheter gjennom hele livsløpet. Herunder skal personvernprinsippene i artikkel 5 være en integrert del av løsningen og det må treffes tekniske og organisatoriske tiltak for å ivareta sikkerheten.²

Program digital samhandling må etablere en programutviklingsprosess der sikkerhet er innebygd. Det finnes ulike rammeverk for sikker utviklingssyklus, for eksempel Datatilsynets veileder for programutvikling, og Open Web Application Security Project (OWASP).

Aktiviteter i programutviklingen skal dokumenteres, herunder også sikkerhetsaktiviteter. Det skal utarbeides dokumentasjon på sikkerhetstesting, sikkerhetskrav, akseptkriterier, design, kildekode og kodeanalyse.

Sikkerhetstesting gjennomføres som en del av, og koordineres på linje med annen testing. Det skal testes for å sikre at krav til programvaresikkerhet og innebygd personvern er ivaretatt gjennom design og koding, og at kravene er riktig implementert i programvaren. Det skal gjennomføres sikkerhetstesting på nye informasjonssystemer før de settes i produksjon.

Videre må det etableres, og gjennom hele livsløpet vedlikeholdes sikkerhetsmessig, forvaltning av samhandlingsløsningene.

Sikkerhet og personvern for samhandlingsløsningene kan imidlertid ikke kun ivaretas gjennom tekniske tiltak, men må kombineres med menneskelige og organisatoriske grep. Roller og ansvar innenfor sikkerhet og personvern må være avklart og kjent i de ulike virksomhetene. Det må arbeides kontinuerlig med kompetansebygging slik at personell i alle ledd kan utøve god sikkerhetsadferd. Dette gjelder eksempelvis personell som er involvert i utvikling, forvaltning og bruk av tjenestene.



4. Løsninger for helhetlig samhandling skal være robuste gjennom hele livsløpet.

Sett opp mot kritikaliteten til løsningen fra det samfunnsmessige perspektivet, så fremkommer det at løsningene må ha en veldig høy robusthet, og tilfredsstillende kjennetegnene til en robust virksomhet (High Reliability Organization).

² <https://www.datatilsynet.no/rettigheter-og-plikter/virksomhetenes-plikter/innebygd-personvern/>

I en slik robust virksomhet tenker man ikke bare på informasjonssikkerhet, men ser det større bildet på sikkerhet i lys av innbyggere (pasientsikkerhet og personvern), virksomheten selv (informasjonssikkerhet og beredskap) og samfunnet i stort (samfunnssikkerhet og samfunnsberedskap). Man har en felles kultur og et helhetlig tankesett rundt personvern, sikkerhet og beredskap. Denne type kultur og tankesett kan ikke implementeres over natten, men må være et målbilde som det jobbes mot kontinuerlig over tid. Kjennetegnene på en slik virksomhet er som følger:

- Virksomheten er opptatt av feil, og adresserer disse umiddelbart og helhetlig. Brukere rapporterer om mulige feil, og leverandør responderer.
- Virksomheten anerkjenner kompleksitet innen helhetlig samhandling, og kombinerer informasjon fra personell med operasjonelle data for å finne løsninger.
- Virksomheten forstår at de som arbeider i tjenesten har viktig innsikt for å se mulige feilkilder og hvor det er rom for forbedringer, og etablerer åpen kommunikasjon.
- Virksomheten kan hente seg inn fort ved uønskede hendelser, og har alternativer metoder å arbeide på dersom det er nødvendig. Virksomheten er også i stand til å finne løsninger på uforutsette problemer og samtidig holde høy kvalitet i tjenesten.
- Virksomheten har respekt for kompetanse, og har en forståelse for hvor ekspertise befinner seg. Denne benyttes aktivt for å finne gode løsninger.



5. Helhetlig samhandling skal baseres på moderne og fremtidsrettede rammeverk for informasjonssikkerhet og risikohåndtering.

Aktørene som vil benytte samhandlingsløsninger vil representere en stor bredde i sektoren. Virksomhetene vil være av ulik størrelse og ha forskjeller i modenhet, kapasitet og kompetanse til å kunne implementere de kontroller og kapabiliteter som er nødvendige for å oppfylle egenskapene til en robust virksomhet (High Reliability Organization). Se kjennetegn på en slik virksomhet i prinsippet over. For å kunne være robuste virksomheter må sikkerhetsarbeidet baseres på moderne og fremtidsrettede rammeverk for informasjonssikkerhet og risikohåndtering.

Zero Trust er et fremtidsrettet rammeverk for informasjonssikkerhet som ble lansert i 2010. I henhold til dette rammeverket må man ta utgangspunkt i at en virksomhet ikke kan opprette sikre soner, men heller må etablere sikkerhetskontroller der man ikke stoler på noen brukere, terminaler eller applikasjoner når man skal gi tilgang til informasjon. Se nærmere om *Zero Trust* i neste prinsipp.

Et annet fremtidsrettet rammeverk er dynamisk risikostyring. På de mest kritiske funksjonene bør det gjøres dynamisk (kontinuerlig) risiko- og sårbarhetsvurdering slik at man evner og levere tjenestene selv under uønsket påvirkning, eller redusere risikoen for bortfall av tjenestene enten ved tilsiktet eller utilsiktet handling.

Virksomhetene som benytter helhetlig samhandling, må ivareta ulik modenhet på informasjonssikkerhet også gjennom kontinuerlig opplæring av personell. Ved å gjennomføre tilsyn og revisjoner kan man avdekke arbeidsrutiner eller prosesser som ikke ivaretas skikkelig og sette inn skreddersydde tiltak.

Virksomhetene som forvalter og benytter helhetlig samhandling skal følge kravene i Norm for informasjonssikkerhet og personvern (Normen), og de bør benytte tilhørende veiledningsmaterieill for å øke kompetanse og modenhet innen informasjonssikkerhet og personvern.



6. Lagdelt sikkerhetsarkitektur og sikring i dybden skal benyttes i samhandlingsløsningene.

Det tradisjonelle synet på at det finnes en klar sikker sone, der man lager beskyttelsesmekanismer kun på de ytre grensene i denne sonen, blir stadig utfordret. Det er derfor hensiktsmessig å legge opp til sikring med større motstandskraft.

I *Zero Trust* ivaretas tjenstlig behov ved at tilganger gis så smalt som mulig. All forespørsel om informasjon om en pasient må være av et autentisert helsepersonell og må underlegges en egen tilgangsbeslutning. Det betyr at enhver forespørsel om informasjon sjekkes og autoriseres. I tillegg vil man i en *Zero Trust*-tankegang logge og analysere all bruk av systemet slik at eventuelle avvik og brudd kan finnes og reageres på så raskt som mulig.

Samtidig er det nødvendig med samarbeid og tilgjengeliggjøring av helseopplysninger for helsepersonell i andre virksomheter. Dette forutsetter at det er tillit til at samhandlingspartene deler data med, behandler dataene i samsvar med lover og forskrifter. I dagens systemlandskap i helsesektoren håndteres identiteter/brukere i hver enkelt virksomhet og tilgangsstyringen varierer fra virksomhet til virksomhet. For å klare å dele informasjon på tvers av virksomheter med data- og dokumentdeling, må dette baseres på tillit mellom aktørene.

Program digital samhandling arbeider med å etablere en felles tillitsmodell for data- og dokumentdeling som har som mål å skape tillit mellom aktørene og forenkle både identitets- og tilgangsstyringen ved bruk av data- og dokumentdelingsløsninger i helsesektoren.

En utfordring med operasjonelle kontroller er at de ikke nødvendigvis hindrer feil fra å skje. Sikringstiltak kan gjøre at feil sjeldnere oppstår, eller gjøre det mulig å oppdage de innen rimelig tid i etterkant, men kan ikke garantere tilstrekkelig sikring. Det må derfor implementeres flere lag av sikkerhet og derav ha tilstrekkelig sikring i dybden hvorav diversitet skal være et av flere målparametere.

Ideen bak å ha sikring i dybden er å sørge for at det ikke fins ett *single point of failure*, altså et punkt i løsningen som kun har én sikkerhetsmekanisme. Dersom denne mekanismen forbigås vil løsningen være kompromittert dersom man ikke har flere lag av sikkerhet. For å oppnå sikring i dybden kan man kombinere ulike tiltak på fysisk, teknisk eller administrativt nivå. Sikring i dybden gjennomføres ved å implementere flere sikkerhetstiltak som sikrer mot samme angrepsvektor, dersom en sikkerhetsmekanisme feiler vil ytterligere sikringstiltak fremdeles være intakt. Fysisk sikring kan eksempelvis være at helsepersonell må ha datamaskiner på rom med lås, teknisk kan være tilgangsstyring, og administrative tiltak kan være verifiserte prosesser for utdeling av adgangskort.

Ved implementering av passive sikkerhetsmekanismer legges naturlig menneskelig adferd til grunn og hjelper brukeren til å gjennomføre oppgaven på en trygg måte. Passive sikkerhetsmekanismer skal derfor bygges inn slik at personell trygt kan gjennomføre ulike oppgaver i samhandlingsløsningen uten at løsningen blir kompromittert av personellet. Dette kan være teknisk validering av felter eller andre mekanismer som sørger for at feil gjort av helsepersonell ikke påvirker systemet. For eksempel kan det være hensiktsmessig å etablere mekanismer som sjekker at det ikke er uautorisert robotisert bruk av systemet eller API-er.

Et annet aspekt som kan understøtte dette prinsippet er *fail secure*- og *fail safe* mekanismer. At et system er *fail safe* eller *fail secure* betyr ikke at det ikke kan svikte, men snarere at systemets design forhindrer eller demper utrygge konsekvenser av systemets feil. Det vil si at hvis et slikt system feiler, forblir det like trygt som det var før feilen.

3.4 Videre arbeid med informasjonssikkerhet og personvern

Strategien for informasjonssikkerhet og personvern legger overordnede føringer for arbeidet med det skisserte målbildet for helhetlig samhandling.

Det vil være nødvendig å jobbe videre med informasjonssikkerhet og personvern i stegene som realiserer målbildet og gjennom videre forvaltning av de ulike løsningene for helhetlig samhandling. I det videre arbeidet må det gjennomføres konkrete risikovurderinger som beslutningsgrunnlag for utvikling og forvaltning av løsningene.

Alle virksomhetene som forvalter og benytter løsningene må også ha et bevisst forhold til informasjonssikkerhet og personvern, inkludert hensiktsmessig internkontroll og risikostyring. Informasjonssikkerhetshendelser skal ivaretas gjennom rapportering, vurdering, respons og læring.

Tredjepartsleverandører som skal bidra, for eksempel ved å utvikle tilleggsapplikasjoner basert på de API-ene som er tilgjengelige gjennom helhetlig samhandling, skal følge de til enhver tid gjeldende krav til informasjonssikkerhet og personvern.

Strategien forutsetter at roller og oppgaver i realiseringen av samhandlingsløsningene avklares. Videre at alle relevante lov- og forskriftskrav innen informasjonssikkerhet og personvern, samt Norm for informasjonssikkerhet og personvern (Normen) i helse- og omsorgssektoren, legges til grunn og følges av alle involverte virksomheter.

Vurderinger og konklusjoner fra risiko- og sårbarhetsvurderingen og den overordnede personvern-vurderingen vil være utgangspunkt for det videre arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern. Ved nye og endrede forhold som kan påvirke informasjonssikkerhet og personvern bør disse vurderingene eventuelt oppdateres. Ved utarbeidelse av mer detaljerte og konkrete risikovurderinger i den videre prosessen og DPIA skal det sees hen til de overordnede vurderingene.

Når det tas beslutninger og utarbeides retningslinjer for helhetlig samhandling vil denne strategien utgjøre en overordnet ramme. Prinsippene som beskrives i strategien legger føringene for det videre arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern for helhetlig samhandling.

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Sentralt styringsdokument

Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg J Nødvendigheten og muligheten til å
pålegge plikt til å bruke samhandlingsløsningen

Publikasjonens tittel:

Sentralt styringsdokument
Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg J: Mulighet og nødvendighet av å
pålegge plikt til å bruke
samhandlingsløsningen

Rapportnummer

IE-1087

Utgitt:

Januar 2022

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo
Tlf.: 21 49 50 70

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Innhold

1	Innledning	4
2	Rettslig mulighet til å pålegge bruk	5
3	Hvordan kan lovpålegg gjøres i praksis?	6
4	Virkemidler for realisering av tiltakets mål	7
4.1	Normerende virkemidler	7
4.2	Økonomiske virkemidler	7
4.3	Virkemidler for å øke oppslutning	8
5	Nødvendighet av pålegg for samfunnsøkonomisk lønnsomhet	9
6	Konklusjon.....	10
7	Referanser.....	12

1 Innledning

Dette dokumentet er et vedlegg til sentralt styringsdokument for steg 2 for digital samhandling, som er et svar på Helse- og omsorgsdepartementet oppdrag til Direktoratet for e-helse, jf. brev datert 18. desember 2020 og 16. juni 2021.

Som del av oppdraget skal direktoratet utrede om det er rettslig mulig og nødvendig å pålegge plikt til å bruke samhandlingsfunksjonalitet, samt hvordan dette eventuelt bør gjøres konkret (1):

«Forprosjektet skal utrede om det er rettslig mulig og nødvendig å pålegge plikt til å bruke samhandlingsløsningen, samt hvordan dette eventuelt bør gjøres konkret.»

Den samfunnsøkonomiske analysen viser samtidig at andelen som tar i bruk samhandlingsfunksjonaliteten er den største usikkerhetsfaktoren for realisering av nytte. Se vedlegg C samfunnsøkonomisk analyse for nærmere detaljert.

Dette vedlegget til det sentrale styringsdokumentet vurderer følgende problemstillinger:

- i) Er det rettslig mulig å pålegge bruk av samhandlingsfunksjonaliteten?
- ii) Hvilke andre virkemidler kan benyttes for å realisere målene for steg 2?
- iii) Hvordan kan et lovpålegg gjøres i praksis?
- iv) Er det nødvendig å pålegge bruk?

2 Rettslig mulighet til å pålegge bruk

Det er primært EØS-retten som kan sette skranker for et eventuelt pålegg om å benytte samhandlingsløsningene. Direktoratet har innhentet en vurdering fra advokatfirmaet CMS Kluge Advokatfirma AS av den rettslige adgangen til å pålegge bruk av den aktuelle samhandlingsfunksjonaliteten. Se Bilag J1 – Vurdering av muligheten for pålegg om bruk av digitale samhandlingsløsninger. I notatet oppsummeres vurderingene som følger:

«Etter vårt syn er det mulig å pålegge helseaktørene å knytte seg til og benytte de fire nevnte samhandlingsfunksjonalitetene.

Et pålegg vil påvirke hvilke EPJ-leverandører som har interesse for det norske markedet, da de må utvikle og levere integrasjonsgrensesnittet og funksjonalitet for samhandling med andre løsninger. Dette vil kunne anses som en restriksjon på salget av EPJ-løsninger i Norge, og dermed en restriksjon etter EØS-avtalen.

Et pålegg vil også innebære at en betydelig del av markedet i stor grad blir forbeholdt NHN som driftsleverandør og NHN sine leverandører av programvare (det vil si leverandørene av programvare som NHN benytter til å tilby sine tjenester). På sikt er det derfor neppe trolig at andre aktører vil tilby de samme løsningene i Norge. Selv om det ikke er helt opplagt, vil vi anta at også et slikt pålegg potensielt vil kunne anses som en restriksjon etter EØS-avtalen.

En restriksjon vil ikke være i strid med EØS-avtalen dersom den kan begrunnes i et tvingende allment hensyn, er egnet og nødvendig for å oppnå formålet og er forholdsmessig i snever forstand.

Det følger direkte av EØS-avtalen artikkel 13 at restriksjoner begrunnet i vernet om menneskers liv og helse forfølger et slikt legitimt hensyn. Så lenge pålegget kan begrunnes i en bedret effektivitet i det nasjonale helsetilbudet, med dertil hørende økt pasientsikkerhet, vil det med andre ord ikke være tvilsomt at pålegget forfølger et legitimt formål.

Videre fremstår et pålegg klart egnet for å nå målet. Det sentrale spørsmålet er derfor om et pålegg er nødvendig. Det fremstår som helt sentralt at alle helseaktørene benytter de samme løsningene for å få delt og få tilgang til grunnleggende og viktige helseopplysninger. Etter vårt syn er det utfordrende å se hvilke andre tiltak som kan benyttes for å nå de samme målene. Vi mener derfor at et pålegg er nødvendig etter EØS-avtalen. Endelig mener vi også at pålegget er forholdsmessig i snever forstand. Det er tale om et begrenset inngrep i markedet som gir store helsegevinster, slik at fordelene klart overstiger ulempene.»

CMS Kluge antar følgelig at et pålegg vil kunne passere den EØS-rettslige terskelen for å ansees nødvendighet i et *juridisk* perspektiv. Vurderingen forutsetter at det ikke finnes reelle alternativer til å benytte pålegg. Det er følgelig behov for å vurdere nærmere hvorvidt pålegg vil kunne bli nødvendig fra et *praktisk* og *økonomisk* perspektiv.

3 Hvordan kan lovpålegg gjøres i praksis?

Hvordan eventuelle pålegg utformes, vil i stor grad bero på en hensiktsmessighetsvurdering.

Det rettslige grunnlaget for pålegg må etableres i lovs form, men det vil antagelig være mest hensiktsmessig at rettsgrunnlaget utformes som en forskriftshjemmel, slik at mer detaljerte bestemmelser kan fastsettes i forskrift. Departementet vil da kunne avvende tidspunktet for ikrafttredelse til det eventuelt blir klart at andre virkemidler ikke har hatt tilstrekkelig effekt, eller til det kun er et fåtall virksomheter som ikke har tatt tjenestene i bruk.

Det er nylig vedtatt endringer i pasientjournalloven § 8 som gir departementet hjemmel for å gi forskrifter om at virksomheter i sektoren skal ta i bruk og gjøre tilgjengelig konkret angitte nasjonale e-helseløsninger. Dersom det i fremtiden blir behov for å pålegge bruk av flere samhandlingstjenester, kan det være naturlig at denne bestemmelsen utvides.

Direktoratet for e-helse antar at det primært vil være aktuelt å rette eventuelle pålegg mot virksomhetene i sektoren, og at det ikke vil være behov for å rette pålegg om bruk av de tjenestene som hører inn under steg 2 direkte mot helsepersonell. Et unntak fra dette vil kunne være plikt for leger som gjør endringer i pasientens legemiddelbehandling til å registrere dette i Pasientens legemiddelliste, jf. reseptformidlerforskriften § 2-1 sjette ledd. Bestemmelsen er per nå ikke trådt i kraft. Hvorvidt løsningene bør benyttes av helsepersonellet i virksomhetene i konkrete situasjoner, vil som oftest bero på en konkret helsefaglig vurdering.

Direktoratet for e-helse vil følgelig foreslå at pålegg eventuelt utformes som pålegg overfor helsevirksomhetene om å ta i bruk og gjøre tjenestene tilgjengelige for helsepersonellet i virksomhetene. Det kan eventuelt presiseres for hver av tjenestene hva som ligger i å ta løsningene i bruk og gjøre dem tilgjengelige, for å sikre at dette gjøres på en effektiv og brukervennlig måte. I praksis vil dette, for de aktuelle tjenestene, typisk bety at tjenestene integreres med journalsystemene i helsevirksomhetene.

4 Virkemidler for realisering av tiltakets mål

Det vil være behov for å bruke ulike virkemidler for tiltakene i samhandlingsområdene i steg 2, og for de ulike aktørene som er involvert. Dette kapitlet beskriver tre grupper av virkemidler, utover juridiske, som kan benyttes for å sikre at informasjonstjenestene som tas frem gjennom steg 2 digital samhandling blir tatt i bruk.

- Normerende virkemidler
- Økonomiske virkemidler
- Virkemidler for å øke oppslutning

4.1 Normerende virkemidler

Standarder er et viktig virkemiddel for å senke terskelen for å ta i bruk samhandlingsfunksjonalitet. Gitt at standardiseringen skjer på rett nivå, kan det bidra til at aktørene i helse- og omsorgssektoren ikke gis unødige begrensninger, samtidig som det bidrar til å åpne opp og mobilisere leverandørmarkedet. Dette gjør at flere leverandører kan bidra, og på den måten øke kapasiteten og gjennomføringskraften for innføring og utbredelse av informasjonstjenester.

Direktoratet for e-helse normerer, og utvikler og tilrettelegger for bruk av prinsipper, tekniske krav og standarder som skal understøtte samhandling i helse- og omsorgssektoren. Semantisk samhandlingsevne, derunder felles språk, står særlig sentralt, men også informasjonssikkerhet og tekniske grensesnitt er gjenstand for standardisering. Prinsipper, tekniske krav og standarder, og vurderinger om bruk av disse, er omtalt i vedlegg H Prinsipper, tekniske krav og standarder for samhandling.

Aktørene i helse- og omsorgssektoren må selv sørge for å stille krav til sine leverandører som er i tråd med prinsipper, tekniske krav og standarder. Dette vil for den enkelte aktør medføre kostnader til bestilling, utvikling, integrasjon og innføring. Samtidig er det rimelig å anta at etterlevelsen av prinsipper, tekniske krav og standarder vil medføre løsninger som i større grad understøtter helhetlig samhandling, og at dette i seg selv vil bidra til økt utbredelse og realisering av nytte.

Et pålegg om bruk av samhandlingsfunksjonalitet, må derfor sees i nær sammenheng med bruk av prinsipper, tekniske krav og standarder for samhandling. Disse anbefalingene vil gjøre det enklere å etterkomme et eventuelt pålegg. At nasjonale e-helseløsninger går foran og viser vei som gode eksempler på bruk av prinsipper, tekniske krav og standarder, er viktig, og vil kunne fungere som ytterligere en drivkraft for raskere utbredelse av både standarder og informasjonstjenester.

4.2 Økonomiske virkemidler

Flere økonomiske virkemidler kan brukes for å sikre at samhandlingsfunksjonalitet tas i bruk. Enkelte av virkemidlene kan besluttet hos hver enkelt aktør eller i staten ved Helse- og omsorgsdepartementet. Virkemidlene kan være (ikke uttømmende liste):

- Staten finansierer program- og myndighetsoppgaver
- Statens bruker økonomiske ordninger for å dekke pukkelkostnader for de aktørene som i) deltar i utprøving av funksjonalitet eller ii) tar i bruk samhandlingsfunksjonalitet tidlig
- Staten del- eller fullfinansierer nøkkelpersonell i regionale innføringsprosjekter
- Staten gir støtte til aktørene som får størst byrde under innføring
 - Eksempelvis kompensasjon til fastlegene som skal opprette den første legemiddellisten for hver pasient

Det er direktoratets vurdering at økonomiske insentiver til aktører i helse-omsorgstjenesten vil kunne bidra til at flere tar i bruk samhandlingsfunksjonalitet. Samtidig vil flere av disse økonomiske insentivene kreve at staten stiller midler til rådighet.

Med en delfinansiering fra staten og finansielle virkemidler som korrigerer for markedssvikt, vil økonomiske virkemidler være insentivriktige, slik at det antakelig ikke er nødvendig med pålegg for å sikre bruk og gevinstrealisering i sektoren. I den grad det over tid fremdeles er behov for virkemidler for å sikre en effektiv bruk og utvikling, kan obligatorisk betaling av drift- og forvaltningskostnadene for både brukere og ikke-brukere vurderes.

4.3 Virkemidler for å øke oppslutning

Det vil være behov for å bruke ulike virkemidler for tiltakene i samhandlingsområdene i steg 2, og for de ulike aktørene som er involvert. Aktører som får stor nytte og bærer små eller ingen kostnader ved ibruktakelsen av en løsning, vil ha naturlige insentiver til å ta løsningen i bruk. Overfor disse vil det ikke være behov for like sterke insentiver, utover at løsningene gjøres tilgjengelig og at det gis støtte og veiledning ved innføringen av løsningene.

Eksempler på virkemidler for å øke oppslutningen:

- Aktiv bruk av utprøving som etablerer ambassadører for å lykkes med innføring
- Forankring og involvering, for å sikre at løsningene ivaretar helsepersonell sine behov
- Etablere intensjonsavtaler med helseforetak som skal ta i bruk pasientens legemiddelliste
- Dra nytte av eksisterende nettverk og fora for samarbeid
- Formell deltakelse og medbestemmelse fra brukerne av steg 2 i gjennomføringen av programmet.
- Bruk av nasjonale innføringsprosjekter for å støtte og veilede regionale/lokale innføringsprosjekter.
- Forankring og sektorinvolvering gjennom den nasjonale styringsmodellen for e-helse
- Forankring og sektorinvolvering gjennom kommunal styringsmodell
- Kommunikasjonsarbeid med fokus på å engasjere og dele gode erfaringer og viktigheten av tiltakene for å bedre pasientsikkerheten

5 Nødvendigheten av pålegg for samfunnsøkonomisk lønnsomhet

Den samfunnsøkonomiske analysen viser at tiltakene i samhandlingsområdene i steg 2 er samfunnsøkonomisk lønnsomme, med en netto nåverdi på omtrent 2,8 milliarder kroner inkludert den prissatte nytten av bedre helse. Se vedlegg C Samfunnsøkonomisk analyse for en nærmere beskrivelse.

I tillegg har steg 2 en rekke ikke-prissatte virkninger. Flere av disse er vurdert til å ha stor verdi for samfunnet, og vil bidra til ytterligere å styrke den samfunnsøkonomiske lønnsomheten i steg 2.

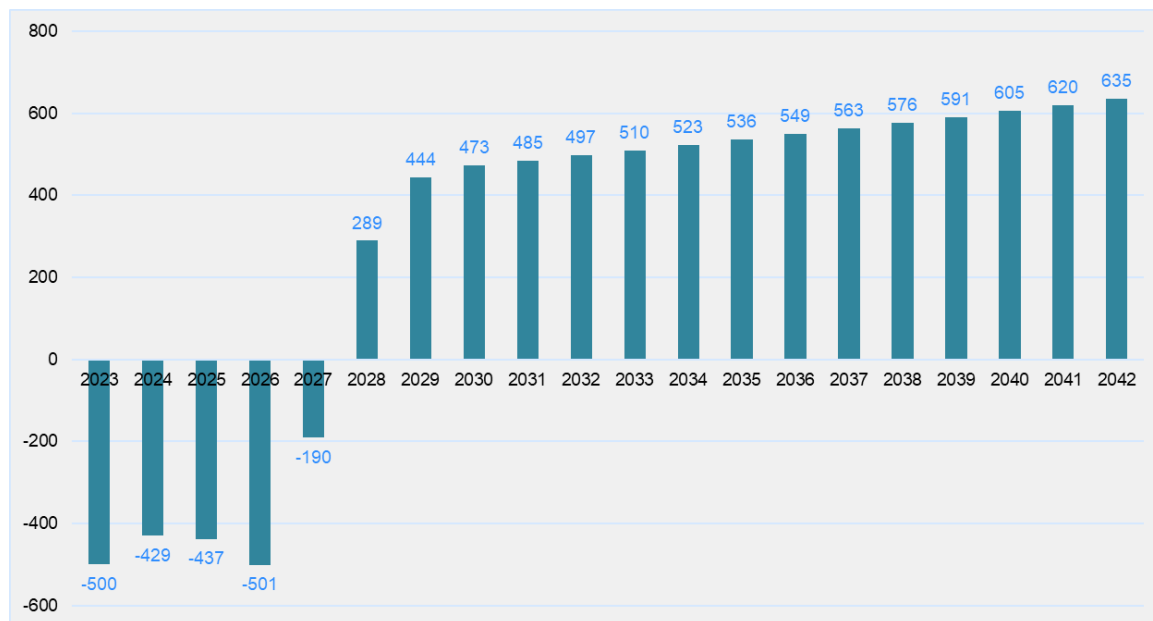
Prissatte kostnader inkluderer investeringskostnader og kostnader til drift og forvaltning. I tillegg er det lagt på en skattefinansieringskostnad på 20 prosent for alle kostnader som belastes offentlige budsjetter. De sentrale kostnadene består i hovedsak av kostnader knyttet til innføringsaktiviteter i sektoren, supplert med noe utprøvings- og utviklingskostnader.

Tabell 1 Netto nåverdi steg 2. Millioner kroner, 2021-kroner

Prissatte virkninger	Netto nåverdi mill. 2021-kr
Investeringskostnader	-2 120
Drift- og forvaltningskostnader	-1 127
Frigjort tid for helsepersonell	3 390
Færre uønskete hendelser som skyldes feil eller manglende informasjon	2 502
Skattefinansieringskostnad	222
Netto nåverdi	2 841

Figur 1 viser årlig akkumulert årlig samfunnsøkonomisk lønnsomhet for steg 2. Den viser at kostnadene overstiger nytten fram til og med 2027, men at det er samfunnsøkonomisk lønnsomt fra 2028. Dette vil avhenge av andelen som tar i bruk samhandlingsfunksjonaliteten. I beregningene for lønnsomhet under antas det at 85 prosent av aktørene tar i bruk pasientens legemiddelliste, og 90 prosent tar i bruk dokumentdeling. Nytten realiseres ett år etter at løsningen er tatt i bruk.

Figur 1 Akkumulert årlig samfunnsøkonomisk lønnsomhet.



5.1 Robust samfunnsøkonomisk lønnsomhet

Usikkerhets- og scenarioanalysene viser at både program pasientens legemiddelliste og program digital samhandling har en robust samfunnsøkonomisk lønnsomhet.

Samhandlingsområdet dokumentdeling krever kun at 45 prosent av helseforetakene deler dokumenter for at hele programområdet digital samhandling skal være lønnsomt. Samhandlingsområdene kritisk informasjon og datadeling til digital hjemmeoppfølging genererer også forventet nytte som overstiger kostnadene. Denne nytten kommer i tillegg, men er kun vurdert gjennom ikke-prissatte virkninger.

Pasientens legemiddelliste vil også være samfunnsøkonomisk lønnsomt med 45 prosent deltagelse. Utfordringen med såpass lav deltagelse kan være at kvaliteten ikke blir tilstrekkelig, dvs at samstemming og oppdatering ikke følges opp. Det vil da være en risiko for at fastlegen får merarbeid sammenliknet med hovedalternativet, og/eller at legemiddellisten ikke er fullt ut samstemt og oppdatert i sanntid. Sammenliknet med nullalternativet vil det likevel være en betydelig nytte av at pasientens legemiddelliste er tilgjengelig for helsetjenestene på tvers av ulike tjenester.

6 Konklusjon

Den rettslige vurderingen konkluderer med at det er mulig å pålegge bruk av samhandlingsfunksjonaliteten i steg 2. Dette forutsetter at pålegg er nødvendig for realisering av målene for steg 2. Utover pålegg om bruk av løsningene, kan krav til bruk av prinsipper, tekniske krav og standarder, organisatoriske og strukturelle virkemidler samt økonomiske virkemidler benyttes for å øke andelen som tar i bruk løsningen, og dermed understøtte realisering av målene.

Med en delfinansiering fra staten og finansielle virkemidler som korrigerer for markedssvikt, vil det antakelig ikke være nødvendig med pålegg for å sikre bruk og gevinstrealisering i

sektoren. I den grad det over tid fremdeles er behov for virkemidler for å sikre en effektiv bruk og utvikling, kan obligatorisk betaling av drift- og forvaltningskostnadene for både brukere og ikke-brukere vurderes.

Direktoratet anser det som sannsynlig at steg 2 vil oppnå samfunnsøkonomisk lønnsomhet uten lovpålegg. Videre vurderes det at bruk av økonomiske virkemidler, organisatoriske og strukturelle virkemidler, og innføring av krav til bruk av funksjonelle standarder og tekniske krav til journalløsningene vil kunne øke deltakelsen i tiltaket, og dermed den samfunnsøkonomiske lønnsomheten. Likevel vurderes det som sannsynlig at det på sikt vil være behov for et lovpålegg, dersom man skal nå et mål om at alle skal ta i bruk samhandlingsfunksjonaliteten.

Det rettslige grunnlaget for pålegg må etableres i lovs form, men det vil antagelig være mest hensiktsmessig at rettsgrunnlaget utformes som en forskriftshjemmel, slik at mer detaljerte bestemmelser kan fastsettes i forskrift. Direktoratet antar at det primært vil være aktuelt å rette eventuelle pålegg mot virksomhetene i sektoren, og at det ikke vil være behov for å rette pålegg om bruk av de tjenestene som hører inn under steg 2 direkte mot helsepersonell.

7 Referanser

1. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Tillegg til tildelingsbrev nr 3 2019 – oppstart av forprosjekt for helhetlig samhandling og felles kommunal journal.* 2019.

Sentralt styringsdokument

Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg K Prioritering av tiltak i steg 2

Publikasjonens tittel:

Sentralt styringsdokument
Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg K: Prioritering av tiltak i steg 2

Rapportnummer

IE-1087

Utgitt:

Januar 2022

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo
Tlf.: 21 49 50 70

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Innhold

1	Innledning	4
2	Modell for prioritering av tiltak	4
2.1	Omfang som ble vurdert.....	5
2.2	Kriterier for prioritering.....	7
2.2.1	Modell for prioritering.....	7
2.2.2	Inngangskriterier.....	7
2.2.3	Prioriteringskriterier	8
2.3	Første vurderinger av måloppnåelse, kost og nytte per samhandlingsområde	9
2.3.1	Pasientens legemiddelliste	9
2.3.2	Dokumentdeling	10
2.3.3	Kritisk informasjon	10
2.3.4	Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner	11
2.3.5	Generiske tjenester for datadeling for digital hjemmeoppfølging.....	12
2.4	Resultater av første prioriteringsrunde	12
2.4.1	Konklusjon fra første prioriteringsrunde	14
3	Andre prioriteringsrunde – ytterligere kost- og nyttevurderinger.....	15
3.1	Omfang som ble vurdert.....	15
3.2	Vurderinger	16
3.2.1	Pasientens legemiddelliste	16
3.2.2	Dokumentdeling	18
3.2.3	Kritisk informasjon	20
3.2.4	Utvikling av nasjonale tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging.....	21
3.2.5	Foreløpig vurdering av tiltak som ikke bør inngå i steg 2	22
3.3	Resultat.....	23
3.3.1	Konklusjon.....	23

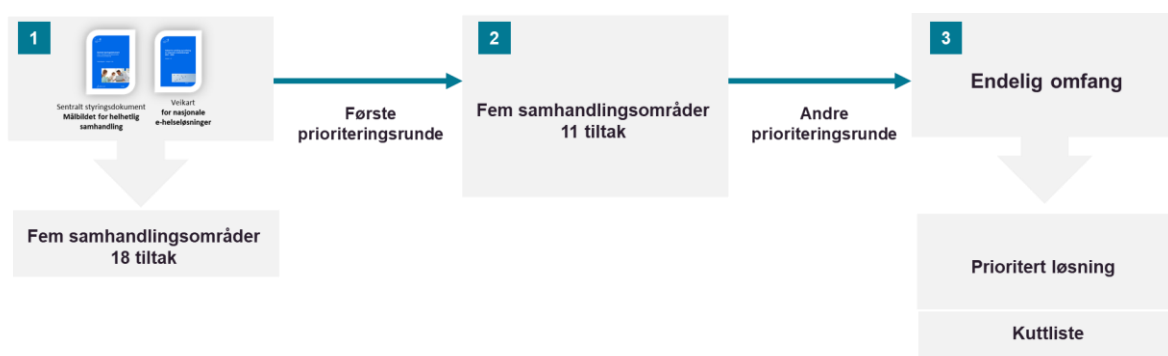
1 Innledning

Dette dokumentet er et vedlegg til sentralt styringsdokument for steg 2 for digital samhandling, som er et svar på Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til Direktoratet for e-helse datert 18. desember 2020 og 16. juni 2021 (konkretisering av oppdraget).

Dokumentet er skrevet slik at det kan leses selvstendig og er ment som mer detaljerte beskrivelser av prioriteringer av omfang som er gjort for steg 2 i utviklingsretningen for samhandling.

Program digital samhandling har gjort en gjennomgang av aktuelle samhandlingsområder. Disse ble valgt på bakgrunn av oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartement og i dialog med programstyret for digital samhandling. Det er tatt utgangspunkt i veikart for nasjonale e-helseløsninger, helsepolitiske mål og informasjonsbehovene som ble kartlagt i forprosjektet for Felles kommunal journal og helhetlig samhandling¹. Resultatet av denne gjennomgangen var et forslag til omfang med fem samhandlingsområder og 18 tiltak. Forslagene til tiltakene ble identifisert i tett samarbeid med de ulike program/prosjektmiljøene som gjennomfører pågående tiltak i det nasjonale veikartet, og bygger videre på arbeid utført i disse prosjektene. Se vedlegg B for ytterligere beskrivelse av samarbeidet. Tiltakene er vurdert og prioritert underveis og dette dokumentet skal beskrive prosessene for dette, samt hvilke vurderinger som er gjort og hva som ble endelig omfang for steg 2. Prosessen for å prioritere tiltak er overordnet beskrevet i Figur 1.

Endelig anbefalt omfang av steg 2 er beskrevet i sentralt styringsdokument for steg 2 for digital samhandling. Ytterligere detaljer av omfang er beskrevet i Vedlegg G Omfang.



Figur 1 Prosess for prioritering av tiltak

2 Modell for prioritering av tiltak

Det ble i juni 2021 satt ned en intern arbeidsgruppe for å prioritere de 18 ulike tiltakene som var identifisert. Arbeidsgruppen besto av både arkitekter, helsepersonell og økonomer. Modellen er diskutert og endret etter innspill fra programstyret, KS' fag- og prioriteringsutvalg og pågående prosjekter og programmer.

Forprosjektet mener det er nødvendig å prioritere mellom de ulike tiltakene på grunn av både budsjett- og ressursbegrensninger. De fem samhandlingsområdene med tilhørende 18 tiltak er svært omfattende, og styringsmålet (2,4 milliarder P50) som er satt for steg 2 er ikke

tilstrekkelig til å dekke alle de vurderte tiltakene. Det vil også være svært krevende for sektoren å ta imot og implementere mange større tiltak samtidig. Til dette ble det utarbeidet en prioriteringsmodell med utgangspunkt i noen sentrale kriterier. Dette kapitlet beskriver den første prioriteringsrunden.

2.1 Omfang som ble vurdert

Utgangspunktet for den første prioriteringsrunden var fem samhandlingsområder med til sammen 18 tiltak, og i tillegg tiltak for Felles hjelpenummer. Tabell 1 gir et kort sammendrag av tiltakene og samhandlingsområdene. Det er verdt å merke seg at noen begreper og omfangsbeskrivelser har endret seg fra juni 2021 og frem til leveransen av sentralt styringsdokument 20.12.2021. Tabellen gjengir et utdrag av den informasjonen som vurderingene og prioriteringene ble gjort på grunnlag av.

Tabell 1 Oversikt over samhandlingsområder og tiltak i første prioriteringsrunde

Tiltaks-ID	Navn på samhandlingsområde/tiltak	Kort beskrivelse
DBEP	Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner	Formålet med samhandlingsområdet er å utvikle en felles behandlings- og egenbehandlingsplan som kan deles med pasient og helsepersonell på tvers av forvaltningsnivå gjennom kjernejournal og Helsenorge.
DBEP-1	Innføring av digital behandlings- og egenbehandlingsplan for enkelte diagnoser	Tiltaket innebærer en helhetlig innføring av DBEP
DBEP-2	Innføring av felleskomponent SMART-on-FHIR	Utvikling av SMART-on-FHIR-utgave av DBEP i kjernejournal, koordinering av utvikling av støtte for SMART-on-FHIR i EPJ, og koordinering av integrasjon av DBEP som SMART-on-FHIR
DBEP-3	Verktøy for helhetlig innføring av digital behandlings- og egenbehandlingsplan	Utvikling eller anskaffelse og tilpasning av verktøy eller plattform som 1) støtter prosessen i helsefaglige miljøer for å utvikle innholdet i maler for planer og 2) gjør det enkelt for forvaltere å opprette nye maler og overføre dem til DBEP.
DBEP-4	Konseptutredning for individuell plan	Konseptutredning for individuell plan
DHO	Digital hjemmeoppfølging	Digital hjemmeoppfølging, tidligere medisinsk avstandsoppfølging, er bruk av teknologiske løsninger som gjør at pasienten kan følges opp av helse- og omsorgstjenesten hjemme.
DHO-1	Tilpasning av HL7 FHIR-profiler for bruk i Norge	Forsterke prosessen for å utvikle og bruke FHIR-profiler i Norge, og sørge for å utvikle eller bidra til utvikling av profiler for utvidet Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) og andre relevante samhandlingsprosjekter som går samtidig. I tillegg legge til rette for at EPJ og andre fagsystemer kan ta i bruk FHIR-baserte API. Dette inkluderer drift og vedlikehold av FHIR-profiler
DHO-2	Tilrettelegge felleskomponent for lokalisering av pasientinformasjon	Opprettelse av Nasjonal pasientinformasjonslokalisator (PIL) for å støtte aktuelle informasjonstjenester.

DHO-3	Generiske tjenester for datadeling for digital hjemmeoppfølging	Tiltaket skal tilrettelegge for at nye eksterne digitale løsninger raskere skal kunne utnyttes av innbyggere og helse- og omsorgstjenesten i forbindelse med behandling og oppfølging av pasienter utenfor behandlingssted.
JD	Dokumentdeling	Samhandlingsområdet omfatter deling av journaldokumenter på tvers av forvaltningsnivåer gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen
JD - 1	Videre innføring av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører	Tilrettelegge for at alle aktørene i spesialisthelsetjenesten kan dele journaldokumenter med helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste, samt innbygger
JD - 2	Innføring av dokumentdeling fra legevakt og ØHD/KAD til andre aktører	Tilrettelegge for at legevakt og øyeblikkelig hjelp døgnerhet (ØHD)/kommunal akutt døgnerhet (KAD) kan dele journaldokumenter med andre aktører gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
JD - 3	Innføring av dokumentdeling fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til andre aktører	Tilrettelegge for at kommunal helse- og omsorgstjeneste kan dele journaldokumenter med andre aktører gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
JD - 4	Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører	Tilrettelegge for at fastleger kan dele journaldokumenter med andre aktører gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
JD - 5	Andre helseaktører deler journaldokumenter med andre helseaktører	Tilrettelegge for at andre helseaktører kan dele journaldokumenter med andre aktører gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
JD - 6	Tilrettelegge for oppslag og visning av journaldokumenter utenfor kjernejournal	Legge til rette for at konsumenter kan få tilgang til å lese journaldokumenter fra andre aktører uten å bruke kjernejournal.
KI	Kritisk informasjon	Samhandlingsområdet innebærer at kritisk informasjon kan endres og deles av aktørene i helse- og omsorgstjenesten gjennom et felles grensesnitt i kjernejournal
KI - 1	Spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon kan endres og deles av <i>helseforetakene</i> gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
KI - 2	Fastleger og avtalespesialister tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon kan endres og deles av <i>fastleger og avtalespesialister</i> gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
KI - 3	Kommunale helse- og omsorgstjenester tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon kan endres og deles av <i>kommunale helse- og omsorgstjenester</i> gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
KI - 4	Andre helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon kan endres og deles av <i>andre helseaktører</i> gjennom felles grensesnitt i kjernejournal

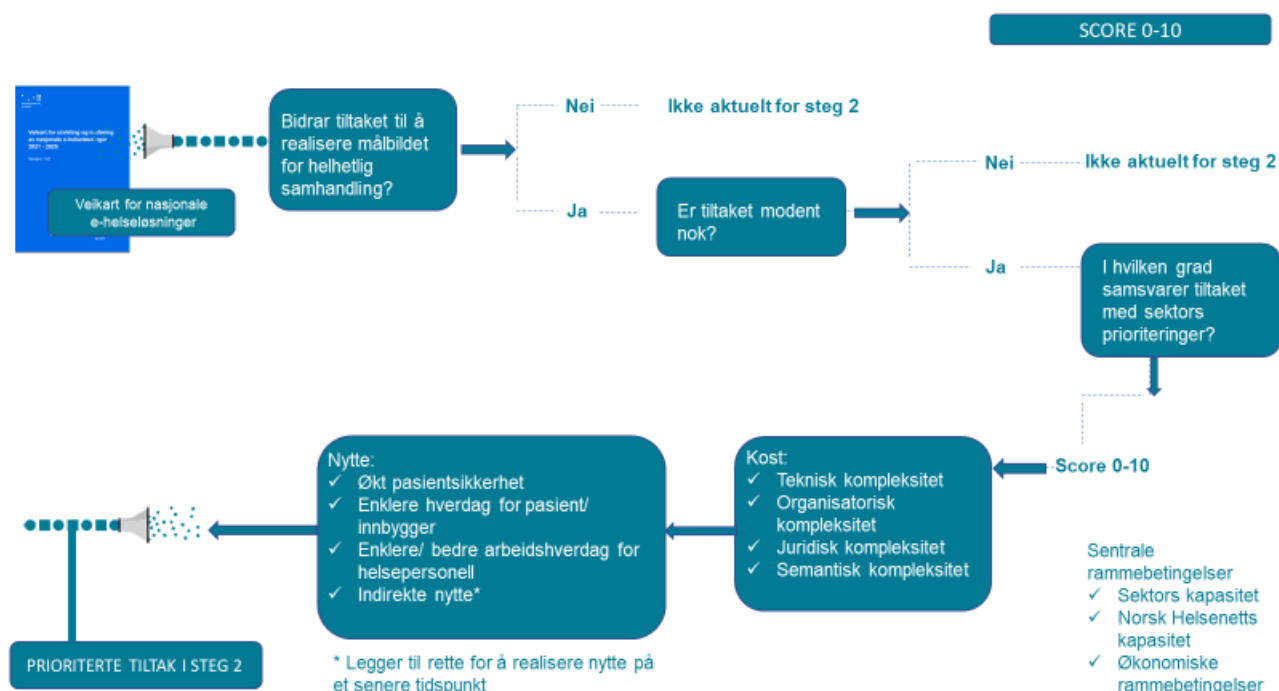
LM	Videre innføring av pasientens legemiddelliste	Samhandlingsområdet innebærer at pasientens legemiddelliste (PLL) skal tilgjengeliggjøre pasientens legemiddelopplysninger i én felles, nasjonal oversikt.
FH	Felles hjelpenummer	Omfatter behov for en tredje personidentifikator utover fødsels- og D-nummer for personer som enten ikke kvalifiserer til å bli tildelt F- eller D-nummer, eller der man ikke kjenner identiteten til vedkommende

2.2 Kriterier for prioritering

Forprosjektet har utarbeidet en modell for å prioritere hvilke tiltak som bør inngå som en del av steg 2 i program for digital samhandling. Modellen er et verktøy for å systematisere og synliggjøre fordeler og ulemper basert på utvalgte kriterier.

2.2.1 Modell for prioritering

Figur 2 viser prioriteringsmodellen som er utarbeidet av forprosjektet. Den er delt i *inngangskriterier* på venstre side og *prioriteringskriterier* på høyre side. Modellen baserer seg på prinsipper for kost-nytte, men kun kvalitative vurderinger i første omgang. Alle tiltakene sees relativt opp mot hverandre og gis en score fra 0-10 på prioriteringskriteriene hvor 10 er toppscore². Poengsummen til hvert tiltak er mindre relevant, men hvordan tiltakene står relativt mot hverandre må vurderes.



Figur 2 Modell for prioritering

2.2.2 Inngangskriterier

Inngangskriteriene skal avgjøre hvorvidt tiltaket skal vurderes ved hjelp av prioriteringskriteriene eller om det uansett ikke er aktuelt for steg 2. Dersom tiltaket ikke

² For kostnadskriteriet gis det 10 ved antatt lave kostnader og 1 ved antatt høye kostnader.

tilfredsstiller inngangskriteriene, det vil si at det ikke er mulig å svare ja på spørsmål om *modenhet* og *måloppnåelse*, er ikke tiltaket vurdert som relevant for steg 2.

Først og fremst må det vurderes om tiltaket bidrar til å realisere målbildet for helhetlig samhandling. Dersom tiltaket ikke bidrar til å realisere noen informasjonsbehov i målbildet vil det være uaktuelt for steg 2. Videre vil tiltak som ikke er inkludert i veikartet for nasjonale e-helseløsninger vurderes som uaktuelle for steg 2. Dette er i tråd med føringer fra Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) og innspill fra Programstyret.

For det andre må det vurderes om tiltaket har den *modenheten* som er nødvendig for å inngå i steg 2. Med modenhet menes om det er mulig og hensiktsmessig å planlegge realiseringen av tiltak på en måte som tilfredsstiller kravene til et sentralt styringsdokument, slik de er beskrevet i Statens prosjektmodell. Dette vurderes ved hjelp av verdikjeden for tilrettelegging og tilgjengeliggjøring av nasjonale e-helseløsninger (Figur 3). Forprosjektet har vurdert at tiltak som er i konseptfasen (fase 1) eller i gevinstrealiseringsfasen (fase 5) er uaktuelle for steg 2. Tiltak hvor det ikke er gjort et konseptvalg er svært krevende å forprosjekttere. Tiltak som er i gevinstrealiseringsfasen, er de lokale virksomhetenes ansvar, og derfor ikke aktuelle. Tiltak som er i fase 2-4 anses å være aktuelle for steg 2.



Figur 3 verdikjeden for tilrettelegging og tilgjengeliggjøring av nasjonale e-helseløsninger

2.2.3 Prioriteringskriterier

Dersom tiltaket tilfredsstiller inngangskriteriene, kan det vurderes relativt opp mot andre tiltak ved hjelp av prioriteringskriteriene. Tiltaket gis en score fra 0-10 for hvert spørsmål under kriteriene. For eksempel gis det poeng for hvert spørsmål under kostnadskriteriet. Totalsummen for kostnadskriteriet blir da snittet av spørsmålspoengene.

Prioriteringskriteriene er *måloppnåelse*, *kostnader* og *nytte*. Disse vektes likt i totalsummen.

Måloppnåelse

Under dette kriteriet gjøres det en vurdering av i hvor stor grad informasjonsbehov i målbildet for helhetlig samhandling realiseres, og hvorvidt tiltaket samsvarer med sektorens prioriteringer.³

Kostnader

Under dette kriteriet gjøres det en vurdering av tiltakets antatte kostnader. Dette inkluderer en vurdering av både teknisk og organisatorisk kompleksitet. Med dette menes det

³ Vurderingen av sektorens prioriteringer er utarbeidet av direktoratet og ikke forankret med sektoren. Vurderingene baserer seg på tilbakemeldinger gitt i tidligere arbeid.

henholdsvis om det er behov for teknisk utvikling/tilrettelegging nasjonalt og/eller lokalt, og om det er behov for et stort innføringsløp med tilhørende opplæringsaktiviteter og endrede arbeidsprosesser. Det blir i tillegg vurdert om det er behov for juridisk og/eller semantisk utvikling.

Nytte

Under dette kriteriet gjøres det en vurdering av tiltakets antatte nytte. Dette inkluderer nytte for pasienter/innbyggere og helsepersonell, samt indirekte nytte. For *pasientene* defineres nytte ved at det gjøres en vurdering av om tiltaket bidrar til økt pasientsikkerhet og en enklere hverdag for pasient/innbygger, inkludert pårørende. Dette kriteriet vektet høyere enn de andre nyttekriteriene dersom tiltak kommer likt ut. For *helsepersonell* vurderes det i hvor stor grad tiltaket bidrar til en enklere/bedre arbeidshverdag for helsepersonell, og gjør de tryggere på at beslutningsgrunnlaget er riktig.

Til sist er det et kriterium for indirekte nytte hvor det gjøres en vurdering av hvorvidt tiltaket bidrar til å realisere sentral infrastruktur som legger til rette for fremtidig realisering av nytte (for eksempel plattform, samhandlingskomponenter (eksempel HelseID og felles språk), funksjonelle krav og standarder m.m.)

Basert på vurderingene av hvert kriterium gis tiltaket en totalsum som er summen av snittscoren per prioriteringskriterium.

2.3 Første vurderinger av måloppnåelse, kost og nytte per samhandlingsområde

Under følger mer detaljerte vurderinger av samhandlingsområder og prioriterte tiltak, slik det ble vurdert i første runde prioriteringsprosessen. Det er beskrevet vurdering for alle samhandlingsområder/tiltak som tilfredsstilte inngangskriteriene i prioriteringsmodellen. Dette er en overordnet og foreløpig vurdering, og vurderingene ble bearbeidet og nyansert gjennom videre arbeid i forprosjektet. Merk at vurderingene av spesialisthelsetjenesten ikke inkluderer vurderinger av Helse Midt-Norge (Helseplattformen).

2.3.1 Pasientens legemiddelliste

Måloppnåelse: Dette tiltaket vil omfatte innføring og utvikling av sentral forskrivningsmodul (SFM) og realisering og innføring av pasientens legemiddelliste (PLL). Tiltaket realiserer i stor grad informasjonstjenesten legemidler og vaksiner, men det vil fortsatt gjenstå arbeid, særlig knyttet til administrasjon av legemidler og vaksiner. Tiltaket er imidlertid det viktigste for å realisere informasjonstjenesten og får derfor meget høy score på kriteriet.

Kostnader: Det skal være lite teknisk utvikling og tilrettelegging både nasjonalt og lokalt når steg 2 iverksettes. Det vil imidlertid være et svært komplekst innføringsløp med store endringer i arbeidsprosesser. Dette vil medføre store kostnader til innføring og opplæringsaktiviteter. Det vil gjenstå lite juridisk og semantisk utvikling.

Nytte: Det antas at tiltaket gir stor nytte for både helsepersonell og pasient/innbygger, men at tiltaket som del av steg 2 ikke bidrar til å realisere sentral infrastruktur. Dette vil skje gjennom sentral forskrivningsmodul (SFM), som i hovedsak utvikles før og i parallell med steg 2.⁴

⁴ Det er gitt midler til SFM til kommunal pleie- og omsorgstjeneste i statsbudsjettet for perioden 2022-2024

2.3.2 Dokumentdeling

Måloppnåelse: Tiltaket realiserer en del av informasjonstjenesten Journaldokumenter gjennom å realisere en rekke informasjonsbehov. Sektoren prioriterer dokumentdeling i spesialisthelsetjenesten høyst da den påbegynte innføringen som allerede er startet i Helse Sør-Øst viser betydelige gevinster. Deling av dokumenter fra legevakt/ØHD/KAD og fastlegene er også høyt prioritert, men noe lavere enn i spesialisthelsetjenesten. De andre kommunale helse- og omsorgstjenestene nedprioriteres da de i større grad tar imot dokumenter enn deler.

Kostnader: I helseforetakene kan man i hovedsak gjenbruke eksisterende moduler. Tiltaket er derfor lite teknisk komplekst sammenliknet med de andre tiltakene. Det kan imidlertid være mer teknisk krevende for avtalespesialistene. For legevakt, ØHD/KAD og andre kommunale helse- og omsorgstjenester er ikke arkitekturen avklart. Det er mer teknisk komplekst lokalt da det må skje utvikling hos alle lokale EPJ-leverandører. Det samme gjelder også fastlegene, men her må det i tillegg utvikles en løsning for å sammenstille dokumenter.

Det er også variasjon mellom aktørene i organisatorisk kompleksitet. For helseforetakene antas det at dette er relativt enkelt, også for avtalespesialistene. Det forutsetter imidlertid at tilgangsstyring dekkes av steg 1 gjennom felles tillitsmodell. Legevakt, ØHD/KAD og andre kommunale helse og omsorgstjenester er relativt likt spesialisthelsetjenesten, men mer komplekst fordi det er ikke gjort et tilsvarende arbeid tidligere.

Det antas videre at det juridiske for helseforetakene inkl. avtalespesialistene, legevakt, ØHD/KAD og andre kommunale helse- og omsorgstjenester ivaretas gjennom kjernejournalforskriften. Det semantiske antas være ivarettatt for helseforetakene inkl. avtalespesialistene. For legevakt og ØHD/KAD er det mer usikkert og for andre kommunale helse- og omsorgstjenester må standarder lages. For fastlegene er det per i dag mindre struktur enn hos de andre aktørene og mye som ikke er avklart.

Nytte: Det antas at tiltaket vil gi nytte for både pasienter og helsepersonell. Det er svært mange pasienter som vil være berørt, og økt tilgang på informasjon vil gi bedre beslutninger. Pasientene slipper også i større grad å være bærer av egen informasjon. Pasientsikkerheten antas å øke mer i helseforetakene inkl. avtalespesialistene enn hos de andre aktørene.. Det antas videre at deling av dokumenter vil bidra til at helsepersonell får en enklere og bedre arbeidshverdag gjennom tilgang på dokumenter man tidligere måtte skaffe på annet vis. Samtidig vil delingen kunne medføre økt bruk av tid for helsepersonellet da mye av det som føres i dag blir brukt til egne notater. Dette gjelder særlig helseforetakene inkl. avtalespesialistene, men også fastleger. Det kan være vanskelig å dele en journaldokumenter når konteksten ikke er tilpasset. Tiltaket bidrar i liten grad til å realisere sentral infrastruktur da ingen nye komponenter skal utvikles. Komponenten finnes i spesialisthelsetjenesten og er under utprøving. For legevakt, ØHD/KAD, fastleger og andre kommunale helse- og omsorgstjenester kan det være behov for flere tekniske komponenter, da særlig knyttet til sentrale komponenter for å lagre og dele.

2.3.3 Kritisk informasjon

Måloppnåelse: Det vurderes at samhandlingsområdet kritisk informasjon i større grad bidrar til å realisere informasjonsbehov enn dokumentdeling. Dette skyldes at det på sikt realiserer én autorativ kilde for kritisk informasjon. Dette forutsetter imidlertid at det gjøres noe juridisk, og det er usikkert om det er på plass i steg 2. Helseforetakene, kommunale helse- og omsorgstjenester og andre helseaktører prioriterer kritisk informasjon lavere enn

dokumentdeling, mens fastlegene og avtalespesialistene prioriterer kritisk informasjon høyere.

Kostnader: Kritisk informasjon i helseforetakene krever at hver region har en kilde for dette. Det vil være krevende å etablere denne kilden, da informasjonen i dag ligger i ulike systemer. Teknisk kreves det en integrasjon mellom EPJ og kjernejournal. For kommunale helse- og omsorgstjenester vil dette være krevende teknisk da det må håndtere kompleksiteten fra alle systemene. Fastlegene har kun ett system per fastlege, men det er mange forskjellige systemer. For de andre helseaktørene er det høy teknisk kompleksitet da det er flere løsninger, større variasjon og dermed økt kompleksitet.

Fra et organisatorisk perspektiv er ikke kritisk informasjon spesielt krevende for helseforetakene. Det må avklares hvem som skal holde det oppdatert og hvem som skal godkjenne endringer. For fastleger og avtalespesialister og kommunale helse- og omsorgstjenester er det mer komplekst da det er behov for strukturering og de organisatoriske strukturene er ulike. Fastlegene og avtalespesialistene er i stor grad selvstendig næringsdrivende. Man vil derfor mangle ordinær linjevei for implementering. Behovet for juridisk og semantisk utvikling er lite, bortsett fra for andre helseaktører der det er usikkerhet rundt behovet.

Nytte: Det antas at tiltaket gir nytte for både helsepersonell og pasienter. Nyten vil øke jo flere aktører som tar tiltaket i bruk. Tiltaket vil bidra til økt pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten, men i mindre grad enn dokumentdeling. Dette skyldes at det er relativt få pasienter som har kritisk informasjon, selv om denne informasjonen ofte er svært viktig. Tiltaket vil bidra til en enklere hverdag for pasientene da de i større grad slipper å være bærere av egen informasjon.

Helsepersonellet vil ha tilgang til viktig informasjon, men det vil sannsynligvis også bidra til noe merarbeid. Nyten for helsepersonell er lavere enn for dokumentdeling. Tiltaket bidrar i liten grad til å realisere sentral infrastruktur da mesteparten av løsningene etableres lokalt.

2.3.4 Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner

Måloppnåelse: Tiltaket inkluderer innføring av digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner. Tiltaket realiserer flere informasjonsbehov, men blir ikke like høyt prioritert av sektoren som PLL og dokumentdeling i spesialisthelsetjenesten.

Kostnader: Det antas at tiltaket vil være mer teknisk komplekst enn mange av de andre tiltakene. Både kritisk informasjon og dokumentdeling i spesialisthelsetjenesten, og PLL antas å være mindre teknisk komplekst.

Tiltaket antas å være svært organisatorisk komplekst. Det er svært mange aspekter som må avklares og det vil være kostbart. Det er noe juridisk utvikling knyttet til dataansvar, men det meste er på plass gjennom kjernejournal. Semantisk utvikling knyttet til selve planen er på plass, men det må mappes til det enkelte EPJ.

Nytte: Tiltaket antas å øke pasientsikkerheten betydelig. Mangelen på tilgjengelighet til strukturerte planer er en vesentlig kilde til feil og det er i stor grad manglende koordinering. Det gjør også hverdagen til pasienten enklere da de vet hvor de skal, og når. Tiltaket antas å ha høyere nytte for pasienter enn både dokumentdeling og kritisk informasjon.

For helsepersonell vil tiltaket bidra til en enklere arbeidshverdag for de som må forholde seg til planer, og særlig for helsepersonell som må forholde seg til flere typer planer. Det vil imidlertid medføre merarbeid for de som må registrere. Tiltaket vil gi mer informasjon ved å få vite hva som er planen fremover. Dette kan påvirke beslutninger om innleggelse. Tiltaket

er vurdert å gi mer nytte for helsepersonell enn kritisk informasjon. Det vil bidra til å realisere sentral infrastruktur på lik linje med kritisk informasjon og dokumentdeling.

2.3.5 Generiske tjenester for datadeling for digital hjemmeoppfølging

Måloppnåelse: I dette tiltaket vil det trinnvis utvikles generiske tjenester for datadeling i Norsk helsenett SF sin samhandlingsplattform.

Dette tiltaket vil bidra til en raskere realisering av en rekke av informasjonstjenestene, og er en forutsetning for å realisere flere av informasjonsbehovene som er prioritert av sektoren. Det bidrar imidlertid ikke i seg selv til å realisere informasjonsbehov, og antas derfor å ha lavere direkte nytteverdi enn de andre tiltakene, på tross av at sektoren uttrykker et ønske om datadelingstjenester. Nytteverdien vil i første omgang tas ut gjennom Velferdsteknologiprogrammet.

Kostnader: Tiltaket innebærer hovedsakelig arbeid av teknisk art, og forventes å ha lave kostnader, sammenliknet med de andre tiltakene.

Nytte: Felles arkitektur og standarder/normering vil bidra til et mer velfungerende marked hvor leverandørene konkurrerer om standardiserte løsninger fremfor å utvikle hver sin løsning med risiko for innlåsnings effekter og monopoltilpasninger.

2.4 Resultater av første prioriteringsrunde

Resultatet fra modellen viser at videre innføring av pasientens legemiddelliste, videre innføring av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører og at spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon blir høyest prioritert. Ytterligere resultater kan sees i Tabell 2, og ytterligere vurderinger kan leses i kapittel 2.3. Disse samhandlingsområdene/tiltakene vil i stor grad bidra til å realisere målbildet for helhetlig samhandling og gi høy nytte for både pasienter og helsepersonell.

Tabell 2 Resultater fra den første prioriteringsrunde

Tiltaksnavn	Kort vurdering	Resultat av prioriteringsmodellen
Tiltak som tilfredsstiller inngangskriteriene og er prioritert		
Videre innføring av pasientens legemiddelliste (LM)	Modent, stort behov og del av veikartet.	1
Videre innføring av dokumentdeling hos spesialisthelsetjenesten (JD-1)	Allerede startet innføringen. Modent, stort behov og del av veikartet.	2
Spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon (KI-1)	Modent, stort behov og del av veikartet.	3
Fastleger og avtalespesialister tar i bruk API for å dele kritisk informasjon (KI-2)	Modent, stort behov og del av veikartet.	4

Innføring av dokumentdeling fra legevakt og ØHD/KAD til andre aktører (JD-2)	Modent, middels behov og del av veikartet	5
Generiske tjenester for datadeling	Infrastrukturtiltak som er nødvendig for å realisere flere av informasjonsbehovene i målbildet.	6
Innføring av digital behandlings- og egenbehandlingsplan for enkelte diagnoser (DBEP-1)	Del av veikartet og stort behov. Er vurdert samlet med DBEP-2 og DBEP-3	7
Kommunale helse- og omsorgstjenester tar i bruk API for å dele kritisk informasjon (KI-3)	Modent, noe behov og del av veikartet.	8
Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører (JD-4)	Mindre modent enn de andre tiltakene på dokumentdeling.	9
Innføring av dokumentdeling fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til andre aktører (JD-3)	Mindre modent, noe behov og del av veikartet	10
Andre helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon (KI-4)	Modent, noe behov og del av veikartet.	11
Tiltak som ikke tilfredsstiller inngangskriteriene		
Tilpasning av HL7 FHIR-profiler for bruk i Norge (DHO- 1)	Grunnmurstiltak, men ikke med i veikartet. Ikke aktuelt som et selvstendig tiltak i steg 2, men bør inngå som en del av arbeidet med FHIR i DBEP.	Tilfredsstiller ikke inngangskriteriene
Tilrettelegge felleskomponent for lokalisering av pasientinformasjon (DHO-2)	Konseptet for en pasientinformasjonslokalisator (PIL) har behov for nærmere utredning med tanke omfang og detaljering, samt valg og implementering av standard. Tiltaket regnes som grunnmurstiltak, og ikke aktuelt som selvstendig tiltak i steg 2.	Tilfredsstiller ikke inngangskriteriene
Beskrive referansearkitektur for datadeling for digital hjemmeoppfølging (DHO-3)	For umodent konsept selv om det er med i veikartet. Ikke aktuelt som selvstendig tiltak i steg 2.	Tilfredsstiller ikke inngangskriteriene
Konseptutredning for individuell plan (DBEP-4)	For umodent konsept. Vurdere å anbefale en konseptvalgutredning senere.	Tilfredsstiller ikke inngangskriteriene
Andre helseaktører deler journaldokumenter med andre helseaktører (JD-5)	Vanskelig å vurdere da konseptet er umodent. Ikke aktuelt som et selvstendig tiltak i steg 2.	Tilfredsstiller ikke inngangskriteriene
Tilrettelegge for oppslag og visning av journaldokumenter utenfor kjernejournal (JD-6)	Vanskelig å vurdere da konseptet er umodent. Ikke aktuelt som et selvstendig tiltak i steg 2, men kan være en aktuell løsning på lengre sikt	Tilfredsstiller ikke inngangskriteriene

Felles hjelpenummer (FH)	Ikke i veikartet, men del av grunnmur. Usikkerheter ved arbeidet til Skatteetaten. Ikke aktuelt som selvstendig tiltak i steg 2.	Tilfredsstiller ikke inngangskriteriene

2.4.1 Konklusjon fra første prioriteringsrunde

Forprosjektet for digital samhandling har analysert og prioritert en rekke tiltak med utgangspunkt i veikartet for å kunne vurdere hvilke tiltak som bør inngå i steg 2. Ved hjelp av prioriteringsmodellen beskrevet har forprosjektet ekskludert tiltak som ikke tilfredsstilte inngangskriteriene, og vurdert de øvrige tiltakene ved hjelp av en kost-nytte-tilnærming. Resultatet fra modellen viser at videre innføring av pasientens legemiddelliste, videre innføring av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører og at spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon blir høyest prioritert. Disse vil i stor grad bidra til å realisere målbildet for helhetlig samhandling og gi høy nytte for både pasienter og helsepersonell. Prioriteringsscoren for tiltakene kan sees under:

Tabell 3 Prioritering av 11 tiltak

Tiltak	Prioriteringsnummer
Videre innføring av pasientens legemiddelliste (LM)	1
Videre innføring av dokumentdeling hos spesialisthelsetjenesten (JD-1)	2
Spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon (KI-1)	3
Fastleger og avtalespesialister tar i bruk API for å dele kritisk informasjon (KI-2)	4
Innføring av dokumentdeling fra legevakt og ØHD til andre aktører (JD-2)	5
Generiske tjenester for datadeling	6
Innføring av digital behandling- og egenbehandlingsplan for enkelte diagnoser (DBEP-1)	7
Kommunale helse- og omsorgstjenester tar i bruk API for å dele kritisk informasjon (KI-3)	8
Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører (JD-4)	9
Innføring av dokumentdeling fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til andre aktører (JD-3)	10
Alle helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon (KI-4)	11

Forprosjektet har videre identifisert et behov for tydeligere konseptvalg, både for enkelte pågående prosjekter og eventuelle fremtidige prosjekter. Dette behovet må løses for å lykkes med å realisere målbildet for helhetlig samhandling, enten i linjen i Direktoratet for e-helse eller som en del av senere steg i utviklingsretningen.

3 Andre prioriteringsrunde – ytterligere kost- og nyttevurderinger

Den første prioriteringsrunden avgrenset omfanget til 11 tiltak, men forprosjektet vurderte likevel at det var et behov for ytterligere prioriteringer. Det var blant annet behov for ytterligere vurderinger av kostnader og nytte, samt å etablere en prioritert løsning (minimumsløsning) for steg 2 med tilhørende kuttliste. Tiltakene ble også ytterligere konkretisert og ny informasjon dukket opp i dialog med programstyret, kommunene, helseforetakene og Norsk helsenett. Dette forsterket behovet for en ny prioriteringsrunde.

Hensikten med den andre prioriteringsrunden var å tydeliggjøre prosjektets leveranser og delleveranser. Arbeidet resulterte i en prosjektnedbrytingsstruktur som beskriver hvordan prosjektets løsningsomfang er delt opp i styrbare pakker.

Arbeidet med å prioritere tiltakene i steg 2 følger anbefalingene til ekstern kvalitetssikrer⁵ om en spesifisering av funksjoner og grensesnitt med klart definerte prioriterte løsninger for de ulike tiltakene. I arbeidet med prioriterte løsninger er det forsøkt å ivareta behovet for rask realisering av gevinster og nødvendigheten av mer langsiktige tiltak for å lykkes med målbildet for helhetlig samhandling.

3.1 Omfang som ble vurdert

Omfanget for andre vurderingsrunde er beskrevet i sin helhet i Vedlegg G Omfang. I tabellen under følger en kort beskrivelse av omfanget.

Tabell 4 Kort beskrivelse av tiltak per samhandlingsområde

Tiltaks-ID	Navn på samhandlingsområde/tiltak	Kort beskrivelse
LM	Pasientens legemiddelliste	
LM-1	Videre innføring av pasientens legemiddelliste	Koordinere nasjonal innføring av pasientens legemiddelliste (PLL), Sentral forskrivningsmodul (SFM) og elektronisk multidose.
JD	Dokumentdeling	
JD - 1	Videre innføring av dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører	Spesialisthelsetjenesten skal kunne dele journaldokumenter med andre aktører og innbyggere, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen,
JD - 2	Innføring av dokumentdeling fra legevakt og ØHD/KAD til andre aktører	Legevakt og ØHD/KAD skal kunne dele journaldokumenter med andre aktører og innbyggere, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.

⁵ Forprosjektet har hatt løpende dialog med ekstern kvalitetssikrer, og dermed fått konkrete råd i prosessen

JD - 3	Innføring av dokumentdeling fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til andre aktører	Aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste skal kunne dele journaldokumenter med andre aktører og innbyggere, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
JD - 4	Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører	Fastleger skal kunne dele journaldokumenter med andre aktører og innbyggere, gjennom bruk av den nasjonale dokumentdelingsinfrastrukturen.
KI	Kritisk informasjon	
KI - 1	Spesialisthelsetjenesten tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon skal kunne endres og deles av alle aktører i spesialisthelsetjenesten gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
KI - 2	Fastleger og avtalespesialister tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon skal kunne endres og deles av fastleger og avtalespesialister gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
KI - 3	Kommunale helse- og omsorgstjenester tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon skal kunne endres og deles av kommunale helse- og omsorgstjenester gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
KI - 4	Resterende helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Kritisk informasjon skal kunne endres og deles av andre helseaktører enn de som er beskrevet i andre tiltak, gjennom felles grensesnitt i kjernejournal
DBEP	Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner	
DBEP - 1	Innføring av digital behandlings- og egenbehandlingsplan for enkelte behandlingsgrupper	Innføring av løsning for digital behandlings- og egenbehandlingsplan hos aktører i én helseregion.
DHO	Datadeling for Digital hjemmeoppfølging	
DHO-3	Utvikling av tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging	Tiltaket skal utvikle tjenester for datadeling som kan brukes for å gjøre data fra digital hjemmeoppfølging tilgjengelig via grensesnitt, slik at helsepersonell og innbyggere, enkelt kan få tilgang til aktuelle data

3.2 Vurderinger

Løsningsomfanget er videre beskrevet ut fra et funksjonelt ståsted og et tjenesteperspektiv. Det funksjonelle bildet beskriver hvilke hovedfunksjoner og egenskaper løsningen skal ha, mens tjenesteperspektivet beskriver hvilke aktører som tar løsningen i bruk. Kapitlene nedenfor viser prioritert løsning og kuttlisten for de tiltakene som inngår i steg 2.

3.2.1 Pasientens legemiddelliste

Tiltaket omfatter innføring av pasientens legemiddelliste. Dette er svært høyt prioritert av aktørene i helse- og omsorgstjenesten, og forventes å gi høy nytte for både helsepersonell og innbygger. For å realisere disse gevinstene, vil det kreves endringer både i helsepersonells arbeidsprosesser, og i de IKT-verktøyene som understøtter disse

arbeidsprosessene. Som følge av dette er det også forventet at pasientens legemiddelliste vil ha store kostnader, men netto nåverdien antas å være svært høy.

Tiltaket vil realisere nytte hos både spesialisthelsetjenesten, kommunale helse- og omsorgstjenester, fastleger og innbygger.

Forprosjektet anbefaler at tiltaket prioriteres svært høyt med følgende prioritert løsning og kuttliste:

Tabell 5 Prioritert løsning funksjonalitet og aktører for Pasientens legemiddelliste

Prioritert løsning- funksjonalitet	Prioritert løsning - aktører	Kuttliste
- Liste over legemidler og kosttilskudd som pasientene, ifølge legen, til enhver tid bruker (reseptbelagte, reseptfrie) - Oversikt over pasientens kritiske legemiddelreaksjoner (CAVE) - Legens vurderinger av interaksjonsdata og av dobbeltforskrivninger - Legens begrunnelse for endring i pågående behandling (medisinsk endring) - Legens begrunnelse for seponering av legemiddelet - Videreføring av multidose	Følgende aktører tar i bruk PLL: fastlegekontor, sykehus, legevakt, avtalespesialister, sykehjem, ØHD/KAD, og innbygger	Videreutvikling og forbedringer av SFM som ikke er kritisk for nasjonal innføring Nasjonal støtte og oppfølging av de siste innføringsområdene Innføring til aktører som kun leser legemiddellisten

Det er viktig for både helsepersonell og innbygger at pasientens legemiddelliste realiserer en oversikt over legemidler og kosttilskudd i bruk (LiB). LiB-listen vil sammen med en oversikt over pasientens kritiske legemiddelreaksjoner utgjøre hoveddelen av nytten som realiseres, og sees derfor på som en prioritert løsning. Det er startet et arbeid i steg 1 som skal avklare hvordan legemiddelreaksjoner som del av pasientens legemiddelliste og kritisk informasjon skal håndteres nasjonalt.

Pasientens legemiddelliste er en samhandlingsløsning der aktørene i helsetjenesten må samarbeide for at helsepersonell med tjenstlig behov til enhver tid har oversikt over pasientens legemiddelopplysninger. Kvaliteten, tilliten og nytten av legemiddelopplysningene er avhengig av aktørenes aktive deltakelse og oppdatering av informasjon. Pasientens legemiddelliste må derfor innføres samtidig til de som gjør flest endringer på legemiddellisten. Hvis pasientens legemiddelliste kun innføres til f.eks. fastleger får fastlegene merarbeidet med å oppdatere legemiddellisten for avtalespesialister og leger ved sykehus, sykehjem, ØHD/KAD og legevakt. Dette vil også føre til risiko for at legemiddellisten ikke er oppdatert i perioder hvor pasienten benytter andre helsetjenester enn fastlegen. Dette vil redusere kvaliteten og dermed tilliten til legemiddellisten - noe som undergraver innføring og gevinstrealisering.

Tidlige innføringsområder prioriteres foran sene innføringsområder siden de tidlige områdene trolig vil få de mest omfattende forbedringstiltakene. Mindre statlig støtte og oppfølging i de sene områdene vil kunne føre til at ibruktagelsen tar lengre tid. Det øker risikoen for at PLL ikke blir innført i området på en måte som sikrer at forventete gevinster kan realiseres.

Aktører som hyppig oppdaterer legemiddellisten prioriteres over de som kun leser legemiddellisten. Nytten for aktører som kun leser legemiddellisten forutsetter at de som oppdaterer listen gjør dette.

Videre innføring av pasientens legemiddelliste til andre aktører i helse- og omsorgstjenesten (eksempelvis helsestasjon eller tannlege) og eventuelt andre tiltak innen legemiddelfeltet, bør vurderes som en del av steg 3.

3.2.2 Dokumentdeling

Dokumentdeling innebærer at journaldokumenter gjøres tilgjengelig via grensesnitt i kjernejournal, slik at helsepersonell gjennom egen journalløsning, kan slå opp i aktuelle dokumenter som er lagret hos andre aktører. Løsningen gir helsepersonell i både kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten mulighet til å slå opp i utvalgte dokumenter fra andre tjenestesteder, der man før innhentet informasjonen gjennom manuelle rutiner. Dokumentene vil også tilgjengeliggjøres for innbyggere gjennom Helsenorge.

Dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten til andre aktører er allerede i gang i Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest, og det vil dermed være gjort nødvendige investeringer for å tilgjengeliggjøre dokumentene i kjernejournal før 2023.

Foreløpige vurderinger basert på erfaringer fra utprøvingen viser at helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester har stor nytte av tilgang på spesialisthelsetjenestens dokumenter. Det bidrar blant annet til økt kvalitet og pasientsikkerhet, samt økt effektivitet i behandlingen.

Forprosjektet anbefaler at tiltaket prioriteres høyt med følgende prioritert løsning og kuttliste.

Tabell 6 Prioritert løsning funksjonalitet og aktører, samt kuttliste for dokumentdeling

Prioritert løsning- funksjonalitet	Prioritert løsning - aktører	Kuttliste
Alle RHF/HF-ene deler de samme dokumenttypene, valgt ut etter erfaring fra utprøving. Etablere et nasjonalt prosjekt med formål å definere hvordan andre aktører enn RHF/HF skal dele dokumenter. Prosjektet må også definere hvilken type dokumenter som skal deles.	Sikre at kjernejournal er tilgjengelig for kommunale pleie- og omsorgstjenester (f.eks. hjemmetjenester og sykehjem), og ØHD/KAD. I tillegg sikre at aktører som har kjernejournal og tjenstlig behov får tilgang til å konsumere dokumenter. Videre innføring av dokumentdeling fra Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Vest slik at hele helsetjenesten har tilgang via kjernejournal Innføre dokumentdeling fra Helse Midt-Norge gjennom deling fra Helseplattformen slik at hele helsetjenesten har tilgang via kjernejournal Gjennomføre utprøving av dokumentdeling fra legevakt/ØHD og avtalespesialister	Innføring av dokumentdeling fra avtalespesialister slik at hele helsetjenesten har tilgang via kjernejournal Innføring av dokumentdeling fra legevakt/ØHD slik at hele helsetjenesten har tilgang via kjernejournal

For at helsepersonell i kommunale pleie- og omsorgstjenester (f.eks. hjemmetjenester og sykehjem), og i ØHD/KAD skal kunne lese dokumenter fra spesialisthelsetjenesten må de ha tilgang til kjernejournal. Det er derfor viktig at kjernejournal er innført i pleie- og omsorgstjenesten. Videre er det forprosjektets vurdering at dokumentdeling fra spesialisthelsetjenesten har stor nytteverdi, og at steg 2 bør ha prioritere at helseforetak i alle regionene deler dokumenter. Som en prioritert løsning bør de dokumentene som prøves ut i dag deles, og den samme informasjonen bør også deles fra Helseplattformen.

Videre ser forprosjektet at det kan være stor nytte i å dele dokumenter fra andre aktører, som for eksempel fastleger, legevakt og ØHD/KAD. Det er i dag imidlertid ikke avklart *hvordan* delingen skal foregå og *hvilke* dokumenter som skal deles. Det foreslås derfor som en prioritert løsning at steg 2 avklarer de to problemstillingene. Det vil være særlig viktig å avklare dette for fastlegene.

Forprosjektet foreslår at utprøving av dokumentdeling fra legevakt, ØHD/KAD og avtalespesialister er en prioritert løsning. Legevakt og ØHD/KAD har allerede har dokumenter de deler i form av legevaktsnotat og utskrivningsnotat. Dokumentdeling fra avtalespesialistene, legevakt og ØHD/KAD forventes å gi positiv nytte for både kommuner, fastleger, helseforetak og innbygger. Dette er aktører som behandler svært mange pasienter og informasjonen som da finnes i deres dokumentasjon vil kunne ha stor nytte for flere enn de som mottar informasjonen som direkte mottakere. For legevakt og ØHD/KAD dreier det

seg oftest om pasienter med nyoppståtte og ulike grader av akutte tilstander der andre tjenestesteder i kjeden vil ha nytte av vurderinger som er gjort, spesielt nylig. Et stort volum av spesialisthelsetjenestens polikliniske virksomhet utøves av avtalespesialister.

Videre innføring av kjernejournal til eksempelvis helsestasjon, skolehelsetjeneste, tannhelse og andre aktører bør vurderes som en del av steg 3.

3.2.3 Kritisk informasjon

Kritisk informasjon er helseopplysninger om pasienten som det er viktig å kjenne til for å kunne gi god og sikker helsehjelp. I dag kan kritisk informasjon registreres av leger og enkelte andre via en portalløsning for kjernejournal. Norsk helsenett har ferdigstilt et grensesnitt for utveksling av kritisk informasjon med kjernejournal. API for direkte integrasjon regner man med vil øke hastigheten på registreringene og sikre bedre kvalitet i opplysningene. Grensesnittet støtter de seks ulike kategoriene av kritisk informasjon som er spesifisert i standarden for kritisk informasjon. Helsepersonell skal da, gjennom egen journalløsning, kunne endre eller dele kritisk informasjon som lagres i kjernejournal. Innbygger vil få innsyn i egen kritisk informasjon gjennom Helsenorge.

En utprøving av grensesnittet for kategorien overfølsomhetsreaksjoner er allerede i gang i Helse Vest. Det er startet et arbeid i steg 1 for å vurdere standard for kritisk informasjon i forhold til IPS (International Patient Summary) og legemiddelreaksjoner som registreres som del av e-resept kjeden.

Det er svært viktig for helsehjelp av noen pasienter i enkeltsituasjoner at kritisk informasjon er tilgjengelig til rett tid. I disse situasjonene kan nytten av løsningen være svært høy, og kan potensielt spare liv. Videre vil en løsning for å dele kritisk informasjon være viktig for å skape trygghet hos helsepersonell som står i en beslutningssituasjon. Hvor ofte det oppstår situasjoner der informasjonen ikke allerede er kjent, som for eksempel når pasienten er hos sin fastlege, er det likevel usikkerhet knyttet til.

Selv om det er usikkerhet knyttet til størrelsen på effekten av dette tiltaket er tiltaket prioritert høyt av sektor.

Forprosjektet anbefaler derfor at tiltaket prioriteres med følgende prioritert løsning og kuttliste.

Tabell 7 Prioritert løsning funksjonalitet og aktører, samt kuttliste for kritisk informasjon

Prioritert løsning- funksjonalitet	Prioritert løsning - aktører	Kuttliste
Alle kategoriene for kritisk informasjon kan endres og deles via grensesnitt i kjernejournal. Kategoriene må som et minimum være integrert med det viktigste systemet for kritisk informasjon hos hver aktør. Informasjon som er registrert som kritisk informasjon i ulike journalsystem migreres ikke, men informasjon som allerede er lagret i kjernejournal beholdes.	Fastleger og spesialisthelsetjenesten, inkludert avtalespesialister, prøver ut og tar i bruk grensesnitt for kritisk informasjon mot kjernejournal.	Sykehjem og ØHD/KAD prøver ut og etablerer grensesnitt for kritisk informasjon mot kjernejournal.

Det er forprosjektets vurdering at alle kategorier av kritisk informasjon skal kunne endres og deles via grensesnitt i kjernejournal hos fastleger og i spesialisthelsetjenesten, inkludert avtalespesialister, i prioritert løsning. Det har vært vurdert om det er hensiktsmessig å ha en

prioritert løsning der det lages grensesnitt for kun enkelte av kategoriene, men vi anbefaler ikke dette. Det har blitt brukt tid og ressurser på å etablere kategoriene og en endring av disse kan minske troverdigheten til kritisk informasjon. Merkostnadene ved å inkludere etablerte kategorier i kritisk informasjon er marginale og vil bidra til en høyere nytterealisering. Ved å inkludere samtlige kategorier fra oppstart kan også insentivene til å logge seg på kjernejournal og ta i bruk funksjonen øke noe. Det anbefales videre at kategoriene som et minimum må integreres med det systemet som registrerer mest kritisk informasjon hos hver aktør.⁶

Det anbefales ikke å inkludere migrering av kritisk informasjon som er registrert i ulike journalsystem, men informasjon som allerede er lagret i kjernejournal bør beholdes. Migrering er utfordrende siden strukturene lokalt og nasjonalt er så ulike. Kostnadene ved å kvalitetssikre og overføre historiske data vurderes som svært høye, mens nytten vurderes som begrenset.

Fastlegene og spesialisthelsetjenesten, inkludert avtalespesialister er de aktørene som registrerer mest kritisk informasjon, og er derfor i prioritert løsning. I de tilfeller hvor fastlegene og legevaktene bruker samme EPJ-system så vil det være mulighet for at disse legevaktene innfører API samtidig.

3.2.4 Utvikling av nasjonale tjenester for datadeling som støtter behov knyttet til digital hjemmeoppfølging

I dette tiltaket vil Norsk helsenett SF trinnvis utvikle nasjonale tjenester for datadeling. Tjenestene skal kunne benyttes til forskjellige typer datadeling, både internt i virksomheter og mellom behandlingsnivåer, og må også kunne dekke datadelingsbehov mellom innbygger og helsepersonell knyttet til måleutstyr og pasientrapporterte skjema. Dette er et infrastrukturtiltak som vil legge til rette for et bedre fungerende marked og gjennom markedsmekanismer også kunne bidra til økt innovasjon og tjenesteutvikling. Det vil være en forutsetning for realisering av nytte i andre tiltak som benytter datadeling, eksempelvis tjenester for digital hjemmeoppfølging.

Det legges til grunn at Velferdsteknologiprogrammet videreføres ut 2024 uavhengig av steg 2, og at velferdsteknologisk knutepunkt overføres til Norsk helsenett SF som en nasjonal løsning. Velferdsteknologisk knutepunkt og nasjonale tjenester for datadeling må sees i sammenheng, hvor velferdsteknologisk knutepunkt fortløpende tar i bruk nasjonale tjenester for datadeling.

Forprosjektet anbefaler at tiltaket prioriteres høyt med følgende prioritert løsning og kuttliste.

Tabell 8 Prioritert løsning funksjonalitet og aktører, samt kuttliste for utvikling av nasjonale tjenester for datadeling

Prioritert løsning- funksjonalitet	Prioritert løsning - aktører	Kuttlisten

⁶ Dette gjelder i størst grad spesialisthelsetjenesten som ofte har flere fagsystemer som registrerer kritisk informasjon

Utviklet nasjonale tjenester for datadeling som kan tas i bruk for digital hjemmeoppfølging. I første omgang skal løsningen fungere som et knutepunkt for datadeling mellom ulike fagsystemer og DHO-system, men der grensesnittene kun utveksler nødvendig informasjon om kontekst (pasient, informasjonskategori etc.)	Tas i bruk hos utvalgte aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste, fastleger og spesialisthelsetjenesten innenfor et område (gjøres gjennom velferdsteknologiprogrammet).	Videreutvikle løsningen for datadeling til å håndtere mer strukturert informasjon.

Prioritert løsning bør omfatte en begrenset mengde data, men som minimum ha strukturerte data for å koble til riktig innbygger og informasjonskategori. Nyttene av tiltaket er stort sett indirekte, da det legger til rette for bedre informasjonsflyt gjennom videreutvikling av samhandlingsplattformen. Det er velferdsteknologiprogrammet som koordinerer innføring av de konkrete løsningene til innbygger og helsepersonell. Utvikling og tilgjengeliggjøring av tjenester for datadeling med standardiserte grensesnitt vil ha markedseffekter og bidra til at leverandørene konkurrerer på like vilkår og bruker samme standarder. Dette reduserer risikoen for innlåsnings effekter og vil over tid gi lavere kostnader enn om hver leverandør og kommune utvikler egne løsninger.

3.2.5 Foreløpig vurdering av tiltak som ikke bør inngå i steg 2

I den andre prioriteringsrunde ble ytterligere 5 tiltaket prioritert ut av steg 2. Begrunnelsen for dette ligger i Tabell 9.

Tabell 9 Oversikt over tiltak som er vurdert utenfor steg 2

Beskrivelse av tiltak	Begrunnelse
Innføring av dokumentdeling fra fastleger til andre aktører	Det er uavklart hvilken informasjon som bør deles og hvilken nytte andre aktører vil ha av denne informasjonen. Mye av informasjonsbehovet antas dekket av pasientens legemiddelliste og kritisk informasjon. Kostnadene og belastningen på fastlegene ved innføring vurderes som svært høy. Dokumentdeling fra fastlege er fremdeles noe umodent. Fastlegenes kapasitet bør derfor prioriteres på de foreslåtte tiltakene i steg 2. Problemstillinger rundt hvilke dokumenter fastlegene skal dele, samt hvordan de skal deles avklares i steg 2 gjennom «Nasjonalt prosjekt for å avklare hvordan dokumenter skal deles og hvilke dokumenter»?
Innføring av dokumentdeling fra øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste (utenom fastleger, ØHD og legevakt) til andre aktører	Det er uavklart hvilken informasjon som bør deles fra øvrig helse- og omsorgstjeneste og hvilken nytte andre aktører vil ha av denne informasjonen. Mye av informasjonsbehovet antas dekket av pasientens legemiddelliste. Kostnadene vurderes som høye, samtidig som det også vil kreve kapasitet i kommunal helse- og omsorgstjenesten å innføre dokumentdeling med andre aktører. Kapasiteten i kommunal helse- og omsorgstjenesten til å innføre nye digitale løsninger bør prioriteres på de foreslåtte tiltakene i steg 2. Nyttene av at kommunal helse- og omsorgstjenesten deler dokumenter vurderes som positiv, men ikke tilstrekkelig positiv til at tiltaket anbefales prioritert i steg 2.

Resterende helseaktører tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Eksempel på aktører i denne gruppen er tannleger, private helseaktører uten avtale og forsvarrets sanitet. Det antas at disse relativt sjeldent vil ha behov for å registrere ny kritisk informasjon, og dersom det skulle være nødvendig vil de kunne registrere dette gjennom kjernejournal sin portal. Siden dette forekommer relativt sjeldent vil det være lite gevinster knyttet til at disse aktørene tar i bruk API. Aktører som ønsker å ta i bruk API vil likevel kunne gjøre dette uten at det gjennomføres et nasjonalt tiltak.
Innføring av digital behandlings- og egenbehandlingsplan for enkelte behandlingsgrupper	Helsedirektoratet har allerede fått investeringsmidler til dette prosjektet over medfinansieringsordningen til Digitaliseringsdirektoratet. Prosjektet vil videreføres i regi av Helsedirektoratet for å realisere nytte av disse tjenestene, og vil derfor ikke inkluderes som en del av steg 2.
Legevakt tar i bruk API for å dele kritisk informasjon	Legevakten kan manuelt registrere kritisk informasjon gjennom kjernejournal og den relative nytten av at legevakten deler kritisk informasjon gjennom et API anses å være lav. Legevaktens kapasitet til å ta i bruk ny funksjonalitet bør prioriteres på de andre tiltakene i steg 2 som potensielt gir høyere gevinster. I de tilfeller hvor fastlegene og legevaktene bruker samme EPJ-system så vil det være naturlig at disse innfører API samtidig.

3.3 Resultat

Basert på de vurderingene som ble gjort i andre prioriteringsrunde, beskrevet i kapittel 3.2, har forprosjektet konkludert med et endelig arbeidsomfang for steg 2, gjengitt i Tabell 10.

3.3.1 Konklusjon

Tabell 10 Endelig arbeidsomfang foreslått for steg 2

Arbeidsomfang i steg 2	
Samhandlingsområdet dokumentdeling	• Videre innføring av dokumentdeling fra helseforetakene
	• Sikre at kjernejournal innføres i pleie- og omsorgssektoren
	• Definere hvilke samarbeidsområder aktørene i helse- og omsorgssektoren skal danne for å kunne dele dokumenter, og avklare hvilke typer dokumenter som skal deles
	• Gjennomføre utprøving av dokumentdeling fra avtalespesialister, legevakt og ØHD/KAD
	• Innføre dokumentdeling for alle aktuelle avtalespesialister, legevakter og ØHD/KAD
Samhandlingsområdet kritisk informasjon	• Helseforetakene prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon.
	• Fastleger og avtalespesialister prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon

Arbeidsomfang i steg 2	
	• Sykehjem og ØHD/KAD prøver ut og innfører API for å dele kritisk informasjon
Samhandlingsområdet datadeling for digital hjemmeoppfølging	• Utvikling av tjenester for datadeling som også dekker behov knyttet til digital hjemmeoppfølging
	• Videreutvikle tjenestene for datadeling til å håndtere større grad av strukturert informasjon
Samhandlingsområdet pasientens legemiddelliste	• Videre innføring av e-multidose • Innføring av pasientens legemiddelliste i område for område

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt

postmottak@ehelse.no

Sentralt styringsdokument

Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg L Kontraktstrategi

Publikasjonens tittel:

Sentralt styringsdokument
Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg L: Kontraktstrategi

Rapportnummer

IE-1087

Utgitt:

Januar 2022

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo
Tlf.: 21 49 50 70

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Innhold

1	Innledning	5
2	Bakgrunn, mål og rammebetingelser	6
2.1	Bakgrunn.....	6
2.2	Mål for steg 2 og anskaffelsene	6
2.3	Omfang, kompleksitet og kritikalitet av tiltakene	7
2.4	Føringer og rammebetingelser	8
3	Grunnlag for kontraktstrategien	9
3.1	Arbeidsomfang og anskaffelser	9
3.1.1	Hovedaktiviteter, ansvarsfordeling og avgrensninger	9
3.1.2	Arbeidsomfang for sentrale utviklings- og innføringsaktiviteter	9
3.1.3	Anskaffelsesbehov	11
3.2	Overordnet gjennomføringsstrategi	12
3.3	Leverandørmarkeder og markedsusikkerhet	14
3.3.1	Leverandørsegmenter	14
3.3.2	Konsulenttjenester til utvikling av programvare og IKT-løsninger.....	15
3.3.3	Markedsvurdering og markedsusikkerhet	16
3.4	Annen usikkerhet/risiko	20
3.5	Erfaringer fra andre tiltak	21
3.6	Partenes kompetanse og evne til å håndtere usikkerhet	22
4	Alternative kontraktstrategier for Steg 2.....	24
4.1	Hensyn som kan tilsi ulike strategier	24
4.1.1	Behovet for å ivareta helheten.....	24
4.1.2	Behovet for å sikre tilstrekkelig kapasitet med riktig kompetanse	25
4.2	Strategialternativer og anbefaling	25
4.2.1	Alternative kontraktstrategier for steg 2	25
4.2.2	Vurdering for program digital samhandling	27
4.2.3	Samlet anbefaling for program digital samhandling	28
4.2.4	Vurdering for program pasientens legemiddelliste	29
4.2.5	Samlet anbefaling for program pasientens legemiddelliste	30
5	Andre sentrale strategiske valg.....	31
5.1	Kontraktstruktur	31
5.1.1	Leveransestrømmer	31
5.1.2	Alternative kontraktstrukturer.....	33

5.1.3	Vurdering av alternativene.....	36
5.1.4	Samlet vurdering og anbefaling	39
5.1.5	Anbefalt kontraktstruktur for leveransestrømmen Driftsplattform	40
5.2	Kontraktstyper	41
5.3	Enkeltkontrakters kritikalitet.....	42
5.3.1	Pasientens legemiddelliste	43
5.3.2	Dokumentdeling	43
5.3.3	Kritisk informasjon	44
5.3.4	Datadeling for digital hjemmeoppfølging.....	44
5.3.5	Samlet vurdering	45
5.4	Anskaffelsesprosedyrer.....	45
5.4.1	Bestillinger under dynamiske innkjøpsordninger.....	45
5.4.2	Avrop på rammeavtaler	46
5.4.3	Åpen anbudskonkurranse.....	46
5.4.4	Begrenset anbudskonkurranse.....	46
5.4.5	Konkurranse med forhandling.....	47
5.4.6	Konkurransepreget dialog	47
5.4.7	Innovasjonspartnerskap	47
5.4.8	Anskaffelsesprosedyrer som er egnet for ressursanskaffelser.....	48
5.4.9	Anbefalte anskaffelsesprosedyrer for resursanskaffelser.....	49
5.5	Kompensasjonsformater	50
5.5.1	Prosess- og utredningsstøtte.....	51
5.5.2	Teknisk tilrettelegging.....	51
5.5.3	Nasjonal innføring	51
5.5.4	Driftsplattform og programvarekjøp	51
5.6	Insentiver og sikringsmekanismer	52
5.7	Kvalifikasjonskrav og tildelingskriterier	52
6	Ivaretagelse av informasjonssikkerhet	54
7	Steg 2s påvirkning på markedet, næringsutvikling og innovasjon.....	56
8	Anbefalinger for det videre arbeidet	58
9	Strategiutviklingsprosessen.....	59
10	Referanser.....	60

1 Innledning

Direktoratet for e-helse fikk i tildelingsbrevet for 2021 fra Helse- og omsorgsdepartementet (1), i oppdrag å gjennomføre et forprosjekt for steg 2 av utviklingen mot målbildet for digitale samhandlingsløsninger i helsesektoren. Oppdraget ble konkretisert i oppdragsbrev av 18. desember 2020. Steg 1 i utviklingsretningen er i dag organisert som et program ved navn program digital samhandling. Programmet har grunnlag i målbildet for digital samhandling, som ble vedtatt av regjeringen våren 2019.

Kontraktstrategien for steg 2 skal gi overordnede føringer for hvordan anskaffelser i steg 2 bør gjennomføres, herunder blant annet hvordan behov og usikkerhet bør adresseres gjennom anskaffelsesprosessene, og hvordan ansvar bør fordeles mellom oppdragsgiverne og leverandørene. Kontraktstrategien omhandler anskaffelser som vil gjennomføres av Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF.

Anskaffelsene til steg 2 vil i hovedsak bestå i anskaffelser av ressursforsterkninger til interne prosjekter og aktiviteter i direktoratet og Norsk helsenett SF. Siden gjennomføringsfasen ligger flere år frem i tid, er det en del usikkerhet knyttet til hvor omfattende dette behovet vil bli. Av samme grunn er det også betydelig usikkerhet knyttet til hva leverandørmarkedet på dette tidspunktet vil kunne tilby av relevant teknologi. Endelig vil steg 2 ha mange avhengigheter til andre løsninger og aktører i sektoren, og det er valgt å legge til grunn en smidig tilnærming til både utviklingsaktiviteter og andre aktiviteter. Kontraktstrategien er derfor holdt på et noe overordnet nivå, med fokus på strategiske og prinsipielle avklaringer som kan ha betydning for kostnader, gevinster og gjennomføringsrisiko i steg 2. Strategien vil uansett måtte suppleres med mer detaljerte planer når anskaffelsene skal gjennomføres. Vurderinger som ikke ventes å ha vesentlig betydning for kostnader eller risiko vil med fordel kunne utsettes til det er mer avklart hvilken kontekst anskaffelsene vil gjennomføres i.

Forprosjektet har vært underlagt Statens prosjektmodell for store investeringer. Kontraktstrategien er følgelig utformet i tråd med retningslinjene i Finansdepartementets rundskriv R-108/19 (2), med tilhørende veiledere. Dokumentstrukturen og begrepsbruken er tilpasset Veileder nr. 7 "Kontraktstrategi" (3). Kontraktstrategien skal, i henhold til veilederen, beskrive hvordan man sikrer hensiktsmessig konkurranse i utvelgelsesfasen, hvordan man fordeler oppgaver, ansvar og usikkerhet, og hvilke kontraktuelle virkemidler som bør være etablert for å understøtte styring i gjennomføringsfasen. Det er lagt til grunn at også veilederen legger opp til at kontraktstrategien skal være noe overordnet, med fokus på prinsipielle spørsmål.

Kapittel 1 angir bakgrunn, mål og rammebetingelser for steg 2. Kapittel 2 gir en overordnet oppsummering av det viktigste grunnlaget for kontraktstrategien, herunder omfanget av aktiviteter og innholdet i anskaffelser i steg 2, overordnet gjennomføringsstrategi, markedsvurderinger, usikkerhet, erfaringer fra andre tiltak og oppdragsgivernes og leverandørenes forutsetninger for å gjennomføre oppgavene som vil inngå i steg 2. Kapittel 3 vurderer alternative tilnærminger til de mest prinsipielle spørsmålene i strategien, mens kapittel 4 adresserer andre strategiske og taktiske spørsmål. Kapittel 5 til 8 omhandler informasjonssikkerhet, eventuell påvirkning på leverandørmarkedene, anbefalinger for det videre arbeidet og strategiutviklingsprosessen.

Kontraktstrategien er basert dagens markedssituasjon og risikobilde, og bør oppdateres ved endrede forhold.

2 Bakgrunn, mål og rammebetingelser

2.1 Bakgrunn

Direktoratet for e-helse utarbeidet i 2018 en konseptvalgutredning, blant annet for digital samhandling mellom aktørene i den offentlige helsetjenesten i Norge (4). Direktoratet anbefalte i juli 2018 konsept 7; "Nasjonal kommunal løsning for pasientjournal med helhetlig samhandling". Anbefalingen ble bekreftet av ekstern kvalitetssikrer høsten 2018 (KS1), og departementet besluttet med grunnlag i dette at det skulle gjennomføres et forprosjekt. Rapporten fra dette forprosjektet ble levert til departementet i mars 2020, med blant annet en anbefaling om å realisere løsninger for samhandling i helsesektoren stegvis.

Programmet ledes av Direktoratet for e-helse, og gjennomføres i tett samarbeid med Norsk helsenett SF. Også representanter for helsevirksomhetene og øvrige berørte aktører i sektoren er løpende involvert. Steg 1 av utviklingsretningen har pågått siden våren 2021, og omfatter utvikling i tilknytning til grunndata- og tillitstjenester, løsningen Nasjonal kjernejournal og en nasjonal informasjonstjeneste for oppslag i laboratorie- og radiologisvar (NILAR), samt et forprosjekt for steg 2. Forprosjektet for steg 2 gjennomføres med et sektorsammensatt programstyre, som bidrar blant annet til prioritering av sektorens behov og til forankring av programmets mål og leveranser blant aktørene i sektoren.

Konseptvalgutredningen fra 2018 pekte på blant annet betydningen av god informasjonssikkerhet, bruk av dialogbaserte anskaffelser der dette er relevant, og åpne behovsbeskrivelser. Den påpekte videre viktigheten av at kontrakter inneholder relevante opsjoner på utvidelser, for å sikre fleksibilitet og å begrense kostnader knyttet til gjentatte anskaffelser.

Rapporten fra kvalitetssikringen av konseptvalgutredningen gav blant annet følgende anbefalinger for arbeidet med senere kontraktstrategier:

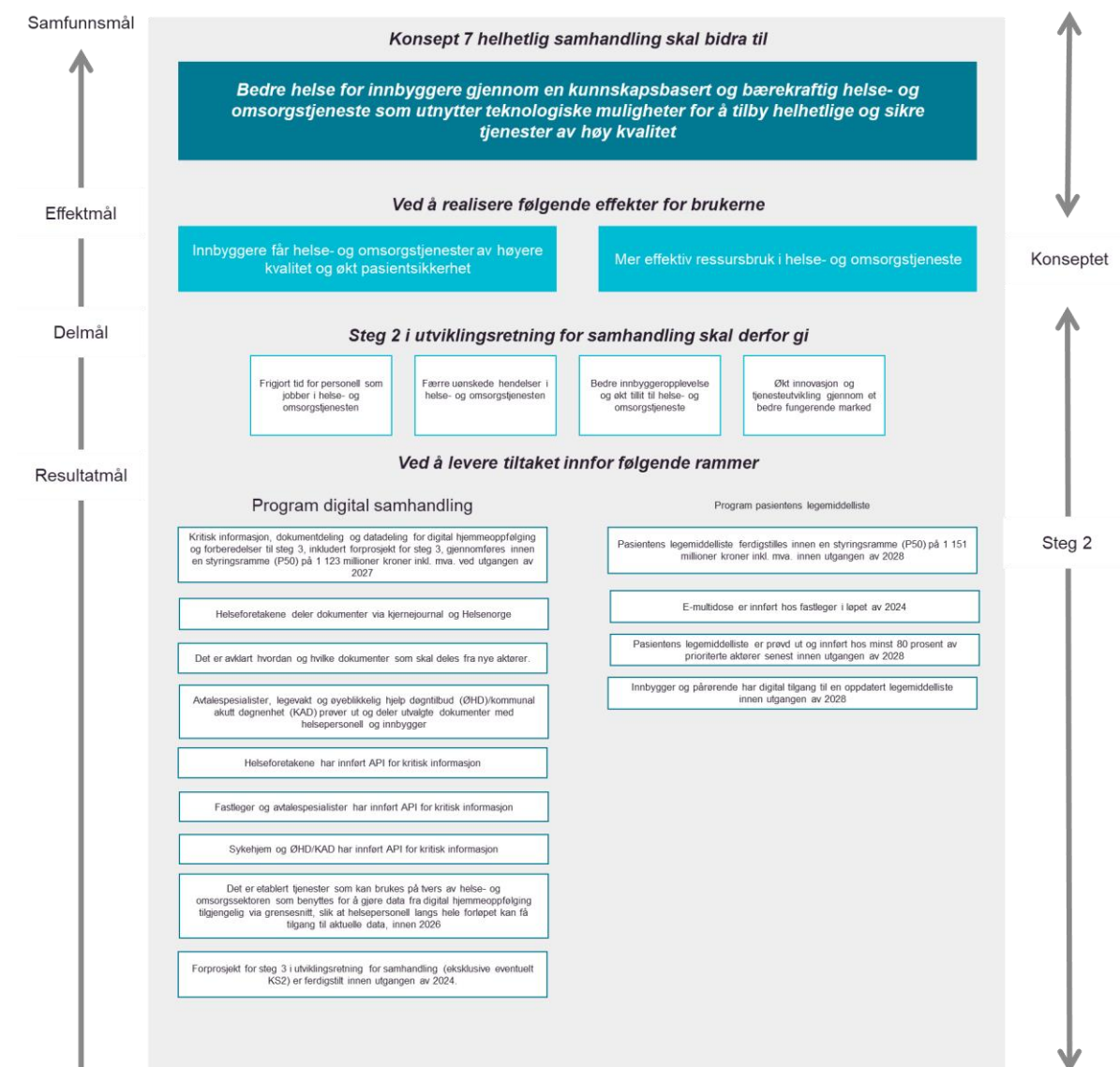
- Bruke erfaringer fra Helseplattformen. [...]
- Vurdere å gjennomføre en markedsdialog i forbindelse med utarbeidelse av konkurransegrunnlaget, for blant annet å evaluere om kravene som stilles harmoniserer med utviklingsretningen innen leverandørmarkedet.
- Vurdere på hvilken måte samhandlingsløsningen kan bygge videre på dagens nasjonale samhandlingsløsninger, og de samhandlingsløsninger som eventuelt er under utvikling eller anskaffelse. Basert på dette bør det besluttes om samhandling skal anskaffes som en egen plattform (HIE) eller om den skal komplettere eksisterende løsninger.
- Bygge inn realopsjoner om fleksibilitet i kontrakten (ref. Vedlegg F til KVV), med særskilt vekt på å kunne variere løsningen og avslutte steg 2 [...]
- Sikre at kontraktstrategien understøtter innovasjon i hele investeringsperioden

Det følgende utgjør kontraktstrategien for steg 2 av utviklingsretningen.

2.2 Mål for steg 2 og anskaffelsene

Målene for steg 2 er oppsummert i Figur 1 nedenfor. Steg 2 skal bidra til å realisere målbildet for Helhetlig samhandling. Samfunns målet og effektmålene gjelder for konseptet for digital

samhandling, som er del av det valgte konsept 7 i konseptvalgutredningen fra 2018. Samfunns- og effektmålene er en videreføring av målene i det sentrale styringsdokumentet for helhetlig samhandling og felles kommunal journal fra 2020. Delmålene og resultatmålene gjelder kun for steg 2.



Figur 1 Målhierarki for steg 2

2.3 Omfang, kompleksitet og kritikalitet av tiltakene

Innholdet i steg 2 er nærmere beskrevet nedenfor og i Vedlegg G Omfang. Steg 2 skal realisere flere forskjellige typer samhandlingstjenester. Tjenestene vil bygge på en rekke eksisterende og nye løsningskomponenter, med ulik arkitektur og teknologi. De vil også ha avhengigheter til en rekke grunnmurskomponenter, som Helse-ID og flere registerkomponenter. Endelig skal de sentrale samhandlingsløsningene integreres med lokale systemer hos et stort antall helsevirksomheter over hele landet.

Steg 2 vil ha høy organisatorisk kompleksitet, med avhengigheter til helsevirksomhetene i sektoren. Det er disse virksomhetene som skal benytte samhandlingstjenestene og realisere

gevinstene. Steg 2 vil videre forutsette et nært og godt koordinert samarbeid mellom Norsk helsenett SF, som operativt ansvarlig, og Direktoratet for e-helse, som vil være overordnet ansvarlig for steg 2 og for relevante myndighetstiltak.

Steg 2 inneholder samhandlingstjenester som er sterkt etterspurt i helse- og omsorgssektoren. Det forventes at tjenestene vil øke kvaliteten og effektiviteten i behandlingstilbudet og redusere risikoen for feilbehandling og pasientskader. Kritikaliteten vurderes følgelig som høy, og det er viktig at arbeidet med steg 2 holder høy kvalitet og god fremdrift. Forsinkelser i gjennomføringen vil kunne få store konsekvenser for helse- og omsorgssektoren og for pasientene.

2.4 Føringer og rammebetingelser

Gjennomføringen av steg 2 vil måtte skje i henhold til flere *lover og forskrifter*. De viktigste fremgår av Sentralt styringsdokument, Hovedrapport, kapittel 1.4.2. I anskaffelsesfasen vil særlig lov om offentlige anskaffelser av 17. juni 2016 og forskrift om offentlige anskaffelser av 12. august 2016 (anskaffelsesforskriften) være sentrale.

Det følger av anskaffelsesforskriften § 8-12 at "Der det finnes fremforhandlede og balanserte *kontraktstandarter*, skal oppdragsgiveren som hovedregel bruke disse." Det finnes ikke fremforhandlede kontraktstandarter som er relevante for anskaffelsene i steg 2, men Statens standardavtaler (SSA) for kjøp av IT og konsulenttjenester er mye brukt av offentlige virksomheter ved IT-relaterte anskaffelser. De er godt kjent blant leverandørene, og oppfattes som forholdsvis balanserte. Bestemmelsen har i praksis blitt tolket som en "ordensregel", det vil si at det ikke foreligger et brudd på regelverket dersom det ikke benyttes fremforhandlede og balanserte kontraktstandarter.

Relevante *krav til bruk av standarder* er særlig regulert i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger (FOR-2015-07-01-853). Forskriften angir hvilke standarder det er obligatorisk å benytte, mens Referansekatalogen for e-helse (5) angir både obligatoriske og anbefalte standarder. Realiseringen av målbildet for samhandling vil også gjøre det nødvendig å stille en rekke nye krav til aktørene i helse- og omsorgssektoren. Tekniske krav og standarder for samhandling er nærmere beskrevet i Vedlegg H Prinsipper, tekniske krav og standarder for samhandling. Samhandlingsløsningene må utvikles i tråd med disse kravene, og aktørene i helse- og omsorgstjenesten vil måtte påse at deres løsninger videreutvikles på en slik måte at kravene oppfylles.

Direktoratet for e-helse har etablert en funksjon for *nasjonal arkitekturstyring*, som vil ha et ansvar for å utarbeide og forvalte grunnlag for arkitekturstyring i helsesektoren, og å gi sektoren informasjon og veiledning i bruken av dette. Nasjonal arkitekturstyring skal utøves med grunnlag i fastsatte arkitekturprinsipper, referansearkitekturer, standarder, målbilder og veikart.

Blant generelle føringer fra Stortinget og regjeringen, kan blant annet *politiske mål om innovasjon og næringsutvikling* ha betydning for kontraktstrategien. Regjeringen la 5. april 2019 frem en stortingsmelding om helsenæringen (6), og Stortinget har senere sluttet seg til målene i meldingen. Høsten 2021 publiserte Direktoratet for e-helse en rapport om samarbeid mellom den offentlige helsetjenesten og næringslivet på e-helseområdet. I rapporten legges det til grunn at digitalisering gir store muligheter til å utvikle helse- og omsorgstjenesten til det beste for pasienter, helsepersonell og innbyggere, og at det bør legges til rette for bedre samhandling, større handlingsrom for innovasjon, og styrket samarbeid med næringslivet.

3 Grunnlag for kontraktstrategien

3.1 Arbeidsomfang og anskaffelser

3.1.1 Hovedaktiviteter, ansvarsfordeling og avgrensninger

Det er vurdert at steg 2 av utviklingsretningen for digital samhandling bør bestå av tiltak innen fire funksjonelle samhandlingsområder:

- Dokumentdeling
- Kritisk informasjon
- Datadeling for digital hjemmeoppfølging
- Pasientens legemiddelliste

I tillegg skal det som en del av steg 2 gjennomføres et forprosjekt for steg 3 av utviklingsretningen for digital samhandling.

Med unntak for samhandlingsområdet *Datadeling for digital hjemmeoppfølging*, vil alle samhandlingsområdene baseres på videreutvikling av samhandlingsløsninger som til dels allerede er i bruk i helse- og omsorgssektoren. Samhandlingsområdene vil imidlertid ha ulik grad av modenhet med tanke på hvor mye som gjenstår før ny funksjonalitet kan tas i bruk av virksomhetene i sektoren. For samhandlingsområdet *Datadeling for digital hjemmeoppfølging*, skal det også i steg 2 etableres en helt ny løsning.

Norsk helsenett SF vil ha det operative ansvaret for å etablere og videreutvikle de nasjonale samhandlingsløsningene, og vil ha ansvaret for anskaffelser som inngår i dette. Direktoratet for e-helse vil være ansvarlig for forprosjektet for steg 3 og for en overordnet oppfølging av helheten i steg 2 på vegne av statsforvaltningen, og da også for anskaffelser som er knyttet til disse oppgavene. Begge virksomhetene vil være engasjert i ulike innføringsaktiviteter rettet mot virksomhetene som skal samhandle via de nye løsningene.

Kontraktstrategien adresserer ikke eventuelle anskaffelser som vil måtte foretas av virksomhetene som skal benytte samhandlingsløsningene, da virksomheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten selv har ansvaret for tilpasning av egne løsninger og lokale innføringsaktiviteter. Behovet for lokale tekniske forberedelser og lokale innføringsaktiviteter vil imidlertid være omfattende, og vil medføre både avhengigheter og usikkerhet for gjennomføringen av steg 2.

Strategien adresserer heller ikke eventuelle ressurskjøp mellom direktoratet og Norsk helsenett SF, eller mellom disse etatene og andre virksomheter i eller eiet av statsforvaltningen, for eksempel helseforetak. Det vil antagelig være begrenset behov for slike ressurskjøp, og de vil også være ukompliserte anskaffelser fra et kontraktstrategisk perspektiv. Anskaffelsene vil blant annet være unntatt fra regelverket for offentlige anskaffelser i kraft av bestemmelser om offentlig egenregi¹.

3.1.2 Arbeidsomfang for sentrale utviklings- og innføringsaktiviteter

De sentrale samhandlingsløsningene for *Dokumentdeling* og *Kritisk informasjon* vil langt på vei være ferdig utviklet i det steg 2 igangsettes. For at løsningene skal kunne tas i bruk av

¹ Forskrift om offentlige anskaffelser § 4-1 bokstav a (egenregi) og § 3-1 («utvidet» egenregi)

virksomhetene i helse- og omsorgssektoren, vil det imidlertid være behov for en god del tilrettelegging. Dette vil medføre et behov for ressurser til:

- Innføringsaktiviteter overfor virksomhetene som skal ta løsningene i bruk
- Teknisk tilrettelegging og fortløpende tilpasninger i løsningene (utvikling, testing mv.)
- Faglige utredninger, herunder juridiske vurderinger
- Prosessledelse og prosjektkontor (PMO)
- Utvidelser av driftsplattformene for løsningene, ettersom flere helsevirksomheter tar dem i bruk

Samhandlingsområdet *Datadeling for digital hjemmeoppfølging* vil bygge på erfaringer fra Velferdsteknologiprogrammet, et program i regi av Helsedirektoratet som legger til rette for datadeling i tilknytning til bruk av velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten. Men samhandlingsområdet vil realiseres gjennom nye løsningskomponenter, som skal utvikles som del av steg 2. Påfølgende utprøvnings- og innføringsaktiviteter vil gjennomføres i regi av Velferdsteknologiprogrammet eller i senere steg av utviklingsretningen mot målbildet for helhetlig samhandling. Realiseringen av samhandlingsområdet vil i lys av dette, primært forutsette ressurser til følgende aktiviteter:

- Utvikling, testing, utprøving mv.
- Faglige utredninger, herunder juridiske vurderinger
- Prosessledelse og prosjektkontor (PMO)
- Etablering av driftsplattform og forvaltning av denne

Som det fremgår av kapittel 2.1 Bakgrunn, gav konseptvalgutredningen fra 2018 anvisning om at man i den videre prosessen burde vurdere «på hvilken måte samhandlingsløsningen kan bygge videre på dagens nasjonale samhandlingsløsninger, og de samhandlingsløsninger som eventuelt er under utvikling eller anskaffelse. Basert på dette bør det besluttes om samhandling skal anskaffes som en egen plattform (HIE) eller om den skal komplettere eksisterende løsninger.» Datadelingsløsningen har i steg 2 et begrenset ambisjonsnivå. Men løsningen vil kunne danne grunnlag for stadig nye bruksområder i de påfølgende stegene. Det er på det nåværende tidspunktet usikkert i hvilken grad standardløsninger som finnes i markedet vil kunne dekke behovene som skal realiseres i steg 2 og senere steg. Den teknologiske utviklingen på dette området går imidlertid raskt. Gitt den potensielle fremtidige betydningen av de løsningsvalg som vil treffes i steg, bør det gjøres en grundig vurdering på tidspunktet for realisering av løsningen, av hvorvidt løsningen kan baseres helt eller delvis på standardkomponenter som kan anskaffes i markedet, eller om det må utvikles en helt ny løsning. Det må også vurderes i hvilken grad allerede utviklede komponenter kan gjenbrukes.

Samhandlingsområdet *Pasientens legemiddelliste* skal etablere en sentral oversikt over alle legemidler den enkelte pasient bruker til enhver tid (Pasientens legemiddelliste), som kan være tilgjengelig for de helsevirksomhetene hvor pasienten til enhver tid mottar helsetjenester. Realiseringen av samhandlingsområdet baseres på de tre løsningskomponentene *Reseptformidleren*, *Nasjonal kjernejournal* og *Sentral forskrivningsmodul*, samt noe videreutvikling av disse. Ved inngangen til steg 2, vil det særlig gjenstå systemutvikling i tilknytning til Sentral forskrivningsmodul. Utover dette vil aktivitetene i steg 2 i hovedsak bestå i ganske omfattende innføringsaktiviteter, knyttet til å bistå helsevirksomhetene med å ta Pasientens legemiddelliste i bruk.

Det vil følgelig være behov for ressurser til følgende aktiviteter:

- Utvikling, testing og utprøving av Sentral forskrivningsmodul
- Fortløpende tilpasninger i de øvrige løsningskomponentene (utvikling, testing mv.), herunder teknisk tilrettelegging for innføring
- Innføringsaktiviteter overfor virksomhetene som skal ta tjenesten i bruk
- Faglige utredninger, herunder juridiske vurderinger
- Prosessledelse og prosjektkontor (PMO)
- Utvidelser av driftsplattformene, ettersom flere helsevirksomheter tar løsningene i bruk

I tilknytning til direktoratets ansvar for programoppfølgingen og gjennomføring av forprosjektet for steg 3, vil direktoratet i tillegg ha behov for ressurser til:

- Prosessledelse og prosjektkontor (PMO)
- Faglige utredninger, herunder juridiske vurderinger
- Løpende ekstern kvalitetssikring av programmet

En mer detaljert beskrivelse av arbeidsomfanget følger av vedlegg G *Omfang* og vedlegg K *Prioritering av tiltak i steg 2*.

3.1.3 Anskaffelsesbehov

Oppgavene i steg 2 som tilfaller Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF vil i hovedsak gjennomføres av ansatte i de to virksomhetene. Det forventes imidlertid at det også vil bli behov for å supplere den interne bemanningen i begge virksomhetene ved kjøp av kapasitets- og kompetanseforsterkninger. De fire samhandlingsområdene vil medføre flere av de samme behovene for anskaffelser, men i noe forskjellig omfang.

Oppsummert, vil det særlig kunne bli behov for å anskaffe tjenester innen følgende ressurskategorier:

- Ressurser til utvikling og forvaltning mm.
- Ressurser til innføring og opplæring
- Ressurser til faglige utredninger
- Ressurser til prosessledelse og prosjektkontor (PMO)
- Ressurser til ekstern kvalitetssikring

Det vil videre kunne bli aktuelt å basere større eller mindre deler av løsningen for Datadeling for digital hjemmeoppfølging på ferdig utviklet programvare som anskaffes i leverandørmarkedet. Endelig vil det bli behov for å anskaffe servere og programvare med mer i forbindelse med utvidelsene av *driftsplattformene* som løsningene skal kjøre på.

Ressurser til utvikling og forvaltning mm. vil også omfatte ressursforsterkninger til oppgaver som teknisk sikkerhet, testing, dokumentasjon, driftsoppgaver og annen teknisk tilrettelegging. Det vil primært være Norsk helsenett SF som vil ha behov for å anskaffe denne typen ressurser. Norsk helsenett SF har valgt å organisere utvikling og forvaltning i form av autonome arbeidsgrupper (DevOps), som står for design av løsninger, utviklingsoppgaver, tilpasninger, test- og implementering, og drift- og forvaltningsoppgaver. Aktuelle fagområder er særlig tjeneste- og interaksjonsdesign, systemutvikling,

systemforvaltning, test og testledelse, og arkitektur. Innen denne ressurskategorien vil det antageligvis være et relativt stort behov for å tilføre ekstern kapasitet og spisskompetanse.

Ressurser til innføring og opplæring vil omfatte ressurser til innføringsaktiviteter som gjennomføres i regi av direktoratet og Norsk helsenett SF, da særlig koordinerings- og kommunikasjonsoppgaver og aktiviteter som skal legge til rette for opplæring og innføring i helsevirksomhetene. I det sentrale innføringsprosjektet vil det blant annet kunne bli behov for å styrke organisasjonen med kompetanse innen helsefag, prosessledelse og IKT-fag. Innføringsaktivitetene i steg 2 vil ha et stort omfang, men det ventes likevel at det vil være et moderat behov for kapasitets- og kompetanseforsterkninger til dette arbeidet.

Ressurser til faglige utredninger omfatter anskaffelser av forskjellige kategorier av fagkompetanse, som kan bidra i de utredningsaktivitetene som vil inngå i samhandlingsområdene og forprosjektet. Dette kan være IT-faglige, helsefaglige, økonomiske, juridiske og andre vurderinger og utredninger, for eksempel knyttet til teknisk og helsefaglig standardisering, personvern vurderinger, arkitektur vurderinger, informasjonssikkerhetsvurderinger mv. Det ventes at det også hver vil være et moderat omfang av kapasitets- og kompetanseforsterkninger.

Ressurser til prosessledelse og prosjektkontor vil omfatte ressurser som kan bistå med planleggings-, koordinerings- og kommunikasjonsaktiviteter, økonomioppfølging og andre støttefunksjoner i programmene og prosjektene. Det ventes et begrenset behov for slike anskaffelser.

Ressurser til ekstern kvalitetssikring vil omfatte ressurser som kan gjennomføre kvalitetssikringsaktiviteter med en tilstrekkelig grad av uavhengighet. Her vil det primært være behov for et team som kan bistå direktoratet med den overordnede oppfølgingen av programmene.

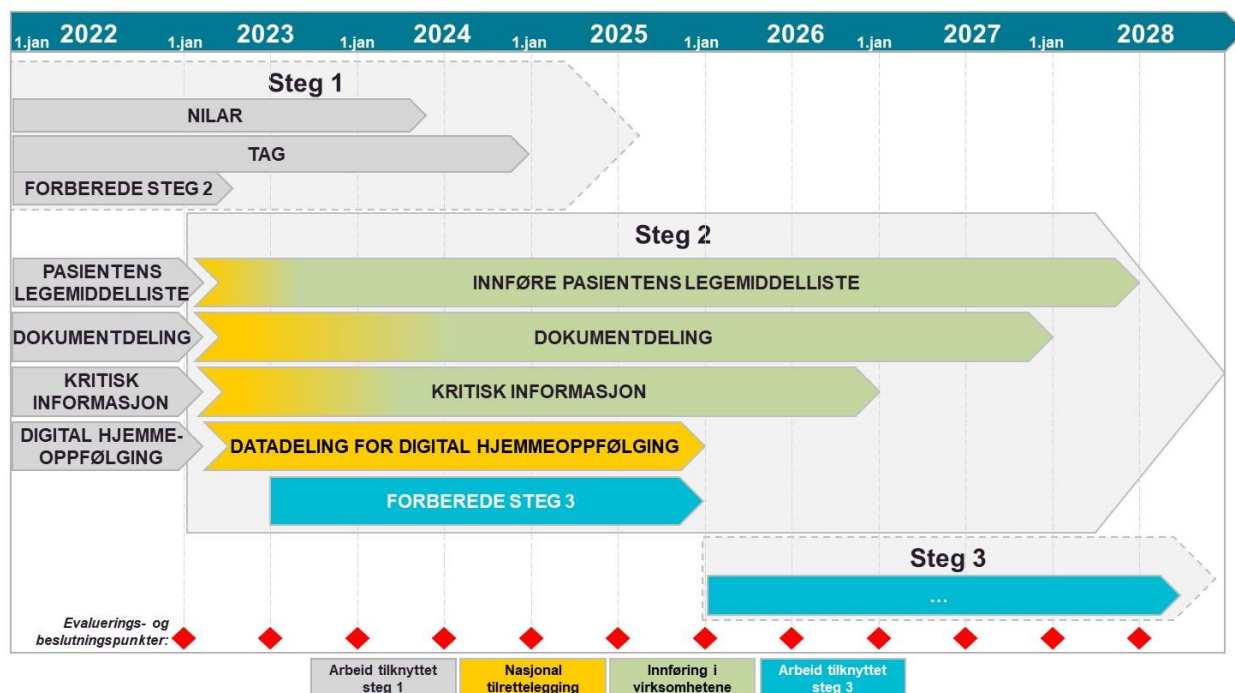
For flere av ressurskategoriene nevnt ovenfor, er det usikkerhet knyttet til hvor omfattende behovet for kompetanse- og kapasitetsforsterkninger vil bli. For det første, ligger gjennomføringen av steg 2 flere år frem i tid, og det er usikkerhet knyttet til i hvilken grad direktoratet og Norsk helsenett SF vil velge og evne å rekruttere ressurser i de nevnte kategoriene frem til og i løpet av gjennomføringen av steg 2. Behovet for innleie vil også avhenge av den totale arbeidsbelastningen i de to virksomhetene og av den interne ressursdisponeringen. Det er videre også noe usikkerhet knyttet til hvor ressurskrevende aktivitetene vil bli.

Denne usikkerheten antas imidlertid ikke å ha vesentlig betydning for kontraktstrategien, da kontraktstrategien primært adresserer de mer prinsipielle sidene av de forestående anskaffelsene. Behovet for anskaffelser vil antagelig samlet sett være moderat, siden både direktoratet og Norsk helsenett SF har egne ressurser innen alle de nevnte ressurskategoriene. Som det fremgår nedenfor, antas det heller ikke å foreligge markedsusikkerhet med vesentlig betydning for gjennomføringen av steg 2.

3.2 Overordnet gjennomføringsstrategi

Utviklingen av samhandlingsfunksjonalitet er i dag hovedsakelig sentrert rundt enkeltstående verdikjeder, for eksempel på områdene legemiddelhåndtering og dokumentinnsyn. Gjennomføringsstrategien vil, også i steg 2, hovedsakelig bygge videre på de eksisterende nasjonale samhandlingsløsningene.

Figur 2 illustrerer overordnet gjennomføringsplan for steg 2 med tilhørende samhandlingsområder. Den overordnede gjennomføringsplanen innebærer at steg 2 starter opp før steg 1 har ferdigstilt sine leveranser.



Figur 2 Overordnet gjennomføringsplan for steg 2

Steg 2 handler hovedsakelig om å videreføre arbeidet med nasjonale tjenester som allerede er etablert eller som er under etablering. En stor del av steg 2 er innføringsaktiviteter og aktiviteter knyttet til tilpasninger som helsevirksomhetene må gjøre i egne systemer.

Direktoratet for e-helse vil på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ha det overordnede ansvaret for å realisere steg 2 i samarbeid med Norsk helsenett SF. Etter en eventuell investeringsbeslutning om gjennomføring av steg 2, vil sektorsammensatte programstyrer være ansvarlige for at programmene leverer innenfor avtalte rammer (kostnader, nytte og fremdrift m.m.).

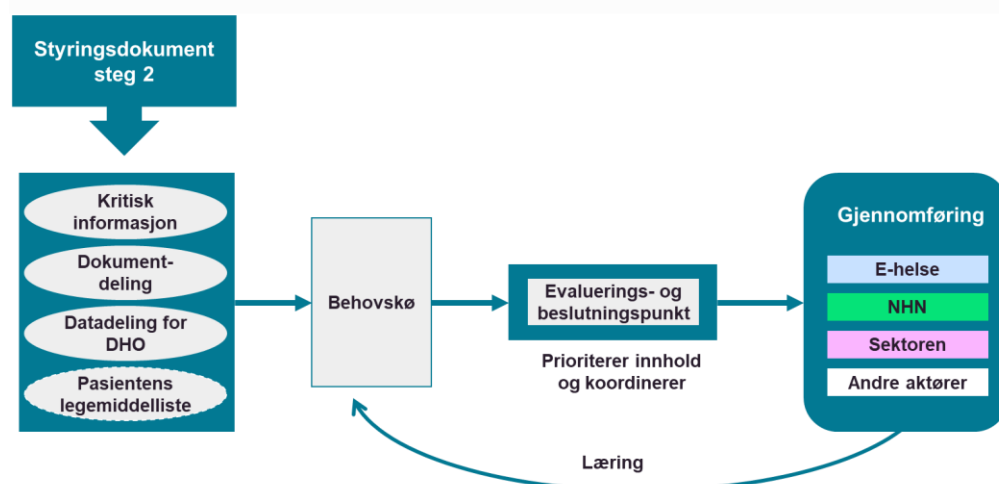
Organiseringen av steg 2 skal bidra til å sikre fremdrift, og at avhengigheter og eskalering av uenigheter håndteres, samt at steg 2 bygger opp under det langsiktige målbildet for helhetlig samhandling. Steg 3 og kommende steg i målbildet for helhetlig samhandling må vurdere om det er behov for å endre organiseringen på et senere tidspunkt, basert på læring og erfaringer fra steg 2.

Forprosjektet anbefaler at gjennomføringen av steg 2 organiseres i to programmer:

- Program digital samhandling
- Program pasientens legemiddelliste

program pasientens legemiddelliste koordinerer aktivitetene som inngår i samhandlingsområdet pasientens legemiddelliste, mens program digital samhandling vil koordinere de øvrige samhandlingsområdene og forprosjektet for steg 3.

Gjennomføringsmodellen for både program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste tar utgangspunkt i målene, de økonomiske rammene og arbeidsomfanget for steg 2. Gjennomføringsmodellen er illustrert i Figur 3.



Figur 3 Gjennomføringsmodell for steg 2

Norsk helsenett SF vil ha ansvaret for å etablere, detaljere og modne ulike arbeidspakker, for å løse konkrete behov i sektoren, heretter omtalt som behovskøen. Involvering av sektoren vil være en forutsetning for å lykkes, da det er aktørene i sektoren som sitter nærmest behovet.

Behovskøen vil i hovedsak bestå av følgende behov:

- 1) Gjøre tekniske samhandlingsløsninger tilgjengelig
- 2) Sikre at virksomhetene i sektoren er klare til å ta samhandlingsløsningene i bruk
- 3) Innføre samhandlingsløsningene, og følge opp at disse blir tatt i bruk

Under ledelse av Norsk helsenett SF, skal Direktoratet for e-helse, sektoren og andre relevante aktører bidra til å modne og konkretisere behovskøen. Forslag til hva som bør inngå i behovskøen vil danne grunnlaget for prioriteringer ved evaluerings- og beslutningspunkter. Dette vil forutsette at behovene er tydelig definerte (hva må gjøres av hvem), med anslag om omfang, nytte og drifts- og forvaltningskonsekvenser. Utkast til prioritert behovskø vil så legges frem for programstyrene.

3.3 Leverandørmarkeder og markedsusikkerhet

3.3.1 Leverandørsegmenter

Følgende figur gir en oversikt over aktuelle leverandørsegmenter:



Figur 4 Leverandørsegmenter

3.3.1.1 Konsulentttjenester innen økonomi, revisjon og juss

Dette er leverandører som kan bistå i juridiske vurderinger og samfunnsøkonomiske analyser. Det finnes to hovedkategorier av leverandører:

- Leverandører som spesialisere seg på et eller et fåtall av disse fagområdene, som for eksempel CMS Kluge AS, Oslo Economics med flere
- Tjenesteleverandører som tilbyr et bredt spekter av konsulentttjenester, som for eksempel EY, Deloitte, PwC, CapGemini, Sopra Steria med flere

3.3.1.2 Konsulentttjenester til organisasjonsutvikling og kommunikasjonsrådgivning

Dette er leverandører som kan bistå i prosessledelse, kommunikasjonsrådgivning, innføringsaktiviteter og endringsledelse. Det finnes to hovedkategorier av leverandører:

- Leverandører som spesialisere seg på et eller et fåtall av disse fagområdene, som for eksempel TRY-huset med flere
- Tjenesteleverandører som tilbyr et bredt spekter av konsulentttjenester, som for eksempel EY, Deloitte, PwC, CapGemini, Sopra Steria med flere

3.3.2 Konsulentttjenester til utvikling av programvare og IKT-løsninger

Dette er leverandører som kan bistå innen utvikling, programmeringstjenester, integrasjonstjenester mv. Det finnes to hovedkategorier av leverandører:

- Leverandører som kun tilbyr kompetanse, dvs. enkeltpersoner eller team, som for eksempel Bekk Consulting AS, A2 med flere
- Leverandører som kan tilby både programvare og utviklingskapasitet, som for eksempel Accenture, Sopra Steria, Tieto EVRY med flere

3.3.2.1 Programvare til applikasjonsutvikling, programvareprodukter og integrasjoner

Dette er leverandører som leverer programvare til applikasjonsutvikling, integrasjon og drift. Leverandørsegmentet omfatter blant annet programvare for datadeling.

Her finnes det flere måter å segmentere leverandørene på:

- Leverandører som leverer programvare og programmeringstjenester og andre konsulentttjenester, som for eksempel Accenture, Sopra Steria og IBM med flere
- Leverandører som utvikler og selger programvare som produkter, som for eksempel Visma med flere

3.3.3 Markedsvurdering og markedsusikkerhet

3.3.3.1 Aktive avtaler og tilgangen til leverandører

Behov for ressursbistand til Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF dekkes i dag primært gjennom et sett med rammeavtaler og dynamiske innkjøpsordninger. Direktoratet og Norsk helsenett SF har i dag avtaler med en lang rekke leverandører innenfor de aktuelle leverandørsegmentene.

3.3.3.1.1 Rammeavtaler for konsulenttjenester

For å adressere behovet for kompetanse og kapasitet til å ivareta behovene knyttet til utviklingen av de nasjonale løsningene, gjennomførte Direktoratet for e-helse i 2019 en anbudskonkurranse for å inngå nye rammeavtaler. Rammeavtalene kan også benyttes av Norsk helsenett SF. Anbudskonkurransen omfattet følgende 10 tjenesteområder med tilhørende fagområder:

- Program- og prosjektledelse
- Strategisk rådgivning
- Behovsanalyse og løsningsspesifisering
- Løsningsutvikling
- Test og testledelse
- Helsefag
- Forebyggende sikkerhet og beredskap
- Informasjonssikkerhet og personvern
- Kommunikasjon og formidling
- Kunnskap, analyse og evaluering

Direktoratet for e-helse valgte å inngå kontrakt med 30 leverandører blant annet knyttet til samhandlingsløsningene. Leverandørene omfatter blant annet de fleste av selskapene som er nevnt ovenfor. Avtalene har opsjoner på forlengelse frem til desember 2023. Det vil følgelig være behov for å inngå nye rammeavtaler for å dekke behovene knyttet til program digital samhandling Steg 2. Anskaffelsene vil baseres på erfaringer fra tidligere rammeavtaler.

3.3.3.1.2 Dynamisk innkjøpsordning for Norsk helsenett SF

Norsk helsenett SF har etablert dynamiske innkjøpsordninger (DPS) for kjøp av ressursbistand knyttet til en rekke kompetanseområder. Ordningene kan også benyttes av den statlige helseforvaltningen.

De dynamiske innkjøpsordningene for administrative konsulenttjenester består av fem ulike kategorier:

- Konsulenttjenester innen analyse og evalueringer
- Konsulenttjenester innen strategi og virksomhetsutvikling
- Konsulenttjenester innen organisasjonsutvikling
- Konsulenttjenester innen økonomistyring
- Konsulenttjenester innen prosjektledelse og prosjektstøtte

De dynamiske innkjøpsordningene for konsulenttenester innen IKT består av 16 ulike kategorier.

- Konsulenttenester innen IKT prosjektledelse og -støtte
- Konsulenttenester innen IKT styring og forvaltning (governance)
- Konsulenttenester innen test og testledelse
- Konsulenttenester innen informasjonssikkerhet
- Konsulenttenester innen IT-arkitektur
- Konsulenttenester innen IKT-systemer og plattformer
- Konsulenttenester innen data- og telekommunikasjon
- Konsulenttenester innen innovasjon
- Konsulenttenester innen informasjonsforvaltning og -modellering
- Konsulenttenester innen systemutvikling .Net
- Konsulenttenester innen systemutvikling Java
- Konsulenttenester innen systemutvikling BI/datavarehus
- Konsulenttenester innen øvrig systemutvikling (.net, Java, BI/datavarehus, Sharepoint, Office365)
- Konsulenttenester innen tjenstedesign og «front-end» utvikling
- Konsulenttenester innen e-læring
- Konsulenttenester innen Office365 og Sharepoint

Mer enn 350 leverandører er kvalifisert til disse innkjøpsordningene. Ordningene er løpende, men med økonomiske rammer for hvor mye som kan anskaffes under ordningene. Norsk helsenett SF vil supplere ordningene etter behov.

3.3.3.2 Vurdering av markedsusikkerhet

Det er særlig knyttet markedsusikkerhet til følgende to markedsområder:

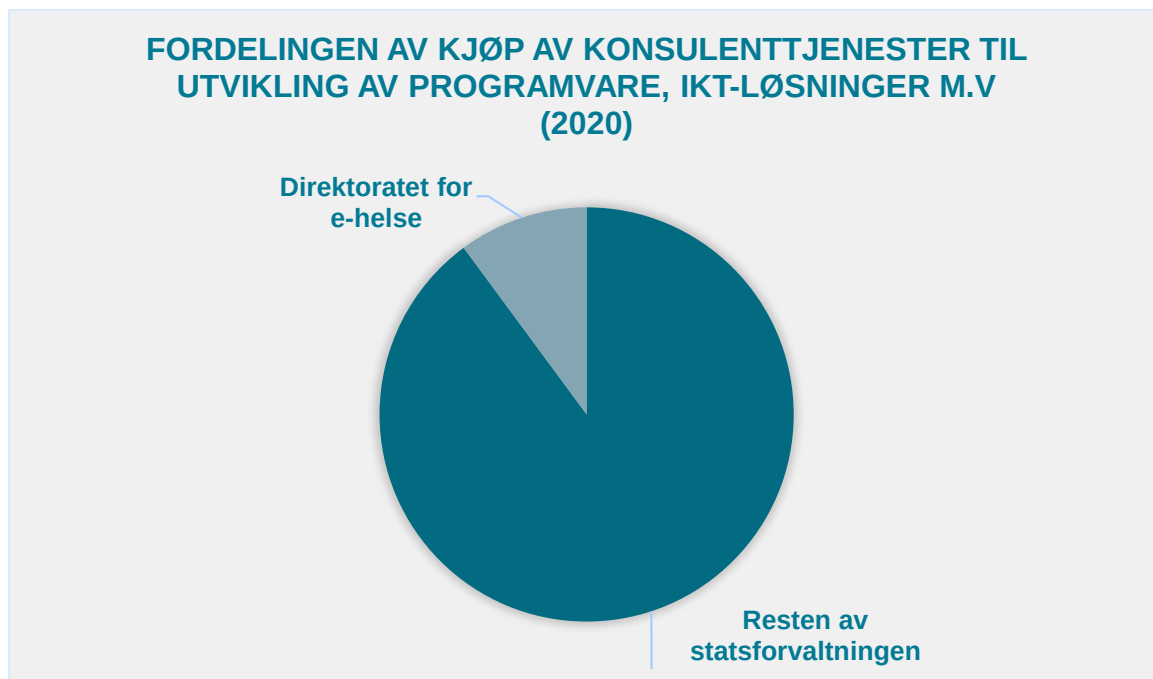
- Anskaffelse av konsulentbistand innen utvikling, test, drift og forvaltning
- Anskaffelse av teknologi for datadeling

3.3.3.2.1 Anskaffelse av konsulentbistand innen utvikling, test, drift og forvaltning

Den største markedsusikkerheten er knyttet til tilgangen til nødvendig kompetanse og kapasitet innen leverandørsegmentet konsulentbistand innen utvikling, test, drift og forvaltning. I en rapport fra 2013 fra DAMVAD og Samfunnsøkonomisk analyse (7), ble det vurdert at det allerede i 2015 ville være en underdekning av IKT-personell i Norge, med mindre universitetene utvidet utdanningskapasiteten og flere studenter søkte seg til disse studiene. I en nyere rapport utgitt av Samfunnsøkonomisk analyse AS (8) blir det slått fast at mer enn 3 000 IKT-stillinger var ubesatte i 2020. Det blir vurdert at det faktiske behovet er større. Samfunnsøkonomisk analyse AS sin nærings- og kompetansem modell (SØNK) er brukt til å framskrive framtidig sysselsetting av personer med IKT-utdanning fram til 2030.

Modellens framskrivinger tilsier at behovet for personer med IKT-utdanning øker fra rundt 56 000 personer i 2019 til 94 000 personer i 2030.

Det er i dette markedet Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF skal inngå nye avtaler. En analyse av statsregnskapet viser at Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF ikke bare konkurrerer med kjøpere i privat sektor, men at man også er en relativt liten kjøper innen offentlig sektor. Direktoratet for e-helse står, sammen med Norsk helsenett SF, for ca. 10 prosent av volumet i statlig sektor².



Figur 5 Andel av kjøp av IKT-ressurser. Kilde: Statsregnskapet

Innkjøpsvolumet er imidlertid ikke alene en avgjørende faktor for hvor attraktiv man er som kjøper. Andre faktorer som sektorens utvikling og forutsigbarhet, spiller også inn i hvorvidt Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF vil kunne tiltrekke seg riktig kompetanse.

Det samlede volumet av bistand som skal anskaffes til steg 2 er relativt lite, og markedsusikkerheten vil derfor utgjøre en risikofaktor av begrenset betydning for gjennomføringen av steg 2. Det vil imidlertid være viktig at Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF legger til rette for attraktive konkurranser når rammeavtalene og de dynamiske innkjøpsordningene skal fornyes og i de konkrete anskaffelsene til steg 2.

3.3.3.3 Anskaffelse av teknologi for datadeling for Digital hjemmeoppfølging (DHO)

Tilrettelegging for datadeling skjer særlig gjennom etablering av løsninger med API-grensesnitt (Application Programming Interface). APIer gir den enkelte virksomhet mulighet til å eksponere data og funksjoner til andre virksomheter, og representerer i så måte virksomhetene sitt digitale grensesnitt mot omverden. Disse må kunne kontrolleres på en enkel og effektiv måte gjennom et såkalt API Management, som kort forklart er prosessen for publisering, dokumentering og overvåking av APIer i et sikkert og skalerbart miljø. En API Management Full Life Cycle Platform (heretter omtalt som API Management plattform) er en

² Basert på tall fra statsregnskapet for 2020. Statsregnskapet angir kun direktoratets kostnader, men i tallene inngår også direktoratets finansiering i 2020 av tilsvarende kostnader hos Norsk helsenett SF.

teknisk løsning som understøtter denne prosessen. En slik plattform tilbyr normalt følgende funksjoner:

- API gateway (sperrer og sikrer grensesnittene, inkludert tilgangskontroll)
- Utviklerportal (gir eksterne utviklere tilgang på dokumentasjon og mulighet til å søke om tilgang)
- Analyse og overvåkning (analyser av API-bruk; hvem bruker API og til hva)
- Tjenesteintegrasjon (funksjoner for å slå sammen og oversette APIer, om nødvendig)
- Livssyklusforvaltning (hjelp til å håndtere parallell bruk, innfasing og utfasing)

Det finnes mange etablerte produktleverandører som leverer API management, og produktene tilbys "on-premise" (for etablering lokalt), som skytjenester og som hybrid-løsninger, og omtales også som integrasjonsprogramvare (Integration software). Norsk helsenett SF gjennomførte i 2019 en undersøkelse av leverandørmarkedet for å kartlegge modenheten i tilgjengelige produkter, spesielt med hensyn til å kunne understøtte informasjonstjenester for datadeling i helse- og omsorgstjenesten. Tabell 1 viser noen av de viktigste produktleverandørene innen dette segmentet, og utvalgte indikatorer knyttet til hvor relevante produktene vil være for den norske helsesektoren.

Tabell 1 Oversikt over produktleverandører for datadeling til DHO

Produkt	Omfang	Leveranse-modell	Tilpasset helse	Tilgjengelighet i Norge
IBM API Connect*	☐ API Management ☐ API Gateway ☐ Utviklingsverktøy	☐ Sky-basert ☐ On-Prem	Støtter REST FHIR API	JA
Salesforce.com (har kjøpt opp Mulesoft) *	☐ API Management ☐ API Gateway ☐ Utviklingsverktøy	☐ Sky-basert	Støtter REST FHIR API	JA
Oracle API Platform*	☐ API Management ☐ API Gateway ☐ Utviklingsverktøy	☐ Sky-basert	Støtter REST FHIR API	JA
Microsoft Azure API management*	☐ API Management ☐ API Gateway ☐ Utviklingsverktøy	☐ Sky-basert ☐ On-prem	Støtter REST FHIR API	JA
Dell Boomi API Management and Integration Platform as a Service*	☐ API Management ☐ API Gateway ☐ Utviklingsverktøy	☐ Sky-basert ☐ On-prem	Støtter REST FHIR API	UKJENT
Tyk Open Source	☐ API Management ☐ API Gateway ☐ Utviklingsverktøy	☐ Sky-basert ☐ On-prem	Støtter REST FHIR API	UKJENT

Akana by Perforce	☐ API Management ☐ API Gateway ☐ Utviklingsverktøy	☐ Sky-basert ☐ On-prem	Støtter REST FHIR API	JA
WSO2 API Manager (Open Source)	☐ API Management ☐ API Gateway ☐ Utviklingsverktøy	☐ Sky-basert ☐ On-prem	Støtter REST FHIR API	JA

Kolonnene «Tilgjengelighet i Norge» refererer til i hvilken grad det er leverandører med tilstedeværelse i Norge som kan tilby kompetansestøtte knyttet til de aktuelle produktene.

Analysen viser at leverandørmarkedet i betydelig grad gir tilgang til teknologi og kompetanse som vil kunne dekke behovet for håndtering av datadelingsgrensesnitt for digital hjemmeoppfølging. I en rapport fra International Data Corporation (IDC) fra 2020 (9), blir leverandørenes markedsandeler analysert. Rapporten viser at leverandørene merket med «*» i tabellen ovenfor representerte 62,6 prosent av det globale markedet.

3.4 Annen usikkerhet/risiko

Gjennomføringen av steg 2 vil omfatte mange forhold som bidrar til usikkerhet. De viktigste usikkerhetsfaktorene som ligger til grunn for gjennomføringsstrategien følger nedenfor.



Usikkerhet knyttet til realisering av gevinster

Realisering av gevinster i steg 2 er avhengig av at flere aktører i sektoren tar i bruk ny funksjonalitet og endrer arbeidsprosesser. Dette er aktører som ikke har én felles styringslinje. En av de viktigste driverne til usikkerhet følger av at mye av nytten i steg 2 vil oppstå et annet sted enn der investeringene tas.



Usikkerhet knyttet til mulige interessekonflikter

Steg 2 har mange interessenter og berørte parter. De ulike interessentene kan ha avvikende interesser i gjennomføringen av tiltaket. Kombinert med at det er frivillig å ta i bruk løsningene, og målet om at flest mulig likevel skal velge å ta i bruk de nye løsningene, kan interessekonfliktene skape utfordringer i styringen og gjennomføringen av tiltaket.



Usikkerhet knyttet til avhengigheter til andre pågående programmer og prosjekter

Program pasientens legemiddelliste og program digital samhandling har avhengigheter til hverandre og til andre pågående programmer og prosjekter. Dette gjelder særlig tiltak i steg 1 som etablerer nye grunndatatjenester og tillitstjenester. Forsinkelser eller mangelfull koordinering av disse tiltakene vil kunne gi forsinkelser i realiseringen av steg 2.



Usikkerhet knyttet til ivaretagelsen av målbildet for helhetlig samhandling

Målbildet for helhetlig samhandling skal realiseres gjennom en stegvis tilnærming, der det fattes investeringsbeslutning for ett og ett steg av gangen. Steg 1 er nå under gjennomføring, og som en del av steg 2 skal det gjennomføres et forprosjekt for steg 3. Det skal der avklares hva som bør være innholdet i steg 3 og hvordan steget bør styres, gjennomføres og finansieres. Denne stegvise tilnærmingen medfører utfordringer knyttet til å ivareta målbildet for samhandling på en helhetlig og effektiv måte.

I tillegg til disse usikkerhetsfaktorene og markedsusikkerheten angitt ovenfor, vil kontraktstrategien særlig måtte ta høyde for *usikkerhet knyttet til en rask teknologiutvikling i leverandørmarkedet*. Det har de siste årene kommet til stadig nye produkter i e-helsemarkedet, og nye produkter har blitt videreutviklet til modne produkter med rikere funksjonalitet. Avhengig av hva markedet kan tilby på tidspunktet for gjennomføringen av steg 2, vil kjøp av ferdigutviklet programvare kunne utgjøre et alternativ til systemutvikling, da særlig i realiseringen av Datadeling for digital hjemmeoppfølging.

Systemutvikling, særlig av kompleks programvare, vil regelmessig medføre betydelig usikkerhet, både knyttet til kostnadene og kvaliteten på det som skal utvikles. Mye av denne usikkerheten vil kunne unngås gjennom å kjøpe ferdig utviklet, testet og utprøvd programvare. I tillegg vil vedlikeholds- og videreutviklingskostnaden for programvare som selges til flere kunder, kunne fordeles mellom kundene, mens kostnadene må bæres i sin helhet av den som velger å utvikle programvare selv til egen bruk. Kjøp av ferdige løsningskomponenter bør derfor være det foretrukne alternativet, der markedet kan tilby programvare som dekker behovet. Samtidig vil det alltid måtte gjøres en konkret vurdering av hvor godt slike ferdigløsninger vil dekke behovet. Det vil også måtte vurderes hvorvidt livsløpskostnaden for egenutviklet programvare reelt overstiger livsløpskostnaden for aktuelle ferdigløsninger i det konkrete tilfellet. Der videreutviklingen har et begrenset omfang, er det mindre sannsynlig at behovene vil kunne dekkes mer kostnadseffektivt gjennom kjøp av standardkomponenter.

Risikofaktorene som er angitt ovenfor, viser ellers at steg 2 vil ha omfattende avhengigheter til de mange aktørene i sektoren og til andre e-helsetiltak. Omfanget av og kompleksiteten i steg 2 gjør det krevende å forutse alle relevante risikofaktorer og deres betydning, flere år i forkant av gjennomføringen. For å adressere dette, er det lagt til grunn at realiseringen av samhandlingsløsningene skal gjennomføres stegvis og basert på prinsipper for smidig prosjektgjennomføring. Programmene som inngår i steg 2 vil ha et betydelig behov for fleksibilitet til å kunne justere planene underveis, noe også kontraktstrategien vil måtte bidra til.

3.5 Erfaringer fra andre tiltak

I forbindelse med gjennomføringen av forprosjektet for helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning, ble det høsten 2019 gjennomført flere referansebesøk til store e-helseprosjekter, særlig i Norge og Norden. Det har også senere blitt innhentet erfaringer, blant annet fra Helseplattformen, et prosjekt i regi av Helse-Midt RHF i samarbeid med kommunene i Midt-Norge. Erfaringer fra dette prosjektet er særlig relevante, siden prosjektet er av nyere dato og gjennomføres i et samarbeid mellom mange uavhengige aktører i en

norsk kulturell kontekst. Samtidig har Helseplattformen fokus på å realisere en pasientjournaløsning, altså en annen type løsning enn de som skal realiseres i steg 2. Dette legger også noen begrensninger på i hvilken grad erfaringene er overførbare. Det samme gjelder de øvrige nevnte referansebesøkene. Men en gjennomgående erfaring er at en tett involvering av brukerne av løsningene og andre interessenter er viktig både for evnen til å utvikle løsninger som gir reell verdi og for innføringsprosessene.

Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF har mye erfaring med etablering og leveranse av nasjonale samhandlingsløsninger og -komponenter. Tidligere ble utvikling og forvaltning av løsningene i stor grad satt ut til eksterne leverandører, i form av helhetlige oppdrag. Men de senere årene har Norsk helsenett SF valgt å ta mer styring over disse leveransene selv. For *Sentral forskrivningsmodul*, er det nå valgt en forvaltningsmodell hvor man bygger opp intern kompetanse gjennom å samarbeide tett med leverandøren av løsningen. Det er etablert sammensatte team av interne ressurser og innleide ressurser, og Norsk helsenett SF har i større grad tatt styringen over prosessene. For *Reseptformidleren* er det valgt en tilsvarende tilnærming. Den eksisterende utviklingsavtalen, hvor én leverandør har hatt ansvaret for utvikling og forvaltning, er i ferd med å erstattes av en bistandsavtale, hvor Norsk helsenett SF kun kjøper spesifikk kompetanse og kapasitet fra markedet etter behov. Bakgrunnen for disse valgene, er at man ønsker sterkere intern styring og kontroll med løsningene, samtidig som man reduserer avhengigheten til leverandørene. Bruken av mer avgrensede bistandsavtaler, gir også en fleksibilitet som gjør det mulig raskt å skalere opp og ned tilførselen av ressurser ved endringer i behov og aktivitetsnivå.

Norsk helsenett SF har også bygget erfaring med ulike ansvarsmodeller i forbindelse med utviklingen og forvaltningen av publikumstjenesten Helsenorge. Tjenesten er utviklet og forvaltes med høy grad av intern styring, og med en kombinasjon av egne og innleide ressurser. Norsk helsenett SF har over tid også samlet erfaring med både anskaffede og egenutviklede løsningskomponenter. Noen av de anskaffede komponentene har etter en periode blitt byttet ut med egenutviklede komponenter, basert på konkrete kost/nytte vurderinger. Komponenter har også vært anskaffet i form av tjenester, basert på tjenestekjøpsavtaler, som har blitt integrert i løsningen. Eksempler på dette er tjenester som «chatbot» og flerparts videomøter. Denne typen tjenester er krevende å utvikle i egen regi, og det finnes et velfungerende marked for slike tjenester. Også i disse tilfellene er imidlertid tilrettelegging og løpende forvaltning gjort i egen regi, med noe innleie av ressurser basert på bistandsavtaler. Dette har vært vurdert som en nødvendig forutsetning for å ivareta helheten i løsningen. Samtidig har man ivaretatt en høy grad av fleksibilitet til å kunne supplere løsningen i tråd med den teknologiske utviklingen, gjennom anskaffelser av nye komponenter.

3.6 Partenes kompetanse og evne til å håndtere usikkerhet

Direktoratet for e-helse vil ha et overordnet ansvar knyttet til å følge opp realiseringen av steg 2 på vegne av statsforvaltningen. Direktoratet vil også ha ansvaret for å gjennomføre forprosjektet for steg 3 i utviklingsretningen for samhandling, samt oppgaver knyttet til utredninger og innføringsaktiviteter.

Direktoratet ble etablert i 2016, og har over flere år vært i en oppbyggingsfase. Direktoratet har derfor de første årene vært avhengig av å supplere interne ressurser med ekstern bistand i arbeidet med utviklingen av e-helseområdet. Direktoratet har samtidig gradvis

bygget opp intern kapasitet og kompetanse, særlig knyttet til forprosjektering av utviklingsprosjekter og videreutvikling av de nasjonale samhandlingsløsningene.

Flere av systemene som inngår i og skal understøtte samhandlingsområdene i steg 2; den sentrale e-reseptløsningen, Sentral forskrivningsmodul, Nasjonal kjernejournal og Helsenorge, har blitt utviklet i regi av direktoratet. Også tidligere utredninger knyttet til målbildet for og stegene i utviklingsretningen for digital samhandling har blitt gjennomført av direktoratet. Direktoratet har derfor god kunnskap om sektorens behov og erfaring med utvikling av planer og målbilder for den digitale samhandlingen i sektoren, blant annet basert på utredningsmetodikken i Statens prosjektmodell for store investeringsprosjekter. Direktoratet er utviklet med mål om å være et fagorgan på e-helseområdet, og har nå veletablerte fagmiljøer med både generell IT-faglig kompetanse og spisskompetanse på bruken av IT i helsesektoren (e-helse).

Norsk helsenett SF har i mer enn 10 år vært driftsleverandør for de fleste av de eksisterende nasjonale samhandlingsløsningene, og har fra januar 2020 også fått overført forvaltningsansvaret for løsningene og tilhørende ressurser fra Direktoratet for e-helse. Foretaket har dermed fra 2020 hatt et totalansvar for å forvalte de nasjonale samhandlingsløsningene.

De fleste av komponentene i dagens digitale samhandlingsløsninger for helsesektoren er egenutviklede, men i stor grad basert på teknologier og utviklings-team som er anskaffet i markedet. Norsk helsenett SF har imidlertid de siste årene, parallelt med utviklingen i drifts- og forvaltningsansvaret, bygget opp kompetanse knyttet til forvaltning og videreutvikling av løsningene. Selskapet har følgelig i dag gode forutsetninger for å håndtere både utviklings- og forvaltningsoppgaver, grensesnitt og den usikkerhet som vil inngå i steg 2.

Til sammenligning, vil mange av *leverandørene* som vil kunne bidra til utviklingsaktivitetene som inngår i steg 2, antagelig ha begrenset erfaring fra utvikling av tilsvarende løsninger. Dette følger av at dagens nasjonale e-helseløsninger i stor grad er spesialutviklede løsninger, og at det kun finnes tilsvarende løsninger i andre land. Ut over de leverandørene som har bidratt i utviklingen av løsningene, vil leverandørmarkedet for systemutvikling dermed primært kunne bidra med generell IT-faglig kompetanse, og i mindre grad med helhetlig løsningskompetanse.

Tilsvarende vil i noen grad gjelde for leverandørene som kan bidra til arbeidet med å innføring av ny samhandlingsfunksjonalitet i helsesektoren. Dette er en oppgave som har vist seg å være kompleks, og som krever konkret kjennskap til hvordan den offentlige helsesektoren fungerer, til IT-systemene i sektoren, og til det statlige virkemiddelapparatet. I den grad leverandører har erfaring fra innføring av systemer i andre sektorer, vil dette antagelig ha begrenset overføringsverdi til innføring av samhandlingsløsninger i helsesektoren. Leverandørene vil følgelig primært kunne bidra med generell fag- og prosjektkompetanse.

Leverandørmarkedet vil antagelig være bedre rustet til å bidra til utredningsaktivitetene som vil inngå i steg 2, da slike oppgaver i større grad er basert på generell fagkompetanse, for eksempel helsefaglig, økonomisk, IT-faglig eller juridisk kompetanse og metodekompetanse. Men også i tilknytning til utredningsoppgavene vil det være behov for kjennskap til helsesektoren og de systemene som benyttes i denne, samt til bakgrunnen og målbildet for samhandlingsløsningene. Det vil antagelig være en begrenset del av leverandørmarkedet som vil kunne tilby denne typen krysskompetanse.

4 Alternative kontraktstrategier for Steg 2

Det største omfanget av anskaffelser til Steg 2, vil sannsynligvis bestå i ressursanskaffelser. Det er derfor særlig behov for å vurdere alternative kontraktstrategier for denne typen anskaffelser.

4.1 Hensyn som kan tilsi ulike strategier

Det er særlig to hensyn som må adresseres gjennom kontraktstrategien for steg 2.



Behovet for å ivareta helheten

Realiseringen av samhandlingsområdene som inngår i steg 2 vil i stor grad baseres på videreutvikling av eksisterende løsningskomponenter. Det vil være viktig at videreutviklingen gjøres på en måte som sikrer helhet i systemene og driftsplattformene, og også på en måte som understøtter målbildet for samhandling.

Det vil videre være viktig at utviklingen løpende koordineres med helsepersonells og innbyggernes reelle og prioriterte behov. De mange innføringsaktivitetene som inngår i steg 2, vil også måtte gjennomføres på en koordinert måte, slik at virksomhetene som skal ta ny funksjonalitet i bruk evner å absorbere det som er nytt, og ikke overbelastes.



Behovet for å sikre tilgang på tilstrekkelig kapasitet med riktig kompetanse

En vanlig utfordring for virksomheter med behov for teknologikompetanse, er å sikre tilgang til de beste ressursene i markedet. Etterspørselen etter teknologikompetanse er ofte større enn tilbudet, og det vil være viktig at kontraktstrategien legger til rette for å adressere denne utfordringen.

Som nevnt ovenfor, vil det også være behov for betydelig fleksibilitet i gjennomføringen av steg 2, for å kunne tilpasse gjennomføringen ettersom avhengigheter og annen risiko gjør at planene må justeres underveis. Det antas særlig å kunne bli behov for å justere på tidspunkt for igangsetting og gjennomføring av enkeltaktiviteter, og følgelig for opp- og nedskalering av omfanget av innleide ressurser.

Oppdragsgiverne vil også ha behov for å begrense egen risiko, ved å utfordre leverandørene på å bære en del av den totale risikoen knyttet til gjennomføringen, der dette er realistisk.

4.1.1 Behovet for å ivareta helheten

De fleste samhandlingsområdene i steg 2 vil baseres på allerede eksisterende systemer og til dels på nye digitale tjenester som utvikles i perioden frem til steg 2 igangsettes. Det vil være viktig at videreutviklingen og forvaltningen av løsningene baseres på god kjennskap til det eksisterende, og samtidig utføres på en måte som legger til rette for senere steg i utviklingsretningen mot målbildet for samhandling.

Innføringsaktiviteter vil antagelig utgjøre den mest omfattende aktiviteten i steg 2. Innføringsaktivitetene må være godt koordinert på tvers av samhandlingsområdene, slik at de tilpasses kapasiteten hos virksomhetene som skal ta den nye funksjonaliteten i bruk.

I parallell med at nye samhandlingstjenester etableres og innføres, vil det gjennomføres et forprosjekt for steg 3 i program digital samhandling. I forprosjektet kan det bli aktuelt å vurdere hvordan samhandlingsløsningene kan videreutvikles til en mer helhetlig samhandlingsplattform. Dette vil i så fall forutsette inngående kjennskap til de eksisterende løsningene og til målbildet for samhandling. Uansett vil det være viktig at alle utredningsaktiviteter er godt koordinert både med sektorens behov og målbildet for samhandling.

4.1.2 Behovet for å sikre tilstrekkelig kapasitet med riktig kompetanse

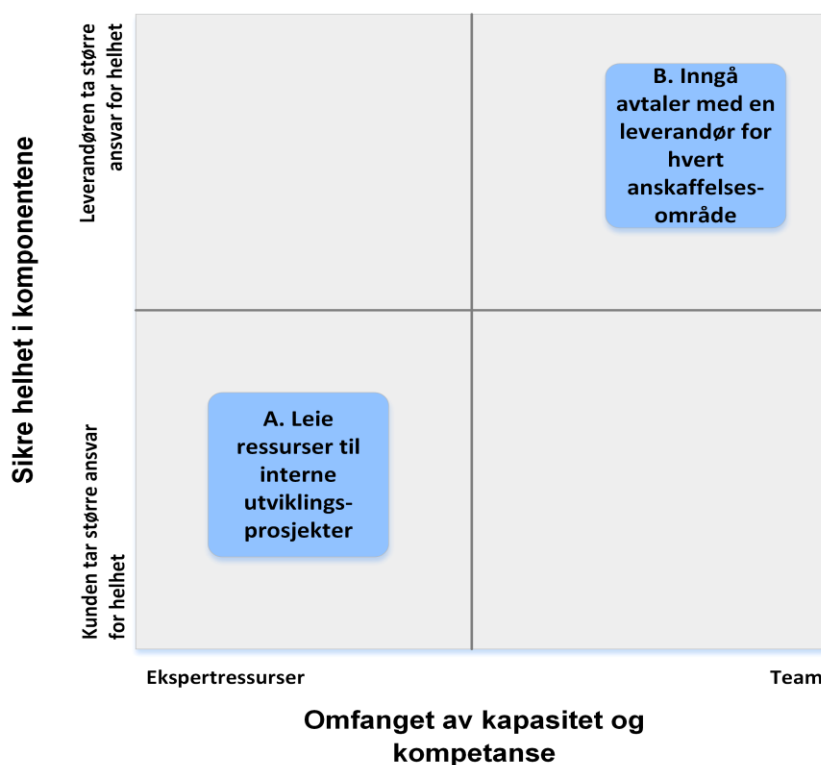
Direktoratet for e-helse har, siden direktoratet ble etablert i 2016, hatt en strategi om å benytte rammeavtaler for å anskaffe kompetanse og kapasitet til utviklingen av de nasjonale samhandlingsløsningene. I 2019 gjennomførte direktoratet en omfattende anbudskonkurranse for å inngå nye rammeavtaler på tvers av flere fagområder. Det er sannsynlig at det også vil bli inngått nye rammeavtaler når de någjeldende avtalene løper ut sent i 2023. Direktoratet har god erfaring med hvordan en bred portefølje av parallelle rammeavtaler gjør det mulig å anskaffe ressurser forholdsvis raskt ved behov. Og direktoratet har over flere år opparbeidet solid erfaring med innretningen av rammeavtalene. Omfanget av de totale økonomiske rammene for rammeavtalene har gjort det attraktivt for leverandørmarkedet å konkurrere om avtalene og å tilby gode betingelser. Ved at leverandørene har måttet forplikte seg til maksimalpriser, har dette også gitt gode betingelser i de enkelte kontraktene. Det har imidlertid til tider vært en utfordring at det har kommet få tilbud på kvalifiserte ressurser ved avrop på rammeavtalene.

Norsk helsenett SF har etablert dynamiske innkjøpsordninger som dekker en rekke kompetanseområder. Disse kan også benyttes av den statlige helseforvaltningen. Det er totalt kvalifisert over 300 unike leverandører til ordningene, hvilket gir en bred tilgang til leverandørmarkedet. Forprosjektet for steg 2 har vurdert at ordningenes fagområder i stor grad er dekkende for kompetansebehovene i steg 2. Innretningen av ordningene revideres jevnlig, med fokus på å innrette ordningen slik at den gjenspeiler leverandørmarkedet best mulig. Ordningen ble etablert i 2018, og vil bli fornyet og videreutviklet etter behov. Det vil imidlertid også her kunne være en utfordring å få tilgang til rett kompetanse i forbindelse med konkrete oppdrag.

4.2 Strategialternativer og anbefaling

4.2.1 Alternative kontraktstrategier for steg 2

Forprosjektet har lagt til grunn behovet for å sikre helhet i steg 2 og behovet for å sikre tilgang til tilstrekkelig kapasitet med nødvendig kompetanse som de viktigste parameterne for å definere overordnede alternative kontraktstrategier.



Figur 6 Illustrasjon av alternative strategier med ulik vektning av krav til helhet og omfanget av ressurser i den enkelte anskaffelse

De to strategialternativene som er vurdert for steg 2, er:

A. Leie ressurser til interne prosjekter

Dette alternativet innebærer at eksisterende kompetansemiljøer i Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF tar ansvaret for å gjennomføre oppgavene i steg 2. Disse miljøene kompletterer kapasitet og kompetanse gjennom å bestille ressurser gjennom eksisterende rammeavtaler og dynamiske innkjøpsordninger, der det etterspørres spesifikk kompetanse.

B. Anskaffe helhetlige leveranser ved å tildele oppdrag

Dette alternativet innebærer at Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF tar et mer overordnet ansvar for å gjennomføre tiltakene. Det inngås avtaler der leverandører får helhetsansvar og resultatansvar for konkrete avgrensede delleveranser. Virksomhetene kan velge å gjennomføre anskaffelsene enten ved å gjøre avrop på eksisterende rammeavtaler og dynamiske innkjøpsordninger, eller ved å foreta nye anskaffelser.

Det kan være flere fordeler ved å sette ut *oppdrag til leverandører om helhetlige leveranser*. Man vil på den måten i større grad kunne utnytte kompetansen og leveransekraften i leverandørmarkedet. Det vil også kunne gi større og mer attraktive kontrakter, som kan bidra til at leverandørene tilbyr bedre kvalifiserte ressurser. Det vil videre være en fordel for oppdragsgiverne om leverandørene tar en større del av resultatansvaret, og dermed

risikoen, for de oppgavene som inngår i steg 2. En slik tilnærming bør derfor normalt være den foretrukne løsningen, der forutsetningene for dette er til stede.

Dette alternativet vil imidlertid kun være aktuelt der oppgaver kan skilles ut som klart definerbare og avgrensede leveranser. Det kan videre bare forventes at leverandørene vil påta seg resultatansvaret i den grad den økonomiske usikkerheten knyttet til leveransene er noenlunde forutsigbar og overkommelig. I motsatt fall vil leverandørene kunne se seg nødt til å beregne så store usikkerhetspåslag at det vil kunne være mer hensiktsmessig for oppdragsgiverne å håndtere usikkerheten selv.

Det andre alternativet vil være å *anskaffe bistand fra en eller flere ressurser til aktiviteter som gjennomføres og styres internt*. Dette vil typisk være aktuelt der prosjektforløp er vanskelige å forutse, for eksempel som følge av avhengigheter til andre prosjekter, og hvor det derfor vil være behov for en dynamisk styring av utviklingen. Tilnærmingen vil være særlig aktuell der usikkerheten og avhengighetene ligger innenfor oppdragsgivernes kontroll. Alternativet vil også være nærliggende der måloppnåelse er avhengig av et tett samarbeid mellom kunden og leverandøren, for eksempel for å sikre kompetanseoverføring mellom partene.

En fordel ved en slik tilnærming vil være at oppdragsgiver vil kunne håndplukke de beste enkeltressursene på tvers av flere leverandører. Dersom oppdragsgiver åpner for at det ved anskaffelsene kan tilbys kun én eller noen få ressurser, vil dette også gjøre det enklere for flere leverandører å gi tilbud, ikke minst for små- og mellomstore bedrifter.

De to strategialternativene representerer prinsipielle ytterpunkter, og det vil også kunne være hensiktsmessig å velge mellomløsninger. Det vil særlig kunne være aktuelt å anskaffe flere ressurser samtidig, selv om anskaffelsene baseres på bistandsavtaler.

I det følgende vil valg av hovedalternativ vurderes separat for de to programmene, program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste. Vurderingene gjøres for hver av de tidligere omtalte ressurskategoriene.

4.2.2 Vurdering for program digital samhandling

De fleste aktivitetene som vil inngå i program digital samhandling, vil gjennomføres av Norsk helsenett SF. Dette gjelder i særlig grad aktiviteter knyttet til system- og løsningsutvikling. Med tilførsel av noe kapasitet og kompetanse, vil Norsk helsenett SF være godt rustet til selv å løse de fleste av oppgavene som vil falle innenfor foretakets ansvarsområder. I hvilken grad leverandørmarkedet benyttes, vil først og fremst avgjøres av den interne disponeringen av tilgjengelige ressurser. Også Direktoratet for e-helse vil i stor grad kunne håndtere de oppgavene som vil falle inn under direktoratets ansvarsområder, og vil antagelig primært ha behov for i noen grad å supplere egne ressurser.

Begge virksomhetene bør som et minimum selv bemanne styrende roller, som program- og prosjekteierroller, for å sikre tilstrekkelig kontroll og helhet i gjennomføringen. Også andre ledende roller, som program- og prosjektledere, bør fortrinnsvis bemannes av ansatte ressurser, for å ivareta langsiktighet og kontinuitet i utviklingen av samhandlingsområdene. Dette tilsier at eventuelle anskaffelser av ressurser til å styrke *prosessledelse og prosjektkontorfunksjoner (PMO)*, gjennomføres som avgrensede anskaffelser i henhold til strategialternativ A.

Behovet for *ressurser til utvikling og forvaltning mm.* vil særlig være knyttet til samhandlingsområdet Digital hjemmeoppfølging. Men det vil også kunne bli behov for å anskaffe noen ressursforsterkninger til samhandlingsområdene Dokumentdeling og Kritisk

informasjon. Leveransene vil måtte tilpasses de eksisterende løsningene, og det vil være stort behov for å utveksle informasjon og løsningskompetanse mellom det eksisterende utviklingsmiljøet og eksterne ressurser. Det vil også være viktig at utviklingen er godt koordinert med de øvrige aktørene i sektoren og at utviklingen skjer i tråd med brukernes behov og prioriteringer. Dette er koordineringsoppgaver som i dag ivaretas av Direktoratet for e-helse, og som under gjennomføringen av steg 2 vil forutsette et tett samarbeid mellom direktoratet og Norsk helsenett SF. Disse forholdene tilsier at strategialternativ A velges for anskaffelser av ressurser til utvikling og forvaltning mm.

Ressurser til innføring og opplæring vil det primært være behov for i tilknytning til samhandlingsområdene Dokumentdeling og Kritisk informasjon. Det vil kunne være en fordel å se innføringsaktivitetene i sammenheng, og det vil trolig i stor grad benyttes interne ressurser til dette arbeidet. For å kunne gjenbruke den erfaring som over flere år er bygget opp hos direktoratet og Norsk helsenett SF, vil det være nødvendig at innleide ressurser jobber tett sammen med de interne ressursene. Dette tilsier at strategialternativ A legges til grunn også for slike ressurskjøp.

Forprosjektet for steg 3 i utviklingsretningen for samhandling vil gjennomføres av Direktoratet for e-helse. Det er særlig i denne sammenhengen at det vil kunne bli behov for å anskaffe *ressurser til faglige utredninger*. Direktoratet for e-helse har, siden etableringen, bygget opp kompetanse knyttet til statens prosjektmodell og styringsprosesser knyttet til arkitekturstyring og porteføljestyling av utviklingen i sektoren. Direktoratet er også ellers godt rustet med fagressurser til å gjennomføre forprosjektet. Men det vil kunne være behov for å supplere direktoratets kapasitet, særlig i lys av at en ganske omfattende utredning vil måtte gjennomføres innenfor et begrenset tidsrom. Både forprosjektet og andre utredningsoppgaver vil ha nær sammenheng med oppdragsgivernes øvrige oppgaver, og det vil være behov for å sikre kompetanseoverføring til og fra eventuelle innleide ressurser. Dette tilsier at strategialternativ A legges til grunn for eventuelle ressursbidrag til utredningsoppgaver.

Både direktoratet og Norsk helsenett SF har også juridiske ressurser som vil delta i programmene og foreta juridiske vurderinger, særlig knyttet til personvern og helserett. I den grad det vil være behov for å supplere interne juridiske ressurser ved å anskaffe bistand til *juridiske utredninger*, vil dette erfaringsvis være knyttet til avgrensede fagområder og problemstillinger. Det vil her være lettere å definere avgrensede behov og leveranser, hvilket tilsier at strategialternativ B velges for denne typen leveranser.

Også behovet for *ressurser til ekstern kvalitetssikring* vil være knyttet til en oppgave som kan defineres og avgrenses entydig. Det vil i tillegg være en fordel om oppgaven utføres med en grad av uavhengighet til programmene, slik at kvalitetssikrerne kan bevare tilstrekkelig kritisk distanse. Dette tilsier at strategialternativ B velges også for denne leveransen.

4.2.3 Samlet anbefaling for program digital samhandling

Tabell 2 Anbefalte kontraktstrategi for program digital samhandling

	A. Leie ressurser til interne prosjekter	B. Anskaffe helhetlige leveranser ved å tildele oppdrag
Ressurser til prosessledelse og PMO	X	

	A. Leie ressurser til interne prosjekter	B. Anskaffe helhetlige leveranser ved å tildele oppdrag
Ressurser til systemutvikling, forvaltning mm.	X	
Ressurser til innføring og opplæring	X	
Ressurser til faglige utredninger	X	
Ressurser til juridiske utredninger		X
Ressurser til ekstern kvalitetssikring		X

4.2.4 Vurdering for program pasientens legemiddelliste

Det meste av aktiviteter som inngår i program pasientens legemiddelliste vil gjennomføres av Norsk helsenett SF. Dette gjelder særlig aktiviteter knyttet til system- og løsningsutvikling. Med tilførsel av noe kapasitet og kompetanse, vil Norsk helsenett SF være godt rustet til å løse oppgavene. I hvilken grad leverandørmarkedet benyttes til å realisere behovene, vil primært avhenge av foretakets vurdering rundt den interne ressursdisponeringen.

Både Norsk helsenett SF og direktoratet bør, som et minimum, selv bemanne styrende roller, for å sikre tilstrekkelig kontroll med programmet og kontinuitet og helhet i gjennomføringen. Dette tilsier at eventuelle kapasitetsforsterkninger i form av *ressurser til prosessledelse og prosjektkontorfunksjoner (PMO)* anskaffes i henhold til strategialternativ A.

Program pasientens legemiddelliste vil allerede ha pågått over flere år på det tidspunktet aktivitetene som inngår i steg 2 igangsettes. Mye av utviklings- og forvaltningsoppgavene har blitt ivarettatt av ansatte i direktoratet og i Norsk helsenett SF, og det vil være viktig for å sikre kontinuitet og helhet i løsningene at det bygges videre på de erfaringer og den løsningskompetansen som er opparbeidet. Dette tilsier at *ressurser til utvikling og forvaltning mm.* av løsningene som skal understøtte samhandlingsområdet anskaffes i henhold til strategialternativ A. For utvikling og forvaltning av Sentral forskrivningsmodul, ble det i 2021 inngått en egen rammeavtale med varighet til juni 2025. Pågående utvikling skjer i henhold til et avrop som er basert på en bistandsavtale³, og som har en potensiell varighet frem til juni 2027 inkludert opsjoner.

Realiseringen av samhandlingsområdet Pasientens legemiddelliste vil i steg 2 medføre omfattende innføringsaktiviteter, og det er nærliggende at dette vil gjøre det nødvendig å anskaffe *ressurser til innføring og opplæring*. Det vil være behov for at innføringsaktivitetene koordineres godt med innføringsaktiviteter knyttet til de andre samhandlingsområdene. For å kunne gjenbruke erfaringer fra tidligere e-helsetiltak, vil det være viktig at innleide ressurser kan jobbe tett sammen med de interne ressursene i direktoratet og Norsk helsenett SF. Dette tilsier at strategialternativ A legges til grunn for slike ressurskjøp.

Både direktoratet og Norsk helsenett SF har også juridiske ressurser som vil delta i programmene og foreta juridiske vurderinger, særlig knyttet til personvern og helserett. I den grad det vil være behov for å supplere interne juridiske ressurser ved å anskaffe bistand til *juridiske utredninger*, vil dette erfaringsvis være knyttet til avgrensede fagområder og

³ Statens standardavtaler, Bistandsavtalen

problemstillinger. Det vil da være lettere å definere behovet og leveransen klarere, hvilket tilsier at strategialternativ B velges for denne typen leveranser.

4.2.5 Samlet anbefaling for program pasientens legemiddelliste

Tabell 3 Anbefalte kontraktstrategi for program pasientens legemiddelliste

	A. Leie ressurser til interne prosjekter	B. Anskaffe helhetlige leveranser ved å tildele oppdrag
Ressurser til prosessledelse og PMO	X	
Ressurser til systemutvikling, forvaltning mm.	X	
Ressurser til innføring og opplæring	X	
Ressurser til faglige utredninger	X	
Ressurser til juridiske utredninger		X
Ressurser til ekstern kvalitetssikring		X

5 Andre sentrale strategiske valg

5.1 Kontraktstruktur

Kapittel 5.1 omhandler i hvilken grad det vil være hensiktsmessig å fordele anskaffelsesbehovene over flere anskaffelser, og hvorvidt en inndeling bør baseres på faglige hensyn, program- og prosjektinndeling, faser i gjennomføringen eller på andre kriterier. Anskaffelsene i steg 2 vil som nevnt i all hovedsak bestå av ressursanskaffelser. Dersom det på tidspunktet for gjennomføringen av steg 2 viser seg at det kan være aktuelt helt eller delvis å basere Datadeling for digital hjemmeoppfølging på ferdige programvarekomponenter, vil dette sannsynligvis måtte gjennomføres som en eller flere enkeltanskaffelser. Anskaffelser til utvidelser av driftsplattformene omtales til slutt i kapittelet.

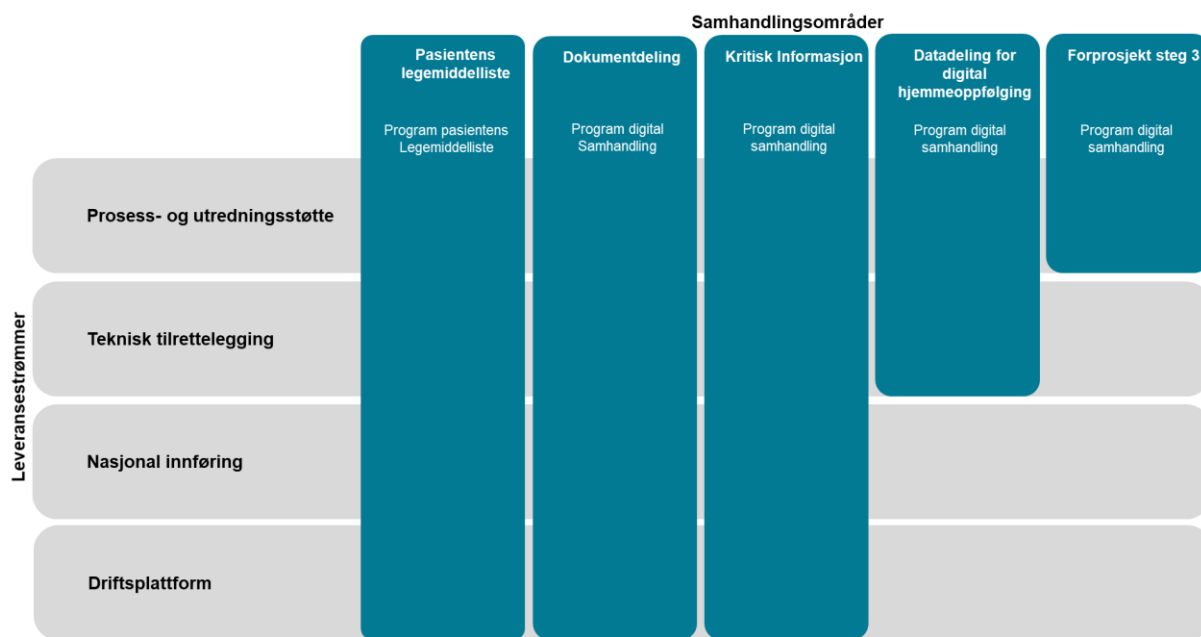
Steg 2 har en naturlig overordnet inndeling i de fire samhandlingsområdene Pasientens legemiddelliste, Dokumentdeling, Kritisk informasjon og Datadeling for digital hjemmeoppfølging, samt et forprosjekt for steg 3. Men de to programmene som skal realisere steg 2, vil kunne tenkes å ha nytte av å benytte ressurser gjennomgående, på tvers av de fire samhandlingsområdene. Aktivitetene vil pågå til dels i samme tidsrom, og gjennomføringen vil måtte koordineres godt mellom de fire samhandlingsområdene. Dette vil særlig gjelde innføringsaktivitetene, da disse involverer deler av de samme brukergruppene i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Muligheter for fleksibilitet i kontraktene vil være av stor betydning, for å møte behov for opp- og nedskalering av ressurser i takt med gjennomføringen av steg 2. Det vil videre være viktig at også kontraktstrukturen bidrar til å gjøre anskaffelsene interessante for leverandørene, og dermed bidrar til å gi god tilgang på relevant kompetanse.

Generelt vil en konsolidering av oppdragene i et mindre antall kontrakter kunne effektivisere kontraktsoppfølgingen. En slik effektiviseringsgevinst vil imidlertid ikke være like stor for bistandsavtaler, der en oppdragsgiver i større grad uansett må følge de enkelte tilbudte ressursene selv. I slike tilfeller kan en inndeling i flere, mer avgrensede oppdrag kunne gjøre det enklere både å gjennomføre de enkelte anskaffelsene og å følge opp kontraktene.

5.1.1 Leveransestrømmer

Et alternativ til å dele inn anskaffelsene i henhold til samhandlingsområdene, kan være en inndeling på tvers av samhandlingsområdene i henhold til faglig orienterte leveransestrømmer. Med leveransestrømmer menes her aktiviteter som vil utføres av bestemte kategorier av fagressurser eller grupper av slike ressurskategorier (Leveransestrømmer). De to tilnærmingene er illustrert i Figur 7 nedenfor.



Figur 7 Illustrasjon av leveransestrømmer og samhandlingsområder

Leveransestrømmene gjenspeiler i stor grad de tidligere nevnte ressurskategoriene, men på et noe aggregert nivå, som angitt nedenfor i Tabell 4. Tabell 4 Sammenhengen mellom leveransestrømmene og anskaffelsesbehovene

Tabell 4 Sammenhengen mellom leveransestrømmene og anskaffelsesbehovene

Leveransestrøm	Anskaffelsesbehov
Prosess- og utredningsstøtte	- Ressurser til prosessledelse og PMO - Ressurser til faglige utredninger - Ressurser til kvalitetssikring
Teknisk tilrettelegging	Ressurser til systemutvikling, forvaltning mm.
Nasjonal innføring	Ressurser til de sentrale innføringsaktivitetene

Leveransestrømmen «Driftsplattform» omfatter primært vareanskaffelser til etablering av og utvidelser i de tekniske driftsplattformene samhandlingsløsningene vil kjøres på, samt noe spisskompetanse. Norsk helsenett SF har tatt et strategisk valg om inntil videre å etablere driftsplattformer i egen regi. Med bakgrunn særlig i Schrems II-dommen⁴, som har gjort det krevende å benytte skytjenester der persondata kan bli behandlet utenfor EØS-området, peker strategien mot etablering av en privat skytjeneste i regi av Norsk helsenett SF («NHN Privat Sky»). Forprosjektet har ikke funnet grunnlag for å problematisere dette retningsvalget. Men i og med at det skjer en stadig utvikling, både rettslig og teknisk, som

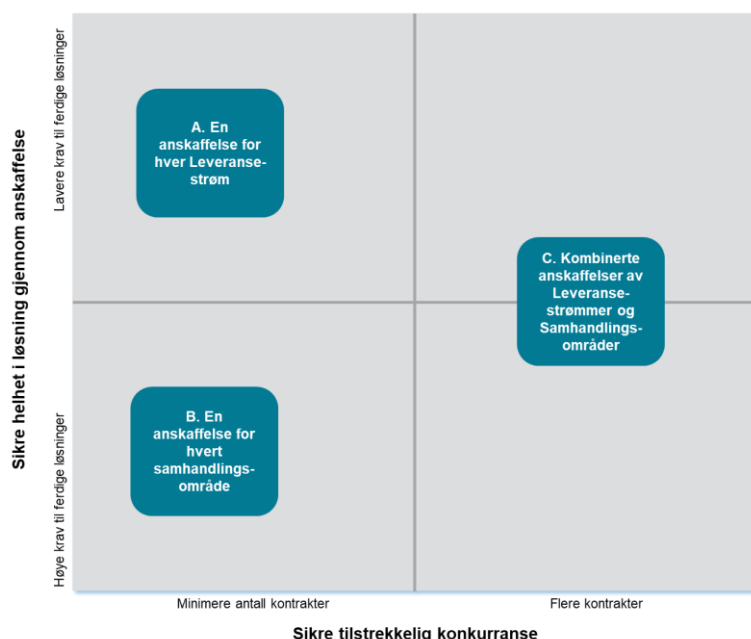
⁴ Dom fra EU-domstolen av 16. juli 2020. En prinsipiell dom som setter begrensninger for overføring av personopplysninger til land utenfor EU/EØS, se blant annet <https://www.digdir.no/handlingsplanen/hva-er-schrems-ii-dommen/2581>

kan påvirke disse vurderingene, kan det være aktuelt å vurdere en mulig tjenesteutsetting på nytt når prosjektene skal gjennomføres.

5.1.2 Alternative kontraktstrukturer

Det har vært vurdert flere tilnærminger til det å etablere en hensiktsmessig kontraktstruktur. Blant annet ble det i forprosjektet for steg 1 av utviklingsretningen for digital samhandling pekt på at man i steg 2 av program digital samhandling burde se på muligheten for å etablere en helhetlig plattform for nasjonale samhandlingstjenester. Dette alternativet ville kunne innebære at man la alle, eller en større andel av, samhandlingstjenestene ut i markedet, der én leverandør ville få ansvaret for å levere en helhetlig løsning.

Det anbefalte arbeidsomfanget for steg 2 medfører imidlertid at steg 2 i stor grad tar utgangspunkt i ferdige eller tilnærmet ferdige løsninger. For Pasientens legemiddelliste vil aktivitetene i steg 2 i stor grad omfatte innføring av allerede utviklede tjenester, i tillegg til noe videreutvikling og tilpasninger. Også Dokumentdeling og Kritisk informasjon vil primært inneholde innføringsaktiviteter. Det er i lys av dette vurdert at det ikke er hensiktsmessig å sette ut hele omfanget til en leverandør som del av steg 2, da det ville innebære en betydelig tilleggskostnad å reetablere løsningene, og en vesentlig risiko for gjennomføring. Siden det i kapittel 4 ovenfor også er anbefalt at de fleste aktivitetene ledes internt, med ressursanskaffelser basert på bistandsavtaler, vil det være lite å vinne på å konsolidere anskaffelsene rundt én eller noen få kontrakter.

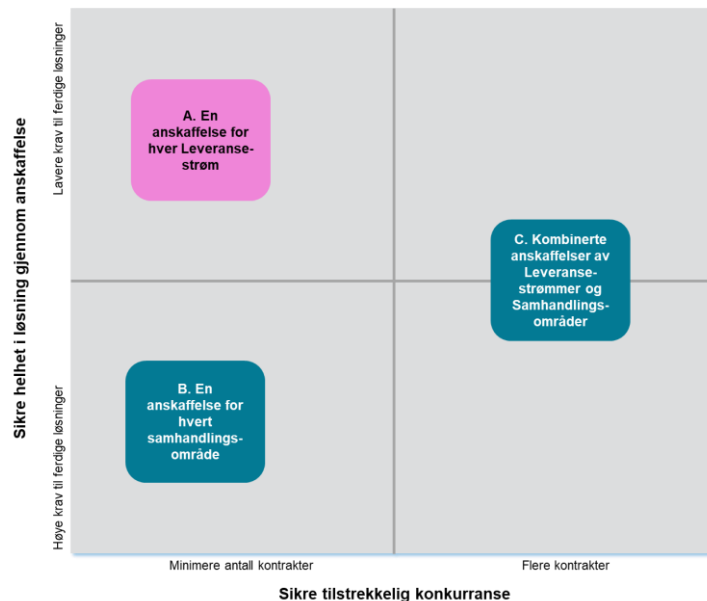


Figur 8 Alternative kontraktstrukturer

Det er følgelig i stedet vurdert tre alternative tilnærminger, basert på oppdeling i flere anskaffelser. Forprosjektet for steg 2 har lagt til grunn behovet for å sikre tilstrekkelig konkurranse og behovet for å ivareta helhet i utvikling og innføring av løsningene som parametere for å definere alternative kontraktstrukturer.

De tre alternativene beskrives nærmere nedenfor. I alle alternativene vil leveransestrømmen Driftsplattform håndteres separat.

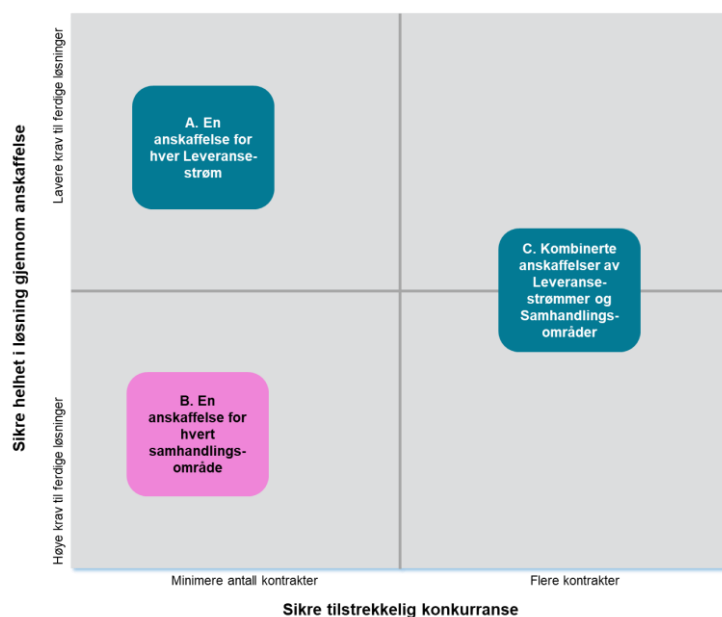
A. En kontrakt for hver Leveransestrøm



Figur 9 Alternativ A

Det inngås kontrakt med én leverandør for hver Leveransestrøm. Leverandøren har gjennomgående ansvar for å levere de kontraherte ressurstypene for alle samhandlingsområdene. Tilbyderne kan velge å gå i kompaniskap med underleverandører for å dekke nødvendig kompetanse og kapasitet, men må ta ansvaret for å dekke behovene knyttet til den aktuelle leveransestrømmen.

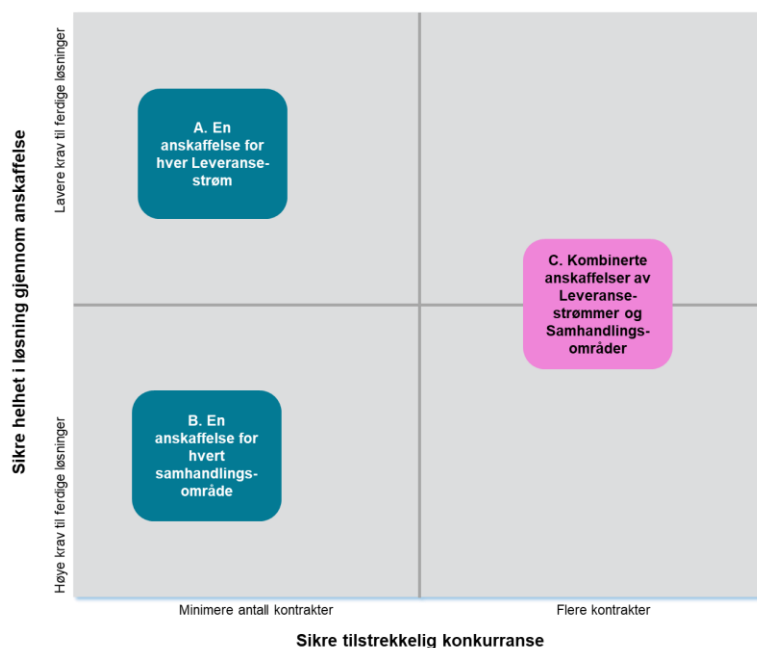
B. En kontrakt for hvert Samhandlingsområde



Figur 10 Alternativ B

Det inngås kontrakt med én leverandør for hvert samhandlingsområde. Tilbydere kan velge å gå i kompaniskap med underleverandører for å dekke leveransebehovene i samhandlingsområdet, men må ta ansvaret for å kunne tilby alle de forskjellige ressurs- og kompetansetypene som vil inngå i det enkelte samhandlingsområdet.

C. Flere kontrakter på tvers av Leveransestrømmer og Samhandlingsområder



Figur 11 Alternativ C

Det inngås kontrakter med én eller flere leverandører per leveransestrøm, for ett eller flere samhandlingsområder. Det er mulig å kombinere flere leveransestrømmer og flere samhandlingsområder i en og samme anskaffelse og kontrakt. Antagelig vil det være mest aktuelt å foreta anskaffelser under en leveransestrøm for flere samhandlingsområder.

5.1.3 Vurdering av alternativene

Med utgangspunkt i de hensyn som ligger til grunn for de strategiske alternativene, er det benyttet følgende kriterier for vurdering av de alternative kontraktstrukturene.

Tabell 5 Vurderingskriterier for valg av kontraktstruktur

Kriterier	Beskrivelse
Styring og kontroll over program digital samhandling og program pasients legemiddelliste	Dette kriteriet vurderer i hvilken grad kontraktstrukturen bidrar til å adressere programmenes behov for å ivareta helheten i steg 2. En fordeling av anskaffelsesbehovene på flere kontrakter med flere leverandører vil stille noe høyere krav til at programmene har nødvendig kompetanse og kapasitet til å håndtere helheten.
Leverandørenes robusthet og leveranseevne	Dette kriteriet vurderer i hvilken grad det må stilles krav til leverandørenes økonomiske og kapasitetsmessige robusthet og leveranseevne for å dekke programmenes behov for ressurser. Et mer omfattende ansvar vil kunne gjøre det krevende for noen leverandører å delta i konkurransen om oppdragene.

Kriterier	Beskrivelse
Fleksibilitet i gjennomføringen	Dette kriteriet vurderer i hvilken grad kontraktstrategien gir programmene fleksibilitet i gjennomføringen. Flere kontrakter med flere leverandører vil gi programmene større fleksibilitet ved gjennomføringen av av anskaffelsene, og også større fleksibilitet til å skalere ressursbruken.
Tilstrekkelig konkurranse	Dette kriteriet vurderer i hvilken grad kontraktstrategien vil adressere behovet for å sikre tilstrekkelig konkurranse og tilbud om ressurser under anskaffelsene.

Følgende vurderingsskala er brukt ved vurderingen av i hvilken grad de enkelte alternative kontraktstrukturene vil underbygge gode og formålstjenlige anskaffelser.

Tabell 6 Vurderingsskala for valg av kontraktstruktur

Lav betydning	Middels betydning	Høy betydning
+	++	+++

5.1.3.1 Alternativ A: En kontrakt for hver Leveransestrøm

Tabell 7 Vurdering av alternativ A

Kriterier	Vurdering	Betydning
Styring og kontroll over program digital samhandling og program pasients legemiddelliste	I dette alternativet vil programmene forholde seg til et fåtall kontraktsparter, som har ansvar for hver sin leveransestrøm. Dette vil redusere risikoen på kundesiden noe med hensyn til å etablere helhet i leveransene og mobilisere nok fagressurser. Denne tilnærmingen vil imidlertid stille høye krav til programmenes evne til å optimalisere kontraktsutformingen og å utvikle samarbeidsformer med de valgte leverandørene, for å sikre at kontraktene dekker de behovene som vil kunne oppstå innenfor hver enkelt leveransestrøm.	++
Leverandørenes robusthet og leveranseevne	Denne kontraktstrategien vil stille betydelige krav til leverandørens robusthet og evne til å levere et potensielt stort omfang av ressurser innen de kompetansekategoriene kontraktene vil omfatte. Dette vil særlig gjelde for leverandørene til leveransestrømmene Prosess- og utredningsstøtte og Teknisk tilrettelegging. Leverandørene må også ha leveranseevne på tvers av ulike teknologier, løsninger og samhandlingsområder.	++
Fleksibilitet i gjennomføringen	Denne kontraktstrategien kan gi programmene fleksibilitet med hensyn til kategorier av kompetanse det vil være behov for innen hver av leveransestrømmene, men vil kreve en større grad av planlegging i forhold til variasjoner i behov innen hvert av samhandlingsområdene.	++

Kriterier	Vurdering	Betydning
Tilstrekkelig konkurranse	Dette alternativet vil tiltrekke seg store og mellomstore leverandører, med fordeler for de som er generalister med kapasitet innen flere ulike kompetanseområder. Forprosjektet legger til grunn at få leverandører vil kunne optimalisere tilbudene sine mot alle kompetansebehovene innen hvert leveranseområde, noe som vil føre til økt behov for og bruk av underleverandører.	++

5.1.3.2 Alternativ B: En kontrakt for hvert Samhandlingsområde

Tabell 8 Vurdering av alternativ B

Kriterier	Beskrivelse	Vurdering
Styring og kontroll over program digital samhandling og program pasients legemiddelliste	I dette alternativet vil programmene forholde seg til en kontraktspart for hvert samhandlingsområde. Dette vil redusere risikoen for programmene med hensyn til å sikre helhetlige leveranser innenfor et samhandlingsområde, særlig for program pasientens legemiddelliste, som kun omfatter ett samhandlingsområde. En slik tilnærming vil imidlertid medføre høye krav til programmenes evne til kontraktsutforming, for å sikre at kontraktene dekker de behovene som vil kunne oppstå innenfor det enkelte samhandlingsområdet, særlig i lys av at samhandlingsområdene vil ha behov for et bredt spekter av ressurstyper. Det vil videre stille høye krav til programmenes evne til å koordinere leveranser med felles grenseflater mot regionale og lokale virksomheter i sektoren. Dette vil omfatte koordinering både knyttet til løsningsutforming, utprøving og nasjonal innføring.	++
Leverandørenes robusthet og leveranseevne	Denne kontraktstrategien vil stille særlig høye krav til leverandørenes kompetanse og kapasitet for helhetlige leveranser, da alternativet innebærer at leverandørene må kunne levere til dels svært forskjellige ressurstyper. Dette vil for flere leverandører forutsette at de har evne til raskt å inngå avtaler med underleverandører i forbindelse med anskaffelsene.	+
Fleksibilitet i gjennomføringen	Denne tilnærmingen gir programmene fleksibilitet til å optimalisere leveransene innen hvert enkelt samhandlingsområde. Tilnærmingen gir imidlertid ikke den samme muligheten til å koordinere behovene på tvers av samhandlingsområdene.	++
Tilstrekkelig konkurranse	Det er få leverandører som vil kunne levere hele spekteret av kompetanse knyttet til et samhandlingsområde, slik denne tilnærmingen fordrer. En slik tilnærming vil begrense konkurransen, og vil også kunne medføre risiko for leverandørinnlåsing innenfor hvert samhandlingsområde.	+

5.1.3.3 Alternativ C: Flere kontrakter på tvers av Leveransestrømmer og Samhandlingsområder

Tabell 9 Vurdering av alternativ C

Kriterier	Beskrivelse	Vurdering
Styring og kontroll over program digital samhandling og program pasients legemiddelliste	I denne tilnærmingen til inndeling av kontrakter må programmene selv ta betydelig styring på koordinering av leveransene, noe som vil bety større egeninnsats for ivaretagelse av helheten og en større leveranserisiko på kundens side.	+
Leverandørenes robusthet og leveranseevne	I dette alternativet vil hver enkelt kontrakt være begrenset til et mindre omfang av kompleksitet i ressurs sammensetning, noe som vil stille små krav til leverandørenes robusthet og leveranseevne.	+++
Fleksibilitet i gjennomføringen	Denne tilnærmingen gir programmene stor fleksibilitet i å finne gode løsninger for de enkelte behovene som identifiseres, både i leveransedimensjonen og i samhandlingsdimensjonen.	+++
Tilstrekkelig konkurranse	Denne kontraktinndelingen vil gi programmene mulighet til anskaffelser med høy grad av konkurranse der både store, mellomstore og mindre leverandører kan delta. Både generalister med kompetansefokus og spesialister med teknologifokus kan delta i konkurranser.	+++

5.1.4 Samlet vurdering og anbefaling

I dette kapitlet oppsummeres vurderingen av de tre alternativene for inndeling av kontrakter, i lys av vurderingskriteriene.

Tabell 10 Samlet vurdering og anbefaling

Kriterier	Alternativ A	Alternativ B	Alternativ C
Styring og kontroll over programmene	++	++	+
Leverandørenes robusthet og leveranseevne	++	+	+++
Gi fleksibilitet i gjennomføringen	++	++	+++
Sikre tilstrekkelig konkurranse	++	+	+++
TOTAL vurdering	++	+(+)	++(+)

Alternativ C er vurdert som beste alternativet i tilknytning til alle vurderingskriteriene bortsett fra kriteriet Styring og kontroll. Alternativ C, med flere kontrakter, er her vurdert som noe

svakere enn de andre, da denne tilnærmingen medfører større ansvar for samordning og koordinering på kundens side. Alternativ C anbefales følgelig som kontraktstruktur for ressursanskaffelsene i steg 2.

5.1.5 Anbefalt kontraktstruktur for leveransestrømmen Driftsplattform

5.1.5.1 Tjenesteutsettingsmodell for leveransestrømmen Driftsplattform

Det er en IT-politisk føring⁵ at offentlige virksomheter skal vurdere skytjenester som en alternativ driftsmodell til drift i egen regi. Der skytjenester kan være en hensiktsmessig tilnærming både praktisk og kostnadmessig, bør man velge slike tjenester foran andre driftsmodeller. Dette har sammenheng med at det offentlige ikke skal gjøre det som leverandørmarkedet kan gjøre bedre, og bygger på beste praksis for tjenesteutsetting.

Tilliten pasienter og helsepersonell har til tjenestene som utvikles og innføres i steg 2, er samtidig en helt sentral suksessfaktor for at tjenestene skal tas i bruk. Bruk av private leverandørers skytjenester til behandling av sensitiv personinformasjon, medfører flere særegne former av risiko knyttet til ivaretagelse av personvernkrav. Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) har gitt tydelig uttrykk for at de er bekymret for at samfunnskritiske IKT-tjenester plasseres i allmenne skytjenester, uten tilstrekkelige risikovurderinger og sikringstiltak, og at data (kan) flyttes til utlandet uten tilstrekkelige sikkerhetsfaglige vurderinger (10). Den tidligere nevnte Schrems II-dommen, synliggjør risikoen og utfordringsbildet. Helhetlig og teknologiavhengig sikkerhet er i lys av dette et helt sentralt hensyn for valget av tjenesteutsettingsmodell, og følgelig også for valg av kontraktstrategi og kontraktstruktur for steg 2.

Norsk helsenett SF har etablert en strategi (11) for bruk av skytjenester med varighet til utgangen av 2026. Denne utelukker ikke bruk av allmenne skytjenester, gitt at konkrete vurderinger av risiko for informasjonssikkerhet og personvern åpner for bruk av slike tjenester. Det er imidlertid, på det nåværende tidspunkt, både rettslige og teknologiske utfordringer knyttet til bruk av de ledende internasjonale skyløsningene for behandling av sensitive personopplysninger. Med bakgrunn i samhandlingstjenestenes omfattende behandling av helseopplysninger, legges det derfor til grunn at NHN Privat Sky bør benyttes for de tjenestene som omfattes av steg 2.

5.1.5.2 Kontraktstrategi og -struktur for leveransestrømmen Driftsplattform

Behov for anskaffelser til å videreutvikle NHN Privat Sky kan enklest løses ved bruk av Norsk helsenett SFs eksisterende rammeavtaler for kjøp av lisenser, utstyr og kompetanse. Avtalene vil bli fornyet og videreutviklet i tråd med Norsk helsenett SFs strategiske plan for perioden fram mot 2026. Dersom eksisterende kontrakter ikke fullt ut er dekkende for behovene, vil enkeltbehov kunne dekkes gjennom uavhengige enkeltanskaffelser.

⁵ Digitaliseringsrundskrivet - Rundskriv Nr: H-7/20 punkt 1.11 datert 05.01.2021

5.2 Kontraktstyper

I kapittel 2.4 omtales krav til bruk av kontraktstandarder og at Statens standardavtaler (SSA) er mye brukt i offentlige virksomheter ved IT-relaterte anskaffelser.

For kjøp av kompetanse og kapasitet til de fire tjenesteområdene er det særlig to SSA-standardkontrakter som er aktuelle:

Kontraktstyper for kjøp av ressurser	
SSA-B	Egnet for kjøp av ressurser der hvor Eier har leveranseansvaret
SSA-O	Egnet for kjøp av ressurser der hvor Leverandøren har leveranseansvaret

For de anskaffelsesbehovene i kapittel 4.2 der anbefalingen er å velge strategialternativ A, anbefales det at man benytter SSA-B som kontraktstype, da dette arbeidet vil bli ledet av oppdragsgiver.

For de anskaffelsesbehovene i kapittel 4.2 der anbefalingen er å velge alternativ B, anbefales det at man benytter SSA-O som kontraktstype, da dette arbeidet vil bli ledet av leverandøren.

For kjøp av infrastrukturkomponenter og programvare, avhenger kontraktstypen av egenskapene ved det som skal anskaffes, og det er på det nåværende tidspunkt vanskelig å gi konkrete anbefalinger om hvilken kontraktstype som bør benyttes, da det er knyttet usikkerhet til hvilke komponenter det er aktuelt å anskaffe. På generelt grunnlag er følgende SSA-kontrakter aktuelle:

Kontraktstyper for kjøp av komponenter og programvare	
SSA-K (SSA-V)	Kjøpsavtalen er egnet for kjøp av standard komponenter og programvare som skal inngå i kundens driftsmiljø, eventuelt med tilhørende vedlikeholdsavtaler.
SSA-L	Avtalen for løpende tjenestekjøp er egnet for kjøp av standard leveranser som leveres som en tjeneste fra leverandøren.
SSA-T (SSA-V)	Tilpasningsavtalen er egnet for kjøp av komponenter og løsninger som trenger utvikling eller tilpasning for å virke etter Eiers formål, og som skal inngå i kundens driftsmiljø. Også her kan det være behov for å supplere med en vedlikeholdsavtale.

Også Dataforeningens standardkontrakter eller andre standardkontrakter vil kunne passe godt til formålet. Uansett hvilke standardkontrakter som velges, vil det antagelig være behov for å gjøre tilpasninger i avtalene. Det vil da være en fordel om de som gjennomfører anskaffelsene har erfaring med de konkrete standardkontraktene fra tidligere. Dette bør tillegges vesentlig vekt når det treffes konkrete valg om hvilke standardavtaler det tas utgangspunkt i.

5.3 Enkelkontrakters kritikalitet

I dette kapitlet gjøres en vurdering av hvor kritisk de respektive kontraktene er i forhold til oppnåelse av de overordnede målene for steg 2. Kritikalitetsvurderingen av kontraktene er gjennomført per samhandlingsområde og vurdert opp mot kravene for steg 2.

Kritikalitetsvurderingen er basert på de overordnede kravene til steg 2, som fremgår av de to påfølgende tabellene.

Tabell 11 Overordnet krav avledet av samfunns- og effektmål

Overordnede krav avledet av samfunns- og effektmål	
A	Digital samhandling skal gi personell i helse- og omsorgstjenester brukertilpassede og mer effektive løsninger for ytelse og dokumentasjon av helsehjelp.
B	Digital samhandling skal legge til rette for effektiv samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Med effektiv samhandling menes at nødvendige helseopplysninger er tilgjengelig ved behov.
C	Digital samhandling skal gi innbyggere mulighet til å være aktiv i prosesser og beslutninger om egen helse.
D	Digital samhandling skal sikre enklere og bedre ivaretagelse av innbyggers personvernrettigheter.
E	Digital samhandling skal sikre tilgjengeliggjøring av data fra helse- og omsorgstjenesten til forskning, styring, beredskap og helseovervåkning.
F	Digital samhandling skal legge til rette for innovasjon og tjenesteutvikling i helse- og omsorgssektoren.
G	Digital samhandling skal kunne tilpasses endringer i rammebetingelser og struktur, for eksempel ansvarsoverføringer eller endret oppgaveløsning i helse- og omsorgstjenesten.

I tillegg til kravene avledet av samfunns- og effektmålene ovenfor, er det også etablert krav som knytter seg til andre viktige behov identifisert i konseptvalgutredningen fra 2018. Krav I og J er satt som absolutte krav, som må oppfylles for å sikre at stegene i utviklingsretningen for digital samhandling ivaretar behov knyttet til informasjonssikkerhet, og er robuste mot phishing og hacking med videre.

Tabell 12 Krav utledet av andre viktige behov

Overordnede krav avledet av andre viktige behov	
H	Digital samhandling skal sikre at informasjonstjenestene som etableres er gjenbrukbare og gjøres tilgjengelig på en nasjonal samhandlingsinfrastruktur
I	Digital samhandling skal ivareta informasjonssikkerhet ved behandling av helse- og personopplysninger.
J	Digital samhandling skal ha styringssystem og løsninger for informasjonssikkerhet og personvern som gjør løsningene robuste og feiltolerante mot påførte utfordringer (phishing, hacking osv.).
K	Digital samhandling skal være tilpasningsdyktig med tanke på nye og endrede behov og nye muligheter.

For å vurdere kritikaliteten, har forprosjektet vurdert betydningen av kontraktene med hensyn til å realisere hvert enkelt krav og hvor stor del av det totale omfanget av steg 2 kontraktene vil representere. Gjennom å kombinere disse to dimensjonene, er den enkelte kontrakt gitt en samlet vurdering i henhold til tabellen nedenfor.

Omfang / Betydning	Stor	Middels	Lite
Stort	++++	+++	++
Middels	+++	++	+
Lite	++	+	0

5.3.1 Pasientens legemiddelliste

Kontraktene for samhandlingsområdet Pasientens legemiddelliste vil ha et middels stort omfang i forhold til det totale omfanget av steg 2. De fleste løsningene samhandlingsområdet skal baseres på, vil ha høy grad av modenhet ved oppstart av steg 2. Ved siden av noen utviklingsaktiviteter, vil omfanget av kontraktene særlig være knyttet til innføring av de etablerte løsningene.

Kontraktene for Pasientens legemiddelliste vil ha stor betydning for krav A, B og D, som omfatter krav til samhandling og innbyggernes personvern.

Kontrakter for Pasientens legemiddelliste vil ha middels betydning for kravene G til K, som er krav som relaterer til teknisk tilrettelegging, informasjonssikkerhet og omstillingsevne.

Tabell 13 Oppsummering av vurdering av kritikaliteten av kontraktene for Pasientens legemiddelliste

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Omfang	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels
Betydning	Stor	Stor	Liten	Stor	Liten	Liten	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels
Kritikalitet	+++	+++	+	+++	+	+	++	++	++	++	++

5.3.2 Dokumentdeling

Kontraktene knyttet til samhandlingsområdet Dokumentdeling vil ha et middels stort omfang i forhold til det totale omfanget av kontrakter under steg 2. Det ventes primært å bli behov for anskaffelse av utviklingsressurser og andre tekniske ressurser. Innføringsaktiviteter vil i hovedsak håndteres lokalt.

Kontraktene for Dokumentdeling vil ha stor betydning for krav A, B og D, da dette er krav som bidrar til å realisere samhandling og ivaretagelse av innbyggernes personvern.

Kontraktene for Dokumentdeling vil ha middels betydning for krav H og K, som er krav knyttet til tilgjengeliggjøring og omstillingsevne.

Tabell 14 Oppsummering av vurdering av kritikaliteten av kontraktene for Dokumentdeling

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Omfang	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels
Betydning	Stor	Stor	Liten	Stor	Liten	Liten	Liten	Middels	Lite	Lite	Middels
Kritikalitet	+++	+++	+	+++	+	+	+	++	+	+	++

5.3.3 Kritisk informasjon

Kontraktene for samhandlingsområdet Kritisk informasjon vil ha et lite omfang i forhold til det totale omfanget av kontrakter for steg 2. Samhandlingsområdet vil primært ha behov for ressurser til teknisk tilrettelegging av etablerte nasjonale løsninger. I tillegg vil det kunne bli behov for noen ressurser til innføring i sektoren.

Kontraktene for Kritisk informasjon vil ha stor betydning for krav A, B og D, som er krav til samhandling og personvern. Kontraktene vil ha middels betydning for krav C, da det vil gi pasientene mulighet til å dele kritisk informasjon med flere brukergrupper via løsningen Helsenorge. Tiltaket vil også ha middels betydning for krav H, som omhandler tilgjengeliggjøring.

Tabell 15 Oppsummering av vurdering av kritikaliteten av kontraktene for Kritisk informasjon

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Omfang	Lite	Lite	Lite	Lite	Lite	Lite	Lite	Lite	Lite	Lite	Lite
Betydning	Stor	Stor	Middels	Stor	Liten	Liten	Liten	Middels	Liten	Liten	Liten
Kritikalitet	++	++	+	++	0	0	0	+	0	0	0

5.3.4 Datadeling for digital hjemmeoppfølging

Kontraktene for Datadeling for digital hjemmeoppfølging vil ha et middels omfang i forhold til kontraktsomfanget for steg 2 som helhet. Datadeling for digital hjemmeoppfølging vil særlig ha behov for tekniske ressurser. Det vil også vurderes anskaffelser av standardiserte komponenter. Anskaffelsene vil i så fall baseres på etablerte standarder, for å sikre gjenbruk av investeringene over tid. Innføring av løsningene i sektoren er ikke omfattet av steg 2.

Kontraktene for Datadeling for digital gjennomføring vil ha stor betydning for krav H, da samhandlingsområdet vil etablere helt nye samhandlingstjenester på nasjonalt nivå. Kontraktene vil ha middels betydning for kravene E til G og I til K, da den nye løsningen vil legge til rette for sekundærbruk av helsedata, innovasjon, omstillingsevne og nye e-helse-tjenester, og også være viktige med tanke på informasjonssikkerheten i den nye løsningen. For de resterende kravene, vil kontraktene knyttet til Datadeling for digital hjemmeoppfølging ha liten betydning, da steg 2 kun omfatter teknisk tilrettelegging. Etter innføring, antas samhandlingsområdet imidlertid å ha potensiale for middels til stor innvirkning på samtlige krav.

Tabell 16 Oppsummering av forprosjektets vurdering av kritikaliteten av kontraktene for Datadeling for digital hjemmeoppfølging

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Omfang	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels
Betydning	Liten	Liten	Liten	Liten	Middels	Middels	Middels	Stor	Middels	Middels	Middels
Kritikalitet	+	+	+	+	++	++	++	+++	++	++	++

5.3.5 Samlet vurdering

Nedenfor følger en oppsummering av forprosjektets vurdering knyttet til kontraktene kritikalitet i steg 2.

Tabell 17 Oppsummering av forprosjektets vurdering av kritikaliteten for alle kontrakter

Anskaffelse	Kritikalitet	Beskrivelse
Pasientens legemiddelliste	++	Disse kontraktene vil ha et middels omfang. Kontraktene under dette punktet vil ha stor betydning for å realisere kravene A, B og C.
Dokumentdeling	++	Kontraktene er av middels omfang. Kontraktene under dette punktet har stor betydning for å realisere kravene A, B og H.
Kritisk informasjon	+	Kontraktene er av begrenset omfang, samtidig som de dekker en mindre pasientgruppe. Kontraktene under dette punktet vil ha stor betydning for realiseringen av krav H.
Datadeling for digital hjemmeoppfølging	++	Kontraktene er av middels omfang. Løsningen vil ikke tas i bruk før på et senere stadium, slik at betydningen av kontraktene vil være begrenset ved at de primært legger til rette for oppfyllelse av kravene i senere faser.

5.4 Anskaffelsesprosedyrer

Regelverket for offentlige anskaffelser angir et begrenset sett av anskaffelsesprosedyrer som er tillatt å benytte. De forskjellige anskaffelsesprosedyrer har ulike kvaliteter og egnethet for realiseringen av steg 2.

5.4.1 Bestillinger under dynamiske innkjøpsordninger

Norsk helsenett SF har etablert dynamiske innkjøpsordninger som kan benyttes av hele helseforvaltningen for å anskaffe kapasitet og kompetanse innenfor en rekke fagområder. Som beskrevet i kapittel 4.1.2 er det etablert dynamiske innkjøpsordninger innenfor 16 fagområder.

Det er relativt lave krav til leverandører for å bli med i de dynamiske innkjøpsordningene, og leverandører kan kvalifisere seg til ordningene fortløpende. Dette har gjort at ordningene nå omfatter et stort antall leverandører. Ved å benytte ordningene, kan man nå ut til et bredt spekter av leverandører, også innenfor gruppen av små og mellomstore leverandører. Ved

dette, understøtter ordningene både hensynet til å skape tilstrekkelig konkurranse om oppdragene, samtidig som man har gode forutsetninger for å fremskaffe nødvendig kapasitet. Som beskrevet i kapittel 4.1.2 er over 300 leverandører kvalifisert til de dynamiske innkjøpsordningene.

Konkurranser kan gjennomføres relativt raskt under ordningen. Tilbudsfristene er typisk på 10 dager. Prosessformen åpner imidlertid ikke for forhandlinger.

5.4.2 Avrop på rammeavtaler

Både direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF har inngått en rekke rammeavtaler. Disse gir tilgang til å anskaffe både tjenester og infrastrukturkomponenter. Rammeavtalene har færre leverandører enn de dynamiske innkjøpsordningene, da rammeavtalene har kommet til som følge av anbudskonkurranser som har endt med et gitt antall avtaler.

Noen av rammeavtalene gir rom for å foreta bestillinger direkte fra en leverandør, mens de fleste forutsetter at det gjennomføres en såkalt minikonkurranse mellom flere parallelle rammeavtaleleverandører. Uansett går det relativt raskt å gjennomføre et avrop eller en minikonkurranse. Tilbudsfristen er typisk på 10 dager. Prosessformen åpner imidlertid ikke for forhandlinger.

5.4.3 Åpen anbudskonkurranse

Åpen anbudskonkurranse egner seg godt til anskaffelser hvor det ikke er en veldig omfattende jobb å utarbeide og evaluere tilbud. En konkurranse om en vare eller tjeneste som skal avgjøres utelukkende på bakgrunn av en vurdering av laveste kostnad, vil typisk være egnet for en åpen anbudskonkurranse (12).

En åpen anbudskonkurranse kan gjennomføres relativt raskt, da man gjennomfører anskaffelsen i ett steg. En anskaffelse vil likevel ta lenger tid enn et avrop på en rammeavtale, da anskaffelsesregelverket oppstiller minstekrav til hvor lang tilbudsfrist leverandørene skal ha, for alle anskaffelser over gitte beløpsgrenser⁶. En ulempe med en åpen anbudskonkurranse er at det ikke er mulig å begrense antallet deltakere, slik at tilbudsevalueringen vil kunne bli omfattende og ressurskrevende. Det er også kun tillatt å foreta avklaringer rundt innholdet i tilbudene, ikke å forhandle, noe som medfører at man i praksis må akseptere det vinnende tilbudet som det er.

5.4.4 Begrenset anbudskonkurranse

Begrenset anbudskonkurranse egner seg for anskaffelser hvor det er mer arbeidskrevende å utarbeide og evaluere tilbud. I slike situasjoner vil det være uhensiktsmessig at mange leverandører bruker mye ressurser på å utarbeide tilbud. Da er det bedre at oppdragsgiveren begrenser antallet tilbydere. En slik begrensning vil også redusere oppdragsgiverens belastning med å evaluere tilbudene (12).

En begrenset anbudskonkurranse har i praksis mange av de samme egenskapene som åpen anbudskonkurranse, men vil ta lenger tid å gjennomføre, da man gjennomfører anskaffelsen i to trinn med en kvalifiseringsfase og en tilbudsphase. Det at man gjennomfører en prekvalifisering, kan innebære at det blir færre tilbud å evaluere. Samtidig kan det innebære at man må diskvalifisere leverandører som kanskje kunne kommet med gode tilbud.

⁶ For tiden 1,3 mill. kroner for statlige myndigheter, jf. anskaffelsesforskriften § 5-3 første ledd.

5.4.5 Konkurransen med forhandling

Konkurransen med forhandling kan benyttes når behovet ikke kan oppfylles uten at det foretas tilpasninger i tilgjengelige løsninger, når anskaffelsen omfatter design eller innovative løsninger, når anskaffelsens karakter, kompleksitet, rettslige eller finansielle sammensetning eller tilknyttede risiko gjør det nødvendig, eller når de tekniske spesifikasjonene ikke kan beskrives tilstrekkelig presist ved referanse til en standard, en europeisk teknisk bedømmelse, en felles teknisk spesifikasjon eller en teknisk referanse (13).

En fordel med å benytte forhandlinger, er at dette gir gode muligheter for å avstemme tilbudene mot behovet, noe som er særlig aktuelt ved sammensatte og komplekse anskaffelser. En forhandlet prosess vil imidlertid være mer tid- og ressurskrevende enn en åpen eller begrenset anbudskonkurransen.

5.4.6 Konkurransen preget dialog

Konkurransen preget dialog skiller seg fra en konkurranse med forhandlinger på flere punkter. I en konkurranse med forhandlinger vil oppdragsgiveren ofte ha en forholdsvis klar formening om hvilken ytelse han skal anskaffe. I en konkurranse preget dialog vil oppdragsgiveren typisk i større grad være avhengig av markedets innspill på hvordan behovet best kan oppfylles (14). Dette vil være en prosess som vil passe der behovet kan løses på svært forskjellige måter, og det er behov for en prosess som åpner for å sammenligne forskjellige løsningstilnærminger med utgangspunkt i en mer overordnet behovsbeskrivelse. Prosessen er i praksis ofte tid- og ressurskrevende for både oppdragsgiver og tilbyderne.

5.4.7 Innovasjonspartnerskap

Innovasjonspartnerskap brukes til anskaffelser av løsninger som ikke finnes i markedet fra før. Løsningen utvikles i en samarbeidsprosess mellom oppdragsgiveren og en eller flere leverandører. Anskaffelsesprosedyren kombinerer utviklingsfasen og det senere kjøpet i én og samme kunngjøring (15).

Prosessformen er tilpasset en situasjon der det er behov for utvikling av et helt nytt produkt, og tar høyde for kompleksiteten i en slik prosess. Prosessformen er samtidig den mest ressurs- og tidkrevende av regelverkets prosessformer. Det er også vanlig at oppdragsgiver i noen grad kompenserer alle tilbyderne/deltakerne, hvilket kan bidra til å gjøre denne prosessformen til den mest kostnadsdrivende.

5.4.8 Anskaffelsesprosedyrer som er egnet for ressursanskaffelser

Tabell 18 Vurderingsskala for vurdering av anskaffelsesprosedyrene

Lav egnethet	Middels egnethet	Høy egnethet
+	++	+++

Tabell 19 Vurdering av anskaffelsesprosedyrene

Scenario	Egnethet	Begrunnelse
Avrop på eksisterende rammeavtaler	+++	Kan benyttes for anskaffelse av enkeltressurser eller team innen samme ressurskategori. Gir kun tilgang til leverandører som er tildelt rammeavtale, men gir korte anskaffelsesprosesser og rask tilgang til ressurser der behovene faller innenfor rammeavtalene.
Dynamisk innkjøpsordning	+++	Kan benyttes for anskaffelse av enkeltressurser eller team, også team som er sammensatt fra flere ressurskategorier. Tilgangen til markedet vil være noe begrenset, i lys av at kun leverandører som har søkt og blitt tatt opp i ordningen kan delta. Men tilnærmingen gir korte anskaffelsesprosesser og rask tilgang til ressurser der behovene faller innenfor rammeavtalene.
Åpen anbudskonkurranse	++	Kan gjennomføres på relativt kort tid, men vil ta lenger tid enn avrop på rammeavtaler og dynamiske innkjøpsordninger. Tilbudsevalueringen vil også kunne bli ressurskrevende.
Begrenset anbudskonkurranse	++	Som åpen anbudskonkurranse, men mer tidkrevende og kan medføre at en eller flere gode leverandører utelukkes. Samtidig vil tilbudsevalueringen kunne bli mindre ressurskrevende.
Konkurranse med forhandling	+++	Kan være egnet for anskaffelse av team, særlig team bestående av flere ressurskategorier. Anskaffelsesprosedyren er mer kompleks og tidkrevende, men kan bidra til å redusere risiko knyttet til hvor godt tilbudene oppfyller de reelle behovene. Prosedyren vil også kunne gi bedre betingelser på leveransene.
Konkurransepreget dialog	+	En tid- og ressurskrevende anskaffelsesprosess, som ikke er egnet for ressursanskaffelser

Scenario	Egnethet	Begrunnelse
Innovasjonspartnerskap	+	En tid- og ressurskrevende anskaffelsesprosess, som ikke er egnet for ressursanskaffelser

Det er som nevnt vurdert at de dynamiske innkjøpsordningene og rammeavtalene som er inngått i stor grad vil være dekkende for de ventede ressursbehovene. Det vil antagelig primært være aktuelt å foreta enkeltanskaffelser ved behov for anskaffelser av mer sammensatte team.

Etter dette legges det til grunn at følgende tre anskaffelsesprosedyrer vil kunne være egnet for ressursanskaffelsene til steg 2:

- Dynamisk innkjøpsordning (DPS)
- Tilgjengelige rammeavtaler – avrop eller minikonkurranse
- Konkurranse med forhandling

5.4.9 anbefalte anskaffelsesprosedyrer for ressursanskaffelser

Som tidligere nevnt, vil tilgang til tilstrekkelig kapasitet og kompetanse, og fleksibilitet i kontraktene for å møte behov for opp- og nedskalering av ressursbidrag, være sentrale hensyn for valgene i kontraktstrategien.

I vurderingen av hvilken anskaffelsesprosedyre som vil være best egnet, kan det i tillegg være aktuelt å vurdere følgende parameter:

- Egnethet for å nå små og mellomstore bedrifter (SMB)
- Varigheten av anskaffelsesprosessene
- Tilgangen til enkeltressurser/mindre team vs. tilgangen til større team

Tabell 20 Vurdering av valgte anskaffelsesprosedyrer

	DPS	Rammeavtale	Konkurranse med forhandling
Tilgang til spisskompetanse og kapasitet	++	++	+++
Sikre skalerbarhet i kontrakter	+++	+++	+++
Tilgang til SMB	+++	+	++
Varighet på anskaffelsesprosessene	+++	+++	+

Tilgang til enkeltressurser/ mindre team	+++	+++	+
Tilgang til større team	++	++	+++
Samlet vurdering	++(+)	++	++

Det anbefales at det som hovedregel benyttes bestilling under de dynamiske innkjøpsordningene som anskaffelsesprosedyre, da anskaffelsesprosedyren er godt egnet for å oppnå formålet med steg 2. Avrop på rammeavtaler kan være et godt alternativ ved behov for tilgang til andre ressurskategorier og leverandører enn de som er omfattet av de dynamiske innkjøpsordningene.

I de tilfellene hvor hverken de dynamiske innkjøpsordningene eller rammeavtalene dekker behovet, kan prosessformen anskaffelse med forhandling være et godt alternativ. Dette gjelder særlig der man skal anskaffe flere ressurser som skal dekke et sammensatt behov.

5.5 Kompensasjonsformater

Eksempler på kompensasjonsformater kan være fastpris, målpris, enhetspris (fastpris for deler av ytelsen, for eksempel priser per integrasjon), timepris (regningsarbeid) eller åpen bok ("kost pluss").

- **Fastpris:** Ved fastpris skal alle eller deler av leveransen godtgjøres ved et på forhånd fastsatt vederlag. Erfaringsmessig vil denne kompensasjonsformen kunne lede til mange endringsordre. Leverandøren får med andre ord et insentiv til å forbedre sin fortjeneste ved å kreve ekstra vederlag.
- **Målpris:** Målpris innebærer en form for fordeling av risikoen mellom partene. I hovedsak innebærer dette at partene ved et avrop blir enige om en målpris for arbeidet (budsjett). Dersom det endelige vederlaget viser seg å være lavere enn målprisen, får leverandøren utbetalt en bonus (insentiv). Dersom vederlaget blir høyere enn målprisen, reduseres timeprisen slik at leverandøren ikke får fullt ut betalt for arbeidet som overskrider målprisen.
- **Enhetspris:** Dette kan innebære at det settes faste enhetspriser på deler av det som skal leveres. Videre kan vederlaget baseres på betaling for utført arbeid i form av timepriser. Mye av risikoen ligger da hos oppdragsgiver, og et slikt kompensasjonsformat krever svært god oppfølging fra oppdragsgiveren. Dersom oppdragsgiveren ikke har ressurser til slik detaljert oppfølging, kan et slikt kompensasjonsformat medføre betydelige kostnader.
- **Åpen bok:** I dette formatet får leverandøren dekket kostnadene med å levere ytelsen, i tillegg til et på forhånd avtalt påslag. Tilbyderne konkurrerer da på påslagsprosenten.

Hvilket kompensasjonsformat som bør velges vil avhenge av ytelsen som skal leveres og hvordan markedet leverer ytelsen. I denne anskaffelsen vil det leveres flere ulike ytelser, der det kan være aktuelt med ulike og/eller sammensatte prismodeller:

Tabell 21 Anbefalt kompensasjonsformater for kontraktene

Anskaffelse	Fastpris	Målpris	Enhetspris	Åpen bok
Prosess- og utredningsstøtte			X	
Teknisk tilrettelegging		X	X	
Nasjonal innføring		X	X	
Driftsplattform			X	

Som tabellen viser, må vederlagsformatet tilpasses de ulike ytelsene.

5.5.1 Prosess- og utredningsstøtte

Dette omfatter primært kjøp av kompetanse og kapasitet til prosess- og utredningsstøtte. Da det typisk vil være vanskelig å forutse omfanget av utredningsoppgaver og mulige avhengigheter, og usikkerheten primært vil ligge innenfor oppdragsgivernes kontroll, anbefales det at oppdragene baseres på regning (enhetspris)

5.5.2 Teknisk tilrettelegging

Dette omfatter primært kjøp av kompetanse og kapasitet til å foreta utviklings-, implementerings-, drifts- og forvaltningsarbeid. Dette vil enten kunne gjøres basert på regning (enhetspris) eller målpris i tilfeller der oppgaver og grensesnittene kan spesifiseres tydelig.

5.5.3 Nasjonal innføring

Dette omfatter primært kjøp av kompetanse og kapasitet til å ivareta koordinerings- og opplæringsoppgaver. Dette vil enten kunne gjøres basert på regning (enhetspris) eller målpris i tilfeller der oppgaver og grensesnitt kan spesifiseres tydelig.

5.5.4 Driftsplattform og programvarekjøp

Utvidelser av de eksisterende driftsplattformene vil kreve nye infrastrukturkomponenter som servere og nettverksutstyr mv. Dette prises typisk per komponent i form av enhetspriser. Også plattformprogramvare, som operativsystemer og annen basisprogramvare, vil typisk også ha enhetspriser, enten en anskaffelseskostnad og årlig vedlikeholdskostnad eller en årlig leiekostnad. Eventuell bistand til etablering og vedlikehold av nye komponenter i driftsplattformene, vil typisk måtte betales etter regning (enhetspriser).

I den grad det blir aktuelt å basere samhandlingsområdet Datadeling for digital hjemmeoppfølging på anskaffelser av ferdige programvarekomponenter, vil disse også trolig ha enhetskostnader i form av en anskaffelseskostnad og årlige vedlikeholdskostnader. Skulle det bli aktuelt å anskaffes programvaren som en tjeneste (SaaS), vil dette typisk medføre en månedlig eller årlig tjenestepreis.

5.6 Insentiver og sikringsmekanismer

Kontrakter inneholder ofte mekanismer som skal gi leverandøren incentiver til å levere avtalt ytelse til avtalt tid, og som sikrer at oppdragsgiver får de avtalte leveransene.

Incentivene består typisk i ulike bonusmekanismer eller er knyttet til vederlaget.

Bonusmekanismene innebærer ofte at leverandøren får et høyere vederlag dersom leverandøren overoppfyller, ved at de for eksempel når milepæler på et tidligere tidspunkt enn avtalt eller med et lavere antall timer enn estimert.

Sikringsmekanismene er ofte sammenfallende med misligholdsbeføyelsene i kontrakten. Vanlige beføyelser er for eksempel dagbøter, retting, prisavslag, erstatning og heving. Det er også mulig å legge inn i kontraktene bestemmelser om bøter ved brudd på ulike bestemmelser i avtalen. Bøter kan for eksempel benyttes dersom nøkkelpersonell byttes uten avtalemessig grunnlag, eller for ulike typer brudd på SLA (service level agreement).

I tillegg til dette, vil det være viktig for oppdragsgiver å ha exit-muligheter underveis i prosjektet, uten at kostnadene for oppdragsgiver blir for høye. Normalt gjøres dette ved at oppdragsgiver kan si opp avtalen (avbestille) mot å dekke leverandørens pådratte kostnader og arbeidet som er utført frem til avbestilling. Desto lenger ut i prosjektet oppdragsgiver avbestiller, jo vanligere er det at oppdragsgiver også må betale et avbestillingsvederlag, som ofte er en prosentandel av avtalt kontraktssum. Dette er ment å dekke deler av leverandørens fortjenestetap.

Statens standardavtaler (SSA) har både sikringsmekanismer i form av misligholdsbeføyelser og exit-muligheter. I disse avtalene er dette rimelig balansert og godt ivaretatt. Men avtaleteksten vil måtte tilpasses de konkrete prosjektene og anskaffelsene.

Den mest praktiske og kanskje viktigste incentiv- og sikringsmekanismen, vil antagelig være at betalingsplanen er knyttet til leveransene, med andre ord at leverandøren får betalt underveis, men ikke før leveranser er godkjent.

Der leverandører får et resultatansvar, bør det vurderes fastpris eller målpris for leveransene, i den grad det er mulig å estimere omfanget av leveransene. Dette vil medføre at leverandørene må ta et større ansvar for avvik fra estimerte total kostnader, noe som vil kunne gi et sterkt incentiv for å unngå slike avvik.

Det kan også vurderes å knytte dagmulkter til tidskritiske leveranser, der det er inngått avtaler med resultatansvar for leverandøren. Det bør da samtidig være mulig for leverandøren å tjene disse inn igjen, dersom forsinkelsene hentes inn igjen på et senere tidspunkt.

Generelt vil det være viktig å ha et bevisst forhold til balansen mellom kontraktens bonus- og sanksjonsvirkninger, sett i lys av behovet for å legge til rette for et godt samarbeid mellom partene. Det vil være viktig at sanksjonsvirkningen samlet sett ikke blir så belastende for leverandørene at de blir defensive og leveransene hemmes av konflikter mellom partene.

5.7 Kvalifikasjonskrav og tildelingskriterier

Leverandørene som er tilknyttet de dynamiske innkjøpsordningene og rammeavtalene er allerede kvalifisert.

Ved bruk av konkurranse med forhandling bør det stilles som kvalifikasjonskrav at tilbyderne med underleverandører har referanser fra leveranser av tilsvarende art, omfang og

kompleksitet. I tillegg bør det stilles krav om tilstrekkelig økonomisk og faglig kapasitet. Referansene sammen med faglig kompetanse og kapasitet, kan også benyttes som utvelgelseskriterier for å avgjøre hvilke tilbydere som får levere tilbud. Utvelgelseskriteriene må vektes.

Kvalifikasjonskravene bør stå i samsvar med kompleksiteten i det som skal anskaffes. Typiske standardiserte kvalifikasjonskrav kan være:

- Leverandøren bør ikke ha restanser knyttet til betaling av skatter og avgifter til det offentlige.
- Leverandøren skal være et lovlig registrert foretak
- Leverandøren skal ha tilfredsstillende økonomisk og finansiell stilling
- Leverandøren skal ha tilfredsstillende kapasitet og kompetanse hos relevant personell
- Leverandøren skal ha erfaring med sammenlignbare leveranser / oppdrag

Der hvor det må stilles strenge krav til spisskompetanse eller sikkerhet, kan man også vurdere å ta med følgende kvalifikasjonskrav:

- Leverandøren skal ha tilfredsstillende metoder for kompetanseutvikling for sine ansatte
- Leverandøren skal ha etablert tilfredsstillende metoder for kvalitetssikring
- Leverandøren skal ha etablert tilfredsstillende ledelsessystem for informasjonssikkerhet

Kravene bør ikke formuleres strengere enn nødvendig, da dette vil kunne begrense tilgangen på gode tilbud. Samtidig vil være viktig at kvalifikasjons- og utvelgelseskravene gir kunden tilstrekkelig trygghet for at tilbyderne vil være i stand til å gjennomføre leveransene. Der leveransene har begrenset omfang, og særlig der leverandøren kun har en innsatsforpliktelse, bør særlig kravene til økonomisk kapasitet ikke gjøres for strenge, da dette kan begrense konkurransen unødvendig.

Kontrakter knyttet til ressursanskaffelser bør tildeles på grunnlag av kriteriene kvalitet og pris. Kriteriet kvalitet vil typisk handle om de tilbudte ressursenes kompetanse. Men der leverandøren skal ha et resultatansvar, vil også fremdrifts- eller prosjektplan være et aktuelt tildelingskriterium. For tidskritiske leveranser, vil det også kunne benyttes som kriterium hvor raskt ressursene kan starte på oppdraget.

Vektingen av tildelingskriteriene vil i stor grad avhenge av hvilken kompetanse og erfaring leverandøren skal stille med, og i hvilken grad leverandøren skal ha et resultatansvar. Der det er behov for spisskompetanse eller erfaring, bør kvalitet typisk vektes høyere enn pris, særlig der leverandøren i tillegg skal påta seg et resultatansvar. For enklere oppgaver hvor oppdragsgiveren har resultatansvaret, vil pris kunne vektes høyere. Vektingen av kvalitet og pris må uansett vurderes nøye for hver enkelt anskaffelse.

Også kontrakter knyttet til kjøp av infrastruktur- og programvarekomponenter bør tildeles basert på kriteriene kvalitet og pris. Men i den grad det kan spesifiseres presist hvilke egenskaper komponentene skal ha, vil pris i større grad kunne vektes høyt.

6 Ivaretagelse av informasjonssikkerhet

Informasjonssikkerhet vil måtte ha et særskilt fokus under gjennomføringen av steg 2, i lys av det store volumet av sensitiv personinformasjon løsningene og brukerne vil behandle. Det vil være viktig å ivareta informasjonssikkerhetsperspektivet helt fra tidlig i anskaffelsesfasene. Konkurranses grunnlaget må inneholde relevante krav til leverandørene, og kontraktene vil legge premissene for i hvilken grad og hvordan leverandørene skal bidra til god informasjonssikkerhet.

Tilstrekkelig informasjonssikkerhet er en forutsetning for at Norsk helsenett SF skal kunne levere tjenester i tråd med forventninger og forpliktelser, og for at innbyggerne og andre aktører skal kunne benytte tjenestene etter hensikten. Roller og oppgaver i realiseringen av samhandlingsløsningene må være tydelig avklart. Relevante lov- og forskriftskrav innen informasjonssikkerhet og personvern må etterleves. Det samme gjelder kravene i Norm for informasjonssikkerhet og personvern (Normen) i helse- og omsorgssektoren.

Arbeidet med informasjonssikkerhet vil i stor grad være en iterativ prosess, med overordnede risikovurderinger og krav tidlig i prosessen, som så detaljeres og konkretiseres ettersom relevante forhold for vurderingene blir mer avklart.

Etablering av sikkerhetskrav for løsningene vil være en sentral del av forberedelsen til anskaffelsene. Det vil være viktig å vurdere hvilke krav som må ivaretas av kundene og hvilke som må ivaretas av leverandørene. Ved utarbeidelsen av konkurransegrunnlag for løsningskomponenter, vil det være behov for å ta utgangspunkt i overordnede risiko- og sårbarhetsvurderinger (ROS), og videreutvikle sikkerhetsarkitekturen basert på disse. Det vil også kunne være nødvendig å lage mer detaljerte ROS-analyser for deler av løsningene. Det vil måtte stilles både funksjonelle og ikke-funksjonelle krav til løsningene og leverandørene for å ivareta krav til innebygd personvern. Kravene vil måtte konkretiseres i forbindelse med forberedelsen av anskaffelsene. Det vil blant annet måtte utarbeides krav relatert til pasientens rettigheter, herunder retten til å sperre opplysninger for innsyn.

Det vil videre kunne være behov for å foreta ROS-vurderinger av leverandører som sådan, for å verifisere at de har tilstrekkelig kontroll over egen organisasjon og eventuelle underleverandører, og at de har robuste tiltak for å ivareta både organisatoriske og tekniske forhold. Det må ved behov etableres prosesser for å håndtere endringer i sikkerhetskrav gjennom anskaffelsene og under leveransene.

Sikkerhetsstrategien for steg 2 tar utgangspunkt i dimensjonene innbygger, virksomhet og samfunn. Det er gjennomført en vurdering av informasjonsverdiene i steg 2, ulike trusselaktører som kan være relevante, og deres mulighetsrom. Dette er oppsummert i en rekke scenarier i risiko- og sårbarhetsanalysen (se strategiens bilag J2). Risikoreduserende anbefalinger for disse scenarioene er beskrevet på overordnet nivå.

Det er også gjennomført en overordnet vurdering av sentrale personvernspørsmål for det skisserte målbildet for digital samhandling (se strategiens bilag J1). Vurderingen bygger på tidligere personvern-vurderinger fra forprosjektet for helhetlig samhandling. Den overordnede personvern-vurderingen omfatter blant annet en gjennomgang av personvernprinsippene og -rettighetene, og risiko knyttet til personvernet. Dette for å synliggjøre hva man må være bevisst på i det videre arbeidet med løsningene og hvilke tiltak som vil måtte settes inn. Vurderingen viser at enkelte av personvernprinsippene og rettighetene vil kunne bli utfordret.

De overordnede prinsippene for sikkerhet utgjør strategiske føringer som skal ligge til grunn for samhandlingsløsningene. Disse vil være førende for hele livsløpet for program digital samhandling. De overordnede sikkerhetsprinsippene (strategien) er:

1. Pasient og bruker skal enkelt kunne utøve sine rettigheter
2. Helsepersonell skal ha tilgang til relevante og nødvendige helseopplysninger
3. Sikkerhet og personvern skal være innebygget og ivaretas gjennom samhandlingsløsningenes livsløp
4. Løsninger for helhetlig samhandling skal være robuste gjennom samhandlingsløsningenes livsløp
5. Helhetlig samhandling skal baseres på moderne og fremtidsrettede rammeverk for informasjonssikkerhet og risikohåndtering
6. Lagdelt sikkerhetsarkitektur og sikring i dybden skal benyttes i samhandlingsløsningene

Det vil være nødvendig å jobbe videre med informasjonssikkerhet og personvern i alle faser av steg 2, blant annet som del av kontraktoppfølgingen. I det videre arbeidet må det gjennomføres konkrete risikovurderinger som beslutningsgrunnlag for utvikling og forvaltning av løsningene. Alle virksomhetene som benytter løsningene må også ha et bevisst forhold til informasjonssikkerhet og personvern, inkludert hensiktsmessig internkontroll og risikostyring. Informasjonssikkerhetshendelser skal ivaretas gjennom rapportering, vurdering, respons og læring.

7 Steg 2s påvirkning på markedet, næringsutvikling og innovasjon

Som det fremgår av kapittel 3 ovenfor, vil anskaffelsene til steg 2 av utviklingsretningen for digital samhandling ha et moderat omfang, da mange av oppgavene som inngår vil løses av interne ressurser i Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF. Direktoratet og Norsk helsenett SF står også totalt sett for en moderat andel av etterspørselen i de aktuelle markedssegmentene. Det er følgelig lagt til grunn at det ikke vil være behov for å treffe særlige tiltak for å unngå uheldige effekter av virksomhetenes markedspåvirkning.

Som nevnt i kapittel 2.4, er det samtidig et politisk mål at det legges til rette for innovasjon og næringsutvikling innen e-helseområdet. Ved gjennomføringen av store tiltak, bør det derfor også vurderes om gjennomføringsmodellen og anskaffelsene kan tilrettelegges på en måte som kan stimulere markedsutviklingen på en positiv måte.

Steg 2 består i stor grad av tiltak som skal slutføre allerede pågående prosjekter og realisere gevinster av løsninger som langt på vei vil være ferdig utviklet i det steg 2 igangsettes. For de tre samhandlingsområdene Pasientens legemiddelliste, Dokumentdeling og Kritisk informasjon, vil aktivitetene i stor grad bestå i innføringsaktiviteter. Mye av rammene for gjennomføringen av steg 2 vil følgelig være fastlagt gjennom de valg som er truffet i tidligere faser av løsningsutviklingen, for eksempel valg knyttet til løsningsarkitektur. Dette vil gi begrenset rom for å treffe tiltak i steg 2 som på nye måter kan legge til rette for innovasjon og næringsutvikling. Ferdigstillingen av de aktuelle samhandlingsløsningene vil samtidig gi tydeligere tekniske rammebetingelser for helsevirksomhetene som skal benytte løsningene, og dermed også for deres systemleverandører. Dette vil kunne gi et bedre grunnlag for videreutvikling av løsningene som benyttes i sektoren, og da særlig for utviklingen av ny samhandlingsfunksjonalitet.

Når det gjelder samhandlingsområdet Datadeling for digital hjemmeoppfølging, er situasjonen en annen, da det her skal utvikles en helt ny løsning. Innen dette samhandlingsområdet skal det gjennomføres flere aktiviteter knyttet til standardisering og normering av datadelingstjenester. Dette vil bidra til å skape forutsigbarhet for leverandørmarkedene knyttet til en forholdsvis ny måte å samhandle på. Potensialet for nye e-helseløsninger er her antagelig vesentlig større enn det tilbudet som finnes i dag. Normering og standardisering vil kunne bidra til å sette en retning for utviklingen, som vil gjøre det mer aktuelt for leverandører å investere i utvikling av nye e-helseløsninger og i videreutvikling av eksisterende løsninger.

Med utgangspunkt i arkitekturprinsippene for digitaliseringen av offentlig sektor, anbefaler Direktoratet for e-helse i Vedlegg H Prinsipper, tekniske krav og standarder for samhandling at det etableres et sett med egenskaper for samhandlingsinfrastrukturen i helsesektoren. Egenskapene omfatter blant annet *innbygger i sentrum*, *åpenhet*, *forutsigbarhet* og *tydelige rammebetingelser*, og *fleksibilitet*. Også dette vil kunne understøtte næringsutvikling og innovasjon.

Steg 3 vil antagelig, i større grad enn steg 2, medføre etablering av helt nye samhandlingsløsninger. Forprosjektet for steg 3 vil i så fall ha mer rom for å vurdere særlige tiltak som kan legge til rette for innovasjon og næringsutvikling. Som grunnlag for dette, vil det være viktig med en tett dialog med aktørene i helsesektoren, for å avklare på hvilke områder innovasjon vil ha størst potensiale for å understøtte helsetjenestene. Det vil også være viktig at det

gjennomføres dialog med leverandørmarkedene, for å avklare hvilke løsningstilnærminger som best vil kunne møte sektorens behov.

8 Anbefalinger for det videre arbeidet

Kontraktstrategien vil måtte suppleres og detaljeres som del av arbeidet med å planlegge de forstående anskaffelsene og å utarbeide konkurransegrunnlag for anskaffelsene som skal gjennomføres. Kontraktstrategien bør også tilpasses til eventuelle endrede forhold, dersom forutsetningene som er lagt til grunn endres frem til anskaffelsene skal gjennomføres.

Markedsdialog bør inngå i forberedelsene til anskaffelsene. Markedsdialogen under forprosjektet og i tidligere faser har vist at både leverandørmarkedet og løsningene som tilbys er under utvikling. Dette bekreftes også av de ledende analysebyråene på området. Det vil være viktig at anskaffelsene baseres på en oppdatert markedsforståelse, slik at mulighetene for tilgang til rett kompetanse og de best egnede produktene kan optimaliseres.

Steg 2 vil ha sterke avhengigheter til en lang rekke aktører i sektoren, og det er helsepersonellet i de mange helsevirksomhetene og pasientene som i all hovedsak skal realisere gevinstene av steg 2. Det anbefales at virksomhetene som skal benytte de nasjonale samhandlingsløsningene og innbygger- og pasientrepresentanter involveres i planleggingen der det kan være hensiktsmessig.

Det bør fortrinnsvis benyttes åpne behovsbeskrivelser som i størst mulig grad muliggjør forskjellige løsningstilnærminger, slik at det legges til rette for bredest mulig konkurranse i anskaffelsene. Dette gjelder særlig for produktanskaffelser. Det bør også generelt ikke benyttes strengere kvalifikasjonskrav enn det som vurderes som nødvendig, særlig ikke for ressurskjøp der graden av leverandørinnløsning vil være lav og konsulentene vil jobbe under intern ledelse.

Ellers vil følgende føringer⁷ for forprosjektet ha betydning også for det videre arbeidet, og da særlig for forprosjektet for steg 3:

- Forprosjektet skal hensynta vedtatte strategier for samhandling etter 2018 og evt. endringer i tjenestenes behov
- Forprosjektet skal tydeliggjøre mulighetene for fremtidig fleksibilitet, innovasjon og tjenesteutvikling, med utgangspunkt i teknologisk innovasjon og mulighetene som oppstår i markedet.

⁷ Helse- og omsorgsdepartementet, Konkretisering av oppdrag – oppstart av forprosjekt helhetlig samhandling, 18. desember 2020.

9 Strategiutviklingsprosessen

Kontraktstrategien er utarbeidet av en tverrfaglig arbeidsgruppe i forprosjektet for steg 2. Blant annet har Norsk helsenett SF deltatt i arbeidet med flere ressurser. Strategien bygger på arbeidet i andre deler av forprosjektet, da særlig arbeidet med omfang og med styring og organisering. Strategien er utviklet stegvis gjennom en iterativ prosess, bestående av både mindre møter og arbeidsmøter med flere deltagere.

Verken Direktoratet for e-helse eller Norsk helsenett SF har utviklet allmenngyldige strategier og retningslinjer for komplekse IKT-anskaffelser. Strategiarbeidets første fase var derfor en nåsituasjonskartlegging, basert på dokumenter og erfaringer fra personer som har deltatt i tidligere faser av arbeidet med de aktuelle samhandlingsløsningene og med målbildet for helhetlig samhandling.

I forprosjektet for steg 1 i utviklingsretningen for samhandling, ble det gjennomført en omfattende markedsdialog for å innhente oppdatert informasjon om leverandørers produkter og markedsstrategier. Denne markedsdialogen har man trukket veksler på også for steg 2. Dialogen ble gjennomført både i form av åpne leverandørmøter og en rekke møter med enkeltleverandører. En-til-en-møter ble gjennomført med alle leverandører som var villig til dette, totalt 21 leverandører. Det har også vært flere møter med representanter for leverandørmarkedet i forbindelse med gjennomføringen av forprosjektet for steg 2.

10 Referanser

1. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse for 2021. 18. desember 2021.
2. **Finansdepartementet.** *Statens prosjektmodell - Krav til utredning, planlegging og kvalitetssikring av store investeringsprosjekter i staten.* 2019.
3. —. *Veileder nr. 7 Kontraktstrategi.* s.l. : Finansdepartementet, 2008.
4. **Direktoratet for e-helse.** *Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2018.
5. —. Referanse katalogen for e-helse. <https://www.ehelse.no/standardisering/om-standardisering/referanse katalogen-for-e-helse>. [Internett]
6. **Nærings- og fiskeridepartementet.** *Helsenæringen — Sammen om verdiskaping og bedre tjenester.* 2019.
7. **DAMVAD og Samfunnsøkonomisk analyse.** *Dimensjonering av avansert IKT-kompetanse.* s.l. : DAMVAD, 2014.
8. **Samfunnsøkonomisk analyse AS.** *Norges behov for IKT-kompetanse i dag og framover.* 2021.
9. **International Data Corporation (IDC).** *Market analysis report: Worldwide integration software, 2021.* s.l. : IDC, 2021.
10. **Nasjonal sikkerhetsmyndighet.** *Sikkerhetsfaglige anbefalinger ved tjenesteutsetting.* 2018.
11. **Norsk helsenett SF.** *Skystrategi- målbilde og veikart for bruk av skytjenester.* 2020.
12. **Direktoratet for forvaltning og økonomistyring.** Åpen og begrenset anbudskonkurranse. *Anskaffelser.no.* [Internett] 2021. <https://anskaffelser.no/avtaler-og-regelverk/anskaffelsesprosedyrer/anbudskonkurranse-åpen-og-begrenset>.
13. —. Konkurransen med forhandling. *Anskaffelser.no.* [Internett] 2021. <https://anskaffelser.no/avtaler-og-regelverk/anskaffelsesprosedyrer/konkurranse-med-forhandlinger>.
14. —. Konkurransen preget dialog. *Anskaffelser.no.* [Internett] 2021. <https://anskaffelser.no/avtaler-og-regelverk/anskaffelsesprosedyrer/konkurransepreget-dialog>.
15. —. Innovasjonspartnerskap. *Anskaffelser.no.* [Internett] 2021. <https://anskaffelser.no/avtaler-og-regelverk/anskaffelsesprosedyrer/innovasjonspartnerskap>.
16. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger - én journal.* Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.
17. —. *Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt ovenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten.* 01 07 2013.
18. **Statistisk sentralbyrå.** *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016 - Statistikk om tjenester og tjenestemottakere.* 14 08 2017. ISBN 978-82-537-9591-1.

19. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal.* Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.

20. **Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet.** *Utredning av «Én innbygger – én journal». Sammendrag.* Oslo : Helsedirektoratet, 2015.

21. **Kommunal- og moderniseringsdepartementet.** *Meld. St. 27 (2015–2016) Digital Agenda for Norge - IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet.* Oslo : Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016.

22. **Direktoratet for e-helse.** *Én innbygger - én journal, Konseptvalgutredning, Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.* 2018.

23. **Helsedirektoratet.** *Digital behandlings- og egenbehandlingsplan – Innholds- og løsningsbeskrivelse. Rapport fra planleggingsfasen.* s.l. : Helsedirektoratet, 2021.

24. **Finansdepartementet.** *Digitaliseringsprosjekter i statens prosjektmodell.* s.l. : Finansdepartementet, 2020.

25. **International Data Corporation (IDC).** *Worldwide Integration and API Management Software Market Shares, 2020: Cloud Vendors Rapidly Rising.* s.l. : IDC, 2021.

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt

postmottak@ehelse.no

Sentralt styringsdokument

Steg 2 digital samhandling

Vedlegg M Målbilde for helhetlig samhandling

Publikasjonens tittel:

Sentralt styringsdokument
Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg M: Målbilde for helhetlig samhandling

Rapportnummer

IE-1087

Utgitt:

Januar 2022

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo
Tlf.: 21 49 50 70

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Innhold

1	Innledning	5
2	Bakgrunn.....	6
3	Behov for helhetlig samhandling	8
3.1	Samhandling i helse- og omsorgssektoren i dag	8
3.2	Helsepolitiske mål og planer.....	8
3.2.1	Leve Hele Livet – En kvalitetsreform for eldre	9
3.2.2	Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024	10
3.2.3	Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023	11
4	Utfordringer med dagens samhandling	13
4.1	Innbyggers utfordringer	13
4.2	Helsepersonells utfordringer.....	13
4.3	Utfordringer med samhandling med andre aktører	14
5	Målbilde for helhetlig samhandling	15
5.1	Prosess for utarbeiding av informasjonsbehov og informasjonstjenester.....	17
5.2	Informasjonstjenester	18
5.3	Organisatoriske samhandlingsformer	19
5.3.1	Sende og motta.....	19
5.3.2	Slå opp og tilgjengeliggjøre	19
5.3.3	Endre og dele.....	19
5.4	Regelverksutvikling for helhetlig samhandling	19
6	Tilnærming til målbilde for helhetlig samhandling.....	21
6.1	Dagens e-helseløsninger og fellestjenester.....	21
6.2	Rammeverk for digital samhandling	21
6.2.1	Juridiske samhandlingsutfordringer	22
6.2.2	Organisatoriske samhandlingsutfordringer	22
6.2.3	Semantiske samhandlingsutfordringer.....	22
6.2.4	Tekniske samhandlingsutfordringer	23
6.3	Tekniske samhandlingsformer.....	23
6.3.1	Elektronisk meldingsutveksling.....	23
6.3.2	Dokumentdeling	23
6.3.3	Datadeling	24
6.3.4	Behov for oversikt over samhandlingsevner	24
6.4	Plattformtilnærming	24

6.4.1	Krav til samhandlingsaktørene	26
7	Veikart for nasjonale e-helseløsninger	27
7.1	Sammenheng mellom veikartet og målbilde for helhetlig samhandling	27
7.2	Faser i veikartet.....	27
7.3	Stegvis realisering av målbildet	28
8	Referanser.....	30

1 Innledning

Dette dokumentet er et vedlegg til sentralt styringsdokument for program digital samhandling steg 2 for digital samhandling som er et svar på Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til Direktoratet for e-helse datert 18. desember 2020 og 16. juni 2021 (konkretisering av oppdraget).

Dokumentet er skrevet slik at det kan leses selvstendig og er en beskrivelse av bakgrunn og innhold i målbilde for helhetlig samhandling som ble tatt frem i forprosjektet for Akson i 2019. Dette er en viktig del av konseptet for helhetlig samhandling (se kap. 1 i sentralt styringsdokument for program digital samhandling forprosjekt steg 2) og danner grunnlaget for arbeidet med arbeidsomfanget i steg 2 (se vedlegg G Omfang).

2 Bakgrunn

Meld. St. 9 (2012-2013) *En innbygger – én journal* (1) etablerte i 2012 tre overordnede mål for IKT-utviklingen i helsesektoren:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning

Siden denne stortingsmeldingen kom, har det pågått arbeid med sentrale aktører for å se hvordan målene kan realiseres. Figur 1 viser dette arbeidet på et overordnet nivå.



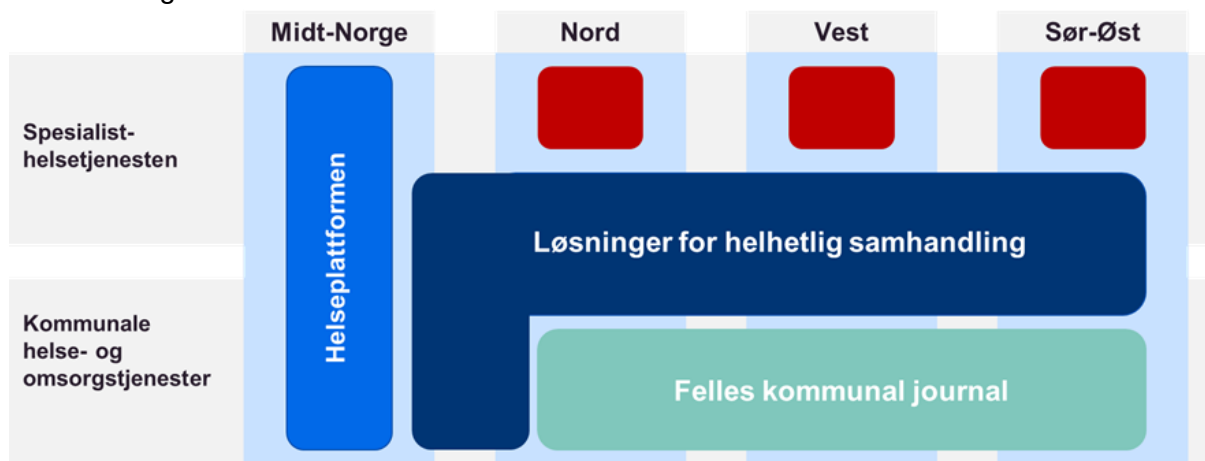
Figur 1 Gjennomført arbeid for realisering av målene i Meld. St 9

Det ble i 2017 levert et veikart med anbefaling om at utviklingsretningen mot det nasjonale målbildet skulle opprettholdes, og at realiseringen skulle skje gjennom tre strategiske og parallelle tiltak:

1. Videreutvikling av eksisterende regionale løsninger i spesialisthelsetjenesten i Nord, Vest og Sør-Øst
2. Etablering av Helseplattformen i Midt-Norge
3. Etablering av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste

Direktoratet for e-helse utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og i tett samarbeid med sektoren i 2018 konseptvalgutredningen, Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste (2). Direktoratet anbefalte konseptalternativ 7, K7 – løsning for felles journal i kommunal helse- og omsorgstjeneste og helhetlig samhandling. K7 innebærer at behovet i kommunal helse- og omsorgstjeneste utenfor Midt-Norge løses gjennom etablering av en felles nasjonal kommunal løsning for pasientjournal med helhetlig

samhandling.



Figur 2 Overordnet skisse for realisering av "en innbygger, en journal"

I 2019 fikk Direktoratet for e-helse et oppdrag om å gjennomføre et forprosjekt med utgangspunkt i K7 og et sentralt styringsdokument (3), med utgangspunkt i konsept 7, ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet i 2020 og ble kvalitetssikret (KS2) samme år. Etter anbefaling gitt i det sentrale styringsdokumentet ble gjennomføringen av konsept 7 delt i to programmer:

1. Felles kommunal journalløsning realiseres som ett tiltak i flere faser med kontroll- og stoppunkter og stegvis utvikling og innføring i kommunene, og skal drives i et samarbeidsprosjekt mellom kommunene, KS og staten.
2. Målbildet for helhetlig samhandling realiseres som en utviklingsretning med stegvis tilnærming gjennom selvstendige tiltak med mål om å binde de ulike kliniske fagsystemene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten sammen og gi helsepersonell tilgang til nødvendig og relevant informasjon, og skal ledes av Direktoratet for e-helse.

Stortinget bevilget midler til disse på statsbudsjettet 2021, og programmene Felles kommunal journal og digital samhandling ble opprettet.

Steg 1 i program digital samhandling består av prosjektene Nasjonal informasjonstjeneste for laboratorie- og radiologisvar (NILAR), Tilgangsstyring, API-Management og Grunndata (TAG) og Forprosjekt Steg 2. I tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse for 2021 ble det gitt et oppdrag om å starte forprosjekt for helhetlig samhandling. Forprosjektet skal ta utgangspunkt i behovskartleggingen og målbildet for helhetlig samhandling fra konseptvalgutredningen Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste og det valgte konsept 7, og slik dette er videre bearbeidet i forprosjekt for Akson. Forprosjektet skal hensynta vedtatte strategier for samhandling etter 2018 og evt. endringer i tjenestenes behov. Dette prosjektet har til hensikt å legge et veikart for stegene som må til for å oppfylle målbildet innenfor programperioden.

3 Behov for helhetlig samhandling

3.1 Samhandling i helse- og omsorgssektoren i dag

Innbygger vil i løpet av et livsløp kunne være i kontakt med mange ulike aktører i helse- og omsorgssektoren og med aktører som er tett knyttet til den. Felles for alle aktørene er at de trenger informasjon fra innbygger og hverandre for å utføre tjenester med høyest mulig kvalitet.

Samhandlingsreformen har økt behovet for å utveksle informasjon og kunnskap. Pasienter skrives tidligere ut fra sykehusene til videre oppfølging i kommunene og har ofte et mer omfattende behov for hjelp enn tidligere. Avansert behandling og oppfølging, som tidligere ble gjort på sykehusene, er det i økende grad kommunene som får ansvaret for. Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste (4) peker på økt bruk av teamorganisering for å tilby bedre koordinerte tjenester til innbyggere med sammensatte behov, noe som bidrar til økt behov for IKT-løsninger for å støtte nye arbeidsformer rundt den enkelte innbygger.

Samhandling i helse- og omsorgssektoren skjer på flere forskjellige måter i dag. Elektronisk meldingsutveksling utgjør i dag den viktigste formen for elektronisk samhandling. De mest brukte meldingstypene er pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger), bestilling og svar av laboratorieundersøkelser, henvisning og svarrapport for radiologisk undersøkelse, e-resept, elektroniske sykmeldinger, henvisninger, epikriser, og øvrige dialogmeldinger. Elektroniske meldinger har begrensninger, som at avsender må på forhånd vite hvem mottaker er, det kreves egne kvitteringsmeldinger som sikrer at meldingene kommer frem, og mottaker blir ikke automatisk oppdatert hvis avsender endrer innholdet i ettertid. Det kommuniseres fortsatt mye med bruk av telefon, i og mellom virksomheter og med innbyggere i situasjoner der bedre digitale samhandlingsløsninger kan erstattet telefon.

Dagens samhandling foregår også ved bruk av e-resept som er en elektronisk samhandlingskjede for virksomheter som håndterer resept- og legemiddelinformasjon. Det er utviklet elektronisk løsning for multidose som del av e-resept, men denne er foreløpig kun i bruk i pilot enkelte steder. De fleste bestillingene på multidose går via telefaks eller telefon. Videre brukes kjernejournal for deling av enkelte helseopplysninger på tvers av nivåer i helse- og omsorgssektoren, og Helsenorge tilbyr ulike innbyggertjenester. Kjernejournal er ikke tilgjengelig for alle aktører og det er variasjon i hvilke tjenester innbyggere får tilgang til gjennom Helsenorge, avhengig av hvilke tjenester virksomhetene de har kontakt med, har tilgjengeliggjort. Ut over dette foregår det fortsatt mye samhandling ved bruk av e-post, telefon, telefaks, utskrift på papir og CD/DVD. Det er ikke støtte for å dele helseopplysninger i sanntid eller sørget for vedlikehold av oppsummerte opplysninger som felles plan og tidligere sykdommer.

3.2 Helsepolitiske mål og planer

Forprosjektet for digital samhandling innebærer utarbeidelse av sentralt styringsdokument som skal beskrive nasjonale samhandlingsløsninger i en helhet, på bakgrunn av regjeringens konseptvalg i 2018, og vedtatte politiske meldinger og handlingsplaner som én innbygger – én journal (1), Leve Hele Livet – En kvalitetsreform for eldre (5), Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (6) og Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert (7). Dette innebærer at forprosjektet skal legge til grunn målene for tjenesteutviklingen som følger av disse dokumentene, og prioriterte

digitaliseringstiltak, herunder pasientens legemiddelliste, deling av journalinformasjon i kjernejournal (dokument- og datadeling), kritisk informasjon i kjernejournal og videreutvikling av Helsenorge som del av pasientens helsetjeneste.

I Meld St. 9, én innbygger – én journal ble det formulert tre overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten:

1. Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
2. Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
3. Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning

Dette har vært førende for arbeidet som er gjort i årene etterpå, og som også reflekteres i de tre planene som beskrives videre i dette kapittelet.

3.2.1 Leve Hele Livet – En kvalitetsreform for eldre



Reformen Leve hele livet (5) skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene. Meldingens hovedfokus er å skape et mer aldersvennlig Norge, og å finne nye og innovative løsninger.

Målgruppen er eldre over 65 år, både de som bor hjemme og de som bor i institusjon, med sine ulike forutsetninger og variasjoner i behov og ønsker. Leve hele livet skal gjennomføres i kommunene, med ønske om gjensidig læring mellom kommuner der de kan inspirere hverandre. Reformen er særlig rettet mot helse- og omsorgssektoren,

men alle sektorer må bidra for å skape et mer aldersvennlig samfunn hvor eldre kan være aktive og selvstendige. Det viktigste spørsmålet er: Hva er viktig for deg?

Utfordringer som beskrives i denne stortingsmeldingen dreier seg om manglende oppmerksomhet på mestring og forebygging, dårlig oversikt over sammensatte behov og problemer, lite bruk av fysisk aktivitet og trening, manglende bruk av nye behandlingsformer og lite systematisk kartlegging og oppfølging av den enkelte. For å møte utfordringene foreslås det tiltak innenfor områdene hverdagsmestring, proaktive tjenester, målrettet bruk av fysisk trening, miljøbehandling og systematisk kartlegging og oppfølging.

Nye arbeidsmetoder, nye samarbeidsformer, ny teknologi og nye løsninger vil gi noen av svarene på hvordan vi i fellesskap kan skape et mer bærekraftig samfunn i møte med aldringsutfordringene. Eksempelvis kan velferdsteknologiske løsninger og digital hjemmeoppfølging bidra til å opprettholde livskvalitet, selvstendighet og mestring.

Leve hele livet er en reform for å skape et mer sammenhengende tjenestetilbud til eldre og deres pårørende. Målet er å gi eldre økt trygghet og forutsigbarhet gjennom pasientforløp og overganger mellom eget hjem, sykehus og sykehjem og færre ansatte å forholde seg til. Sentralt i pasientens helsetjeneste er at alle skal få hjelp til å mestre livet i tråd med egne mål og ønsker. Målet er også å ta vare på de som tar vare på sine nærmeste, og gi pårørende støtte og avlastning, slik at de ikke sliter seg ut.

For målbildet for helhetlig samhandling er følgende områder mest relevante:

- Økt bruk av velferdsteknologi og medisinsk utstyr i hjemmet. Programmet skal legge til rette for at ny teknologi og nye løsninger blir tatt i bruk, og at helseopplysninger fra

disse løsningene blir tilgjengeliggjort til helsepersonell og innbyggere gjennom helhetlig samhandling.

- Utfordre til å organisere seg slik at det blir større kontinuitet i tjenestetilbudet

3.2.2 Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024



Handlingsplan for allmennlegetjenesten; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert (7) er en forpliktende opptappingsplan fra regjeringen for å styrke allmennlegetjenesten og da spesielt fastlegeordningen.

I helse- og omsorgstjenesteloven fremgår det at kommunene skal sørge for nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som bor eller oppholder seg i kommunen. Fastlegeordningen, som ble innført i 2001, inngår i dette sørge-for-ansvaret. Legene som jobber i kommunen er fastleger, men som allmennleger utfører de også oppgaver innen legevakt, sykehjem, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og fengsler. Kommunene har også kommuneoverleger (samfunnsmedisinere) som blant annet har ansvaret for helsefaglig rådgivning med vekt på folkehelse, smittevern, forebyggende helsearbeid og helsemessig beredskap.

Fastlegeordningen har vært og er en av de mest populære samfunnstjenestene i Norge målt etter Difis innbyggerundersøkelser. Samtidig var scoren i 2019 den laveste siden undersøkelsen startet i 2010. En svakhet med fastlegeordningen, er at den ikke i tilstrekkelig grad er lagt til rette for oppfølging av brukere med sammensatte og omfattende behov. I 2015 la Helse- og omsorgsdepartementet frem stortingsmeldingen Fremtidens primærhelsetjenestene – nærhet og helhet (4) – omtalt som Primærhelsetjenestemeldingen. Meldingen beskriver utfordringsbildet for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tjenestene er organisert som siloer der ulike yrkesgrupper jobber hver for seg. De stadig mer komplekse oppgavene krever høyere kompetanse tilpasset kommunens behov. Mangel på gode styringsdata gjør at det foreligger lite kunnskap om innholdet i tjenestene. I sum fører dette til en tjeneste som oppleves som lite tilgjengelig, helhetlig og koordinert for pasienter og brukere. Primærhelsetjenestemeldingen presenterte tiltak for å svare på disse utfordringene. Blant de viktigste er å utvikle en teamorganisert tjeneste, styrke og endre kompetansen, styrke ledelse og bedre tilgjengeligheten til data. Utfordringsbildet beskrevet i Primærhelsetjenestemeldingen ligger fast, men har blitt utvidet og forsterket på noen områder. Meldingen fanget ikke i tilstrekkelig grad opp de økende utfordringene med rekruttering til fastlegeordningen og arbeidsbelastningen for fastlegene. I tillegg er behovene for bedre samhandling mellom leger i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, for digitalisering og for å bygge ned siloene mellom tjenestene blitt tydeligere. Dette er særlig viktig for pasienter med langvarige og sammensatte behov, og for pasienter med psykiske plager og ruslidelser. Høsten 2019 forelå en evaluering av fastlegeordningen. Utfordringene kan oppsummeres i noen punkter:

- Vanskeligere å rekruttere og økende arbeidsbelastning
- Utfordringer med tjenestene til dem med størst behov
- Lite systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
- Uutnyttede muligheter ved arbeidsdeling, teknologi og nye arbeidsformer

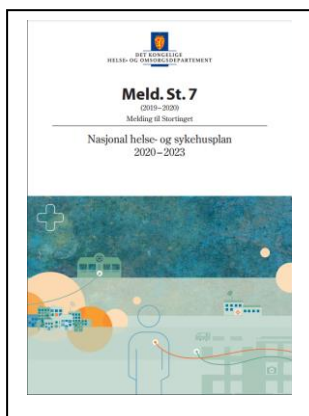
Handlingsplanen for allmennlegetjenesten følger opp resultatene fra evalueringen og løper fra 2020 til og med 2024, men inneholder også tiltak som innføres utover

handlingsplanperioden. Hovedvekten av tiltakene handler om fastlegeordningen, siden det er her det er størst utfordringer nå. Samtidig inneholder planen tiltak også for andre deler av allmennlegetjenesten. Handlingsplanen inneholder 17 tiltak hvorav 8 i ulike grad berører program digital samhandling.

For målbildet for program digital samhandling kan tiltakene oppsummeres slik:

- Tilrettelegge for bedre arbeidsdeling og samhandling med øvrige kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten
- Gi bedre kvalitet på legetjenester til brukere med omfattende behov
- Gi bedre kvalitet på allmennlegetjenesten og det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet
- Utnytte muligheter ved teknologi, teamarbeid og nye arbeidsformer

3.2.3 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023



Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (6) er regjeringens strategi for realisering av pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Den gir retning og rammer for utvikling av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Pasienter og pårørende skal oppleve en helhetlig og sammenhengende helse og omsorgstjeneste der pasienten kan være en aktiv deltaker i egen helse og behandling. God samhandlingskultur, felles forståelse av hva helseforetak og kommuner skal samhandle om og hvordan de skal gjøre det må etableres. Etableringen av helsefellesskap skal bidra til at Helseforetak og samarbeidende kommuner møtes som likeverdige partnere. Covid19-pandemien har per nov 2021 (8) forsinket

formaliseringsprosessene noe, men også vært til drahjelp for samhandling og oppgaveløsning. I tillegg til pandemien har det vært endringer i kommunal struktur som også har bidratt til utfordringer enkelte steder. Alle regionene har prosesser gående på dette arbeidet.

Digitalisering er en forutsetning for pasientens helsetjeneste. Tjenester som tidligere krevde oppmøte hos helsepersonell eller at helsepersonell møttes fysisk, ytes til pasientene ved hjelp av videokonsultasjoner, oppfølging basert på pasientrapporterte data og sensorteknologi og nettbaserte behandlingsprogram. Pasientforløp på tvers av kommuner og sykehus krever gode rutiner som gir pasienter og pårørende forutsigbarhet og trygghet, mulighet for gjensidig konsultasjon mellom helsepersonell og IKT-systemer som understøtter samhandlingen. Tverrfaglige team på tvers av nivåer ivaretar behovene til pasienter med store og sammensatte behov, der det er hensiktsmessig. Spesialisthelsetjenesten møter pasientene i større grad i hjemmet og i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og de deler sin kompetanse – både fysisk og virtuelt. For sårbare pasientgrupper flyttes det medisinske utstyret dit pasienten er – ikke omvendt.

I Nasjonal helse- og sykehusplan peker regjeringen på disse digitaliseringstiltakene, som de viktigste å gjennomføre og de kan sees i sammenheng med målbildet for helhetlig samhandling:

- Videreføre arbeidet knyttet til modernisering av journalsystemene
- Videreutvikle digital infrastruktur og arbeidet med IKT-sikkerhet
- Innføre og utvikle nødvendige nasjonale e-helseløsninger og standarder
- Gjennomføre tiltak for bedre kvalitet på og tilgjengelighet til helsedata
- Øke samordningen av helseregionenes IKT-utvikling
- Understøtte digitaliseringen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Videreutvikle nasjonale virkemidler for styring og samordning på e-helseområdet

4 Utfordringer med dagens samhandling

Gjennom dagens journalløsninger har helsepersonell i hovedsak bare tilgang til informasjon som er registrert i egen løsning eller som mottatt gjennom meldinger fra andre aktører. Det er i liten grad mulig å slå opp i informasjon som finnes hos andre aktører. Det brukes derfor mye tid på å finne og innhente informasjon fra andre aktører. Innbyggerne har heller ikke en samlet oversikt over all helseinformasjon om seg selv, fordi ikke alle aktører er knyttet til innsynsløsningen via Helsenorge.

4.1 Innbyggers utfordringer

Dagens bruk av løsninger gjør det krevende for innbygger å få oversikt over egne helseopplysninger. Det er forskjellig fra aktør til aktør hvorvidt innbygger kan administrere helseopplysningene sine digitalt eller om de må administreres på papir. Helseopplysninger som er oppgitt til en helsetjeneste er i varierende grad tilgjengelig for aktører utenfor denne helsetjenesten. Dette medfører at innbyggerne stadig må gjenta historien sin.

Lovverket gir innbyggerne rettighet til å ha tilgang til alle helseopplysninger som er lagret om dem. Hvis informasjonen er feil, har de rett til å få denne endret eller slettet. Innbyggerne har rett til å få informasjon sperret for navngitt helsepersonell. Rettighetene blir ivaretatt forskjellig fra aktør til aktør. Det er ikke mulig å se en samlet oversikt over all informasjon som er lagret om deg. Innbyggerne må henvende seg til hver enkelt aktør for å få innsyn i helseopplysninger.

Innbyggere opplever det krevende å få oversikt over alle aktiviteter og oppgaver som er del av eget behandlingsforløp. Mellom aktørene er det for eksempel stor variasjon i hvordan administrasjon av timeavtaler foregår. Kommunikasjon med innbygger foregår via brev, telefon, SMS, Helsenorge og andre digitale plattformer. Innbyggerne må selv holde oversikt og koordinere helsetjenester på tvers av sektoren.

Et viktig virkemiddel er å gjøre helsetjenestene digitalt tilgjengelig for innbygger. Forespørsel om helsetjenester som fornyelse av resept og forespørsel om time bør for eksempel kunne gjennomføres elektronisk. Innbyggerne kan i varierende grad kommunisere elektronisk med helse- og omsorgstjenesten. Innbyggeren bør kunne ha elektronisk dialog med helsepersonell. For å sikre helsetjenester av høy kvalitet, bør innbyggeren ha mulighet til å enkelt gi tilbakemeldinger og eventuelt klage på helsetjenester. Forespørsler om å dele helseopplysninger i forskningsprosjekter bør gjøres digitalt og basert på pasientdata.

Innbygger har høye forventninger til helsetjenesten, noe som innebærer at den tilpasses den enkeltes behov og blir tilgjengeliggjort på nye måter. Digital hjemmeoppfølging, nettbasert behandling og hjemmesykehus får stadig økende oppmerksomhet og medfører behov for god samhandling med innbygger for at det skal fungere tilfredsstillende mellom de involverte aktørene.

4.2 Helsepersonells utfordringer

Helsepersonell har utfordringer med dagens samhandling. I Riksrevisjonens rapport fra 2016 ble det påvist vesentlige svakheter ved samhandlingen i helsetjenesten (9). I behovskartleggingen i forbindelse med konseptvalgutredningen for felles kommunal journalløsning,

ble det også avdekket at mange av de viktigste samhandlingsbehovene ikke var dekket (10). Det er behov for at relevant pasientinformasjon er tilgjengelig uavhengig av hvor pasienten befinner seg eller har fått hjelp tidligere, noe som ikke nødvendigvis er tilfelle i dag. Mye tid brukes på leting og oppsummering av informasjon om innbyggeren. For å tilby innbyggeren riktig helsehjelp må beslutninger tas på rett grunnlag. Det er ofte ønskelig med kunnskaps- og beslutningsstøtte til å vurdere videre pasientforløp, mulighet for prosessstøtte for å gjøre det enklere å gjennomføre kliniske oppgaver, utredninger, behandlinger og/eller oppfølgingsprosess i et pasientforløp

Moderne journal- og samhandlingsløsninger kan bidra til å effektivisere dialogen mellom aktørene. De muliggjør utnyttelse av data til styring, kvalitetsforbedring og forskning. Dagens journal- og samhandlingsløsninger støtter i for liten grad opp under oppfyllelse av sentrale, politiske mål om en effektiv og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste med helhetlig og koordinerte tjenester på tvers av behandlingsnivå og virksomheter. Mangler ved dagens samhandling gjør det krevende for helsepersonell å ha tilstrekkelig dialog og informasjonsdeling med andre aktører i helsetjenesten og med andre kommunale- og statlige aktører da det brukes løsninger som ikke kommuniserer med hverandre i tilstrekkelig grad.

Etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester forventes å øke de nærmeste årene. En strategi for å møte dette er å gjennomføre mer av helsehjelpen i hjemmet, og redusere tiden en pasient tilbringer på sykehus. Andre oppfølgingsmuligheter som digital hjemmeoppfølging, nettbasert behandling og hjemmesykehus benyttes allerede enkelte steder og det planlegges også å bli tatt i bruk i større grad. Dette innebærer også at mer komplekse problemstillinger og behandlingsmetoder følges opp i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og forsterker behovet for mer effektive samhandlingsverktøy som støtter hele pasientforløpet. For å kunne tilby fremtidige innbyggere samme kvalitet på helsetjenestene må det tilrettelegges for bedre samhandling mellom systemer slik at informasjon kan utveksles bedre og mer effektivt på tvers av helsesektoren.

4.3 Utfordringer med samhandling med andre aktører

Det finnes digital samhandling på utvalgte områder mellom helsetjenesten og aktører utenfor. I midlertidig savnes det bedre støtte for digital samhandling på en rekke områder. Eksempler på dette er samhandling mellom helsetjenesten og aktører som barnevern, PPT, skole, barnehager, politi og andre kommunale og statlige tjenester. Videreutvikling på disse områdene vil kreve håndtering av ulike sett med lovverk, ulike ansvarsområder og stor variasjon i digitale løsninger og plattformer.

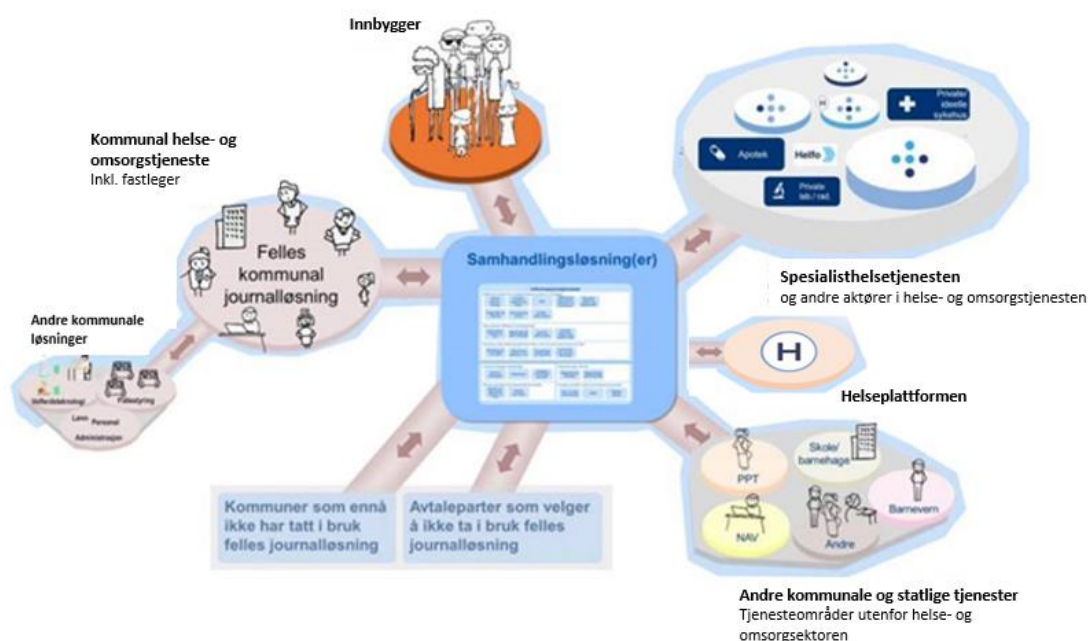
Aktører som yter helsetjenester har behov for oppdaterte styringsdata som gir informasjon om kvalitet, volum og kostnad på helse- og omsorgstjenestene. Virksomhetslederne ønsker å følge trender som f.eks. uønskede hendelser og avvik over tid i arbeidet med å forbedre pasientsikkerheten. For å kunne styre og avdekke belastning hos virksomheten er det behov for strukturerte data av god kvalitet. Dataene vil også kunne benyttes i planleggingen av nødvendige kompetanseutvikling og opplæringsaktiviteter.

Aktører som er ansvarlig for å at innbyggere får forsvarlig helsehjelp og oppfylt sine rettigheter har behov for styringsdata for å følge opp tilbud og etterspørsel etter helsetjenester. Det er også behov for data som kan benyttes til beslutningsstøtte for å sikre evnen til å håndtere kriser på en effektiv og god måte. Data om helsetilstand og risikofaktorer er viktig grunnlag for forskning og helseanalyse, og gjør at forebyggende tiltak kan igangsettes på et tidlig tidspunkt og fremtidens helsetjenester kan designes.

5 Målbilde for helhetlig samhandling

Målbilde er en visjon for fremtiden, og beskriver samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten frem mot 2030. Program Digital Samhandling benytter målbildet som styringsverktøy for å vise retning. Målbildet består av informasjonstjenester som programmet tar sikte på å realisere innen 2030 for å understøtte ytelse av helse- og omsorgshjelp. Dette inkluderer å sikre kontinuitet i direkte helsehjelp, for eksempel når innbygger beveger seg mellom ulike virksomheter eller skrives ut fra sykehus, og å sikre samhandling med responscenter med velferdsteknologiske utstyr og digital hjemmeoppfølging.

Målbildet for helhetlig samhandling er å tilby informasjonstjenester på en samhandlingsinfrastruktur som representerer et sett av informasjonsbehov som ikke er tilstrekkelig dekket i dagens nasjonale e-helseløsninger for samhandling. Hver informasjonstjeneste gir mulighet for å utveksle eller dele helseinformasjon mellom ulike aktører. Figur 3 viser hvilke aktører som samhandler gjennom felles samhandlingsløsninger når målbildet er realisert. Målbildet for helhetlig samhandling ble utarbeidet i forprosjektet til helhetlig samhandling, prosessen og resultatet kan lese mer om i bilag G2 Helhetlig samhandling (11) til sentralt styringsdokument til Akson – helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning.



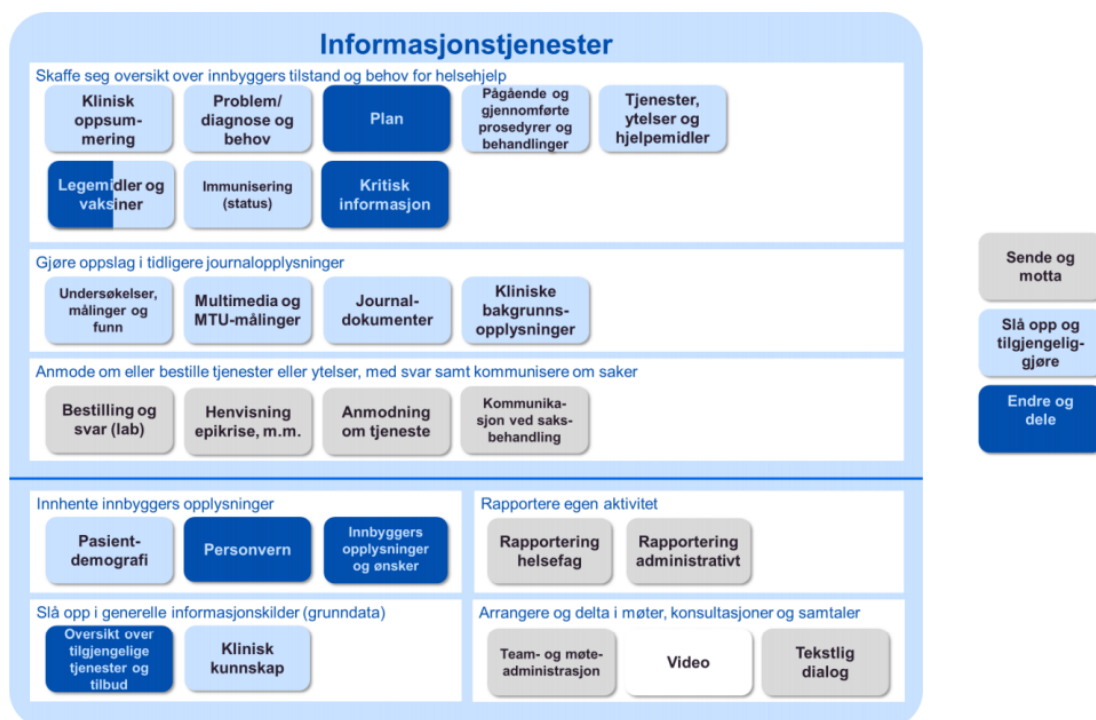
Figur 3 Aktører som samhandler gjennom felles løsninger når målbildet er realisert

Målbildet for helhetlig samhandling er:

Helsepersonell og innbyggere har tilgang til relevant og oppdatert helseinformasjon fra andre journalløsninger. Informasjonen som deles er basert på helsepersonell og innbyggers behov. Helseinformasjonen er kun tilgjengelig for aktører som har tjenstlige behov.

Samhandlingen bygger på en felles grunnmur som består av felleskomponenter, felles språk, felles datakilder, felles krav og retningslinjer og felles infrastruktur.

En informasjonstjeneste definerer et utvalg av informasjon som kan deles. Informasjonen kan deles ved hjelp av de ulike organisatoriske samhandlingsformene "sende og motta", "slå opp og tilgjengeliggjøre" og "endre og dele". Disse beskrives nærmere senere i kapittelet. Informasjonstjeneste og samhandlingsform er vist i Figur 4. Informasjonsinnhold for hver informasjonstjeneste må defineres med utgangspunkt i internasjonale standarder, terminologi og kodeverk, med tilhørende tekniske grensesnitt (API).



Figur 4 Informasjonstjenester for helhetlig samhandling

Aktivitetene som vises i målbildet gjenspeiler aktivitetene helsepersonell gjennomfører når de tar mot, gjennomfører behandling, planlegger videre behandling og oppsummerer behandlingen. Informasjonstjenestene understøtter aktivitetenes behov for informasjon:

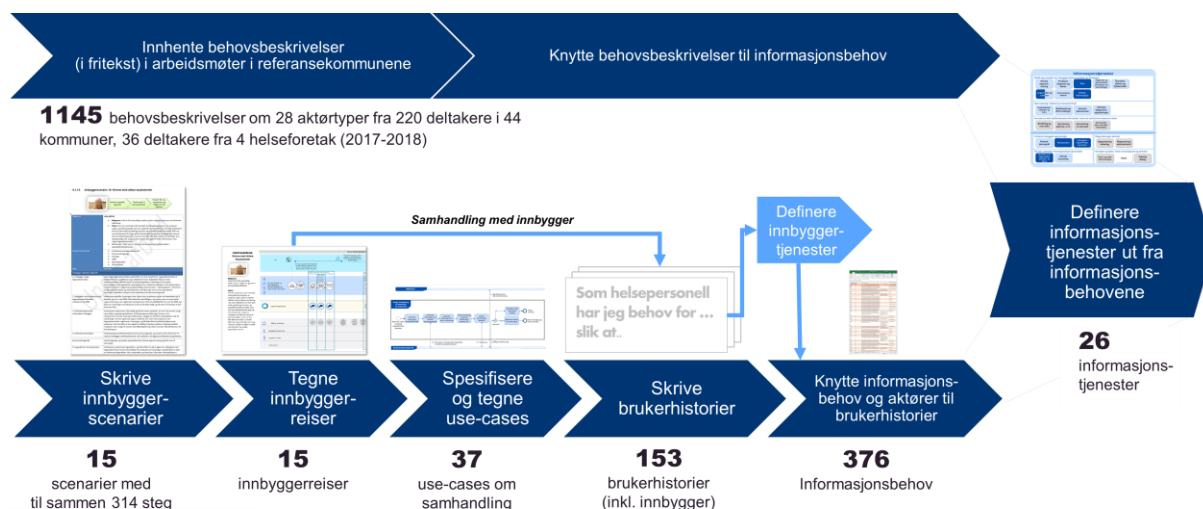
- **Skaffe seg oversikt over innbygers tilstand og behov for helsehjelp:**
Informasjonstjenestene i denne kategorien benytter helsearbeiderne til å få oversikt over hvem innbyggeren er og kritisk informasjon om innbyggers helse. Eks. på dette er å få oversikt over evt. legemiddelallergier.
- **Gjøre oppslag i tidligere journalopplysninger:**

Informasjonstjenesten gir helsepersonell muligheten til å grave seg dypere ned i innbyggerens sykdoms- og undersøkelseshistorikk fra tidligere besøk i helsetjenesten. Eks. hvis fastende langtidsblodsukker blir målt kan helsepersonell gå inn i journalen og få resultater fra tidligere tester som dagens resultater kan sammenlignes med.

- **Anmode om eller bestille tjenester eller ytelser, med svar samt kommunisere om saker:** Informasjonstjenestene tilrettelegger for samhandling innad i helsetjenesten og med aktører utenfor. Det kan være bestilling av nye prøver eller svar på prøver som er gjennomført, eller anmodning om tjenester fra evt. andre aktører som f.eks. samhandling med NAV når innbygger skal sykemeldes.
- **Innhente innbyggers opplysninger:** Informasjonstjenestene tilbyr informasjon om innbyggeren som f.eks. foreldreansvar og behov for tolk som helsepersonell kan bruke i samhandling med andre aktører for å dekke innbyggernes behov best mulig. Eks. Identifisere hvorvidt innbyggere som blir akuttinnlagt har foreldreansvar og det er behov for å iverksette tiltak for å ivareta barn.
- **Slå opp i generelle informasjonskilder (grunndata):** Grunndatatjenesten tilbyr informasjon om hvilke tjenester som er tilgjengelig i kommunen innbyggeren bor i samt at den tilbyr klinisk fagkunnskap.
- **Rapportere om aktivitet:** Informasjonstjenestene som benyttes for å rapportere om aktivitet til Helfo for refusjon og rapportering av medisinske data til registre slik at den blir tilgjengelig for bla. forskning.
- **Arrangere og delta i møter, konsultasjoner og samtaler:** Informasjonstjenestene gir helsepersonell muligheten til å samhandle digitalt for å utveksle informasjon med annet helsepersonell og innbyggere.

5.1 Prosess for utarbeiding av informasjonsbehov og informasjonstjenester

I forprosjektet Akson ble det jobbet videre med de kartlagte informasjonsbehovene fra KVVU-arbeidet i 2017-2018. Informasjonsbehovene er utledet fra møter med sektor og behov for samhandling med aktører som ikke var planlagte brukere av felles kommunal journalløsning. Oppsummerer en alle stegene i benyttet metode begynte en med å beskrive innbygger-scenarier, tegnet dem som innbyggerreiser for å identifisere use-case, tegnet use-case for å identifisere brukerhistorier, koblet brukerhistorier til informasjonsbehov og definerte informasjonstjenestene slik at de dekket alle informasjonsbehovene. Dette illustreres i Figur 5. Innbygger-scenarier var oppdiktede men realistiske pasienthistorier, som ble utformet i samarbeid med helsepersonell.



Figur 5 Prosess for utarbeiding av informasjonsbehov og informasjonstjenester

Både behovsbeskrivelsene og innbygger-scenariene ble analysert i flere steg, og behovene for informasjon som gikk igjen flere steder ble identifisert. Den samlede listen med informasjonsbehov (376) ble da en katalog over hva slags informasjon aktørene trengte. Helsepersonell prioriterte mellom informasjonsbehovene i denne lista, slik at behovene kunne vurderes i prioritert rekkefølge når samhandlingsløsninger skulle utvikles. For å forenkle målbildet ble informasjonsbehovene gruppert i 26 informasjonstjenester. For hver informasjonstjeneste ble det i tillegg valgt en egnet samhandlingsform.

En informasjonstjeneste består av flere informasjonsbehov. Implementering av informasjonstjenestene i målbildet innebærer at alle informasjonsbehov må dekkes. Detaljert informasjon kan leses i bilag G2 Helhetlig samhandling (11) til sentralt styringsdokument til Akson – helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning.

5.2 Informasjonstjenester

Informasjonstjenestene tilbyr informasjon fra andre brukere til helsepersonell som de kan benytte når de utfører ulike aktiviteter. De dekker ulike samhandlingsbehov hos brukerne, og kan ved behov hente informasjon fra hverandre. Hver informasjonstjeneste består av to eller flere informasjonsbehov som svarer ut helsepersonells behov for informasjon.

Informasjonstjenestene samlet danner et statisk målbilde som endrer seg lite med tiden og gir programmet faste styringsrammer. Hvis det er behov for det er det mulig å endre på informasjonstjenestene i målbildet. Innholdet i informasjonstjenestene, informasjonsbehovene, endrer seg oftere. Det kan være at uventede situasjoner oppstår som medfører behov for ny informasjon ikke er kartlagt tidligere eller det kan være at den interne prioriteringen mellom informasjonsbehovene endrer seg. Et mulig eksempel på dette er behovet for videotjenester. Under kartleggingen og prioriteringen av informasjonsbehov i forprosjektet ble behovet for å samhandle med videotjenester lavt prioritert, men da korona gjorde sitt inntog i Norge har dette funksjonelle behovet endret seg og muligheten for støtte til samhandling via video ble svært etterspurt og tatt i bruk. Målbildet før og under koronaen er det samme, begge inkluderer en informasjonstjeneste som omhandler samhandling via video, men ved at programmet styres etter målbilde fremfor vannfallsmetodikk har programmet mulighet til å fortløpende vurdere hvilke informasjonsbehov som er viktigst å dekke på nåværende tidspunkt.

5.3 Organisatoriske samhandlingsformer

Hver informasjonstjeneste vil ha en foretrukket samhandlingsform, og de beskriver hvordan samhandlingen foregår. Hver informasjonstjeneste benytter seg i hovedsak av en organisatorisk samhandlingsform og støttes ved behov opp av andre samhandlingsformer.

5.3.1 Sende og motta

Den organisatoriske samhandlingsformen "sende og motta" benyttes når avsender og mottaker er kjent. Sende og motta er godt kjent fra meldingsutveksling hvor brukeren kan sende over strukturert eller ustrukturert informasjon til en kjent mottaker. Et eksempel på dette er henvisning hvor helsepersonell formulerer teksten som fritekst. I tillegg kan fritekstfeltet understøttes av et statusfelt som endrer verdi ettersom henvisningen blir behandlet – sendt – mottatt – under behandling – godkjent – avvist. Dette gir avsender og innbygger god informasjon om kontinuerlig status på henvisning og avlaster helsevesenets i spørsmål om status på henvisningen.

5.3.2 Slå opp og tilgjengeliggjøre

Den organisatoriske samhandlingsformen "slå opp og tilgjengeliggjøre" støtter informasjonstjenester hvor det er behov for å tilgjengeliggjøre informasjon fra en bruker til flere andre ikke navngitte brukere. De kan da slå opp gjennom avtalte kanaler og tilegne seg denne informasjonen når de har behov for det, uavhengig av når den ble tilgjengeliggjort.

Det er både aktuelt å tilgjengeliggjøre informasjon i form av dokumenter, slik det gjøres med dokumentdeling av utvalgte deler av pasientjournaler i helseforetak, og som strukturerte data. Et eksempel på det siste er hvis helsepersonell har målt fastende blodsukker og ønsker å sammenligne verdiene med tidligere prøveresultater.

5.3.3 Endre og dele

Den organisatoriske samhandlingsformen "endre og dele" benyttes når det er viktig å ha en felles kilde til informasjonen, som kan oppdateres av ulike aktører. Et eksempel er en liste over kritisk informasjon. Et annet eksempel på ønsket løsning er plan, hvor flere aktører har behov for å oppdatere en felles plan for innbyggeren med nye planlagte avtaler, og holde hverandre løpende oppdatert.

5.4 Regelverksutvikling for helhetlig samhandling

I tillegg til de krav som allerede følger av gjeldende rett, er det to pågående lovarbeider som vil være av betydning for program digital samhandling og programmet for pasientenes legemiddelliste. Prop. 3 L (2021–2022) - Endringer i pasientjournalloven (tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger m.m.) ble lagt frem for Stortinget samtidig med statsbudsjettet for 2022. Lovforslaget skal gi hjemmel til å fastsette forskrifter om plikt til å ta i bruk og betale for de nasjonale e-helseløsningene. Videre har Helse- og omsorgsdepartementet hatt forslag til blant annet endring i pasientjournalloven § 10 på høring. Dette lovforslaget er ment å gi det rettslige grunnlaget for en nasjonal digital datainfrastruktur.

Det må trolig gjøres ytterligere endringer i regelverket for å kunne realisere hele målbildet for helhetlig samhandling. Eksisterende nasjonale e-helseløsninger, og det rettslige grunnlaget disse bygger på, vil ikke være tilstrekkelig for å oppnå hele målbildet.

For å ivareta helheten, bør informasjonstjenestene, infrastrukturen og verktøyene som må til for å realisere målbildet, sees i sammenheng ved utvikling av regelverket, fremfor at

enkelttjenester og verktøy reguleres hver for seg. Det er Direktoratet for e-helse sin vurdering at fremtidige lovbestemmelser som skal etablere det rettslige grunnlaget for målbildet helhetlig digital samhandling, med fordel kan utformes som funksjonsorienterte og teknologinøytrale rammebestemmelser som tar høyde for fremtidig utvikling. Etter Direktoratet for e-helse sin vurdering vil slike rammebestemmelser være digitaliseringsvennlige og fullt ut forsvarlig, forutsatt at de er godt utredet, slik at det sikrer den nødvendige forutberegnelighet for lovgiver. Dette vil skape den nødvendige fleksibilitet for en smidig tilnærming ved utvikling av de løsninger som er nødvendige for å nå målbildet. Etter Direktoratet for e-helse sitt syn bør det settes rammevilkår som muliggjør smidig tilnærming og legger til rette for fremtidig innovasjon og tjenesteutvikling. Regelverk er et sentralt rammevilkår, og lovprosesser er tidkrevende. Lovbestemmelser bør derfor i størst mulig grad utformes slik at det tas høyde for nye digitale tiltak, uten at hvert enkelt tiltak vil kreve særskilt lovregulering.

6 Tilnærming til målbilde for helhetlig samhandling

6.1 Dagens e-helseløsninger og fellestjenester

Gjennom de siste ti årene er det etablert flere nasjonale e-helseløsninger for å støtte digital samhandling mellom innbygger og aktørene i helse- og omsorgssektoren. De tre store er:

- Helsenorge; den nasjonale innbyggerportalen og tilrettelegger for samhandling mellom innbyggere og helse- og omsorgstjenesten og helseforvaltningen.
- Kjernejournal; samler helserelatert informasjon fra flere kilder og gjør disse tilgjengelig for innbyggere og helsepersonell med tjenstlig behov.
- E-resept; en elektronisk samhandlingskjede for sikker overføring av reseptinformasjon. Den gjør det mulig for pasienter å hente legemidler uten å ha med papirresept, reduserer risikoen for feil i forskrivning og utlevering av legemidler, og oppfyller strenge krav til sikkerhet og personvern.

En felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten består av flere tjenester som legger til rette for enkel og sikker samhandling på tvers av virksomheter og forvaltningsnivå. Felles grunnmur omfatter felles språk (kodeverk og terminologi), felles grunndata, felleskomponenter, felles krav og retningslinjer og felles infrastruktur. Byggeklussene i grunnmuren er viktige som enkeltkomponenter og sammen som en helhet. Felles grunndata og tillitstjenester er nødvendig for å lykkes med data- og dokumentdeling og nasjonal bredding av eksisterende nasjonale e-helseløsninger. Disse gir bedre pasientsikkerhet og samhandlingen i helse- og omsorgssektoren på kort sikt.

Som tillitstjeneste er HelselD viktig som en felles påloggingsløsning for helse- og omsorgssektoren. Den legger til rette for enklere pålogging for helsepersonell, og styrket informasjonssikkerhet ved digital samhandling i sektoren. Dette skjer blant annet gjennom funksjonalitet for autentisering av brukere, systemer og virksomheter, samt beskyttelse av systemer. Tjenesten gjør det enklere for virksomhetene å ha tillit til hverandre, og bidrar dermed til å forenkle deling av informasjon på en sikker måte.

6.2 Rammeverk for digital samhandling

Rammeverk for digital samhandling (12), som er bygget på den internasjonale EIF-modellen (13), er et europeisk rammeverk som inneholder prinsipper og anbefalinger for samhandling i offentlig sektor. Modellen brukes for å identifisere samhandlingsutfordringer tidlig i prosjektet. Evnen til samhandling vurderes ut fra juridisk-, organisatorisk-, semantisk- og teknologisk evne til å samhandle.



Figur 6 Rammeverk for digital samhandling

6.2.1 Juridiske samhandlingsutfordringer

Hver informasjonstjeneste tilbyr informasjon som kan deles mellom ulike aktører. Flere av informasjonstjenestene forutsetter sentral lagring av helseopplysninger, eksempelvis i form av kopier av lokalt lagrede opplysninger, eller registre som inneholder metadata, slik at informasjon som lagres lokalt kan søkes opp. Videre vil enkelte tjenester kunne tilby sammenstilling og tilgjengeliggjøring av informasjon på helt nye måter. Flere av informasjonstjenestene vil derfor trolig utfordre gjeldende rett, slik at samhandlingsevne vil forutsette regelverksendringer som er nødvendige for å etablere det rettslige grunnlaget for tjenestene. I tillegg til å sikre selve rettsgrunnlaget for behandlingen av opplysningene, vil det også være behov for nærmere regulering av de ulike tjenestene og plassering av ansvar, herunder presisering av hvem som har ansvar for tilgangsstyring, ivaretagelse av ulike rettigheter, som retting, sletting og innsyn osv. Slike endringer i regelverket vil ta tid og vil kunne påvirke tidsplanen for implementering av tjenestene.

6.2.2 Organisatoriske samhandlingsutfordringer

Organisatorisk samhandling iverksetter den nye samhandlingsformen slik at den svarer ut juridiske krav. Implementering av nye samhandlingsformer er ofte en organisatorisk utfordring. Arbeidsprosesser skal endres, nye roller og ansvar skal tildeles. Dette medfører at mennesker må endre arbeidsmåten sin, noe som ofte resulterer i endringsmotstand. For å lykkes med helhetlig samhandling må de fleste aktørene ta i bruk løsningene som utvikles.

6.2.3 Semantiske samhandlingsutfordringer

Semantisk samhandling tilrettelegger for at informasjon helsepersonell har behov for blir delt gjennom den tekniske løsningen. God semantikk tilrettelegger for gjenbruk av informasjonen. Semantikk må avklares for hvert informasjonsbehov.

- Struktur: informasjonen kan deles u-, del- eller helstrukturert
- Informasjonsmodell: informasjonsfeltene må representeres og beskrives i forhold til hverandre.

- Terminologi: det må besluttes en felles terminologi for informasjonen slik at alle brukerne vet hva informasjonen betyr.
- Kodeverk: informasjonen bør støtte seg på et kodeverk. Ofte finnes det internasjonale kodeverk som må oversettes og tilpasses norske forhold.

6.2.4 Tekniske samhandlingsutfordringer

Teknisk samhandling skal tilrettelegge for kommunikasjon mellom ulike systemer. Det må identifiseres hvilke av dagens løsninger som kan gjenbrukes og hva som mangler og dermed må anskaffes eller utvikles. I helhetlig samhandling er det behov for å etablere en løsning for deling og utveksling av data, samt lagring av data i henhold til de juridiske retningslinjene. Det er behov for standardiserte grensesnitt (API) mellom systemene som skal samhandle via helhetlig samhandling.

6.3 Tekniske samhandlingsformer

De organisatoriske samhandlingsformene er beskrevet tidligere i dokumentet. Dette delkapittelet gir en kort beskrivelse av tekniske samhandlingsformer, hvilke som er i bruk i dag og hvilke av de organisatoriske samhandlingsformene de kan knyttes til.

6.3.1 Elektronisk meldingsutveksling

Elektronisk meldingsutveksling innebærer overføring og mottak av strukturerte data fra og til kjente avsendere og mottakere og kan benyttes i den organisatoriske samhandlingsformen sende og motta.

Elektronisk meldingsutveksling er en godt etablert, sikker og rask kommunikasjonsform, basert på kjente og definerte meldingsstandarder. Meldingsutvekslingen foregår kryptert i et sikkert nett, og meldingen sendes fra den elektroniske pasientjournalen (EPJ) til avsender og mottas i pasientjournalen til mottaker.

En annen form for meldingsutveksling er dokumentutveksling. Dette er overføring av et godkjent, lesbart dokument, med varierende grad av struktur. I Norge har vi ofte omtalt dokumentutveksling som meldingsutveksling, og en elektronisk melding kan derfor dekke både meldingsutveksling og dokumentutveksling da den tekniske løsningen er lik.

Sentrale konsepter og komponenter i dagens løsninger for meldingsutveksling er adresseregisteret, helsenettet, meldingsvalidatoren, tjenestebasert adressering, basismeldinger, dialogmeldinger og pleie- og omsorgsmeldinger (PLO). Det er i dag utbredt bruk av disse som driftes og forvaltes etter etablerte prosesser.

6.3.2 Dokumentdeling

Dokumentdeling er en teknisk samhandlingsform som omhandler deling av godkjente, lesbare dokumenter, inkludert bilder, gjennom felles infrastruktur/tjenester. Der kan en konsument søke etter tilgjengelige dokumenter om en gitt pasient hos andre virksomheter og få tilgang til dokumentene. I motsetning til elektronisk meldingsutveksling, hvor mottaker av informasjon må være kjent når informasjonen skal distribueres, tilrettelegger dokumentdeling for at dokumenter om en gitt pasient vil være tilgjengelig når et tjenstlig behov for innsyn i dokumentet oppstår på et senere tidspunkt.

Dokumentdeling er standardisert gjennom bruk av internasjonale spesifikasjoner (IHE XDS) hvor helsevirksomheter deler godkjente og lesbare dokumenter på tvers av virksomhetsgrenser og omsorgsnivå, men gjennom felles infrastruktur/tjenester. Dette

realiseres ved at en gruppe samarbeidende virksomheter går sammen om å dele visse typer dokumenter og registrerer metadata om dokumentene i et felles dokumentregister. Tjenester for å tilgjengeliggjøre, søke og hente dokumenter tilbys som grensesnitt (API-er) og krever tilgangskontroll og høy tilgjengelighet.

Dokumentdeling kan benyttes i den organisatoriske samhandlingsformen «slå opp og tilgjengeliggjøre».

I dag er dokumentdeling hovedsakelig iverksatt gjennom prosjektene som har realisert dokumentinnsyn via kjernejournal. Et begrenset antall helsepersonell kan lese journaldokumenter fra andre virksomheter når de trenger opplysningene for å utøve forsvarlig helsehjelp.

Sentrale konsepter og komponenter i dagens nasjonale e-helseløsninger for dokumentdeling er koblingspunktet (IHE XCA) og norsk profil for IHE XDS metadata (14).

6.3.3 Datadeling

Datadeling er en teknisk samhandlingsmodell i helsesektoren som kan dekke mange behov for å dele informasjon. Denne tekniske samhandlingsformen omhandler deling av data mellom helseaktører og med innbygger gjennom felles ressurser eller tjenester i sanntid. I helse- og omsorgstjenesten beskrives datadeling som en samhandlingsform hvor det benyttes API-er for å dele strukturerte data. API betegner et grensesnitt i en programvare slik at spesifikke deler av programvaren kan aktiviseres fra en annen programvare, også fra virksomheter utenfor. Det er også mulig å tilrettelegge for datadeling uten bruk av API-er. Datadeling slik som det er beskrevet her, kan realisere både «slå opp og tilgjengeliggjøre»- og «endre og dele»-samhandlingsformene.

Datadeling for samhandling *på tvers av virksomheter* benyttes i dag i svært liten grad i helse- og omsorgstjenesten, men det er flere initiativer på gang.

Kjernejournal har en maskin-til-maskin-tjeneste hvor aktører i sektoren kan hente en indikator som forteller om valgte pasient i deres EPJ har informasjon i kjernejournalen sin. En annen tjeneste i kjernejournal som er utviklet, men ikke tatt i bruk, er API-er for å se og endre kritisk informasjon om en pasient.

I forbindelse med moderniseringen av folkeregisteret, skal helsesektorens grunndata om person, persontjenesten, oppdateres og datadeling bli tatt i bruk. Persontjenesten vil tilby API-er for å hente ut nye og endrede opplysninger fra folkeregisteret rett etter at de er registrert (nær sanntid), eller søke i folkeregisteropplysninger. Persontjenesten bygges på standarden FHIR, et rammeverk for standardisering utviklet av HL7.

6.3.4 Behov for oversikt over samhandlingsevner

Selv om flere av de tekniske samhandlingsformene er realisert i dagens e-helseløsninger, er de iverksatt enkeltvis og i mindre grad med tanke på å gjenbruke løsningene for flere samhandlingsbehov. Det er derfor nødvendig å få en oversikt over hvilke samhandlingsevner som kreves for å kunne ta i bruk de ulike samhandlingsformene for flere informasjonsbehov og sikre komponenter som kan gjenbrukes i større grad.

6.4 Plattformtilnærming

Helhetlig samhandling innebærer at relevant helseinformasjon er tilgjengelig ved behov uavhengig av hvor denne informasjonen opprinnelig er registrert, samtidig som innbyggers

personvern og rettigheter ivaretas. Aktørene som samhandler har et selvstendig ansvar for å ivareta dokumentasjon av helsehjelp og benytte samhandlingsløsningene.

Til dette kreves en skalerbar, kostnadseffektiv, sikker og fleksibel infrastruktur som muliggjør raskere endringer og tjenesteutvikling.

En del av det konseptuelle målbildet for program for digital samhandling er en nasjonal infrastruktur for helhetlig samhandling:

Samhandlingsinfrastrukturen er ikke én løsning, men et konsept som i sum vil realiseres av samspillet mellom tjenester som leveres gjennom en rekke kommunale, regionale og nasjonale e-helseløsninger.

Datadeling ved bruk av åpne API og internasjonale standarder er ønskelig, men det vil også benyttes andre samhandlingsformer som understøtter behovene.

Utviklingen av samhandlingsfunksjonalitet i de nasjonale løsningene har tradisjonelt vært drevet frem gjennom prosjekter som er blitt prioritert i den nasjonale e-helseporteføljen for den enkelte løsning. Dette har i stor grad vært stykkevis og delt. Ambisjonene for samhandling og behovet for gjenbruk av informasjonstjenester på tvers av innbygger, helsepersonell og andre kommunale og statlige aktører kan ikke løses godt nok gjennom å videreføre dagens produktorienterte løsningsstrategi (15). Det er behov for å vurdere en mer helhetlig plattformtilnærming for samhandlingsløsninger.

Flere av disse løsningene, som i sum vil utgjøre samhandlingsinfrastrukturen, utvikles allerede gjennom en plattformtilnærming. Se vedlegg H - Prinsipper, tekniske krav og standarder for samhandling for nærmere beskrivelse av plattformtilnærming. NHN sin samhandlingsplattform er et eksempel på dette. En slik tilnærming innebærer at det skilles klart mellom sluttbrukertjenester, plattformkjernen, og grensesnittressurser. Det gjør det enklere å tilby nye informasjonstjenester eller å gjøre endringer på eksisterende, og gir gode muligheter for innovasjon ved at ulike aktører kan tilby, benytte og videreutvikle tjenester for sektoren.

Bakgrunnen for denne utviklingsretningen for samhandling kan oppsummeres på følgende måte:

- **Høyt ambisjonsnivå:** Kartleggingen av behovene viser at ambisjonsnivået for samhandling mellom de ulike aktørene er omfattende. En analyse av behovene opp mot løsninger som er tilgjengelig i dag viser at de fleste av informasjonstjenestene enten ikke eksisterer, eller de har et middels til stort behov for forbedring. For å møte dette ambisjonsnivået må det være enklere å lage gjenbrukbare komponenter og ta disse i bruk.
- **Like behov på tvers av ulike aktører:** Analysen av informasjonsbehovene som er kartlagt, viser at det er sammenfallende behov for samhandling på tvers av de ulike informasjonstjenestene. Dette tilsier at mye kan løses dersom man har generiske egenskaper som man bruker felles.
- **Usikkert hvor raskt dagens journalløsninger kan møte kravene til fremtidens samhandlingsformer:** Realiseringen av nye samhandlingsformer vil stille høyere krav til at journalløsningene skal kunne tilgjengeliggjøre strukturerte data sammen med dokumenter. Muligheten for å kunne slå opp i disse dataene og dokumentene vil stille høyere krav til journalløsningenes tilgjengelighet, i tillegg til mye annet. Det er

ikke å forvente at alle løser dette samtidig. Samhandlingsløsningen må derfor legge til rette for at aktører kan koble seg på når de har evnene som kreves.



Figur 7 Skisse av økosystem og samhandlingsinfrastruktur

6.4.1 Krav til samhandlingsaktørene

For å realisere målbildet for helhetlig samhandling må det stilles krav til journalløsningene for aktører i helse- og omsorgssektoren. Innføring av kravene må tidfestes for å sikre at aktørene kan samhandle på tvers på en effektiv måte. Dersom aktørene ikke tilpasser seg de krav og standarder som gjelder kan det føre til reduserte effekter, herunder fare for pasientsikkerheten. Kravene skal i utgangspunktet gjelde for *alle aktører som yter helse- og omsorgstjenester*, men for noen av kravene kan det være aktuelt at enkelte aktører må tilfredsstille kravene tidligere enn andre.

Obligatoriske krav til standarder for aktører som skal samhandle på tvers av virksomheter og forvaltningsnivå i helse- og omsorgssektoren er regulert i forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren. IKT-forskriften angir hvilke standarder det er obligatorisk å benytte, mens referansekatalogen for e-helse angir både obligatoriske og anbefalte standarder.

I forprosjektet for helhetlig samhandling og Felles kommunal journal ble det beskrevet funksjonelle standarder og tekniske krav til journalløsningene for aktører i helse- og omsorgssektoren (16). Kravene er delt inn i to faser, der den første fasen sammenfaller i tid med steg 1 i helhetlig samhandling. Fase 2 vil realiseres gjennom flere steg med tilhørende krav.

7 Veikart for nasjonale e-helseløsninger

Høsten 2020 ble det utarbeidet et nasjonalt veikart (17) som viser hvordan nasjonale e-helseløsninger skal realisere helsepolitiske mål. Veikartet gir en oversikt over hvor i endringsprosesser de ulike tjenestene er på nåværende tidspunkt. Tjenesten som realiseres i veikartet, vil bidra til å dekke deler av informasjonstjenestene i målbilde.

7.1 Sammenheng mellom veikartet og målbilde for helhetlig samhandling

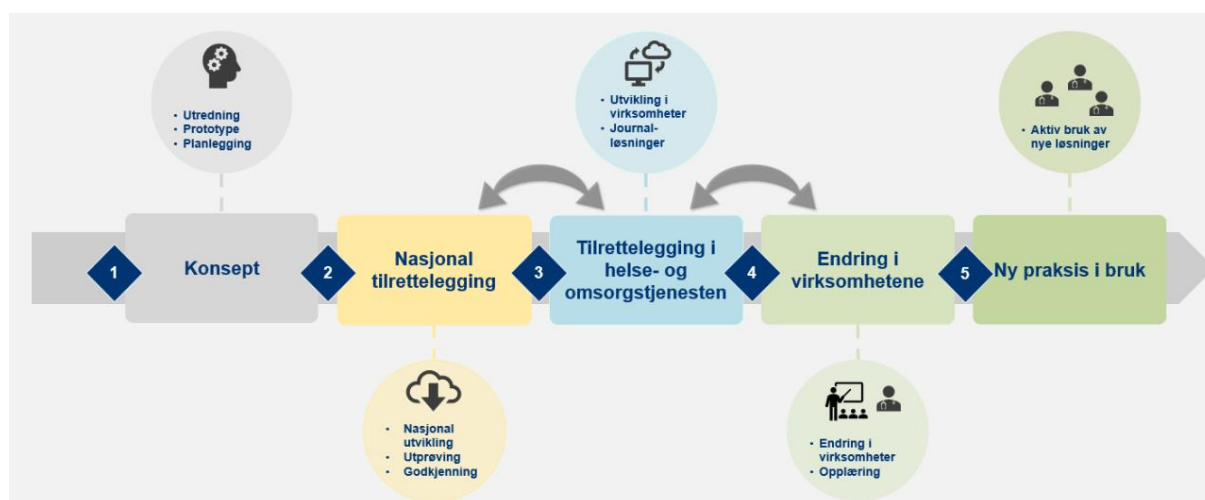
Veikart for nasjonale e-helseløsninger 2021 – 2025 viser et situasjonsbilde av de nasjonale e-helseløsningene og inneholder konsepter som skal redusere samhandlingsutfordringen i helse- og omsorgssektoren. Veikartet tar sikte på å realisere følgende mål:

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

Konseptene som eksisterer i dagens veikart, har leveranser som bidrar til å realisere deler av informasjonstjenestene i det funksjonelle målbilde for helhetlig samhandling. Et eksempel er at innbyggerne får mulighet til å administrere behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom Helsenorge, som bidrar til å realisere informasjonstjenesten «tekstlig dialog».

7.2 Faser i veikartet

Helhetlig samhandling vil benytte seg av verdikjeden som ble utarbeidet i veikartarbeidet. Verdikjeden består av fem faser e-helseløsninger må igjennom før de kan anses som en ny praksis.



Figur 8 Faser i implementering av nye e-helseløsninger

Konsept og nasjonal tilretteleggingsfasene utføres i nasjonal regi med tett involvering av sektoren. I konseptfasen er det identifisert et behov for endring i helse- og omsorgssektoren som støtter opp under målene i nasjonal e-helsestrategi. Fasen skal etablere et konsept for en nasjonal tjeneste som inkluderer dimensjonene i EIF-modellen (juridiske, organisatoriske, semantiske og tekniske). Hvis konseptet dekker et nasjonalt behov, kan tjenesten utvikles via nasjonal tilrettelegging. Det innebærer utvikling av tjenesten, nødvendige standarder etableres, helsefaglige veiledere utarbeides, regelverksendringer etc. Tjenesten testes og utprøves med et fåtall aktører for å verifisere kost og nytte.

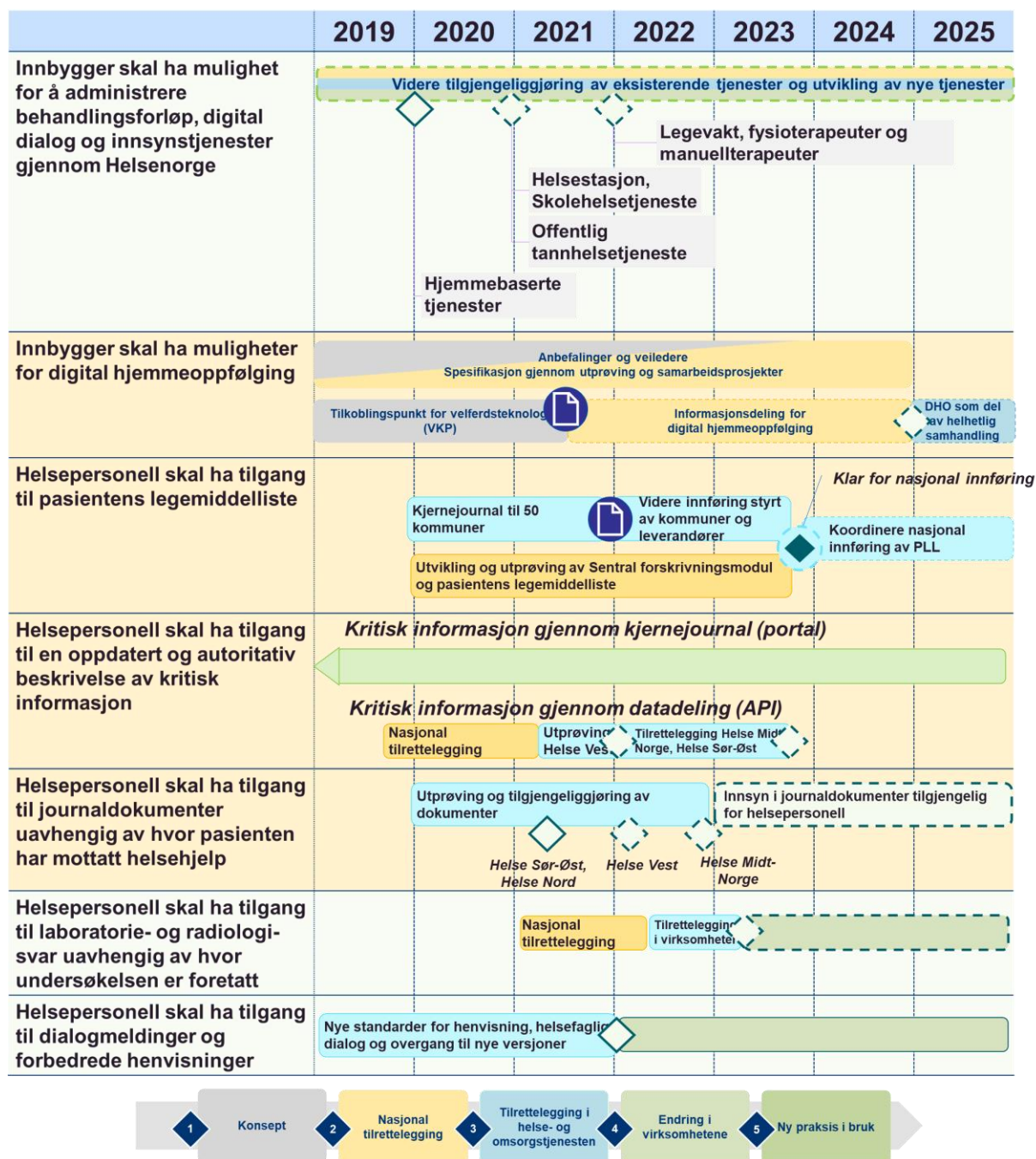
Resterende faser utføres av sektoren, hvor aktørene har ansvaret for fremdrift og implementering. Hver enkelt virksomhet må tilrettelegge lokal infrastruktur og gjennomføre organisatoriske endringer for å tilgjengeliggjøre tjenesten for sine brukere.

7.3 Stegvis realisering av målbildet

Veikartet skal realisere målbildet over tid via en stegvis tilnærming for å redusere usikkerhet. Det er et mål at hvert steg skal gi selvstendig verdi. Stegene vil realisere deler av eller hele informasjonsbehov. Hvilke informasjonsbehov som realiseres i hvilke steg, vil besluttes i forkant av steget slik at hvert steg dekker de behov som er høyt prioritert av helsepersonell og innbyggere. Programmet vil kontinuerlig dekke behovene som gir helsepersonell mest mulig nytte samtidig som utviklet og implementert teknologi utnyttes.

Program digital samhandling vil kjøre en smidig utviklingsmetodikk og fokusere på å lansere enkle tjenester raskt med lavest mulig ressursinnsats for å vurdere hvorvidt tjenesten er en suksess eller ikke. Denne tilnærmingen gjør det enklere å justere kursen underveis i utviklingen av tjenesten.

Program digital samhandling vil ta utgangspunkt i eksisterende veikart og bygge videre på tiltakene som finnes, for å realisere målbilde for helhetlig samhandling. Figur 9 gir en oversikt over tiltakene.



Figur 9 Tiltak som realiserer målene i veikartet

Det er en risiko for at planene i veikartet ikke kan realiseres i henhold til tidsplanen. Denne risikoen har i hovedsak bakgrunn i finansiering, tilrettelegging av tilgjengelige løsninger i helse- og omsorgstjenesten og kontroll på avhengighetene. Tiltakene i veikartet har forskjellige finansieringsmodeller, og for flere av tiltakene er finansieringen uavklart for fasene frem til tjenesten er tatt i bruk.

Flere av tiltakene som ligger i veikartet muliggjør videre implementering av andre tiltak. Et eksempel på dette er modernisering av tillits- og grunndatatjenester. Dette tiltaket er nødvendige for innføringen av pasientens legemiddelliste, innsyn i journaldokumenter og innføringen av kjernejournal i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

8 Referanser

1. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal.* Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.
2. **Direktoratet for e-helse.** *Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.* Oslo : Direktoratet for e-helse, 2018.
3. —. *Sentralt styringsdokument, Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning.* Oslo : Direktoratet for e-helse, 2020.
4. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Meld. St. 26 Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet.* Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015.
5. —. *Meld. St. 15 Leve hele livet En kvalitetsreform for eldre.* Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2018.
6. —. *Meld. St. 7 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.* Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet, 2019-2020.
7. —. *Handlingsplan for allmennlegetjenesten Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert 2020-2024.* Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet, 2020.
8. **Helsedirektoratet.** *Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan.* Oslo : Helsedirektoratet, 2021.
9. **Riksrevisjonen.** *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen.* Oslo : Riksrevisjonen, 2015-2016.
10. **Direktoratet for e-helse.** *Vedlegg A Behovsanalyse, Konseptvalgsutredning - Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.* Oslo : Direktoratet for e-helse, 2018.
11. —. *Bilag G2 Helhetlig samhandling, Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning.* Oslo : Direktoratet for e-helse, 2020.
12. **Digitaliseringsdirektoratet.** <https://www.digdir.no/>. *Rammeverk for digital samhandling.* [Internett] [Sitert: 26 November 2021.] <https://www.digdir.no/samhandling/rammeverk-digital-samhandling/2148>.
13. **European Commission.** https://ec.europa.eu/info/index_en. *Interoperability solutions for public administrations, businesses and citizens.* [Internett] [Sitert: 26 November 2021.] https://ec.europa.eu/isa2/eif_en.
14. **Direktoratet for e-helse.** *IHE XDS metadata Norsk profil for IHE XDS.b.* Oslo : Direktoratet for e-helse, 2016.
15. —. *Vedlegg G Løsningsomfang og -arkitektur, Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning.* Oslo : Direktoratet for e-helse, 2020.
16. —. *Vedlegg O Funksjonelle standarder og tekniske krav til journalløsningene for aktører i helse- og omsorgssektoren, Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning.* Oslo : Direktoratet for e-helse, 2020.

17. —. *Veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger 2021-2025*. Oslo : Direktoratet for e-helse, 2020.

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt

postmottak@ehelse.no



Direktoratet for
e-helse

Sentralt styringsdokument

Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg N Gjenbruk og læringspunkter fra
Helseplattformen

Publikasjonens tittel:

Sentralt styringsdokument
Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg N: Gjenbruk og læringspunkter fra Helseplattformen

Rapportnummer

IE-1087

Utgitt:

Januar 2022

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo
Tlf.: 21 49 50 70

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Innhold

1	Innledning	6
2	Bakgrunn.....	7
3	Prinsipper.....	8
4	Krav	10
5	Prosessbeskrivelser.....	11
6	Standarder	15
7	Terminologi for samhandling	17
8	Annet	19

Sammendrag

Som en del av forprosjektet for steg 2 har Helse- og omsorgsdepartementet bedt Direktoratet for e-helse å vurdere hvordan valgte prinsipper, krav, prosessbeskrivelser, standarder og terminologi for samhandling som er benyttet i journalløsningen i Midt-Norge kan gjenbrukes nasjonalt. Dette dokumentet redegjør for erfaringer som er relevant for steg 2, og senere steg i realiseringen av målbildet for helhetlig samhandling. Arbeidet er gjennomført i nært samarbeid med Helseplattformen.

Helseplattformen skal innføre ny, felles pasientjournal ved sykehus og kommuner i hele Midt-Norge. Journalen skal følge pasienten i alle møter med helsetjenesten. Det er første gang det etableres en felles løsning for kommune- og spesialisthelsetjeneste, fastleger og avtalespesialister i Norge. Gjennom Helseplattformen er Midt-Norge utprøvningsregion for det nasjonale målbildet Én innbygger – én journal¹.

Helseplattformen har gjort en rekke erfaringer som kan gjenbrukes i nasjonalt perspektiv. Flere av erfaringene er læringspunkter som har overføringsverdi for det videre arbeidet med digital samhandling, inkludert steg 2, innenfor samhandlingsområdene kritisk informasjon, dokumentdeling, pasientens legemiddelliste og datadeling for digital hjemmeoppfølging, samt Felles språk.

Direktoratet for e-helse vil trekke frem følgende læringspunkter som spesielt viktige for helhetlig samhandling:

- Helseplattformen og Direktoratet for e-helse har i samarbeid med aktørene i Midt-Norge utarbeidet Felles språk for blant annet legemidler, diagnoser, funn, prosedyrer og pleieplaner basert på SNOMED CT. Dette arbeidet antas å gi stor verdi og bør gjenbrukes i nasjonale samhandlingsløsninger, kvalitetsregistre, journalsystemer og andre e-helseløsninger for å oppnå økt grad av samhandling og semantisk interoperabilitet nasjonalt.
- Erfaringer knyttet til arbeid med grensesnitt mellom Helseplattformen og de nasjonale e-helseløsningene (spesielt e-resept, kjernejournal og Helsenorge)
- Erfaringer fra Helseplattformens arbeid med helsepersonells og innbyggers behov, arbeidsprosesser, deling av data og tilgangsstyring på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste.
- Helseplattformens erfaringer med å definere pasientplaner for kommunal helse- og omsorgstjeneste, for spesialisthelsetjenesten og på tvers av aktører.

Helseplattformen vil også etter innføring få konkret erfaring med hvordan en felles løsning kan bidra til samhandling på tvers av omsorgsnivå og virksomheter.

Det er også en rekke læringspunkter som ikke er direkte knyttet til samhandling, men som vil være nyttig å se opp mot andre områder innenfor digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Det er gjennom arbeidet med Helseplattformen opparbeidet viktige erfaringer fra utprøving av det nasjonale målbildet for én innbygger – én journal. Videre e-helseutvikling skal i størst mulig grad legge opp til gjenbruk av erfaringer fra utprøvingen. I nye og pågående tiltak er det viktig å forstå hvordan problemstillinger er løst i Helseplattformen for å vurdere gjenbruk og læringsverdi i nye løsninger og plattformer.

¹ Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, Meld. St. 7 (2019–2020) - regjeringen.no (<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=8>)

Helseplattformen fremhever følgende lærings- og erfaringspunkter av generell gjenbruksverdi i tillegg til de overnevnte:

- Prosesser for involvering av helsetjenesten i utarbeidelse og forankring av arbeid og beslutninger.
- Oversikt over avhengigheter i verdikjedene og hvordan elementer i kjedene påvirkes av generiske eller felles løsninger.
- Helseplattformen har utarbeidet metodikk og verktøy med formål om å tilrettelegge for lokalt eierskap i gevinstarbeidet. Gevinstmålene har vært styrende i utarbeidelse av løsningen og blitt oppfulgt av et etablert gevinstteam i Helseplattformen. Metodikken er teknologinøytral.

Direktoratet for e-helse skal sørge for økt koordinering av IKT-utviklingen, slik at helheten og samhandlingen mellom sektorens aktører blir ivaretatt. Ressurser skal utnyttes best mulig og det skal unngås at det samme problemet løses flere ganger. Det er i dette arbeidet viktig å høste erfaringer og sørge for gjenbruk fra den regionale utprøvingen i Helseplattformen.

1 Innledning

Helseplattformen skal innføre felles elektronisk pasientjournal for hele helsetjenesten i Midt-Norge. Målet er en mer sammenhengende helsetjeneste for pasienter og ansatte i hele regionen. Innføringen begynner våren 2022 med St. Olavs hospital, Trondheim kommune samt to fastlegekontor i Trondheim. Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal, med omliggende kommuner og fastleger, skal innføre seks og tolv måneder senere i 2022 og 2023². Helseplattformen er regional utprøving for det anbefalte nasjonale målbildet *En innbygger – én journal*.

Direktoratet for e-helse gjennomfører forprosjekt for steg 2 i utviklingsretningen for helhetlig samhandling. Det er i samråd med sektor besluttet at forprosjektet skal ta utgangspunkt i veikartet for nasjonale e-helseløsninger³, for å ferdigstille prioriterte, påbegynte tiltak i sektoren. Steg 2 omhandler følgende samhandlingsområder:

- Pasientens legemiddelliste: etablere og tilgjengeliggjøre pasientens legemiddelopplysninger i én felles nasjonal oversikt.
- Dokumentdeling: samhandling gjennom deling av journaldokumenter på tvers av forvaltningsnivåer ved bruk av kjernejournal og den nasjonale dokumentdelings-infrastrukturen.
- Kritisk informasjon: kritisk informasjon kan endres og deles av aktørene i helse- og omsorgstjenesten gjennom et felles grensesnitt i kjernejournal.
- Datadeling for digital hjemmeoppfølging: Utvikle tjenester som kan brukes på tvers av helse- og omsorgssektoren for å gjøre data fra digital hjemmeoppfølging tilgjengelig via grensesnitt, slik at helsepersonell langs hele pasientforløpet enkelt kan få tilgang til aktuelle data.

Gjennom arbeidet med Helseplattformen er det kommet en rekke verdifulle erfaringer og innsikt som kan gjenbrukes nasjonalt. I brev fra Helse- og omsorgsdepartementet om konkretisering av oppdrag i forbindelse med oppstart av forprosjektet⁴, bes Direktoratet for e-helse blant annet om å vurdere

(...) «hvordan valgte 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».

Dette notatet vurderer gjenbruk og læringspunkter som kan være relevante for realisering av målbildet for helhetlig samhandling og ett eller flere av de fire samhandlingsområdene som inngår i steg 2. Arbeidet er gjennomført i nært samarbeid med Helseplattformen. Se vedlegg B for beskrivelse av møter og dialog som har vært gjennomført.

² Se beskrivelse av planer for innføring på <https://helseplattformen.no/tidslinje-innforing>

³ Veikart for nasjonale e-helseløsninger - ehelse (november 2020), <https://www.ehelse.no/publikasjoner/veikart-for-nasjonale-e-helselosninger>

⁴ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Direktoratet for e-helse, «Konkretisering av oppdrag – oppstart av forprosjekt helhetlig samhandling», 18. desember 2020

2 Bakgrunn

Direktoratet for e-helse skal sørge for økt koordinering av IKT-utviklingen, slik at helheten og sammenhengen mellom sektorens journalløsninger blir ivarettatt. Det er i dette arbeidet viktig å høste erfaringer og sørge for gjenbruk fra Helseplattformen som regional utprøving av det nasjonale målbildet én innbygger – én journal. Arbeidet med modernisering av journal- og samhandlingsløsninger er komplekst. Det er flere parallelle tiltak som må gjennomføres, og det er krevende med parallell utvikling både regionalt og nasjonalt.

Helseplattformen og tiltakene som skal gjennomføres for digital samhandling nasjonalt har ulikt utgangspunkt og formål. De nasjonale tiltakene for digital samhandling skal fungere på tvers av alle helseregioner og aktørgrupper med hver sine ulike systemer og tekniske plattformer for journal. Tiltakene kan være basert på eksisterende nasjonale e-helseløsninger for samhandling eller utvikling av nye løsninger. Helseplattformen realiseres som én teknisk plattform for journal, felles for alle aktørene i kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste i Midt-Norge, der løsningen også skal samhandle med aktører utenfor fellesskapet eller regionen.

Helseplattformen har i sitt arbeid analysert behov for informasjon, prosesser, funksjonalitet og samhandling i store deler av helsetjenesten. Det er viktig å forstå hvordan problemstillinger er løst i Helseplattformen og gjøre vurderinger av dette opp mot formålet med digital samhandling for å beslutte gjenbruks- og læringsverdi på tvers av forvaltningsnivå i helse- og omsorgssektoren.

I dette dokumentet beskrives hver av områdene (prinsipper, krav, prosesser, standarder og terminologi for samhandling) i egne delkapitler. Det er delvis overlapp mellom områdene og flere av punktene kan passe inn under flere områder. Punktene under det enkelte delkapittel er gjengivelser av Helseplattformens innspill og vurderinger. Direktoratet for e-helse sin vurdering er skrevet separat.

Direktoratet er godt orientert om arbeidet i Helseplattformen og mottar jevnlig statusrapporter fra arbeidet. Direktoratet har en observatørrolle i Helseplattformens styringsgruppe (Executive Steering Committee). Det er også etablert et avtaleregulert samarbeidsforhold mellom Helseplattformen AS, Helse Midt-Norge, Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF som følges opp av en styringsgruppe for samarbeidet. Det er i tillegg jevnlig møter for erfaringsutveksling og drøfting av spesifikke tema mellom Helseplattformen og Direktoratet for e-helse.

3 Prinsipper

Vurdering fra Helseplattformen

Helseplattformens vurdering av hva som kan være aktuelt å gjenbruke knyttet til felles prinsipper i løsningen:

- **Involvering av aktørene:** Helseplattformen vektlegger tidlig og vedvarende involvering av fagpersonell fra aktørene. Dette har medvirket til økt felles forståelse av behov, felles arbeidsprosesser, konsensus og tidlig forankring.
- **Involvering av beslutningsnivåer, faglig og administrativt:** Etablering av styringsstrukturer som inkluderer og ansvarliggjør alle aktørene, organisert slik at beslutningsstrukturen underbygger agil utvikling/prosessbygging i løsningen, der beslutninger søkes tatt på lavest mulig nivå før eventuell eskalering.
- **Gjenbruk:** Etablere 'standardiserte/gjenbrukbare' strukturer, arbeidsprosesser og underliggende informasjonsmodeller for effektiv gjenbruk i forbindelse med aktør-onboarding (informasjon, opplæring, migrering og behandlingsprosesser).
- **Legemiddelområdet:** Helseplattformen etablerer en felles, oppdatert legemiddelliste tilgjengelig for alle aktører allerede når man ved oppstart tar i bruk løsningens e-resept-funksjonalitet. Dette vil gi erfaring med deling av en felles legemiddelliste på tvers av omsorgsnivåer, som bør ses i sammenheng med erfaringene fra piloten av pasientens legemiddelliste i Helse Vest. Dette er viktige erfaringer når den endelige nasjonale løsningen av pasientens legemiddelliste skal utvikles.
Legemiddelsamstemming som en kontinuerlig prosess innebærer at helsepersonell med behandlingsansvar også har ansvar for å oppdatere pasientens legemiddelinformasjon og kvalitetssikre denne. Helseplattformen tar i bruk prosessstøtte for legemiddelsamstemming og kan med det dele erfaringer på hvordan ansvarsdeling og -informasjonsoppdatering fungerer i en felles løsning (internt i Helseplattformen) og med nasjonale komponenter (e-resept og kjernejournal). Helseplattformen vil innføre virkestoffrekvirering i e-reseptløsningen så langt dette er mulig basert på dagens FEST-data. Samtidig tar Helseplattformen i bruk SNOMED CT data for virkestoffordining for inneliggende pasienter (i sykehus og sykehjem). Dette vil kunne gi erfaringer med overgang til større grad av produsentuavhengig rekvirering og ordinerings.
- **Informasjonsdeling og tilgangsstyring:** Helseplattformen har lagt ned et betydelig arbeid med informasjonssikkerhet og modeller for tilgangsstyring. Som en del av dette er det utarbeidet både prinsipper og metoder som omfatter spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Felles løsning innebærer at informasjon samles og oppdateres i sanntid. Informasjon legges inn bare én gang og blir tilgjengelig for de som har tjenstlig behov. Det har vært utviklet kunnskap knyttet til deling av journaldata på tvers av virksomheter og nivå for å gi helsepersonell tilgang til nødvendig og relevant informasjon på tvers av behandlingsforløp.
- **Smidig videreutvikling:** Behov og mål vil utarbeides i prioriteringsprosesser med aktørene der nye behov og mål meldes inn og behandles/prioriteres i fellesskapet sammen med ny funksjonalitet i form av løsningens kontinuerlige videreutvikling basert på et stort internasjonalt helsetjenestenettverk. Løsningen oppdateres fire

ganger i året og videreutvikling skjer etter smidige prinsipper. Løsningen gjør det mulig for Helseplattformen å bygge arbeidsprosesser og pasientforløp gjennom konfigurering med bruk av egne ressurser, uavhengig av de kvartalsvise leveransene fra leverandøren.

- **Oversikt over data:** Helseplattformen har gjennom sine analyser fått god oversikt over hvilke data det er nyttig å dele mellom omsorgsnivåer. Helseplattformen kan bidra med å vise nytteverdien av mer omfattende datadeling, samt kodeverk og standarder som ligger til grunn for slik datadeling.

Vurdering fra Direktoratet for e-helse

Flere av prinsippene som ligger til grunn for arbeidet med Helseplattformen er relevante for program digital samhandling, særlig erfaringer fra samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det gjelder blant annet prinsippene om involvering av aktører, beslutningsnivåer, felles prosesser, smidige tilnærminger, informasjonsdeling og tilgangsstyring. Program for pasientens legemiddelliste har også lagt til grunn «stafettpinne»-prinsippet for det videre arbeidet. Her vil det være relevant å se til Helseplattformens erfaringer med én felles legemiddelliste. Det er allerede etablert et tett samarbeid knyttet til pasienten legemiddelliste og e-multidose.

4 Krav

Vurdering fra Helseplattformen

Helseplattformens vurdering av hva som kan være aktuelt å gjenbruke fra arbeid relatert til krav:

- **Krav til virksomheter som skal ta i bruk Helseplattformen:** Helseplattformen jobber med å utforme både tjenesteavtaler og databehandlingsavtaler. Helseplattformen etablerer, vedlikeholder og videreutvikler standardiserte løsninger for ulike aktørgrupperinger, for eksempel kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og fastleger, og på tvers av aktørgrupperinger. Dette må skje gjennom samarbeidsfora som dekker de forskjellige aktørdimensjonene. Det er ikke bærekraftig å gjøre spesielle tilpasninger for hver enkelt aktør i Helseplattformen. Aktørene må være forberedt på og villig til å tilpasse sin måte å jobbe på slik at de kan ta i bruk de standardiserte løsningene. På denne måte oppnår man gevinster på tvers av helsetjenesten i Midt-Norge til fordel for pasienten, noe som er Helseplattformens overordnede mål.
- **Krav til leverandører som skal integrere seg mot Helseplattformen:** Helseplattformen må stille krav til leverandører for hvordan de skal integreres mot Helseplattformen. Vedlikehold av integrasjoner ivaretas gjennom prosesser som spesifisert i ITIL-rammeverket og regulert i avtalen med den enkelte leverandør. Krav må også stilles til andre/nye samarbeidspartnere som integrerer seg mot Helseplattformen, for eksempel de som leverer betalingsterminaler til fastleger og kommuner. Denne typen samarbeidsavtaler er foreløpig ikke etablert.
- **Erfaringer med kravene som stilles til Helseplattformen i forbindelse med de nasjonale løsningene og meldingsutveksling:**
 - Godkjenningskravene har for rigide krav til brukergrensesnitt og bruksmønster, for eksempel godkjenningskravene til e-resept.
 - Spesifisering av krav i forbindelse med utvikling, testing, godkjenning og integrasjon med nasjonale løsninger oppleves som rigid og krevende. Eksempler på dette er e-resept med e-multidose og pasientens legemiddelliste.
 - Dagens e-helseløsninger er ikke tilpasset en felles løsning som brukes på tvers av aktører. Dette gjelder spesielt løsningene kjernejournal, e-resept (SFM), samt HelseID.

Vurdering fra Direktoratet for e-helse

Helseplattformen har erfaringer om hva det innebærer å forvalte en stor fellesløsning og kravstilling til både brukere av plattformen og til leverandører som skal integrere seg mot plattformen. I tillegg har Helseplattformen erfaring med å forholde seg til krav som stilles til dem i forbindelse med nasjonale e-helseløsninger. Det er flere av disse erfaringene som kan ha verdi som læringspunkter for de nasjonale e-helseløsningene og tiltakene i steg 2. Det gjelder blant annet godkjenningskrav, samt balansegangen mellom standardisering av arbeidsprosesser og løsninger på den ene siden, og tilpassing og avstemming til brukerbehov på den andre siden. Det vil også være nyttig å lære av hvordan Helseplattformen stiller krav til leverandører som gjør at en ivaretar viktige hensyn og brukerbehov, samtidig som en ikke unødig begrenser rommet for innovasjon.

5 Prosessbeskrivelser

Vurdering fra Helseplattformen

Helseplattformens vurdering av hva som kan være aktuelt å gjenbruke fra arbeid knyttet til prosessbeskrivelser:

- **Felles legemiddelliste:** Helseplattformen etablerer en felles legemiddelliste fra oppstart, og vil stegvis innføre e-multidose- og funksjonalitet for pasientens legemiddelliste etter at kjernefunksjonaliteten er tatt i bruk. Dette vil gi viktig erfaring og innsikt. Hovedfunn så langt:
 - Spesifisering av allergier forårsaket av bruk av legemidler i kritisk informasjon i kjernejournal og innrapportering av legemiddelreaksjoner i e-resept er ikke samstemt nasjonalt.
 - Godkjenning av systemer og funksjonaliteter knyttet til pasientens legemiddelliste fremstår som for rigid og omfattende.
- **Forbedring av strukturert informasjon på legemiddelområdet:** Det er nedlagt et stort arbeid med SAFEST i et samarbeid mellom representanter for de regionale helseregionene, Statens legemiddelverk og Direktoratet for e-helse. Helseplattformen vil være den første brukeren av SAFEST-data i Norge. Det betyr bruk av Felles språk (SNOMED CT) på legemiddelområdet.
 - SAFEST tilrettelegger i første omgang for virkestoffordinering til inneliggende pasienter og for mer presis prosess- og beslutningsstøtte. Gevinstrealiseringen som oppnås med bedre informasjonsutveksling med samhandlingsløsninger (e-resept og kjernejournal), vil først oppnås når nasjonale løsninger tar i bruk SAFEST. Helseplattformen vil dele sine erfaringer med implementering og bruk av SAFEST-data for legemidler inkludert legemiddelallergi.
- **Rolledefinisjoner:** I arbeidet med informasjonsdeling og tilgangsstyring har Helseplattformen jobbet med definisjon av rollebetegnelser. Journalleverandøren for Helseplattformen, Epic, har definert 700 roller for informasjonsdeling i løsningen. Helseplattformen har etter en systematisk gjennomgang redusert disse til 270, som er tilpasset norske forhold og dekkende for kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med roller og erfaringer knyttet til forvaltning av delte data, blant annet dataansvar, bør gjenbrukes.
- **Forretningsarkitektur og arbeidsprosesser:** Det er gjennomført et stort arbeid med harmonisering av behandlingsforløp og det er utarbeidet sammenhengende arbeidsprosesser mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Helseplattformen har lagt ned et betydelig arbeid med å modellere, forankre og beslutte prosesser.
 - Om lag 600 arbeidsflyter er «oversatt», kvalitetssikret og tilpasset norske forhold av fageksperter (klinikere). Denne tilnærmingen øker forståelsen mellom aktørene og skal bidra til å redusere uønsket variasjon.
 - Arbeidsflytene er en sentral del av arkitekturen i Helseplattformen. De utgjør byggeklossene i mer overordnede arbeidsprosesser som tydeliggjør sammenhenger og avhengigheter.
 - Det er benyttet et arkitekturverktøy for dokumentasjon og ivaretagelse av arbeidsflyter og arbeidsprosesser. Her er arbeidsflytene bl.a. knyttet til de ulike delene av IKT-løsningen og Helseplattformens gevinstmål.

- Helseplattformen skal støtte helsepersonell i deres daglige arbeidsprosesser, med brukerflater som er tilpasset den enkeltes rolle, oppgaver og behov. Eksempelvis har dette arbeidet medført 'standardisering' gjennom at; det i Helseplattformen blir en felles arbeidsflyt for sykepleie, det oppnås standardisert behandling ved å ha fjernet uønsket variasjon i cytostatika-kurer, det oppnås standardisering av legemidler/blandinger.
- Helseplattformen erfarer at:
 - visuelle representasjoner av arbeidsprosesser er nyttig for å oppnå en felles forståelse på tvers av fagfelt og siloer og bidrar til standardisering/beste praksis-fokus og til å fjerne unødvendig og uheldig variasjon innad i helsetjenesten
 - dokumentasjon i felles arkitekturbibliotek muliggjør én autoritativ kilde («single source of truth»)
 - Nødvendig med kontinuerlig vedlikehold med tydelig forankring i organisasjonen og avklart eierskap til prosessbeskrivelsene
- **Beslutningsstøtte:** Helseplattformen tar i bruk aktiv klinisk beslutningsstøtte og forenklet tilgang til oppdaterte og standardiserte behandlingsprosedyrer. Dette har som mål å bidra til å sette helsepersonell bedre i stand til å gjøre rette kliniske valg, og å gi økt trygghet for at all relevant informasjon om pasientene er gjort tilgjengelig, sikre god kvalitet og redusere uønsket variasjon i pasientbehandlingen og helsetilbudet i Midt-Norge. Kunnskap som inngår i prosess- og beslutningsstøtten, er avhengig av kontinuerlig oppdatering for ikke å gå ut på dato. Helseplattformen opplever at det på enkelte områder er uklart hvem som har ansvar for forvaltningen av kunnskap nasjonalt.
- **Innbyggertjenester:** Helseplattformens innbyggertjenester er tilgjengelig gjennom Helsenorge og i en egen innbyggerportal fra Helseplattformen, HelsaMi. HelsaMi vil være et supplement til Helsenorge for innbyggere i Midt-Norge. Målet er at innbyggere skal få enkel tilgang til egne helseopplysninger og mulighet for aktiv deltakelse i egen helsehjelp og behandling.
 - Etter innføring vil Helseplattformen få erfaring fra involvering av pasient og innbygger gjennom et bredt tilbud av digitale innbyggertjenester.
 - Helseplattformen erfarer at Helsenorge ikke i stor nok grad er en åpen plattform. Videre legges det ikke tilstrekkelig til rette for lokal innovasjon. Helseplattformen erfarer at dette gjør at det er vanskelig å få et godt økosystem av innbyggertjenester (godt integrerte lokale løsninger (som HelsaMi) med Helsenorge).
- **Forberedelser og metodikk for opplæring:** Forberedelsene inkluderer forpliktende erkjennelse av ansvar for egen organisasjons forberedelser og starter for Helseplattformens opsjonstakere 17 (5+12) måneder før oppstart av ny løsning. De fem første måneder er spesielt tilegnet forberedende aktiviteter som ressursdisponering mot deltakende og ansvarlige roller, slik at det 12 måneders mottakende innføringsprosjektet oppnår en «flying start». Helseplattformen har etablert en metodikk for forberedelser og gjennomføring av opplæring forut for overgang til den nye Helseplattformen. Den generiske delen av opplæringsprosessen/metodikken vil ha gjenbruksverdi.
- **Styring og samarbeid:** Helseplattformen har organisert en beslutningsstruktur med konsensus på tvers av fagområder, behandlingsnivå og primær- og

spesialisthelsetjenestene, hvor klinisk personell beslutter på laveste nivå, og eskalering ved behov. Denne formen for beslutningsstruktur er ny og har vært meget effektivt for arbeidet knyttet til forenkling og standardisering av innhold.

Helseplattformen har gode erfaringer fra å samarbeide med kommunesektoren, samt fastlegene. Helseplattformen har jobbet både samlet med etablering av samarbeidsråd og innføringsnettverk, men også individuelt med kommuner, fastleger og avtalespesialister i forhold til intensjonsavtaler og avrop. Disse samarbeidsmodellene har fungert svært godt og bør kunne bygges videre på av andre.

- Behov og krav til en felles strukturert journal er nytt for de fleste aktørene i helsesektoren. Helseplattformen erfarer at det krever koordinering på tvers av mange aktører for å sikre felles forståelse og målbilde. Helseplattformen har tatt ansvar for å koordinere de ulike aktørene som skal ta løsningen i bruk.
- **Regional utprøving av målbildet for én innbygger – én journal:** Gjennom at Helseplattformen er den regionale utprøvingen av målbildet og er et så stort prosjekt, opplever Helseplattformen å ha en sterk stemme hos de nasjonale aktørene. Det vil antakeligvis være særs krevende for en mindre aktør å måtte ta en slik koordinerende rolle.
- **Gevinstarbeid:** Helseplattformen har i samarbeid med kommuner og spesialisthelsetjenesten fokusert på tidlig involvering av ledere og helsepersonell i identifisering og planlegging av gevinstmål. Basert på beste praksis er det blitt utarbeidet metodikk og verktøy med formål om å tilrettelegge for lokalt eierskap i gevinstarbeidet ute i organisasjonene. Gevinstmålene har vært styrende i utarbeidelse av løsningen og blitt oppfulgt av et etablert gevinstteam i Helseplattformen. Gevinstteamet har videre utarbeidet håndbøker, verktøy og utvalgsliste av måleindikatorer (KPI-er) for at påtroppende aktører også kan arbeide aktivt med gevinstrealisering gjennom lokalt gevinstarbeid. Arbeidet har også medført harmonisering av gevinstbegrep og målsettinger mellom primær- og spesialisthelsetjenestene. Arbeids/prosess-metodikken bør ha overføringsverdi i forbindelse med andre (EIEJ-)initiativers modning og bearbeiding av dette.

Vurdering fra Direktoratet for e-helse

Digitalisering er utløst av teknologi, men handler mest av alt om utvikling og endringer i arbeidsprosesser. Erfaringene fra Helseplattformen illustrerer dette.⁵ Det representerer noe helt nytt å etablere, tilpasse, bruke og vedlikeholde en felles løsning som Helseplattformen på tvers av omsorgsnivå og aktører i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste, både for helsepersonell og virksomheter.

Helseplattformen vil med det kunne gi svært viktig læring for felles og helhetlige pasientforløp og arbeidsprosesser i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er det utarbeidet Felles språk og standarder som kan gjenbrukes i andre løsninger. Her er det spesielt at det er lagt ned et betydelig arbeid knyttet til SNOMED CT og mapping mot blant annet kodeverkene ICD-10, ICPC2 og ICNP. Se videre beskrivelse i kapittel 0

⁵ Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, Meld. St. 7 (2019–2020) - regjeringen.no

Standarder.

Helseplattformens arbeid med en regional, felles legemiddelliste gir viktig erfaring og innsikt inn mot det arbeidet som skjer nasjonalt med pasientens legemiddelliste. Det pågår spesifikk vurdering av standard for kritisk informasjon med hensyn til krav om innmelding av legemiddelreaksjoner i e-resept. Vurderingen gjøres i program digital samhandling steg 1 og tiltak som er foreslått i steg 2 vil bygge videre på disse vurderingene.

Arbeidet med rollebetegnelser og erfaringer knyttet til informasjonsdeling, blant annet dataansvar, er relevant å trekke på i det videre arbeidet med nasjonal tilrettelegging for deling av data, blant annet de generiske tjenestene for datadeling som skal utvikles i steg 2. Når det skal gjøres nye vurderinger av behov for samhandling på tvers av aktører bør man se til arbeidet som er gjort av Helseplattformen med prosesskartlegging.

For å lykkes med steg 2 er det avgjørende å bygge konsensus blant de ulike aktørene. I den sammenheng vil det være nyttig å hente inspirasjon fra beslutningsstrukturen Helseplattformen har etablert, der en søker konsensus på tvers av fagområder og nivå, og klinisk personell kan beslutte på laveste mulig nivå, og hvor det ønskes å involvere kommunesektoren som likeverdig part.

Det pågår arbeid for å se på sammenhengen mellom Helsenorge og HelsaMi mellom Helseplattformen, Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse, og dette gir innspill til videre arbeid med innbyggertjenester.

Nyttestyling står sentralt i program digital samhandling. Helseplattformens prosesser og metodikk for arbeid med gevinster, og særlig for harmonisering av gevinstbegrep og målsettinger mellom primær- og spesialist-helsetjenestene, kan i den sammenheng være nyttig å lære av. I tillegg vil det være nyttig for Direktoratet for e-helse å forstå hvilke resultater og gevinster Helseplattformen lykkes med å realisere.

6 Standarder

Vurdering fra Helseplattformen

Helseplattformens vurdering av hva som kan være aktuelt å gjenbruke fra arbeid knyttet til standarder:

- **Bruk av internasjonale standarder:** Helseplattformens erfaring er at man må strekke seg langt i å bruke internasjonale standarder og være forsiktig med å lage norske tilpasninger og profiler. Erfaringer fra Helseplattformen viser at mye er likt på tvers av nasjoner. Helseplattformen har erfaring med å anskaffe og konfigurere en løsning som i stor grad støtter internasjonale standarder. Der det er nødvendig med nasjonale tilpasninger må det jobbes opp mot internasjonale standardiseringsorganer for å løfte nasjonale tilpasninger inn som innspill til internasjonal standardisering.
- **Dokumentdefinisjoner:** Helseplattformen har utviklet en rekke dokumentdefinisjoner som er i tråd med internasjonale standarder og/eller 'beste praksis' dokumenter anvendt ved pasientjournalinformasjon overført *mellom* virksomheter i 'behandlingskjeden' for pasienten. Det ligger standardiserte oppsummeringer i produktet som gir effektive oppsummeringer om pasientens situasjon. Generelt har Helseplattformen allerede mye erfaring i hvordan en kan strukturere helseinformasjon på en måte som skal gi mer effektiv informasjonsutveksling. Videreføring av dagens EPJ-løsninger med kronologiske førte journaler vil fungere dårlig når en får tilgang til det økte antall pasientjournaldokumenter for en hel region eller nasjonalt.
 - Ved dokumentdeling mellom ulike organisasjoner, som ikke er del av Helseplattformen-fellesskapet, er dokumentene oppbygget i henhold til beste praksis fra leverandøren. Noen dokumentvarianter er mye lik IPS (Internasjonal Patient Summary) standarden og er strukturerte oppsummeringer.
- **Digital hjemmeoppfølging og innbyggertjenester:** Helseplattformen etablerer grensesnitt mot ulike løsninger knyttet til digital hjemmeoppfølging og innbyggertjenester, dvs. integrasjon mot Helsenorge, velferdsteknologisk knutepunkt, diverse medisinsk utstyr, utstyr hjemme hos pasient og personlig utstyr. Det benyttes ulike standarder eksempelvis FHIR, HL7, XDS etc. og etableres grensesnitt som kan brukes på tvers av aktører innen både spesialist- og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Så langt som mulig ønsker Helseplattformen å benytte internasjonale standarder der det finnes.
- **Dokumentdeling og datadeling:** Helseplattformen har gjort seg erfaringer om hvilke områder som er egnet for henholdsvis dokumentdeling og datadeling. Helseplattformens oppfatning er at datadeling, dokumentdeling og meldingsutveksling vil være komplementære løsninger for digital samhandling en god stund framover. Helseplattformen ser datadeling som mest formålstjenlig der nasjonale sentrale løsninger skal fremstå som kilder, og hvilke samtidig skal oppdateres og synkroniseres fra samarbeidende EPJ-løsninger, da basert på strukturerte data og omforent terminologibruk. Gjennom Helseplattformens arbeid med informasjonsmodeller og Felles språk foreligger det stor gjenbruksverdi ved etablering av nasjonale datadelingsløsninger. Dokumentdeling vil være en aktuell samhandlingsløsning der man skal fremstille en samlet informasjon, der

delmengdene av informasjonen forvaltes av flere aktører. Dokumentdeling kan i en del sammenhenger være en god løsning et stykke på veien, til en lavere kostnad.

- **Erfaringer ved bruk av FHIR:**

- FHIR i grensesnitt: Generelt fungerer FHIR godt, også for sentral forskrivningsmodul og asynkront mottak av FHIR-meldinger. Helseplattformen mener at man i tråd med anbefaling om å anvende internasjonale standarder bør benytte FHIR-baserte oppslagstjenester fremfor et nasjonalt REST-API der FHIR vil fungere. Forvaltning av nasjonale standarder vil gi økte forvaltningskostnader for alle medvirkende parter. Helseplattformen erfarer konsekvenser av overdrevne nasjonale tilpasninger, eksempelvis i forbindelse med sentral forskrivningsmodul, i form av økte utviklingskostnader hos Epic. Helseplattformen anmoder om at man via HL7 Norge promoterer endringsforslag til hovedstandarden, fremfor å skape stadige nasjonale tilpasninger.
- FHIR ved migrering: Ved migrering fra deltakende organisasjoners pasientjournalssystemer til Epic sentralt, transformeres data til FHIR-ressurser. Det er ikke oppdaget noen kapasitetsmessige overraskelser mtp. 'konvertering' til/fra disse FHIR-ressursene så langt. Migreringen av journalinnhold tar tid (både CPU-tid og kalendertid på grunn av semiautomatiske prosesser som krever manuelle inngrep), men migreringen er en engangsjobb, så det er håndterbart.

Vurdering fra Direktoratet for e-helse

Standardisering som virkemiddel for å legge til rette for samhandling er sentralt i gjennomføringen av steg 2. I arbeidet med standardisering er Direktoratet for e-helse opptatt av å ha tett dialog med alle miljøer som bruker internasjonale standarder, herunder Helseplattformen. Erfaringsutveksling kan særlig være aktuelt innenfor datadeling for digital hjemmeoppfølging, kritisk informasjon og mer generelt om bruk av FHIR. I tillegg vil det være aktuelt med erfaringsutveksling når andre aktører enn spesialisthelsetjenesten skal begynne å dele dokumenter, knyttet til de dokumentdefinisjonene Helseplattformen har tatt frem.

7 Terminologi for samhandling

Vurdering fra Helseplattformen

Helseplattformens vurdering av hva som kan være aktuelt å gjenbruke fra arbeid knyttet til *terminologi for samhandling*:

- **SNOMED CT:** Helseplattformen vil bli den første som tar i bruk Felles språk i form av kodeverk knyttet sammen med terminologien SNOMED CT. Helseplattformen og Direktoratet for e-helse har sterke gjensidige avhengigheter til hverandre gjennom samarbeid og leveranser på Felles språk i program kodeverk og terminologi. Felles språk innen legemidler (virkestoffordinering levert gjennom SAFEST), prosedyrer og funn/diagnose vil utgjøre grunnsteiner i Helseplattformens løsning.
 - Helseplattformen har lagt ned et stort arbeid i gjennomføringsfasen knyttet til utvikling og tilpasning for SNOMED CT. Dette inkluderer oversettelse med synonymer til norsk, slik at det er i tråd med språket klinikerne benytter. Etter mapping av blant annet kodeverkene ICD-10, ICPC2 og ICNP er over 120.000 begreper validert og oversatt.
 - Det er tatt frem og gjort erfaringer med både prosess og innhold for tilgjengeliggjøring av terminologien, samt med brukergrensesnitt, bruk og rapportering for utnyttelse av terminologien.
 - Spesielt kunnskapen om hvordan registrering inn til kvalitetsregistre kan gjøres i journal er verdifull.
 - Gjenbruk av informasjonsmodeller og harmonisering på tvers av helse- og omsorgstjenesten kan benyttes som utgangspunkt også for definering av informasjonselementer i den nasjonale samhandlingen. Kodeverk som er benyttet i Helseplattformen må gjenbrukes og der Helseplattformen har avdekket at kodeverket er mangelfullt må det kompletteres.
 - Helseplattformen ser at de virkelige store gevinstene med Felles språk først vil bli tatt ut når språket blir tatt i bruk i nasjonale løsninger. Det gjør det krevende å samhandle med nasjonale løsninger så lenge Helseplattformen er alene om å bruke SNOMED CT og nasjonale løsninger ikke tilrettelegger for bruk.
 - Dette er nybrottsarbeid innen helsesektoren og man må ta høyde for behovet for kompetanseløft rundt temaet hos alle aktører, også hos de sentrale aktører.
- **Semantisk samhandlingsevne:** Helseplattformen oppnår meget høy grad av semantisk interoperabilitet gjennom felles løsning og Felles språk utarbeidet i samarbeid med Direktoratet for e-helse, spesialisthelsetjenesten-, kommuner og fastleger i Midt-Norge. Utarbeidelsen av felles språk har vært mulig ved å samle alle aktørene ved innføring av en felles løsning. Resultatet av dette arbeidet kan nå gjenbrukes i resten av landet i datadelingsløsninger, også når det tas en mer stegvis tilnærming. Det kan også benyttes for dokumentdeling av strukturerte dokumenter.
- **SAFEST:** Helseplattformen erfarer også at det er behov for harmonisering mellom FEST og SAFEST og det er behov for å avklare hvordan informasjonskilder skal benyttes i hele kjeden/arkitekturen på legemiddelområdet.
- **Nasjonal forvaltning av FHIR:** Helseplattformen erfarer at enkelte prosjekter og nasjonale tjenester (for eksempel kvalitetsregistre, SAFEST og sentral forskrivningsmodul) lager sin egen versjon av FHIR, med utstrakt bruk av tillegg og

tilpasninger. Dette bør man unngå i størst mulig grad. Når det er nødvendig med nasjonal tilpasning, må det skje i kontrollerte former. Det er nødvendig med en nasjonal forvaltning av bruk av FHIR og Helseplattformen har innspill til dette arbeidet.

- **IPS og kritisk informasjon:** Helseplattformen erfarer at den nasjonale standarden for kritisk informasjon i Kjernejournal (av historiske årsaker) ikke er oppdatert og ikke tilstrekkelig etter International Patient Summary (IPS). Dette skaper utfordringer når Helseplattformen ønsker å tilrettelegge for automatisk oppdatering av kjernejournal, slik at helsepersonell unngår dobbeltregistrering. Helseplattformen anbefaler at den nasjonale standarden for kritisk informasjon i kjernejournal oppdateres til å være i tråd med IPS. Helseplattformen har gjort seg viktige erfaringer fra bruksscenarioer og tilnærming til kritisk informasjon.
- **Veiledende pasientplaner:** Helseplattformen har lagt ned et stort arbeid med å definere til sammen 80 veiledende pasientplaner for primær og spesialisthelsetjenesten. Fagekspertene har vært aktive i dette arbeidet, inkludert definere prosessen for å utvikle planene. Direktoratet for e-helse har vært involvert i å definere kodeverk og terminologi for planene. Strukturering og bruk av Felles språk kan gjenbrukes og danne grunnlag for nasjonal standardisering og forvaltning. Det gjenstår å avklare hvordan det faglige innholdet i planene skal forvaltes videre og hva som er overlapp og avhengigheter til arbeidet som gjøres for digital behandlings- og egenbehandlingsplan i Helsedirektoratet.
- **Strategisk plan for legemiddelområdet:** Helseplattformen observerer fra deltakelse i tidlig vurdering av 'Strategisk plan for legemiddelområdet' at bruk/implementering av Felles språk / terminologi vil være en underbyggende og forløsende for flere av de identifiserte hovedtiltak.

Vurdering fra Direktoratet for e-helse

Semantisk samhandlingsevne og Felles språk er viktige hensyn i samtlige av tiltakene som foreslås i steg 2 av program digital samhandling, samt i tiltak som gjennomføres som del av steg 1. Særlig i forbindelse med nasjonale tjenester for datadeling vil det jobbes med normering av blant annet informasjonsmodeller. I dette arbeidet ønsker Direktoratet for e-helse å lære av det arbeidet Helseplattformen har gjort med informasjonsmodellering, der det er relevant. Helseplattformens erfaring med bruk av Felles språk kan gi verdifulle innspill ved utvikling av nye informasjonstjenester.

I program digital samhandling steg 1 pågår vurdering av standard for kritisk informasjon med hensyn til IPS. Arbeidet med steg 2 vil bygge videre på vurderingene som gjøres her. Det er også en rekke andre av punktene som ikke er direkte relevante for steg 2, men som vil være nyttig for Direktoratet for e-helse sitt øvrige arbeid med blant annet kodeverk og terminologi. I områdeplanen for digitalisering av legemiddelområdet ligger det inne tiltak for utredning av enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon, dette arbeidet vil være relevant for pasientens legemiddelliste.

8 Annet

Vurdering fra Helseplattformen

Helseplattformens vurdering av øvrige punkter som kan være aktuelt å gjenbruke eller ta hensyn til:

- **Formelle rammer:** Helseplattformen erfarer at mange av de formelle rammene rundt utvikling av fellesløsninger og nasjonale e-helseløsninger ikke er hensiktsmessige. Et eksempel på dette er ordningen med at den som først har behov for en tjeneste på Norsk helsenett SF sine løsninger må ta kostnadene. Det gir dessuten manglende involvering av andre som skal ta i bruk tjenesten. Dette fører blant annet til utfordringer med finansiering, for eksempel kommuner som opplever å betale dobbelt opp.
- **Informasjonsmodeller:** Metadata, strukturer og kunnskap om informasjonsmodeller som er opparbeidet gjennom arbeidet med Helseplattformen kan gjenbrukes også inn mot Helsedataprogrammet, samt program digital samhandlings arbeid med grunndata (steg 1).
- **Forskning og innovasjon:** Helseplattformen har innsikt om hvordan man kan legge til rette for forskning og innovasjon og hvordan dette kan legge grunnlaget for nye løsninger og mobilisering av markedet. Helseplattformen er i ferd med å lage en egen innovasjonsstrategi, som blant annet sier noe om hvordan Helseplattformen skal bidra til å realisere aktørenes mål og innovasjonsbehov.
- **Sammenheng med nasjonal arkitektur:** Helseplattformen oppfatter at det generelt er for lite kunnskap og bevissthet om Helseplattformen. Dette kan vanskeliggjøre gjenbruk og i tillegg medføre en fare for at Helseplattformen blir stående som en øy utenfor den nasjonale arkitekturen. Det er nødvendig å sikre at Helseplattformen blir en del av den nasjonale arkitekturen.
- **Pasient-program planer:** Et potensiale for gjenbruk foreligger fra Helseplattformen/Epics sitt arbeid med 'pasient-program' planer, prioriteringer og innovasjoner (en miks av DHO/DBEP der pasienten involveres via digital samhandlingsflate). Lokale og regionale innovasjonsnettverk, samt et innovasjonsråd, er under etablering for prioritering av prosjekter/initiativ basert på løsningens tilbudte byggeklosser. Den generiske tilnærmingen, samt pasient-programmenes prosess og innhold vil ha gjenbruksverdi.
- **Tilnærming til utvikling:** Tilnærmingen til tiltakene innen veikartet for nasjonale e-helseløsninger, som nok har historiske årsaker, treffer ikke Helseplattformen på en ideell måte. Tilnærmingen er aktørnivå-spesifikk (for spesialisthelsetjenesten, for kommune, for fastleger, for avtalespesialister) og gjerne trinnvis sekvensiell. Helseplattformen etablerer en «én innbygger én journal»-orientert løsning der man tidvis opplever at nasjonal tilrettelegging ikke er rede for understøttelse 'av flere aktørnivåer i parallell' ved adressering av utfordringene. Denne situasjonen må bedres slik at dette ikke ender i sterkt forsinkede tiltak, tapte måloppnåelser eller tapte gevinstmuligheter.

Vurdering fra Direktoratet for e-helse

Særlig for samhandlingsområdet om å utvikle nasjonale tjenester for datadeling for digital hjemmeoppfølging er samspillet med leverandørmarkedet viktig. Her vil det være relevant å lære av hvordan Helseplattformen har lagt til rette for innovasjon. Helseplattformen har pekt på utfordringen med dagens finansieringsmodeller for nasjonale e-helseløsninger.

Direktoratet vil ta et overordnet ansvar for å høste erfaringene fra Helseplattformen, og benytte det i videre samarbeid med ulike aktører, både nasjonalt og i sektoren, som sammen skal bidra til å realisere visjonen om Én innbygger - én journal. Den nasjonale styringsmodellen med NUIT og NUFA kan være gode arenaer for å bevisstgjøre e-helseaktørene på læringsgevinstene fra Helseplattformen. I tillegg vil bilaterale erfaringsutvekslingsarenaer mellom aktører være viktig for å dra nytte av erfaringer og få til gjenbruk. Det er allerede opprettet enkelte slike erfaringsutvekslingsarenaer mellom Helseplattformen og andre aktører, men arbeidet bør intensiveres. Det antas for eksempel at det vil være betydelige læringsgevinster fra kommunalt samarbeid i Midt-Norge for Felles kommunal journal. De tre regionale helseforetakene utenfor Midt-Norge planlegger å trekke lærdom fra Helseplattformen. Regionene ønsker både direkte og gjennom programmet for digital samhandling; i størst mulig grad å høste erfaringer. De peker i Felles plan 2021 på tekniske løsninger, informasjonsinnhold, strukturering, felles språk og organisatoriske løsninger som viktige læringsområder.

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt

postmottak@ehelse.no

Sentralt styringsdokument

Steg 2 for digital samhandling

Bilag I1 Overordnet personvern vurdering for
målbildet for helhetlig samhandling

Publikasjonens tittel:

Sentralt styringsdokument
Steg 2 for digital samhandling

Bilag I1 Overordnet personvern vurdering
for målbildet for helhetlig samhandling

Rapportnummer

E-1087

Utgitt:

Januar 2022

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo
Tlf.: 21 49 50 70

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Innhold

Innhold

Sammendrag	4
1. Innledning	5
1.1. Forutsetninger og avgrensninger	6
1.2. Konseptbeskrivelse	7
2. Grunnleggende rettigheter	9
3. Personvernprinsipper	10
3.1. Lovlighet, rettferdighet og åpenhet	10
Krav til behandlingsgrunnlag	10
Gjeldende rett	11
Behov for regelverksendringer	13
3.2. Åpen og rettferdig behandling	13
3.3. Formålsbegrensning	14
3.4. Dataminimering	15
3.5. Riktighet	16
3.6. Lagringsbegrensning	16
3.7. Integritet og konfidensialitet	16
3.8. Ansvarlighet	17
Helsepersonellens individansvar	17
Virksomhetsansvar	18
Dataansvar	19
4. Ivaretagelse av personvernrettigheter	20
4.1. Rett til informasjon	20
4.2. Rett til innsyn	21
4.3. Rett til retting	22
4.4. Rett til sletting	23
4.5. Rett til å motsette seg	24
4.6. Rett til begrensning av behandling	25
4.7. Rett til dataportabilitet	25
4.8. Rett til å protestere	25
4.9. Automatiserte individuelle avgjørelser/profilering	25

Sammendrag

Direktoratet for e-helse har i samarbeid med sektor beskrevet et målbilde for helhetlig samhandling som gir en visjon for fremtiden og som beskriver samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten frem mot 2030.

Målbildet skisserer en ny digitalisert måte å samhandle på i helse- og omsorgstjenesten. Dette reiser grunnleggende personvernspørsmål. Det er viktig å utrede disse tidlig for å sikre at samhandlingsløsningene kan etableres i henhold til regelverket og med godt personvern og informasjonssikkerhet.

Direktoratet for e-helse har derfor gjennomført en overordnet personvern vurdering av det skisserte målbildet for helhetlig samhandling (konseptet).

Under følger en oppsummering av direktoratets vurderinger av sentrale krav i regelverket:

- *Ivaretagelse av grunnleggende rettigheter.* Behandlingen av helseopplysninger i nasjonale samhandlingsløsninger vil kunne føles som et inngrep i den enkeltes privatliv. Det er derfor viktig å identifisere og gjennomføre tiltak som reduserer dette. Samtidig er det viktig å veie dette mot den enkeltes krav på tilfredsstillende helsetjenester.
- *Rettsgrunnlag for behandling av helseopplysningene.* Det vil være behov for regelverksutvikling for å sikre rettsgrunnlag for enkelte av tjenestene som er skissert i målbildet for helhetlig samhandling. For behov for regelverksutvikling for tjenester i steg 2 vises det til nærmere omtale i vedlegg G.
- *Formålet med behandlingen av helseopplysningene.* Formålet er å sikre at relevante og nødvendige helseopplysninger om pasienten er tilgjengelige for helsepersonell ved ytelse av helsehjelp, uavhengig av hvor i landet pasienten behandles, samtidig som det er et formål at personvernet til pasientene ivaretas. Pasientjournallovens formål setter rammen for behandlingen av helseopplysningene. Formålet er knyttet til helsehjelp og deling av helseopplysninger i samhandlingsløsninger.
- *Plasseringen av dataansvaret.* Etablering av samhandlingsløsninger vil kreve en form for sentralisering av dataansvaret. Den enkelte ansvarsmodellen må avklares for de enkelte samhandlingsløsningene.
- *Ivaretagelse av den registrertes rettigheter.* Det er identifisert risiko forbundet med ivaretagelse av den registrertes rettigheter. Det vil imidlertid være mulig å redusere risikoen betydelig ved gjennomføring av ulike skisserte tiltak.

1. Innledning

Målbildet for helhetlig samhandling i helse- og omsorgstjenesten skisserer en ny digitalisert måte å samhandle på i helse- og omsorgstjenesten. Dette reiser grunnleggende personvernspørsmål.

Den sentrale loven som regulerer behandling av personopplysninger generelt sett, er lov 15. juni 2018 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) som gjennomfører EUs personvernforordning av 27. april 2016. Denne omfatter også behandling av helseopplysninger. Med behandling menes her enhver aktivitet knyttet til opplysningene, som for eksempel innsamling, registrering, lagring, slik det er definert i EUs personvernforordning artikkel 4 nr. 2. Det påhviler den *behandlingsansvarlige* en rekke plikter. Behandlingsansvarlig er, i henhold til personvernforordningen artikkel 4 nr. 7, den virksomheten som faktisk bestemmer formålet med behandlingen av opplysningene og hvilke midler som skal brukes. I henhold til pasientjournalloven § 2 bokstav e skal begrepet forstås synonymt med *dataansvarlig*, som er det begrepet som benyttes i pasientjournalloven. Begrepene *dataansvar* og *dataansvarlig* vil derfor bli benyttet i det videre.

I henhold til forordningen skal personopplysninger behandles i tråd med en rekke prinsipper, og de registrerte har en rekke rettigheter som den dataansvarlige ivareta. Blant annet skal den dataansvarlige gjennomføre egnede tekniske og organisatoriske tiltak for å oppnå et sikkerhetsnivå som er egnet med hensyn til risikoen ved behandlingen av opplysningene, jf. artikkel 32. Det skal iverksettes tiltak for å sikre opplysningenes konfidensialitet, integritet, tilgjengelighet og robusthet. Den dataansvarlige skal videre anvende prinsippene om innebygd personvern.

Det er viktig å kartlegge og utrede personvernspørsmålene tidlig for å sikre at løsningene kan etableres i henhold til regelverket og med innebygd personvern og tilstrekkelig informasjonssikkerhet. Det ble allerede i utredningen av *Én innbygger - én journal*¹, *Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*² og *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning*³, gjennomført overordnede personvern vurderinger. Dette dokumentet bygger videre på de tidligere personvern vurderingene og beskriver en vurdering av personvern med fokus på arbeidet i Program digital samhandling (PDS) og det skisserte målbildet for helhetlig samhandling. Vurderingene er på et overordnet nivå og basert på konseptskisser. Den nærmere etterlevelsen av personvernkravene må skje i utviklingen av løsningene.

Vurderingen starter med en kort beskrivelse av målbildet for digital samhandling og deretter vurderes løsningene opp mot følgende sentrale krav i regelverket:

- grunnleggende rettigheter
- personvernprinsippene med særlig fokus på rettsgrunnlag, formålsbegrensning og ansvarlighet (dataansvar)

¹ Helse- og omsorgsdepartementet, *Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger - én journal*, 2012.

² Direktoratet for e-helse, *Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*, 2018

³ Direktoratet for e-helse, *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning*, 2020

- den registrertes rettigheter

Krav om sikkerhet i behandlingen av helseopplysningene vil ikke bli behandlet i dette dokumentet. Det er gjort en egen overordnet risiko og sårbarhetsvurdering (ROS) som er beskrevet i bilag J2. Videre vil ikke krav om innebygd personvern bli behandlet i dette dokumentet. Det vises til omtalen av dette i vedlegg I *Strategi for informasjonssikkerhet og personvern* (prinsipp 3).

Denne personvernvurderingen, sammen med den overordnede risiko- og sårbarhetsvurderingen, se bilag J2, er underlag i det videre arbeidet med sikkerhet og personvern knyttet til helhetlig samhandling. Personvernvurderingen vil kunne være et underlag i det videre arbeidet med personvernkonsekvensvurderinger. I EUs personvernforordning artikkel 35 nr. 1. stilles det krav om at dataansvarlig må gjøre en personvernkonsekvensvurdering (DPIA) ved behandling av personopplysninger som vil medføre en høy risiko for fysiske personers rettigheter og friheter. Det vil trolig i det videre arbeidet med å etablere samhandlingsløsninger behov for å gjennomføre flere DPIA etter EUs personvernforordning blant annet fordi det skal behandles særlig kategorier av personopplysninger (helseopplysninger) og på grunn av omfanget av behandlingen. Det er naturlig at Norsk helsenett SF gjennomfører DPIA i det videre arbeidet med samhandlingsløsningene.

1.1. Forutsetninger og avgrensninger

Det gjøres følgende forutsetninger:

- At vurderingen knyttes til det skisserte målbildet for helhetlig samhandling (omtalt under). Det omfatter nye samhandlingsløsninger, bl.a. ulike typer nye nasjonale informasjonstjenester og komponenter som skal understøtte samhandlingen. Det innebærer at det omfatter både steg 1, steg 2 og fremtidige steg i arbeidet med målbildet om digital samhandling.
- At Helse- og omsorgsdepartementet gjennomfører regelverksarbeid for å sikre nødvendig rettsgrunnlag for behandlingen av helseopplysningene i nye samhandlingsløsninger. Departementet har allerede igangsatt et lovarbeid som er den rettslige oppfølgingen av Én innbygger – én journal.
- At Norsk helsenett tar ansvar for å ivareta personvernet og informasjonssikkerheten i nye samhandlingsløsninger. Det omfatter å gjennomføre personvernkonsekvensvurdering (DPIA) for de enkelte løsningene.

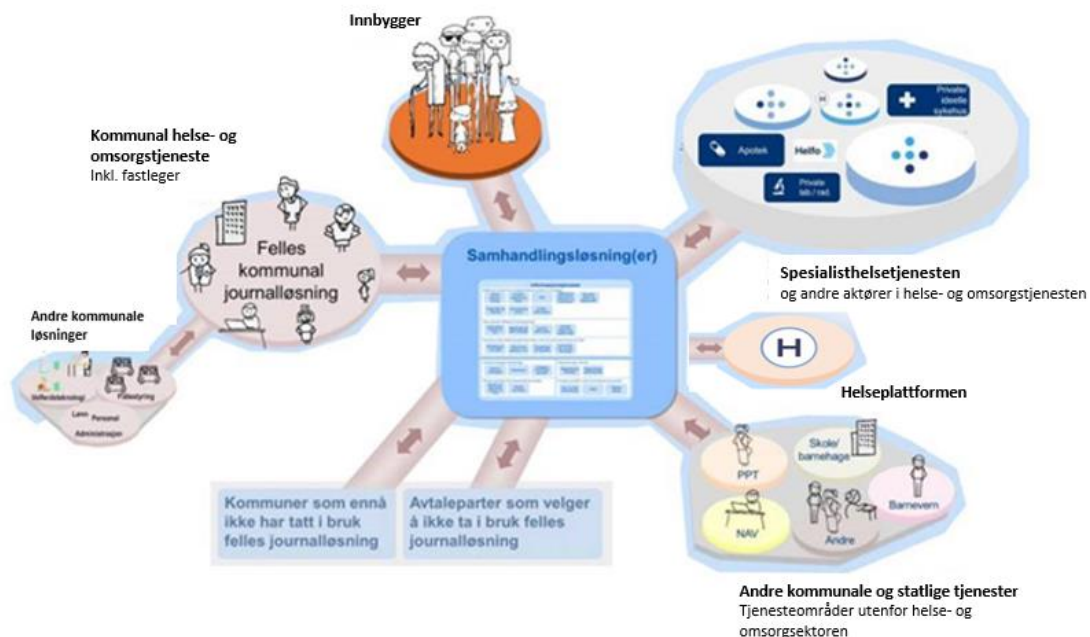
Det gjøres følgende avgrensninger:

- Vurderingen omhandler ikke Felles kommunal journal.
- Vurderingen omhandler ikke eksisterende nasjonale samhandlingsløsninger fordi det legges til grunn at personvernspørsmål allerede er utredet. Dette gjelder e-reseptkjeden, kjernejournal, Helsenorge og helsenettet.
- Vurderingen er ikke en fullverdig personvernkonsekvensvurdering etter EUs personvernforordning (DPIA). Det vil være behov for at Norsk helsenett gjennomfører DPIA knyttet til de enkelte løsningene så snart informasjonsgrunnlaget er tilstrekkelig.

1.2. Konseptbeskrivelse

Direktoratet for e-helse har i samarbeid med sektor beskrevet et målbilde for helhetlig samhandling som gir en visjon for fremtiden, og som beskriver samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten frem mot 2030. Program digital samhandling bruker målbildet som styringsverktøy for å vise retningen. Målbildet består av ulike løsninger som muliggjør samhandling, som programmet tar sikte på å realisere innen 2030 for å understøtte ytelse av helse- og omsorgshjelp. Dette inkluderer å sikre kontinuitet i direkte helsehjelp, for eksempel når innbygger beveger seg mellom ulike virksomheter eller skrives ut fra sykehus, og å sikre samhandling med responscenter med velferdsteknologiske utstyr og digital hjemmeoppfølging.

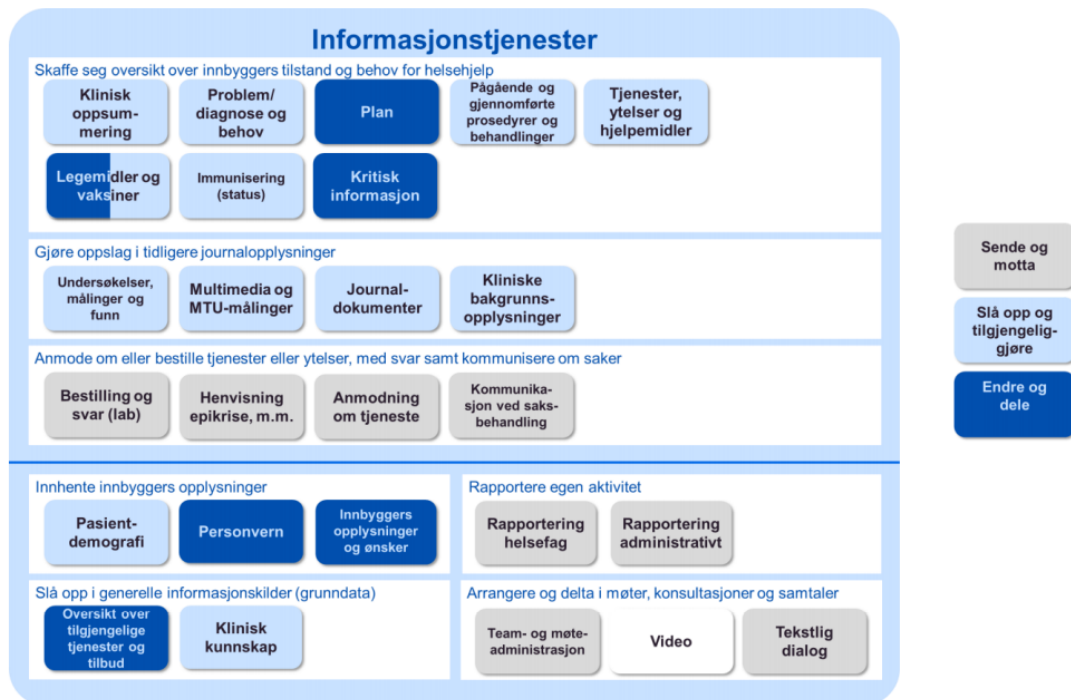
Målbildet for helhetlig samhandling er å etablere en helhetlig samhandlingsløsning som sikrer samhandling på tvers av ulike aktører, og er bygget opp av 26 informasjonstjenester som representerer et sett av informasjonsbehov som ikke er tilstrekkelig dekket i dagens nasjonale e-helseløsninger for samhandling. Hver informasjonstjeneste gir mulighet for å utveksle eller dele helseinformasjon mellom ulike aktører. Målbildet for helhetlig samhandling ble utarbeidet i forprosjektet til helhetlig samhandling. Nærmere informasjon om prosessen og resultatet finnes i bilag G2 *Helhetlig samhandling* til *Sentralt styringsdokument– helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning*.



Figur 1 Aktører som samhandler gjennom felles løsninger når målbildet er realisert

En informasjonstjeneste definerer et utvalg av informasjon som kan deles. Informasjonen kan deles ved hjelp av de ulike organisatoriske samhandlingsformene "sende og motta", "slå opp og tilgjengeliggjøre" og "endre og dele". Disse beskrives nærmere senere i kapittelet. Informasjonstjeneste og samhandlingsform er vist i figuren nedenfor. Informasjonsinnhold for

hver informasjonstjeneste må defineres med utgangspunkt i internasjonale standarder, terminologi og kodeverk, med tilhørende tekniske grensesnitt (API).



Figur 2 Informasjonstjenester for helhetlig samhandling

Aktivitetene som vises i målbildet gjenspeiler aktivitetene helsepersonell gjennomfører når de tar mot, gjennomfører behandling, planlegger videre behandling og oppsummerer behandlingen. Informasjonstjenestene understøtter aktivitetenes behov for informasjon:

- **Skaffe seg oversikt over innbyggers tilstand og behov for helsehjelp:** Informasjonstjenestene i denne kategorien benytter helsearbeiderne til å få oversikt over hvem innbyggeren er og kritisk informasjon om innbyggers helse. Eks. på dette er å få oversikt over evt. legemiddelallergier.
- **Gjøre oppslag i tidligere journalopplysninger:** Informasjonstjenesten gir helsepersonell muligheten til å grave seg dypere ned i innbyggers sykdoms- og undersøkelseshistorikk fra tidligere besøk i helsetjenesten. Eks. hvis fastende langtidsblodsukker blir målt kan helsepersonell gå inn i journalen og få resultater fra tidligere tester som dagens resultater kan sammenlignes med.
- **Anmode om eller bestille tjenester eller ytelser, med svar samt kommunisere om saker:** Informasjonstjenestene tilrettelegger for samhandling innad i helsetjenesten og med aktører utenfor. Det kan være bestilling av nye prøver eller svar på prøver som er gjennomført, eller anmodning om tjenester fra evt. andre aktører som f.eks. samhandling med NAV når innbygger skal sykemeldes. sykemelding til NAV.
- **Innhente innbyggers opplysninger:** Informasjonstjenestene tilbyr informasjon om innbyggeren som f.eks. foreldreansvar og behov for tolk som helsepersonell kan bruke i samhandling med andre aktører for å dekke innbyggernes behov best mulig.

Eks. Identifisere hvorvidt innbyggere som blir akuttinnlagt har foreldreansvar og det er behov for å iverksette tiltak for å ivareta barn.

- **Slå opp i generelle informasjonskilder (grunndata):** Grunndatatjenesten tilbyr informasjon om hvilke tjenester som er tilgjengelig i kommunen innbyggeren bor i samt at den tilbyr klinisk fagkunnskap.
- **Rapportere om aktivitet:** Informasjonstjenestene som benyttes for å rapportere om aktivitet til Helfo for refusjon og rapportering av medisinske data til registre slik at den blir tilgjengelig for bla. Forskning.
- **Arrangere og delta i møter, konsultasjoner og samtaler:** Informasjonstjenestene gir helsepersonell muligheten til å samhandle digitalt for å utveksle informasjon med annet helsepersonell og innbyggere.

Målbildet for helhetlig samhandling er beskrevet nærmere i vedlegg M.

2. Grunnleggende rettigheter

Beskyttelse av personvernet er anerkjent som en menneskerettighet. Dette slås fast både i den europeiske menneskerettskonvensjon artikkel 8 og i Grunnloven § 102.

Etter FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter artikkel 12 er staten samtidig forpliktet til å treffe tiltak for å sørge for at borgernes fysiske og psykiske helsestandard er så høy som mulig.

I fortalen til personvernforordningen i punkt 4 angis følgende:

"Behandling av personopplysninger bør ha som formål å tjene menneskeheten. Retten til vern av personopplysninger er ikke en absolutt rettighet; den må ses i sammenheng med den funksjon den har i samfunnet, og veies mot andre grunnleggende rettigheter i samsvar med forholdsmessighetsprinsippet."

Dette innebærer da at de personvernmessige ulempene ved bruk av helseopplysninger må vurderes opp mot statens plikt til å sikre en god helsestandard. Pasientsikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen forutsetter at helsepersonell (med flere) har anledning til å behandle, og har tilgang til, nødvendige og relevante helseopplysninger. Hensynet til den enkeltes personvern og hensynet til pasientsikkerhet og kvalitet i den helsehjelp som ytes, må derfor veies mot hverandre i samsvar med forholdsmessighetsprinsippet.

En slik avveining er allerede, på et overordnet nivå, foretatt gjennom kravene i personvernforordningen og i helselovgivningen. Personvernforordningen oppstiller en rekke prinsipper som behandling av personopplysninger skal skje i samsvar med. Helseopplysninger omfattes også av disse, for de tilfeller der det er adgang til å behandle helseopplysninger. Prinsippene er basert på tanken om at behandling av personopplysninger skal skje på en måte som i størst mulig grad sikrer forutsigbarhet og forholdsmessighet for enkeltpersoner. Helselovgivningen oppstiller i tillegg krav som skal ivareta pasientsikkerhet og kvalitet i helsehjelpen som ytes.

Etter EUs personvernforordning er det også krav om at det skal gjøres en vurdering av den registrertes friheter etter europeiske menneskerettskonvensjon, f. eks retten til tanke, tros- og religionsfrihet, retten til ikke å bli diskriminert, yrings- og informasjonsfrihet og retten til

privatliv og kommunikasjonsvern. Retten til privatliv innebærer blant annet en rett til personopplysningsvern. Den enkelte skal i så stor grad som mulig ha selvbestemmelse og kontroll med egne opplysninger. Det vil samhandlingsløsninger behandles helseopplysninger basert på helselovgivningen, der pasienten har begrenset grad har mulighet til å motsette seg behandlingen. Pasienten kan ikke motsette seg at helsepersonellet fører journal. For å ivareta pasientens mulighet for selvbestemmelse og kontroll er pasienten imidlertid gitt en rekke rettigheter i helselovgivningen, for eksempel rett til å sperre, innsyn, retting, sletting mv.

Det er naturlig å tenke seg at aktive pasienter og brukere som utøver egne rettigheter og har god informasjon om behandlingen som skjer i de nasjonale tjenestene, vil kunne føle at de har større grad av selvbestemmelse og kontroll over deling av egne helseopplysninger. Det skal tilrettelegges for dette, og det er derfor et absolutt krav at personvernet skal styrkes. Det skal identifiseres og gjennomføre tiltak som kan gi pasienten medbestemmelse og kontroll der det er mulig. Videre må det settes inn ulike tiltak for å sikre tillitt til løsningen som sådan, og særlig at sikkerheten er godt ivaretatt. Det må bl.a. være gode mekanismer for identitets- og tilgangsstyring for å sikre at kun helsepersonell med tjenstlig behov og innenfor regler om taushetsplikt får tilgjengeliggjort helseopplysningene. En annen viktig ting er at det skal være enkelt å utøve sine rettigheter som det å sperre mv. Dette skal løses med gode personverntjenester for innbygger og enkel utøvelse av rettigheter for eksempel via helsenorge.no. Blant annet vil pasienten i større grad kunne få en helhetlig oversikt over egne helseopplysninger, noe som vil gi pasienten en større grad av kontroll over hvor deres opplysninger behandles slik at de kan utøve sine rettigheter. De enkelte rettighetene er omtalt nedenfor i kapittel 4.

3. Personvernprinsipper

EUs personvernforordning artikkel 5 oppstiller syv personvernprinsipper. All behandling av personopplysninger må skje i samsvar med disse. Prinsippene er basert på tanken om at behandling av personopplysninger skal skje på en måte som sikrer forutsigbarhet og forholdsmessighet for enkeltpersoner.

I dette kapitlet gjøres en overordnet vurdering av det enkelte prinsipp opp mot det skisserte målbildet for helhetlig samhandling. Vurderingen viser at enkelte av prinsippene vil kunne bli utfordret, men at det er mulig å redusere risikoen betydelig ved ulike tiltak. Begge deler er omtalt under. Det forutsettes imidlertid at det gjennomføres en fullverdig personvernkonsekvensvurdering (DPIA) konkret for den enkelte tjeneste.

3.1. Lovlighet, rettferdighet og åpenhet

Krav til behandlingsgrunnlag

EUs personvernforordning artikkel 5 nr.1 bokstav a stiller krav om at personopplysninger skal behandles på en lovlig, rettferdig og åpen måte med hensyn til den registrerte.

Målbildet for helhetlig samhandling er beskrevet som nasjonale løsninger for behandling av helseopplysninger ved helsehjelp til den enkelte pasient. Det legges til grunn at behandlingen av helseopplysningene som utgangspunkt omfattes av formålet med pasientjournalloven, jf. § 1. For å behandle helseopplysninger til dette formålet krever EUs

personvernforordning artikkel 6 og 9 og pasientjournalloven § 6 at det skal foreligge et rettslig grunnlag for behandlingen av helseopplysningene.

Dette innebærer at behandling av helseopplysninger i nye samhandlingstjenester må ha et tydelig rettslig grunnlag. Dette må vurderes konkret for hver av samhandlingsløsningene hvorvidt det foreligger et tilstrekkelig rettslig grunnlag. Eksisterende samhandlingsløsninger som reseptformidleren og kjernejournal har allerede rettsgrunnlag.

Kravet til lovlighet innebærer også at alle de øvrige personvernprinsippene er oppfylt, og at behandlingen for øvrig er i tråd med krav etter regelverket.

Gjeldende rett

Den viktigste særloven som regulerer journalopplysninger er pasientjournalloven, som blant annet gir det rettslige behandlingsgrunnlaget for pasientjournaler. I tillegg omfatter helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven bestemmelser knyttet til den enkeltes personvern. Bestemmelsene i særlovgivningen til dels gjentar eller direkte viser til sentrale bestemmelser i forordningen, eller presiserer krav til behandling av helseopplysninger. De generelle reglene i forordningen gjelder dermed så langt ikke annet følger av helselovgivningen.

Formålet med pasientjournalloven er at behandlingen av helseopplysninger skal skje på en måte som gir pasienter og brukere helsehjelp av god kvalitet. Dette skal skje ved at relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen nedtegnes/registreres i en journal for den enkelte pasient. Opplysningene skal være tilgjengelige for annet helsepersonell som har behov for dem ved ytelse av helsehjelp til pasienten. Samtidig skal vernet mot at opplysninger gis til uvedkommende ivaretas, jf. rett til vern mot spredning av opplysninger (pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6), jf. taushetsplikt (helsepersonelloven § 21 flg.), og forbud mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger (helsepersonelloven § 21 a).

Det er ikke krav om pasientens samtykke for at helsepersonellet kan nedtegne og lagre journalopplysninger. Tvert imot, har helsepersonell som yter helsehjelp plikt til å nedtegne opplysninger som anses som relevante og nødvendige for helsehjelpen til den enkelte pasient, samt opplysninger som er nødvendig for å oppfylle melde- eller opplysningsplikter som er fastsatt i lov, jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40. Pasienten har imidlertid rett til å motsette seg at helseopplysninger i behandlingsrettet helseregister gjøres tilgjengelig for annet helsepersonell, jf. pasientjournalloven § 17, helsepersonelloven §§ 25 og 45 og pasient- og brukerrettighetsloven § 5-3.

Pasientjournalloven pålegger virksomheter som yter helsehjelp å sørge for å ha behandlingsrettede helseregistre for gjennomføring av helsepersonells dokumentasjonsplikt, jf. § 8. Systemene skal innrettes slik at helsepersonell kan utføre sine lovpålagte oppgaver og ansvar overfor pasientene.

Pasientjournalloven gir rettslig grunnlag for etablering av behandlingsrettede helseregistre, jf. § 2. Behandlingsrettede helseregistre har sammenheng med dokumentasjonsplikten og omfatter all behandling av helseopplysninger som er nødvendige for at helsehjelp kan ytes. Behandlingsrettede helseregistre har et utfyllende rettslig grunnlag i pasientjournalloven og andre lover og forskrifter. Bestemmelsene setter strenge vilkår for å samle inn og på annen måte behandle helseopplysninger, samtidig som det er bestemmelser for å ivareta den enkeltes selvbestemmelse og kontroll over egne helseopplysninger og hvordan de behandles. Ved innføring av EUs personvernforordning i norsk rett har Helse- og

omsorgsdepartementet vurdert at det ikke er behov for endringer i helselovgivningen for å oppfylle kravene til rettslig grunnlag for pasientjournaler.

Pasientjournalloven regulerer ulike behandlingsrettede helseregistre. Av § 6 fremgår det at behandlingsrettede helseregistre skal ha hjemmel i lov. Det følger av § 8 at virksomheter som yter helsehjelp har plikt til å sørge for behandlingsrettede helseregistre. Av pasientjournalloven § 7 om krav til behandlingsrettede helseregistre følger at behandlingsrettede helseregistre skal understøtte pasientforløp i klinisk praksis og være lette å bruke og å finne frem i. De skal også være utformet og organisert slik at krav fastsatt i eller i medhold av lov kan oppfylles.

Pasientjournalloven § 9 gir hjemmelsgrunnlag for at flere virksomheter kan samarbeide om behandlingsrettede helseregistre. Samarbeidet kan omfatte privateide så vel som offentlige virksomheter, alle typer behandlingsrettede helseregistre, alle systemene som utgjør hele pasientjournalen eller kun registre på bestemte områder. Registre som inngår i samarbeidet, skal komme i stedet for de registrene som virksomhetene bruker internt i virksomheten. Bestemmelsen krever at det inngås en skriftlig samarbeidsavtale og setter krav til innholdet i avtalen. Det følger av andre ledd at departementet i forskrift eller enkeltvedtak kan gi nærmere vilkår for samarbeid om behandlingsrettede helseregistre etter første ledd.

Pasientjournalloven § 10 gir hjemmel til, i forskrift, å etablere nasjonale behandlingsrettede helseregistre. Med nasjonale registre menes registre som kan gjelde pasient og brukere i hele landet og ikke begrenses til en bestemt region. Bestemmelsen gir hjemmel for behandlingsrettede helseregistre på bestemte områder, som for eksempel legemiddelregister eller epikriseregister. Register vedtatt med hjemmel i denne bestemmelsen skal komme i stedet for virksomhetsinterne journaler eller felles journaler basert på samarbeid mellom virksomheter som hjemles i §§ 8 og 9.

Reseptformidleren og nasjonal kjernejournal er regulert særskilt i henholdsvis pasientjournalloven §§ 12 og 13.

Videre gir pasientjournalloven rettslig grunnlag for deling av opplysninger med helsepersonell og samarbeidende personell når det er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, jf. § 19. Dette gjelder også på tvers av virksomheter. Dataansvarlig har blant annet en plikt til å sørge for å tilgjengeliggjøre helseopplysninger i samsvar med helsepersonelloven §§ 25 og 45. Opplysningene kan bare gjøres tilgjengelig når de er relevante og nødvendige for å kunne gi forsvarlig helsehjelp og i samsvar med reglene om taushetsplikt, jf. helsepersonelloven § 21 flg. Det er kun de som har tjenstlig behov som skal få tilgang til opplysningene, og de skal ikke ha flere opplysninger enn det som er relevant og nødvendig for å yte helsehjelpen.

Den dataansvarlige bestemmer på hvilken måte opplysningene skal gjøres tilgjengelige. Dette kan skje både ved at helsepersonellet gis adgang til å søke opp de aktuelle opplysningene i systemet, eller ved at opplysningene gjøres tilgjengelig ved at de utleveres elektronisk eller på papir. Journalopplysninger kan som hovedregel ikke gjøres tilgjengelig for annet helsepersonell dersom pasienten motsetter seg det, jf. pasientjournalloven § 17. Opplysningene skal gjøres tilgjengelig på en måte som ivaretar informasjonssikkerheten, jf. lovens § 22. Videre stiller pasientjournalforskriften § 13 konkrete krav til tilgangsstyringen. Dataansvarlig skal ha kontroll og oversikt over all behandling av helseopplysninger som de selv er ansvarlig for, inkludert tilgjengeliggjøring av opplysninger til andre virksomheter, jf.

pasientjournalforskriften § 12 tredje ledd. Tilgang til helseopplysninger skal bygge bl.a. på autorisasjon, sikker autentisering og etterfølgende kontroll, jf. pasientjournalforskriften §§ 13 og 14.

Behov for regelverksendringer

I konseptvalgutredningen og sentralt styringsdokument for Akson⁴ ble det gjort vurderinger av hvorvidt det forelå rettslig grunnlag for felles kommunal journal og samhandlingsløsninger. Pasientjournalloven regulerer ulike behandlingsrettede helseregistre og samhandlingsformer. På bakgrunn av beskrivelsene som forelå på det tidspunktet ble det vurdert at det totale konseptet ville kreve endringer i pasientjournalloven.

Det legges derfor til grunn at det må påregnes at det vil være nødvendig å gjøre endringer i regelverket for å kunne realisere målbildet for helhetlig samhandling. Eksisterende nasjonale e-helseløsninger, og det rettslige grunnlaget disse bygger på, vil neppe være tilstrekkelig for å oppnå hele dette målbildet. Realiseringen av målbildet innebærer trolig at det må etableres både spesifikke tjenester og felleskomponenter, som gjør det mulig å tilgjengeliggjøre og sammenstille relevante helseopplysninger, utover det som det er rom for i dagens nasjonale e-helseløsninger. Dette vil trolig kreve lovendring. Det må blant annet legges til grunn at tjenester som skal basere seg på sentral lagring av kopisett, vil kreve særskilt rettsgrunnlag.

Ved utvikling av regelverket bør informasjonstjenestene, infrastrukturen og verktøyene som må til for å realisere målbildet, sees i sammenheng, fremfor at enkelttjenester og verktøy reguleres hver for seg. For å ivareta helheten er det en fordel om fremtidige lovbestemmelser som skal etablere det rettslige grunnlaget for målbildet helhetlig digital samhandling kan utformes som funksjonsorienterte og teknologinøytrale rammebestemmelser som tar høyde for fremtidig utvikling. Slike rammebestemmelser vil kunne være digitaliseringsvennlige og fullt ut forsvarlig, forutsatt at de er godt utredet, slik at det sikrer den nødvendige forutberegnelighet for lovgiver. Dette vil skape den nødvendige fleksibilitet for en smidig tilnærming ved utvikling av de løsninger som er nødvendige for å nå målbildet.

Helse- og omsorgsdepartementet har hatt på høring forslag til endringer i pasientjournalloven, som blant annet har til formål å etablere det rettslige grunnlaget for visjonen om *Én innbygger – én journal*⁵. Det legges for øvrig til grunn at Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere behovet for ytterligere endringer blant annet på grunnlag av innspill fra Direktoratet for e-helse.

3.2. Åpen og rettferdig behandling

Hvis behandlingen skal være åpen og rettferdig, betyr det at behandlingen skal skje på en måte som er oversiktlig og forutsigbar for den registrerte, slik at den registrerte er i stand til å ivareta sine egne interesser og utøve sine rettigheter. Kompleksiteten i målbildet for digital samhandling kan gjøre at prinsippet om åpenhet og rettferdighet utfordres. Samhandlingsløsningene består av mange ulike informasjonstjenester, med ulike

⁴ Direktoratet for e-helse, *Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*, 2018

⁵Helse- og omsorgsdepartementet, *Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger - én journal*, 2012.

samhandlingsformer og komponenter, som skal understøtte samhandlingen. Det kan derfor være krevende og uforutsigbart for innbygger å forstå hvordan helseopplysningene tilgjengeliggjøres eller hvordan egne rettigheter skal ivaretas på tvers av disse løsningene. På den annen gir samhandlingsløsninger og målbildet mulighet for en mer helhetlig og effektiv håndtering av rettigheter, herunder å gi pasienten individuelt innsyn, enn dagens desentraliserte journalløsninger.

For å ivareta prinsippet om åpen og rettferdig behandling, vil det blant annet være viktig med en god kommunikasjonsstrategi for å gi pasienter og brukere informasjon om løsningene, hvordan behandlingen av helseopplysninger foregår og om ivaretagelse av egne rettigheter.

Det forutsettes at det etableres gode og lett tilgjengelige innbyggertjenester som gjør det enkelt for pasient og bruker å ta kontakt for å få mer informasjon, innsyn i egne helseopplysninger og utøve sine øvrige rettigheter.

3.3. Formålsbegrensning

All behandling av personopplysninger skal skje innenfor et formål. Et grunnleggende prinsipp som følger av EUs personvernforordning artikkel 5 nr.1 bokstav b, er at personopplysninger bare skal behandles til spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, dvs. prinsippet om formålsbegrensning. Det er i tillegg et krav om at opplysningene ikke skal behandles til andre formål som er uforenelig med det opprinnelige. I slike tilfeller er det nødvendig med eget rettsgrunnlag.

Det må avklares hvilket formål behandlingen av helseopplysningene i målbildet for digital samhandling skal ha og hvilke behov det skal dekke. Formålet som angis for behandlingen av person- og helseopplysninger i samhandlingsløsninger vil dermed være førende for hvilke opplysninger som kan samles inn og behandles.

Samhandlingsløsningene som utgjør målbildet for helhetlig samhandling, skal bidra til å realisere målbildet som er beskrevet i Meld. St. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal*⁶. Helsepersonell skal ha rask og enkel tilgang til nødvendige og oppdaterte helseopplysninger, samtidig som personvernet ivaretas. Dette gjelder gjennom hele behandlingsforløpet uavhengig av hvor i landet pasienten blir syk eller får behandling.

Formålet med samhandlingsløsningene er knyttet til helsehjelp og dreier seg om å sikre at relevante og nødvendig helseopplysninger er tilgjengelig for helsepersonell ifm. helsehjelp, uavhengig hvor pasienten behandles. Gjennom tilgang til tjenester, komponenter og infrastruktur hvor pasientopplysninger kan deles i sanntid skal det legges til rette for effektiv samhandling mellom privat, statlig og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Med samhandling menes all form for kontakt, samarbeid, informasjonsutveksling i en virksomhet eller mellom virksomheter, som inngår i eller støtter opp under oppfølging av en pasient i et behandlingsforløp. Hensikten er at helsehjelpen kan ytes effektivt og med god kvalitet når flere aktører er involvert, ved at informasjonen følger pasienten ved kontakt mellom ulike aktører i tjenesten.

Programmet legger til grunn at behandling av helseopplysninger i samhandlingsløsninger vil ha/få rettsgrunnlag innenfor pasientjournalloven. Pasientjournallovens formål og saklige

⁶ Helse- og omsorgsdepartementet, *Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger - én journal*, 2012.

virkeområde setter rammen for behandlingen av helseopplysninger. Det konkrete formålet med de enkelte løsningene vil fremgå av rettsgrunnlaget til den enkelte løsningen.

Formålet med behandling av helseopplysninger i nye samhandlingsløsninger vil i hovedsak være forankret i helselovgivningen. En rettslig forankring i form av lovhjemmel og forskrift vil redusere risikoen for at det blir tvil om hva helseopplysningene skal kunne brukes til. Pasientjournalloven vil sette en ytre ramme for behandlingen av helseopplysningene, mens en ny lovhjemmel og tilhørende forskrifter vil kunne sette en enda mer konkret ramme for hvordan helseopplysningene skal behandles. Det skal kunne meldes opplysninger fra virksomhetene via samhandlingsløsninger til sekundærformål. Regelverket må tilrettelegge for dette.

Det må videre sørges for at helseopplysningene i samhandlingsløsninger faktisk og i praksis ikke brukes til andre formål enn det regelverket forutsetter. Det kan ved etablering av nye samhandlingsløsninger være behov for mer informasjon om bruken av opplysningene og formålet med disse, og at samhandlingen skal skje innenfor rammen av taushetsplikten og tjenstlig behov. Når det samles store mengder helseopplysninger vil det kunne oppstå press på å bruke opplysningene til andre formål som fører til en risiko for formålsutglidning. Dersom helseopplysningene skal brukes til andre formål uforenlig med opprinnelige formål vil det kreve rettslig endringer. Kontinuerlig bevissthet rundt, og opplæringstiltak om, kravet til formålsbegrensning er nødvendig for å bidra til å hindre formålsutglidning.

3.4. Dataminimering

EUs personvernforordning artikkel 5 nr.1 bokstav c stiller krav til at personopplysningene som skal behandles skal være adekvate, relevante og begrenset til det som er nødvendig for formålene de behandles for. Dataminimeringsprinsippet henger tett sammen med formålsbegrensningsprinsippet. I dataminimeringsprinsippet ligger det at den dataansvarlige skal begrense mengden med personopplysninger til det som er relevant og nødvendig for å oppnå det konkrete formålet med behandlingen.

Det legges til grunn at behandlingen av helseopplysningene i nye samhandlingsløsninger reguleres i lov og forskrift. Dagens samhandlingsløsninger og bruken av helseopplysningene er regulert blant annet i pasientjournalloven §§ 12 og 13 om reseptformidleren og kjernejournal. For deling av helseopplysninger vil pasientjournalloven § 19 og helsepersonelloven blant annet §§ 25 og 45 sette rammer for hva det kan samhandles om. Dette bidrar til at prinsippet om dataminimering vil bli ivaretatt.

Videre krever det at dataansvarlig, virksomheter og helsepersonell har kunnskap om regelverkets rammer for hvilke opplysninger felles journalløsning og samhandlingsløsningene kan inneholde. Det kreves helsefaglig kompetanse å vurdere hvilke opplysninger som er relevante og nødvendige for helsehjelpen til den enkelte pasient og for at deling av helseopplysninger er i henhold til regelverket om taushetsplikt.

Der løsninger kan utformes på flere forskjellige måter, bør det tilstrebes å etablere løsninger som ikke innebærer unødig behandling av helseopplysninger og andre personopplysninger. Eksempelvis bør løsninger som innebærer tilgjengeliggjøring av opplysninger direkte fra kilden velges, fremfor mellomlagring av kopier, dersom dette kan seg gjøre uten å være uforholdsmessig krevende.

3.5. Riktighet

EUs personvernforordning artikkel 5 nr.1 bokstav d stiller krav til at personopplysninger som behandles skal være korrekte og om nødvendig oppdaterte, og at det må treffes ethvert rimelig tiltak for å sikre at personopplysninger som er uriktige med hensyn til formålene de behandles for, uten opphold slettes eller rettes.

Det er risiko for at prosessen med å få rettet og slettet helseopplysninger som lagres/behandles i felles nasjonale samhandlingstjenester kan ta tid. Dette fordi både en sentral aktør som behandler opplysningene og virksomhetene vil kunne måtte involveres. Virksomhetene er nærmest til å vurdere riktigheten av helseopplysningene, eksempelvis ved å gjøre faglige vurderinger knyttet til journalføring og krav om retting og sletting av helseopplysninger. Mens selve rettingen vil måtte skje hos den sentrale aktøren. Dette gjøres i dag for retting og sletting av helseopplysninger i kjernejournal. Dersom en slik prosess tar lang tid, vil det kunne utfordre prinsippet om riktighet.

Det må etableres gode saksbehandlingsrutiner mellom den sentrale aktøren og virksomhetene slik at kravet kan ivaretas på en god måte. Videre må det etableres gode og lett tilgjengelige innbyggertjenester som gjør det enkelt for pasient og bruker å ta kontakt for å få mer informasjon, innsyn i egne helseopplysninger og utøve sine øvrige rettigheter.

3.6. Lagringsbegrensning

EUs personvernforordning artikkel 5 nr.1 bokstav e stiller krav om at personopplysninger skal lagres slik at det ikke er mulig å identifisere de registrerte i lengre perioder enn det som er nødvendig for formålene som personopplysningene behandles for. Det innebærer at opplysningene må slettes når formålet de ble samlet inn for er nådd.

Lagringstiden for helseopplysningene er og vil i stor grad være regulert. Lagringstid for helseopplysninger i journal vil, som i dag, bl.a. være forankret i pasientjournalloven og pasientjournalforskriften. Dette reduserer risikoen for at helseopplysningene brukes eller oppbevares etter at formålet er nådd. Det må sørges for at helseopplysningene faktisk og i praksis slettes når formålet er nådd.

Lagringstiden for helseopplysninger i dagens samhandlingsløsninger som f.eks. kjernejournal og reseptformidleren er regulert konkret i egne forskrifter. Det vil behov for å vurdere hvilken lagringstid som skal gjelde for behandlingen av helseopplysningene i nye samhandlingsløsninger, slik at opplysningene ikke lagres lenger enn det som er nødvendig for å ivareta formålet.

Det må derfor bygges inn slettefunksjoner i løsningene slik at helseopplysningene i størst mulig grad kan slettes automatisk når formålet er nådd. Det er i dag slike slettemekanismer i kjernejournal og reseptformidleren.

3.7. Integritet og konfidensialitet

EUs personvernforordning artikkel 5 nr.1 bokstav f stiller krav om at personopplysninger skal behandles på en måte som sikrer tilstrekkelig sikkerhet for personopplysningene, herunder

vern mot uautorisert eller ulovlig behandling og mot utilsiktet tap, ødeleggelse eller skade, ved bruk av egnede tekniske eller organisatoriske tiltak.

Kompleksiteten i målbildet om helhetlig samhandling gjør at krav om integritet og konfidensialitet vil kunne utfordres. Nye samhandlingsløsninger samler og deler stor mengde helseopplysninger og involverer mange og ulike typer helsepersonell. På den ene siden skal helsepersonellet effektivt kunne få tilgjengeliggjort helseopplysningene, mens det på den andre siden skal sikres av konfidensialiteten ivaretas. Dette vil stille store krav til identitets- og tilgangsstyring.

Det er utarbeidet en egen overordnet risiko- og sårbarhetsvurdering for programmet, se bilag J2.

Arbeidet med å vurdere prinsipper og krav til identitets- og tilgangsstyring ved deling av helseopplysninger mellom virksomheter i nye samhandlingsløsninger bør derfor starte tidlig. Det er viktig å videreutvikle tillitstjenester herunder HelseID og personverntjenester som vil bidra til å sikre tillitten mellom virksomheten som skal dele helseopplysningene. Det bør konkret vurderes om helseopplysninger og opplysninger om personidentifikasjon, som navn og personnummer, kan lagres i separate databaser.

3.8. Ansvarlighet

EUs personvernforordning artikkel 5 nr. 2 fastsetter at den dataansvarlige er ansvarlig for at personvernprinsippene overholdes, og skal kunne dokumentere dette.

Ved enhver virksomhet i helse- og omsorgstjenesten skal ansvar og oppgaver være tydelig avklart. Det er særlig tre former for ansvar som er relevant;

- Helsepersonellens individansvar etter helsepersonelloven
- Virksomhetsansvar etter spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven
- Dataansvar etter personvernlovgivningen

Ved digitalisering og utvikling av målbildet for helhetlig samhandling har håndteringen av ansvaret og samspillet mellom disse ulike rollene betydning. Kompleksiteten vil kunne utfordre ansvarlighetsprinsippet og medføre risiko for uklare ansvarsforhold. Det er en omfattende løsning og den involverer svært mange og ulike typer virksomheter. Dette vil kreve at det gjøres ny vurdering av roller og ansvar ved etablering av samhandlingsløsninger. Det er sentralt at dataansvar og plikter er klart plassert, og på en måte som sikrer at informasjonssikkerheten og personvernet blir ivaretatt.

For eksisterende nasjonale samhandlingsløsninger, for eksempel kjernejournal og reseptformidleren, er dataansvaret allerede plassert.

Helsepersonellens individansvar

Det enkelte helsepersonell har ansvar for å opptre i samsvar med lovpålagte krav, først og fremst å yte forsvarlige helsetjenester jf. helsepersonelloven § 4 (forsvarlighetskravet). Arbeidsgiver har på sin side plikt til å organisere virksomheten på en måte som tilrettelegger for at helsepersonellet kan overholde sine lovpålagte plikter, jf. helsepersonelloven § 16. De lovpålagte kravene er plikter som følgelig samtidig setter rammer for arbeidsgivers

styringsrett. Kravene har derfor betydning for både utøvelse av virksomhetsansvaret og dataansvaret.

Det medisinske behandlingstilbudet er avansert og spesialisert, og det er stor grad av funksjonsdeling av oppgaver. Forsvarlighetskravet er en rettslig standard. Innholdet i normen vil blant annet være avhengig av den enkeltes faglige tilhørighet, formelle og reelle kvalifikasjoner, variasjoner i personlig erfaring og kompetanse. Krav til forsvarlighet innebærer at helsepersonellet må innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og respektere begrensninger i egen kompetanse, jf. § 4 andre ledd. Det fremgår uttrykkelig av bestemmelsen at helsepersonell skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Plikten til å samarbeide og samhandle med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier dette, understrekes også. Det følger av forsvarlighetskravet at personellet har en plikt til å innhente nødvendig informasjon om pasienten før helsehjelp gis. Det må innhentes tilstrekkelig informasjon til at beslutning om og gjennomføring av hjelp etter loven kan gjøres forsvarlig.

Helsepersonells individansvar omfatter blant annet lovpålagt taushetsplikt, journalføringsplikt, plikt til å gi innsyn i journal til de som har krav på det, rett og plikt til å dele opplysninger med annet helsepersonell "når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp", jf. helsepersonelloven §§ 39, 40, 25 og 45.

Etablering av nye pasientjournalløsninger og samhandlingstjenester vil ikke endre på plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Helsepersonell som yter helsehjelp, vil fortsatt ha et selvstendig ansvar for å yte forsvarlig helsehjelp.

Virksomhetsansvar

Eiere og ledere i helsetjenesten har et generelt ansvar for at tjenestenes drift gjennomføres innen lovfastsatte rammer, herunder legge til rette for at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Det vises særlig til helsepersonelloven § 16, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. §§ 2-1e, 3-4a og 3-2, og 40 helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, jf. § 5-10. Virksomhetsansvaret favner videre enn dataansvaret som kun gjelder behandling av person- eller helseopplysninger.

Det følger videre av pasientjournalloven § 19, at den dataansvarlige skal sørge for at relevante og nødvendige helseopplysninger er tilgjengelige for helsepersonell og annet samarbeidende personell når dette er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til den enkelte. Dette er et virksomhetsansvar. Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 25. Det er den dataansvarlige som bestemmer på hvilken måte opplysningene skal gjøres tilgjengelige. Det er imidlertid en forutsetning at opplysningene gjøres tilgjengelige på en måte som ivaretar informasjonssikkerheten. Hvordan opplysninger kan gjøres tilgjengelige er altså avhengig av kvaliteten og mulighetene i ikt-systemene hos både arbeidsgiver og mottaker. Videre følger det av spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 at helseforetak og andre helseinstitusjoner skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige. Tilsvarende plikt er også pålagt kommunen og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10. Av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten følger at den som har det

overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter, jf. forskriftens § 3.

Dataansvar

Behandling av helseopplysninger i journal må knyttes til en dataansvarlig. Dataansvaret er, som omtalt ovenfor, definert ved at ansvaret plasseres hos den virksomheten som faktisk bestemmer formålet med behandlingen av opplysningene og hvilke midler som skal brukes. Når formålet med og midlene for behandlingen er fastsatt i nasjonal rett, kan den dataansvarlige, eller de særlige kriteriene for utpeking av vedkommende, fastsettes i nasjonal rett.

Det er knyttet en rekke oppgaver og plikter til dataansvaret og det legges opp til sanksjoner når pliktene ikke overholdes. Sentrale plikter for den dataansvarlige er blant annet å sikre og dokumentere at behandlingen av opplysningene utføres i samsvar med personvernprinsippene, sikre gyldig rettsgrunnlag, etablere tekniske og organisatoriske tiltak, lage protokoll for all behandlingen av opplysningene, gjennomføre DPIA, sikre personopplysningssikkerhet, håndtere brudd på personopplysningssikkerheten og ivareta den registrertes rettigheter. Oppgavene kan delegeres, men ikke selve dataansvaret. En databehandler utfører oppgaver på vegne av og etter instruks fra dataansvarlig.

En praktisk utfordring er at mange av pliktene og rettighetene som påligger den dataansvarlige også er plikter som direkte knytter seg til selve ytelsen av helsehjelp og dokumentasjonsplikten, og som gir pasienten rettigheter knyttet til helseopplysninger om dem selv. Hvordan pliktene og rettighetene etter helselovgivningen skal ivaretas følger blant annet av helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven. De er knyttet opp mot helsehjelpen og innebærer ofte konkrete vurderinger som gjøres av behandlende helsepersonell. Helsepersonell må for eksempel foreta en helsefaglig vurdering av om den enkelte har rett til å få rettet eller slettet opplysninger i henhold til helsepersonelloven §§ 42 og 43. Tilsvarende må det i noen særlige tilfeller gjøres helsefaglige vurderinger ved forespørsel om individuelt innsyn i helseopplysninger. Virksomheten har på sin side plikt til å sørge for å ha behandlingsrettede helseregistre for gjennomføring av helsepersonells dokumentasjonsplikt, jf. pasientjournalloven § 8.

EUs personvernforordning legger opp til ulike dataansvarsmodeller, både selvstendig dataansvar og åpner for felles dataansvar. Dataansvaret kan altså ligge til en virksomhet alene eller sammen med andre.

Helse- og omsorgsdepartementet omtaler dataansvar i høringsnotat om endringer i pasientjournalloven § 10 om nasjonal digital samhandling til beste for pasient og bruker⁷. Departementet vurderer det slik at etablering av ulike løsninger som inngår i en nasjonal datainfrastruktur tilsier at det bør gis en hjemmel til å plassere og nærmere regulere dataansvar i forskrift, herunder åpne for at dataansvaret sentraliseres til forvaltningsorganisasjoner. Samhandling mellom de ulike aktørene og komponentene, og ansvarsforholdene i samhandlingen vil da kunne reguleres. Direktoratet for e-helse deler departementets vurdering. Slike forvaltningsorganisasjoner, som departementet viser til i høringsnotatet, som har de nødvendige ressurser og spesialkompetanse innen personvern og informasjonssikkerhet, vil trolig ha de beste forutsetninger for å forvalte et dataansvar. Samme effekt vil neppe oppnås dersom slike forvaltningsorganisasjoner utelukkende opptrer

⁷ Helse- og omsorgsdepartementet, *Høring om endringer i pasientjournalloven mv. - nasjonal digital samhandling til beste for pasienter og brukere*, 2021

som databehandlere uten dataansvar. I en kompleks infrastruktur vil en slik plassering av dataansvar kunne motvirke en opplevelse av ansvarspulverisering. Etter direktoratets vurdering er ansvars plasseringen i samhandlingen i utgangspunktet klar, men erfaring viser at de ulike aktørene kan oppleve usikkerhet om ansvarsforholdene. Det kan derfor være hensiktsmessig om dataansvaret for den behandling som skjer i samhandlingen plasseres hos en sentral aktør. En slik klar ansvars plassering vil kunne gjøre det mer forutsigbart for virksomhetene å ta i bruk samhandlingsløsningene. Direktoratet for e-helse anser det videre som viktig at det er en tydelig grense mellom dataansvaret, der dette plasseres hos en «forvaltningsorganisasjon» og det eventuelle «restansvaret» som ikke vil omfattes av dette, men forblir hos de enkelte virksomhetene. Plasseringen av dataansvaret bør vurderes konkret for den enkelte samhandlingsløsningen.

4. Ivaretagelse av personvernrettigheter

EUs personvernforordning kapittel III oppstiller alle de rettigheter den registrerte har etter personvernregelverket når personopplysninger samles inn og behandles om enkeltpersoner. Den registrertes rettigheter står sentralt i forordningen, og en av hovedbegrunnelsene for reguleringen er å sikre at den enkelte får bedre kontroll med behandlingen av opplysninger om seg selv. Den registrerte vil i dette tilfellet primært være pasient eller bruker, som den samhandlingsløsninger inneholder helseopplysninger om. Helsepersonell som dokumenterer og deler helseopplysninger kan også i enkelte tilfeller være den registrerte, men opplysningene er da å betrakte som personopplysninger. Dette vurderes ikke nærmere her.

Dataansvarlig har plikt til å legge til rette for at pasient og brukere får oppfylt rettighetene sine på en enkel måte.

I dette kapitlet gjøres en vurdering av den registrertes rettigheter. Vurderingen viser at enkelte av prinsippene vil kunne bli utfordret, men at det er mulig å redusere risikoen betydelig ved ulike tiltak.

4.1. Rett til informasjon

EUs personvernforordning artikkel 12 til 14 gir den registrerte rett til informasjon om hvordan person- og helseopplysningene behandles. Den registrerte har rett på generell informasjon om hvem som behandler helseopplysninger, hvilke opplysninger det gjelder og hvordan de behandles, jf. forordningen artikkel 13 og artikkel 14. Personopplysningsloven og helselovene gir særregler som innebærer enkelte begrensninger i forordningens bestemmelser, blant annet gjelder ikke artikkel 14.

Informasjon om behandlingen er en grunnleggende forutsetning for at den registrerte skal kunne ivareta sine øvrige rettigheter og interesser. Uten at retten til informasjon blir oppfylt på en god måte, vil det være vanskelig for den registrerte å utøve sine øvrige personvernrettigheter. Målbildet om helhetlig samhandling består av flere løsninger. Behandling av helseopplysning i ulike felles nasjonale tjenester fremstår som komplekst på grunn av stort omfang helseopplysninger og mange involverte virksomheter og helsepersonell. Det er viktig at den registrerte har mulighet til å forstå helheten og hvordan løsningene henger sammen.

Det vil være av vesentlig betydning å ha en strategi for hvordan informere innbyggerne om løsningene, hvordan behandlingen av helseopplysninger foregår der, hvordan ansvarsforholdene er, og spesielt hvor de kan utøve sine rettigheter som innsyn, retting, sletting, sperre mv.

Det må etableres enkle og brukervennlige innbyggertjenester som gjør det enkelt for pasienten å få informasjon, innsyn og oversikt over egne helseopplysninger, logg som viser bruken av helseopplysningene og for å kunne utøve sine øvrige rettigheter.

4.2. Rett til innsyn

EUs personvernforordning art. 15 gir den registrerte rett til innsyn. Innsynsretten er en helt grunnleggende personvernrettighet som må ivaretas i arbeidet med felles journalløsning og samhandlingsløsningene. Innsynsretten gjør det lettere for den registrerte å ivareta sine øvrige rettigheter, f. eks er det ofte gjennom innsyn at den registrerte kan oppdage at det er registrert feil informasjon som videre kan føre til et krav om sletting.

At pasienten har rett til informasjon og innsyn i egne helseopplysninger og hvem som har hatt tilgang til opplysningene, er også spesialregulert, jf. pasientjournalloven § 18. Retten til innsyn bygger her på innsyn i pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven, og gir grunnlag for å helt eller delvis avvise kravet om innsyn ut fra faglige vurderinger. Løsningen må derfor ivareta muligheten til å nekte innsyn i opplysninger i journalen dersom dette er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv, eller innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står vedkommende nær. Pasienten har også rett til informasjon og innsyn i hvem som har hatt tilgang til eller fått utlevert helseopplysninger som er knyttet til pasientens eller brukerens navn eller fødselsnummer. Innsynsretten gjelder alle tilfeller der noen har lest, søkt eller på annen måte tilegnet seg, brukt eller besittet helseopplysninger fra behandlingsrettede helseregistre, enten dette er rettmessig eller ikke.

Innsyn i egne helseopplysninger og delingen av disse er en grunnleggende forutsetning for at den registrerte skal kunne ivareta sine øvrige rettigheter og interesser. Uten at retten til individuelt innsyn blir oppfylt på en god måte, vil det være vanskelig for den registrerte å utøve sine øvrige personvernrettigheter.

Felles samhandlingsløsninger, vil i kraft av å være mer samlende løsninger, gjerne med kun én dataansvarlig, kunne bidra til å ivareta retten på en bedre måte enn i dag, fordi den muliggjør en mer helhetlig og effektiv håndtering av rettigheter. Eksempelvis helhetlig innsyn i all deling som skjer i samhandlingsløsninger.

Det må være klart for den registrerte hvor en forespørsel om innsyn i egne helseopplysninger og logg skal rettes. Den registrerte skal også kunne få informasjon om hvem det er utlevert opplysninger til. Dette betyr at det må finnes en oppdatert oversikt over hvem det er utlevert (tilgjengeliggjort) opplysninger til. Det er antagelig ikke tilstrekkelig med en brukslogg med hvem som har hatt tilgang til opplysningene, men at det må gis nok informasjon om mottaker slik at den registrerte selv kan vurdere om de ønsker å utøve andre rettigheter de har, for eksempel sperre. Det må iverksettes tekniske tiltak som sørger for at det til enhver tid finnes en slik oversikt over hvem det er tilgjengeliggjort opplysninger til.

Videre er det et mål om at pasienten skal få en helhetlig oversikt over helseopplysninger som er registrert i ulike pasientjournaler, nye tjenester inkludert opplysninger som er delt med

annet helsepersonell. En samlet oversikt over helseopplysninger vil gi innbygger større grad av kontroll over egne opplysninger enn hva som er tilfelle i dag. I dag er gis det i hovedsak innsyn per virksomhet eller tjeneste og i hovedsak på papir.

Det kan vurderes å etablere en forvaltningsorganisasjon knyttet til samhandlingsløsninger med kompetanse, kapasitet og myndighet til å legge til rette for at enkeltpersoner får oppfylt rettighetene sine på en enkel måte. Det må legges til rette for gode saksbehandlingsrutiner mellom samhandlingsløsningene og virksomhetene som skal bruke løsningen. Dette skal som hovedregel gjøres uten kostnad for den registrerte og innen 30 dager.

Det bør etableres en strategi for å gi pasient og bruker informasjon om løsningene, hvordan behandlingen av helseopplysninger foregår, hvordan ansvarsforholdene er og spesielt hvor de kan utøve sine rettigheter som innsyn, retting, sletting, sperre mv.

Det må forutsettes at det etableres enkle og brukervennlige innbyggertjenester som gjør det enkelt for pasient og bruker å få informasjon, innsyn og helhetlig oversikt over egne helseopplysninger og logg, for å kunne utøve sine øvrige rettigheter.

4.3. Rett til retting

Etter EUs personvernforordning artikkel 16 har den registrerte krav på å få uriktige opplysninger om seg selv rettet eller komplettert. Det finnes særlovgivning på helseområdet som kan begrense den registrertes rett til retting og sletting.

Pasienten har rett til å kreve retting i pasientjournalen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 5-2. Helsepersonellet som har ført journalen skal vurdere kravet konkret, jf.

helsepersonelloven §§ 43 og 44, og slette opplysninger dersom vilkårene for dette er til stede.

Når det gjelder nye tjenester som lagrer helseopplysninger (originalopplysning, kopi eller metadata) bør det etableres en forvaltning som etablerer rutiner for å sikre at kravet om retting når frem til virksomhetene som skal behandle det. Det må legges opp til rutiner der kravet om retting sendes til virksomhetene/helsepersonellet som har registrert opplysningene. Gitt fristen om ugrunnet opphold, vil det kunne være utfordrende å sikre gode nok rutiner eller andre tiltak som sørger for å oppfylle at retting skjer innen fristen. Denne rettigheten kan bli utfordret fordi rettingen må skje i virksomheten der opplysningene ble registrert f. eks på et fastlegekontor. Det er derfor flere ledd som må involveres, og det vil kunne være utfordrende å automatisere deler eller hele prosessen med retting, som igjen kan det utfordrende å ivareta fristen for saksbehandling. Det bør etableres funksjonalitet som gjør at opplysninger kan "feilmerkes" i påvente av at retting skjer.

Den samme prosessen for retting er lagt til grunn i eksisterende nasjonale samhandlingsløsninger. Dette er for eksempel gjort for kjernejournal.

Retten til retting gir også den registrerte en rett til å komme med supplerende opplysninger. Her vil den samme utfordringen med saksbehandlingsskjeden med flere kilder bakover fra felles nasjonale tjenester oppstå. Det vil også kunne være flere kilder der de supplerende opplysningene skal registreres, og dette må ivaretas med tekniske eller organisatoriske tiltak.

Det bør vurderes å etablere en forvaltningsorganisasjon knyttet til samhandlingsløsninger med kompetanse, kapasitet og myndighet til å legge til rette for at enkeltpersoner får oppfylt

rettighetene sine på en enkel måte. Det må legges til rette for gode saksbehandlingsrutiner mellom samhandlingsløsningen og virksomhetene som skal bruke løsningen.

Det må etableres gode saksbehandlingsrutiner mellom den sentrale aktøren og virksomhetene, slik at kravet kan ivaretas på en god måte. Selv om retting og sletting skal skje hos virksomhetene, vil samhandlingsløsninger måtte kunne motta krav fra den registrerte, og må derfor sørge for saksbehandlingsrutiner som gjør at kravet kan oppfylles. Det kan tenkes samme type saksbehandlingsrutiner er etablert for kjernejournal.

Det bør etableres funksjonalitet som gjør at opplysninger kan "feilmerkes" i påvente av at retting skjer.

Det bør etableres en strategi for å gi innbygger informasjon om løsningene, hvordan behandlingen av helseopplysninger foregår og om ivaretagelse av egne rettigheter.

Det forutsettes at det etableres enkle og brukervennlige innbyggertjenester hvor pasient og bruker kan få ivaretatt retten til å kreve retting og sletting.

4.4. Rett til sletting

EUs personvernforordning artikkel 17 medfører at den registrerte i visse tilfeller kan kreve å få opplysninger om seg slettet. Denne retten til å bli glemt, i form av at behandlingsansvarlig skal slette informasjon om den registrerte, gjelder ikke for behandlingsrettede helseregistre, jf. artikkel 17 nr. 3 bokstav b. Retten vil styres av helselovgivningens regler om retting og sletting.

Pasienten har rett til å kreve sletting i pasientjournalen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 5-2. Helsepersonellet som har ført journalen skal vurdere kravet konkret, jf. helsepersonelloven §§ 43 og 44, og slette opplysninger dersom vilkårene for dette er til stede.

For retten til sletting gjelder mange av de samme utfordringene som ved retting.

Som beskrevet under retting, må det derfor etableres gode samarbeidsrutiner og saksbehandlingsrutiner som sikrer at retten til sletting blir fulgt opp hvis den registrerte anmoder om det.

Det bør etableres en forvaltningsorganisasjon med kompetanse, kapasitet og myndighet til å legge til rette for at enkeltpersoner får oppfylt rettighetene sine på en enkel måte.

Det må på plass gode saksbehandlingsrutiner mellom den sentrale aktøren og virksomhetene, slik at krav kan ivaretas på en god måte. Selv om vurderingen av retting og sletting skal skje hos virksomhetene, vil samhandlingsløsninger måtte kunne motta krav fra den registrerte, og må derfor sørge for saksbehandlingsrutiner som gjør at kravet kan oppfylles.

Det bør etableres funksjonalitet som gjør at opplysninger kan "feilmerkes" i påvente av at sletting skjer.

Det må på plass en kommunikasjonsstrategi for å gi pasient og bruker informasjon om løsningene, hvordan behandlingen av helseopplysninger foregår og ivaretagelse av rettigheter.

Det må etableres enkle og brukervennlige innbyggertjenester hvor pasient og bruker kan få ivare tatt retten til å kreve retting og sletting.

4.5. Rett til å motsette seg

Det følger av pasientjournalloven § 17 at pasienten har en rett til å motsette seg at helseopplysninger gis videre til annet personell. Opplysningene kan heller ikke tilgjengeliggjøres eller utleveres dersom det er grunn til å tro at pasienten ville motsette seg det ved forespørsel. Enkelte opplysninger anses som påtrengende nødvendig for helsepersonell å ha kunnskap om for å yte helsehjelp av god kvalitet. Det må derfor fremgå av journalløsninger at det er registrert opplysninger som er sperret. Disse kan som utgangspunkt ikke deles via samhandlingsløsninger. Helseopplysninger kan behandles i journalen uten samtykke fra pasienten. Taushetsplikten setter imidlertid strenge rammer for tilgjengeliggjøringen av helseopplysningene.

Med samhandlingsløsningene vil et større antall helsepersonell potensielt kunne få tilgjengeliggjort helseopplysningene. Dette er nettopp formålet med å få tilgjengeliggjort opplysningene. Samtidig er det sentralt at pasientens personvern ivaretas. Det er derfor helt avgjørende å få på plass god tilgangsstyring som ivaretar pasientens rett til å motsette seg at opplysninger deles.

Det må kunne ivaretas at bestemte deler eller hele journalen enkelt og effektivt kan gjøres utilgjengelig for enkeltpersoner, grupper av helsepersonell eller helsepersonell i virksomheten der helseopplysningene er nedtegnet i journalen. Samhandlingsløsninger må kunne ivareta at pasienten kan sperre for at helseopplysninger blir tilgjengeliggjort for både helsepersonell og virksomheter som ber om å få tilgjengeliggjort opplysninger i nye samhandlingsløsninger.

Det kan være slik at pasienter som har sperret opplysninger, ikke har forutsett alle situasjoner som vil kunne oppstå, eller at årsaken til at de i utgangspunktet ønsket sperring, ikke er der lenger. Løsningen må åpne for at opplysningene allikevel tilgjengeliggjøres dersom tungtveiende private eller offentlige hensyn som fare for liv og helse, gjør det rettmessig å gi opplysningene videre.

Dette, i tillegg til andre mekanismer, er med på å gi pasienten kontroll med behandlingen av helseopplysningene i pasientjournalen sin. Pasienten har rett til å sperre deler av eller hele journalen og til å sperre for innsyn for helsepersonell eller virksomheter.

Det bør vurderes å etablere en forvaltningsorganisasjon med kompetanse, kapasitet og myndighet til å legge til rette for at enkeltpersoner får oppfylt rettighetene sine på en enkel måte.

Det må bygges inn sperrefunksjonalitet i system for tilgangsstyring i samhandlingsløsninger.

Det bør etableres en strategi for å gi innbygger informasjon om retten til å sperre og hva den innebærer.

Det forutsettes at det etableres enkle og brukervennlige innbyggertjenester hvor innbygger blant annet kan få informasjon om hva retten til å sperre innebærer og kan få utøvd retten til sperre digitalt.

4.6. Rett til begrensning av behandling

EUs personvernforordning artikkel 18 innebærer at den registrerte i noen tilfeller har rett til at behandlingen av deres opplysninger begrenses. I slike tilfeller skal opplysningene kun lagres, og ikke behandles på annen måte uten den registrertes samtykke.

For samhandlingsløsningene kan dette gjelde når den registrerte har anmodet om sperring.

Retten til begrensning vil måtte ivaretas og dette vil vurderes nærmere i det videre arbeidet.

4.7. Rett til dataportabilitet

EUs personvernforordning artikkel 20 oppstiller retten til dataportabilitet. Denne rettigheten er begrenset til å gjelde tilfeller der den registrerte selv har gitt den dataansvarlige egne personopplysninger. I tillegg gjelder det kun tilfeller der rettsgrunnlaget for behandlingen er enten samtykke i henhold til artikkel 6 nr.1 bokstav a eller artikkel 9 nr. 2 bokstav a eller en avtale etter artikkel 9 nr. 2 bokstav a.

Behandling av helseopplysninger i samhandlingsløsningene vil i all hovedsak være hjemlet i lov eller forskrift. Dette betyr at for nesten all behandling av helseopplysninger i disse løsningene vil ikke dataportabilitet være relevant. Det vil finnes noen tilfeller der dataportabilitet blir aktuelt, f. eks hvis det skal behandles innbyggerdata på samhandlingsløsninger.

Dataportabilitet vil derfor ikke behandles ytterligere i denne vurderingen.

4.8. Rett til å protestere

EUs personvernforordning artikkel 21 innebærer at den registrerte noen tilfeller kan ha rett til å protestere mot behandlingen. Dette gjelder når behandlingsgrunnlaget er personvernforordningen artikkel 6 nr.1 bokstav e allmennhetens interesse eller bokstav f berettiget interesse.

Behandling av helseopplysninger i samhandlingsløsningene vil i all hovedsak være hjemlet i lov eller forskrift. Retten til å protestere vil derfor ikke behandles videre i denne vurderingen.

4.9. Automatiserte individuelle avgjørelser/profilering

EUs personvernforordning artikkel 22 forbyr i visse tilfeller automatiserte individuelle avgjørelser.

Vi ser ikke på nåværende tidspunkt at automatiserte individuelle avgjørelser, herunder profilering, blir aktuelt knyttet til samhandlingsløsningene. Denne rettigheten blir derfor ikke vurdert nærmere.

MEMO

Til	Direktoratet for e-helse
Fra	Alf Amund Gulsvik og Frederik Nordby
Dato	6. desember 2021
Emne	EØSrettslige spørsmål ved pålegg om integrasjon av samhandlingsløsningene

1. INNLEDNING

Arbeidet med å videreutvikle nasjonale digitale samhandlingsløsninger i helsetjenesten har siden 2021 vært organisert gjennom Program Digital Samhandling (PDS). Det er i forprosjektrapporten for Akson fra mars 2020 lagt en strategi om en stegvis tilnærming til utviklingen av samhandlingsløsningene.

I oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet 18. desember 2020 er direktoratet bedt om å gjennomføre et forprosjekt for Steg 2 av PDS. Som del av dette, skal forprosjektet blant annet vurdere følgende:

«Forprosjektet skal utrede om det er rettslig mulig og nødvendig å pålegge plikt til å bruke samhandlingsløsningen, samt hvordan dette eventuelt bør gjøres konkret.»

Det vil, som del av forprosjektrapporten, bli anbefalt at Steg 2 skal fokusere på videreutvikling og innføring av fire løsningskomponenter i samhandlingsløsningen:

1. En løsning for å opprette og dele «Pasientens legemiddelliste» (PLL) - en nasjonal oppdatert og fullstendig oversikt per pasient over legemidler mm. som pasienten benytter
2. En løsning for deling av journaldokumenter mv. mellom helsevirksomheter (Dokumentdeling)
3. En løsning for å samle og dele kritisk informasjon om pasienter (Kritisk informasjon)
4. En løsning for å kunne dele data, blant annet fra utstyr for oppfølging av pasienter i deres hjem (Datadeling for digital hjemmeoppfølging/DHO)

De fire løsningene realiseres i stor grad gjennom videreutvikling av de eksisterende samhandlingsløsningene Reseptformidleren med Sentral forskrivningsmodul, Nasjonal kjernejournal og Helsenorger. Løsningene for Dokumentdeling og Datadeling for digital hjemmeoppfølging vil imidlertid også forutsette at det etableres nye løsningskomponenter, gjennom kjøp og utvikling av nye programvarekomponenter. Løsningene skal etableres og tilbys brukerne fra Norsk Helsenett SF.

Vi er i denne sammenhengen bedt om å vurdere hvorvidt det er rettslig mulig å pålegge helsevirksomheter i Norge å knytte seg til og benytte de fire nevnte samhandlingsløsningene, dersom et pålegg skulle vise seg å være nødvendig for å realisere hensikten med tiltakene. Med helsevirksomheter menes alle deler av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Dette omfatter i tillegg til statlige og kommunale virksomheter også private aktører som fastleger.

2. OPPSUMMERING

Etter vårt syn er det mulig å pålegge helseaktørene å knytte seg til og benytte de fire nevnte samhandlingsløsningene.

Et pålegg vil påvirke hvilke EPJ-leverandører som har interesse for det norske markedet, da de må utvikle og levere integrasjonsgrensesnittet og funksjonalitet for samhandling med andre løsninger. Dette vil kunne anses som en restriksjon på salget av EPJ-løsninger i Norge, og dermed en restriksjon etter EØS-avtalen.

Et pålegg vil også innebære at en betydelig del av markedet i stor grad blir forbeholdt NHN som driftsleverandør og NHN sine leverandører av programvare (det vil si leverandørene av programvare som NHN benytter til å tilby sine tjenester). På sikt er det derfor neppe trolig at andre aktører vil tilby de samme løsningene i Norge. Selv om det ikke er helt opplagt, vil vi anta at også et slikt pålegg potensielt vil kunne anses som en restriksjon etter EØS-avtalen.

En restriksjon vil ikke være i strid med EØS-avtalen dersom den kan begrunnes i et tvingende allment hensyn, er egnet og nødvendig for å oppnå formålet og er forholdsmessig i snever forstand.

Det følger direkte av EØS-avtalen artikkel 13 at restriksjoner begrunnet i *vernet om menneskers liv og helse* forfølger et slikt legitimt hensyn. Så lenge pålegget kan begrunnes i en bedret effektivitet i det nasjonale helsetilbudet, med dertil hørende økt pasientsikkerhet, vil det med andre ord ikke være tvilsomt at pålegget forfølger et legitimt formål.

Videre fremstår et pålegg klart egnet for å nå målet. Det sentrale spørsmålet er derfor om et pålegg er nødvendig. Det fremstår som helt sentralt at alle helseaktørene benytter de samme løsningene for å få delt og få tilgang til grunnleggende og viktige helseopplysninger. Etter vårt syn er det utfordrende å se hvilke andre tiltak som kan benyttes for å nå de samme målene. Vi mener derfor at et pålegg er nødvendig etter EØS-avtalen. Endelig mener vi også at pålegget er forholdsmessig i snever forstand. Det er tale om et begrenset inngrep i markedet som gir store helsegevinster, slik at fordelene klart overstiger ulempene.

3. NÆRMERE OM LØSNINGENE OG DEN KONKRETE PROBLEMSTILLINGEN

Som nevnt vil de fire løsningene realiseres gjennom videreutvikling av eksisterende løsninger, og delvis gjennom kjøp og utvikling av nye programvarekomponenter. For å oppnå gevinstene med løsningene som utvikles og videreutvikles, må aktørene ta i bruk løsningene. Et eventuelt pålegg vil først og fremst gå ut på at helsevirksomhetene, for hvert av de fire samhandlingsområdene, pålegges å legge til rette for at helsepersonellet i virksomheten enkelt får tilgang til å gjøre oppdatert informasjon om pasientene tilgjengelig for andre helsevirksomheter via de sentrale samhandlingsløsningene, og til enkelt å innhente slik informasjon fra andre helsevirksomheter (heretter: pålegg om integrasjon av egne løsninger mot samhandlingsløsningene). I praksis vil dette typisk bety at virksomhetene må integrere EPJ-løsningene sine mot samhandlingsløsningene på en slik måte at helsepersonellet på en tilstrekkelig brukervennlig måte, kan benytte den nye samhandlingsfunksjonaliteten i de sentrale samhandlingsløsningene (f.eks. dele og motta pasientrelaterte dokumenter fra/med andre helsevirksomheter).

Vi er i denne sammenhengen bedt å vurdere hvorvidt påleggene nevnt ovenfor, kan tenkes å være i strid med EØS-retten, nærmere bestemt om å det vil utgjøre en ulovlig restriksjon på den frie bevegelse eller.

Vi vil anta at pålegget vil ha ulike virkninger på markedet. Dels vil markedet stenges for aktører som vil kunne tilby tilsvarende samhandlingsløsninger som NHN tilbyr. Dels vil EPJ-markedet kunne påvirkes ved at leverandørene som ikke videreutvikler sine systemer så de kan integreres mot samhandlingsløsningene, på sikt vil kunne forsvinne ut av markedet.

4. DEN EØS-RETTLIGE VURDERINGEN

4.1 Innledning – nærmere om problemstillingen

Et pålegg om integrasjon mot og bruk av samhandlingsløsningene vil påvirke to markeder. Det ene er markedet for selve samhandlingsløsningene. Det andre er markedet for den programvaren, primært elektroniske pasientjournaløsninger (EPJ), som må ha funksjonalitet for integrasjon mot samhandlingsløsningene.

Om det utgjør en restriksjon mot EØS-retten, må vurderes opp mot bestemmelsene om de fire friheter. Ren programvare i form av standard kildekode er en vare. Tjenester for tilpasning og oppsett av løsningene, integrasjon av løsningene og vedlikehold etc. er en tjeneste. Det blir også stadig mer vanlig at programvare leveres som en tjeneste (Software as a Service/SaaS). Leveransen av en samhandlingsløsning vil være en tjeneste. Vi vurderer dermed spørsmålet opp mot EØS-avtalen artikkel 36 om frihet til å yte tjenester og artikkel 31 og 34 om etableringsfriheten. Dersom man skulle anse et påbud som en restriksjon mot leveranse av noe programvare, vil reglene være tilsvarende for varer, jf. EØS-avtalen artikkel 11 og 13.

Et pålegg om at helsevirksomhetene må være integrert mot samhandlingsløsningene, vil påvirke hvilke EPJ-leverandører som har interesse for det norske markedet, da de må utvikle og levere integrasjonsgrensesnittet og funksjonalitet for samhandling med andre løsninger. Dette vil kunne anses som en restriksjon på salget av EPJ-løsninger i Norge.

Et krav om bruk av selve av samhandlingsløsningen, vil ikke innebærer et korresponderende forbud mot at tilsvarende løsninger kjøpes av andre aktører. Et pålegg vil imidlertid innebære at en betydelig del av markedet i stor grad blir forbeholdt NHN som driftsleverandør og NHN sine leverandører av programvare (det vil si leverandørene av programvare som NHN benytter til å tilby sine tjenester). På sikt er det derfor neppe trolig at andre aktører vil tilby de samme løsningene i Norge. Selv om det ikke er helt opplagt, vil vi anta at også et slikt pålegg potensielt vil kunne anses som en restriksjon.

4.2 Den EØS-rettslige restriksjonstesten

Som nevnt ovenfor, vil et pålegg om integrasjon kunne utgjøre en restriksjon på friheten til å tilby tjenester og på etableringsfriheten. Hvorvidt en slik restriksjon like fullt kan godtas etter EØS-retten, må avgjøres i henhold til en proporsjonalitetsvurdering hvor restriksjonens inngripen i det frie markedet vurderes opp mot i hvilken grad formålet bak restriksjonen kan anses å oppfylles gjennom tiltaket. EFTA- domstolen formulerte seg som følger i *Ladbrokes-saken*, som omhandlet eneretten til Norsk tipping:

«Et system der et statseid selskap slik som Norsk Tipping har enerett til å tilby pengespill, innebærer at private tilbydere nektes enhver adgang til dette markedet. En slik utelukkelse utgjør en restriksjon på etableringsretten og den frie bevegeligheten for tjenester som følger av EØS-avtalen artikkel 31 og 36. I en situasjon som den det gjelder her, må saken prøves etter

begge regelsett på én gang. Dertil må det fremholdes at restriksjonene er av ikke-diskriminerende karakter ettersom den lovgivningen det gjelder, får lik anvendelse på nasjonale og utenlandske tilbydere (se spilleautomatdommen, avsnitt 26 og 27).

Med dette som utgangspunkt må det prøves om restriksjonene på frihetene som er nedfelt i EØS-avtalen, kan rettferdiggjøres på grunnlag av tvingende allmenne hensyn.»

Som det fremgår av det siterte, må en restriksjon kunne rettferdiggjøres i såkalte tvingende allmenne hensyn. Til dette er å si at det følger direkte av EØS-avtalen artikkel 13 at restriksjoner begrunnet i vernet om menneskers liv og helse forfølger et slikt legitimt hensyn. Så lenge et pålegg om integrasjon kan begrunnes i en bedret effektivitet i det nasjonale helsetilbudet, med dertil hørende økt pasientsikkerhet, vil det med andre ord ikke være tvilsomt at et pålegg forfølger et legitimt formål.

Det avgjørende spørsmålet blir dermed om pålegget utgjør et *egnet og nødvendig* tiltak for å oppnå formålet. Dette omtales gjerne som proporsjonalitetsprinsippet. For igjen å sitere EFTA-domstolen i *Ladbroke*:

«I den utstrekning tingretten finner at lovgivningen det gjelder må sies å være begrunnet i legitime målsetninger, må retten videre prøve om lovgivningen overholder det EØS-rettslige proporsjonalitetsprinsippet.

Dette innbefatter en vurdering av om enerettssystemet er egnet til å oppnå de tilsiktede målsetningene.

[...]

I den utstrekning lovgivningen det gjelder anses egnet, må det vurderes om tiltakene går ut over det som er nødvendig for å nå målene som forfølges. Nødvendigheten av tiltakene må på samme måte som tiltakenes egnethet vurderes for hver enkelt av de legitime målsetningene. Ettersom målsetningene som søkes oppnådd, ikke nødvendigvis er de samme i forhold til alle spillene som omfattes av pengespilloven, kan det dessuten være nødvendig å skille mellom de forskjellige spillene.»

Hvorvidt et tiltak er egnet, reiser sjelden spørsmål i praksis. Det sentrale spørsmålet er derfor om det er nødvendige å pålegge integrasjon. Nøkkelen i nødvendighetsvurderingen er således å undersøke om formålet bare kan oppnås ved hjelp av tiltaket som utgjør en restriksjon (her pålegget om integrasjon), eller om formålet strengt tatt kan nås like godt gjennom andre mindre inngripende tiltak.

EFTA-domstolen er videre inne på et annet relevant poeng for vår vurdering, nemlig at proporsjonalitetsvurderingen må gjøres separat for hvert enkelt tiltak. Overført til påleggene om ibruktakelse, innebærer dette at det i utgangspunktet må vurderes separat for hver enkelt løsning om pålegget er egnet og nødvendig for å fremme hensynet til bedre helsetjenester til befolkningen.

I teorien har det vært diskutert om det i tillegg til egnet- og nødvendighetsvurderingen må foretas en mer overordnet interesseavveining mellom hensynet til den frie bevegelse og de hensyn som påberopes for å begrense dem – et proporsjonalitetsprinsipp i snever forstand. Normalt gjøres ikke dette, jf. Sejersted m.fl., *EØS-rett* s. 295. For god ordens skyld vil vi foreta en slik vurdering avslutningsvis.

4.3 Er påleggene om bruk egnet, nødvendige og forholdsmessige?

4.3.1 Innledning

Vi er ikke kjent med at sammenlignbare løsninger har vært vurdert i rettspraksis. I en uttalelse har imidlertid det svenske Konkurrenteverket vurdert et svensk krav om at lokale private leverandører av helsetjenester i Region Halland tilknytter seg den svenske Nationella Patientöversikten («NPÖ»)¹. Slik vi har forstått det, utgjør NPÖ en form for nasjonal felles pasientjournal, hvor aktører i helsevesenet kan få tilgang til utvalgte opplysninger fra pasienters journaler. NPÖ driftes av det offentlige foretaket Inera AB, som i mange henseende har en tilsvarende rolle i Sverige som NHN har i Norge.

Selv om spørsmålet Konkurrenteverket tok stilling til kom opp i en offentlig anskaffelseskontekst, nemlig om det var disproportjonalt å stille krav til at leverandører som leverer til det offentlige plikter å knytte seg til et slikt register, har vurderingstemaet mange fellestrekk med en proporsjonalitetsvurdering knyttet til pålegg om integrasjon. Konkurrenteverkets vurderinger er derfor av stor interesse også for vår sak.

Deler av Konkurrenteverkets vurderinger av kravets egnethet og nødvendighet hitsettes derfor:

«Enligt vår bedömning är kravet nödvändigt i förhållande till sitt syfte. Det syfte som NPÖ ska fylla kan inte tillgodoses genom ett mindre ingripande krav. Det har inte framkommit att det finns något annat nationellt system som motsvarar NPÖ och de funktioner som NPÖ fyller. Det har heller inte framkommit att det finns något lokalt eller regionalt alternativ som fyller ett motsvarande syfte.»

En vårdgivare kan ansluta sig till NPÖ antingen som producent eller konsument. Vid anslutning som konsument tar vårdgivaren endast del av andra vårdgivares journalinformation utan att visa sin egen. Vid anslutning som producent visar vårdgivaren sin egen journalinformation i systemet. NPÖ kan enligt vår bedömning inte uppfylla sitt syfte om det inte omfattar vårdgivare som visar journalinformation i systemet. För att uppnå syftet krävs därför krav på anslutning som producent.»

Konkurrenteverket slo altså fast at det var nødvendig for å nå formålet om sikker og enhetlig tilgang til pasientinformasjon at samtlige aktører knyttet seg til NPÖ, og at NPÖ ikke kunne oppnå dette formålet uten et slikt krav. Ettersom det ikke fantes andre nasjonale systemer med tilsvarende utbredelse, fant Konkurrenteverket at kravet om tilslutning til NPÖ var nødvendig.

Konkurrenteverket la videre særlig vekt på pasientsikkerheten:

«Ovanstående måste vägas mot de fördelar som NPÖ innebär för effektiviteten och patientsäkerheten. Inledningsvis är det relevant att nämna att det pågår en översyn av reglerna i bland annat patientdatalagen. Utredningen SOU 2014:23 Rätt information på rätt plats i rätt tid föreslår ändringar genom en ny hälso- och sjukvårdsdatalag. Utredningen vill stärka patientens ställning genom att patienten ska kunna lita på att en privat vårdgivare har lika goda förutsättningar att utbyta information med det landstingsdrivna sjukhuset.»

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården har medfört att det ofta är fler aktörer än tidigare inblandade i vården av samma patient. I vården av enskilda patienter finns därför ett grundläggande behov av att kunna utbyta information mellan vårdgivare. Informationshanteringen behöver ta sin utgångspunkt i och följa patienten i dennes möten med kommunala, landstingsdrivna och privata vårdgivare under ett visst vårdåtagande eller en viss vårdprocess. En målsättning med NPÖ är exempelvis att öka patientsäkerheten genom att se till att

¹ Tilgjengelig på følgende lenke:

rätt information om exempelvis äldre patienter med nedsatt beslutsförmåga finns tillgänglig hos primärvårdsläkaren, på sjukhuset, i det särskilda boendet och i hemsjukvården. NPÖ kan därför innebära fördelar för den enskilde patienten och för patientsäkerheten och effektiviteten i stort.

NPÖ kan också förväntas bidra till enhetlighet när det gäller hur landsting ställer krav på journalsystem i sina olika valfrihetssystem. Vi har i tidigare sammanhang förespråkat en sådan enhetlighet bland annat vad gäller de krav som ställs på journal- och rapporteringssystem.»

På bakgrunn av det som fremkommer ovenfor, er spørsmålet om det er nødvendig å pålegge bruk av de enkelte løsningene.

4.3.2 Pasientens legemiddelliste

Pasientens legemiddelliste er en oversikt som viser aktuelle legemidler, kosttilskudd og reseptfrie legemidler, samt legemiddelreaksjoner for en pasient. I tillegg inneholder den legens vurderinger og begrunnelser for sine valg og historisk legemiddelbehandling for de tre siste månedene. For pasienten innebærer dette at helsepersonell alltid skal være oppdatert på pasientens legemidler i bruk.

Helsepersonell mangler i dag en komplett oversikt over legemidler som pasienten har fått eller som inngår i planlagt behandling. Pasientens legemiddelliste skal gjøres tilgjengelig via grensesnitt i reseptformidleren og kjernejournal, slik at helsepersonell gjennom egen journalløsning eller en integrert applikasjon, som sentral forskrivningsmodul, kan endre eller dele legemiddelinformasjon som er lagret sentralt i reseptformidleren.

På bakgrunn av dette, fremstår det sentrale som at alle behandlerne benytter den samme løsningen, og at alle behandlerne legger inn opplysninger i det samme systemet. For behandlere er det videre sentralt å kjenne til hvilke legemidler pasienten benytter, og reaksjoner på legemidler. Det er derfor viktig at Pasientens legemiddelliste tas i bruk av behandlere. Videre er det etter vårt syn utfordrende å se hvilke andre, mindre inngripende virkemidler som kan oppnå det samme målet.

Etter vårt syn er det derfor nødvendig å pålegge bruk av Pasientens legemiddelliste, og at et pålegg derfor ikke er i strid med EØS-avtalen.

4.3.3 Dokumentdeling

Innbyggere vil, som en del av den offentlige helse- og omsorgstjenesten, ha registrert helseinformasjon om seg hos mange aktører både i primær- og spesialisthelsetjenesten. I dag er det en utfordring at helseinformasjon som er registrert hos andre virksomheter, ofte ikke er tilgjengelig for helsepersonell som behandler pasienten.

Informasjonstjenesten Dokumentdeling gjøres tilgjengelig via grensesnitt i kjernejournal, slik at helsepersonell, gjennom egen journalløsning kan slå opp i dokumenter som er lagret hos andre aktører.

Helseinformasjon om pasienter er sentral i pasientbehandlingen. Det er derfor sentralt at behandlere har tilgang til denne informasjonen, men i dag er dette ikke tilfelle. Etter vårt syn er det også her utfordrende å skulle se hvilke mindre inngripende virkemidler som finnes enn pålegg om integrasjon for å dele informasjon. Et pålegg om integrasjon vil derfor etter vårt syn ikke være i strid med EØS-avtalen.

4.3.4 Kritisk informasjon

Kritisk informasjon er helseopplysninger om pasienten som det er viktig å kjenne til for å kunne gi en god og sikker helsehjelp. Dette er informasjon som i en behandlingssituasjon, eller ved en undersøkelse, kan medføre at planlagte tiltak endres, og kanskje redder pasientens liv eller forhindrer alvorlig skade. Kritisk informasjon om pasienten blir i dag ofte ikke oppdatert i Nasjonal kjernejournal, og helsepersonell kan derfor ikke være sikker på at de har oversikt over all registrert kritisk informasjon. Ved bruk av webapplikasjonen «kjernejournal portal» synkroniseres ikke kritisk informasjon med journalløsningene til helsepersonellet, og helsepersonell må registrere kritisk informasjon både i egen journalløsning og i kjernejournalen.

Så langt vi forstår vil denne løsningen innebære at Kritisk informasjon vil bli delt på tvers av behandlere og behandlingssteder. Det er lite tvilsomt at slik deling er helt sentral i pasientbehandling. I enda større grad enn for Dokumentdeling vil vi anta at det er nødvendig å pålegge bruk av Kritisk informasjon, og at et pålegg om integrasjon derfor ikke er i strid med EØS-avtalen.

4.3.5 Datadeling til digital hjemmeoppfølging

Det mangler i dag tjenester som kan støtte datadeling på tvers av ulike journalløsninger og kliniske fagsystemer i helse- og omsorgssektoren. Innenfor digital hjemmeoppfølging har dette behovet kommet tydelig frem. Tjenestene for datadeling defineres fortløpende gjennom utprøvingsaktiviteter i sektoren innenfor nasjonalt velferdsteknologiprogram, men med sikte på at de også kan benyttes for andre områder.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram vil vare ut 2024, med en målsetting om at det gjennom programperioden etableres varige strukturer som ivaretar at prioriterte samhandlingsbehov bli realisert fortløpende. Program digital samhandling må ivareta realiseringen av behovene gjennom utvikling av nasjonale tjenester og tilhørende normeringsaktiviteter.

Etter det vi forstår mangler det i dag systemer som kan understøtte behovene knyttet til digital hjemmeoppfølging. Allerede dette tilsier at det vil være nødvendig å pålegge bruk av den aktuelle løsningen. Heller ikke for dette kan vi se at det foreligger andre alternativer, slik at vi mener at et pålegg om bruk ikke er i strid med EØS-avtalen.

4.4 Påleggene er antakeligvis forholdsmessige i snever forstand

Avslutningsvis nevner vi også at påleggene fremstår forholdsmessige i snever forstand. Det er tale om et begrenset inngrep i markedet som gir store helsegevinster, slik at fordelene klart overstiger ulempene.
