

# Møteinnkalling

## Programstyret program digital samhandling

---

**Til** Ole Johan Kvan, Helse Sør-Øst RHF  
Per Olav Skjesol, Helse Midt-Norge RHF  
Thore Thomassen, Helsedirektoratet  
Odd Martin Solem, Norsk Helsenett  
Bjørn Nilsen, Helse Nord  
Erik Hansen, Helse Vest  
Terje Wistner, KS  
Kirsti Pedersen, Oslo kommune  
Kristine Skjøthaug, Stavanger kommune  
Kjetil Løyning, Kristiansand kommune  
Roger Schäffer, Folkehelseinstituttet  
Eirik Arnesen, Legeforeningen  
Bente Christensen, Norsk Sykepleierforbund

**Sted** Elektronisk møte jfr. møteinnkalling i Outlook-kalender

**Dato** 20.10.2021, kl. 13.00 – 15.00

**Møte** 6/2021

**Møteleder** Hans Löwe Larsen

### Agenda

Saksnummer	Sakstittel	Beskrivelse	Saksdokument	Type sak
34/21	Godkjenning av innkalling	1: Godkjenning av innkalling 2: Status aksjonspunkt		1: Tilslutning 2: Orientering
35/21	Status program	1: Status program 2: Orienteringssaker a) Strategi for informasjonssikkerhet og personvern b) Status styringsdokument	35-21 Status program	Orientering

36/21	Status dokumentdeling ved Norsk helsenet		denne saken er uten underlag	Drøfting
37/21	Revidert leveranseplan for TAG 2021 - 2022	Status gjeldende leveranseplan, forslag til revidering av plan og prioritering av nye behov	37-21 Revidert leveranseplan for TAG 2021-2022	Tilslutning
38/21	Revidert leveranseplan for NILAR for helsepersonell	Presentasjon av revidert leveranseplan, herunder prioritering av problemstillinger og kort prosjektstatus	38-21 Revidert leveranseplan for NILAR for helsepersonell	Tilslutning
39/21	Tilslutning til prinsipper for gjennomføringsstrategi og styringsmodell for steg 2	Prinsipper for gjennomføringsstrategi og styringsmodell for steg 2 som legges til grunn for det videre arbeid	39/21 Prinsipper for gjennomføringsstrategi og styringsmodell for steg 2	Tilslutning
40/21	Eventuelt			



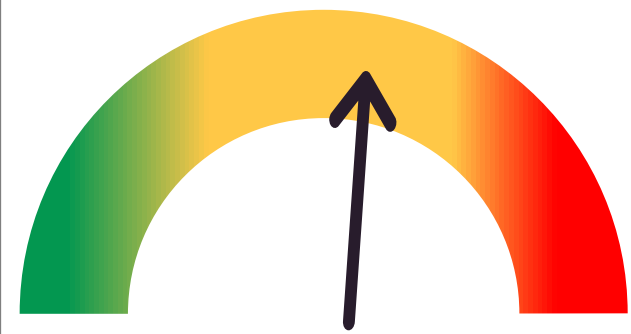
Direktoratet for  
e-helse

Status program

Sak 35/21

# Status | PDS - totalen

Fase	Framdrift	Økonomi	Kvalitet	Risiko	Kommentar
Planlegging/gjennomføring					Økonomi og kvalitet er grønn. Prognose for 2021 tilsier et underforbruk på mer enn 60 mill. kroner. Framdrift og risiko er gul (se begrunnelser nedenfor)



Pr 11.10.2021

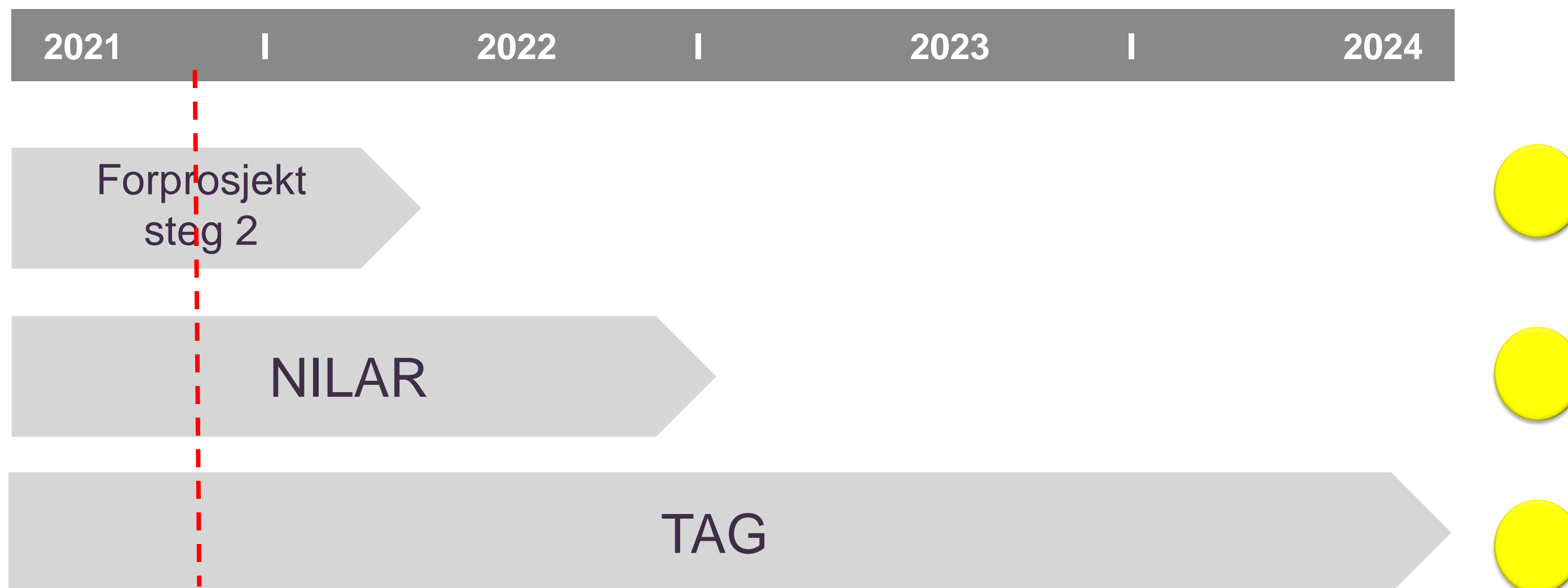
## Overordnet status:

- Programmet er i overgang planleggings-/gjennomføringsfase.
- Forprosjekt steg 2 ligger på plan: Omfang er avstemt med sektor, mens gjennomføringsstrategi er i prosess. KS/kommunen har gitt tilbakemelding om behov for forankringsprosess i kommunal sektor. Positiv dialog med EKS.
- NILAR og TAG er forsinket ift. leveranseplan for 2021 behandlet i programstyret 12.03. Reviderte planer behandles i programstyret 20.10.

## Avhengigheter, behov for tiltak utenfor program eller styringssignaler fra HOD:

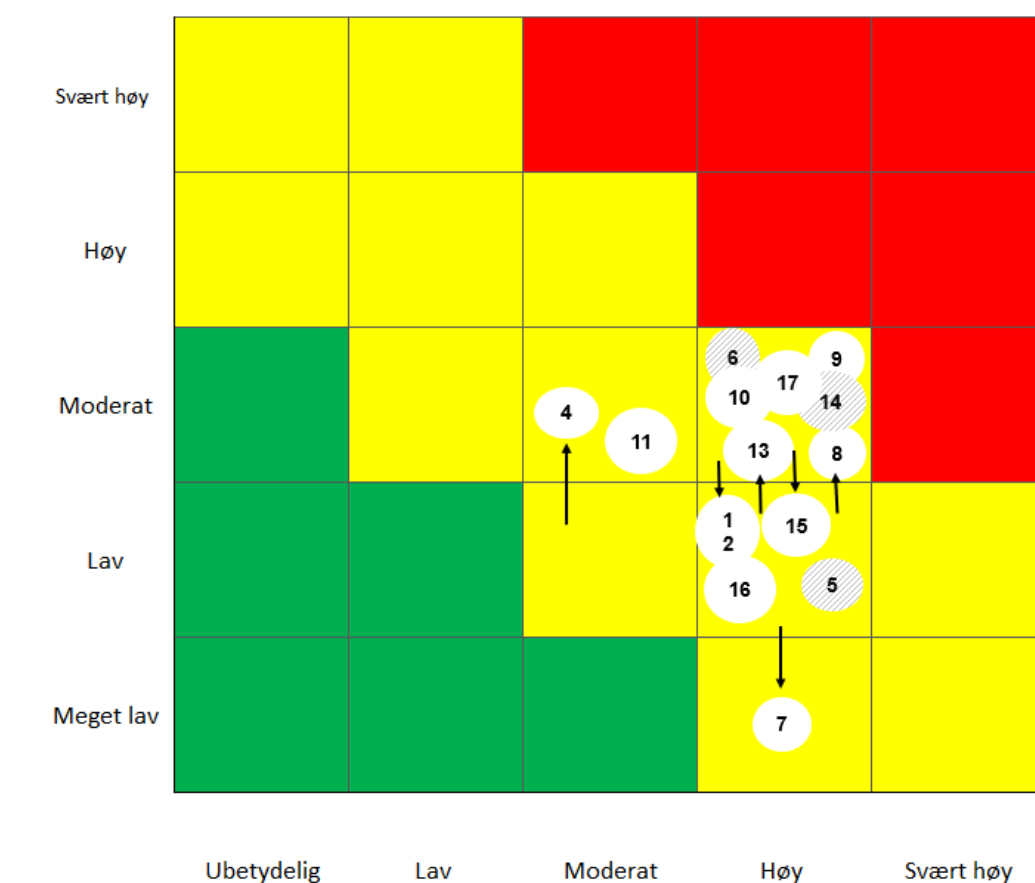
- Avventer formell tilbakemelding fra HOD vedrørende rettsgrunnlag/lovregulering for NILAR.
- Inngå flere avtaler med NHN, særlig for TAG.
- NHN avklarer sin innstilling til videre innføring av tillitsmodell og dokumentdeling.

## Hovedleveranser



## Viktigste risiki

- Utilstrekkelig faglig forankring i sektor medfører at løsningsvalg og planer ikke får tilslutning i programstyret/den nasjonale styringsmodellen (ID #17)
- Risiko for at anbefalt løsning for NILAR mangler rettsgrunnlag (ID #13)



Fase	Framdrift	Økonomi	Kvalitet	Risiko	Kommentar
Planlegging/gjennomføring					Økonomi og kvalitet er grønn. Prognose for 2021 tilsier et <i>underforbruk på mer enn 60 mill. kroner</i> . Framdrift og risiko er gul (se begrunnelser nedenfor)

## Hovedfokus for tiden

- *Løsningsvalg NILAR: Sentral lagring og rettsgrunnlag:*
- Ny runde etter anmodning fra HDIR for å vurdere om man kan finne rettsgrunnlag innenfor gjeldende lovverk.
- *Samarbeid NHN:*
- Videre arbeid med e-helse produktkø og foreløpige reviderte leveranseplaner for TAG og NILAR som underlag for prioriteringer i programstyret.
- Avklare NHNs innstilling til videre innføring av tillitsmodell og dokumentdeling. NHN presenterer dette i programstyret 20.10
- *Forprosjekt:*
- Lukke gjennomføringsstrategi med sektor.
- Håndtere forankring i kommunal sektor, som vil strekke seg inn i Q1 2022.
- *Styringsdokument PDS:*
- Ferdigstille SD på bakgrunn av innspill og kommentarer fra PS.

## Verdi, nytte og effekter

- Programmet er i overgang planlegging/gjennomføring. Det er for tidlig å peke på konkrete effekter fra programmets leveranser.

## Prosjekter

- *Forprosjektet:* Positiv arbeidsmøte med sektor vedr gjennomføringsstrategi 12.10. Positiv arbeidsmøte med EKS. Forankringsprosess på ledernivå mellom e-helse og NHN i gang
- *NILAR:* Utvikling av sentral løsning pågår. Testing gjennomført med positiv utfall. Utvikling av funksjonalitet i kjernejournal for å tilgjengeliggjøre prøvesvar og svarrapporter er i god fart.
- *TAG:* Arbeid med evalueringsrapport og løsningsspesifikasjon for videre innføring av dokumentdeling er avsluttet. Planlegging av videre innføring er i gang sammen NHN.
- POC knyttet til ny teknisk plattform for grunndata gjennomført. API-katalog og utviklerportal er i gang. Programstyrets behandling av foreløpig revidert leveranseplan vil danne grunnlag for inngåelse av nye leveranseavtaler med NHN.

## Kommunikasjon

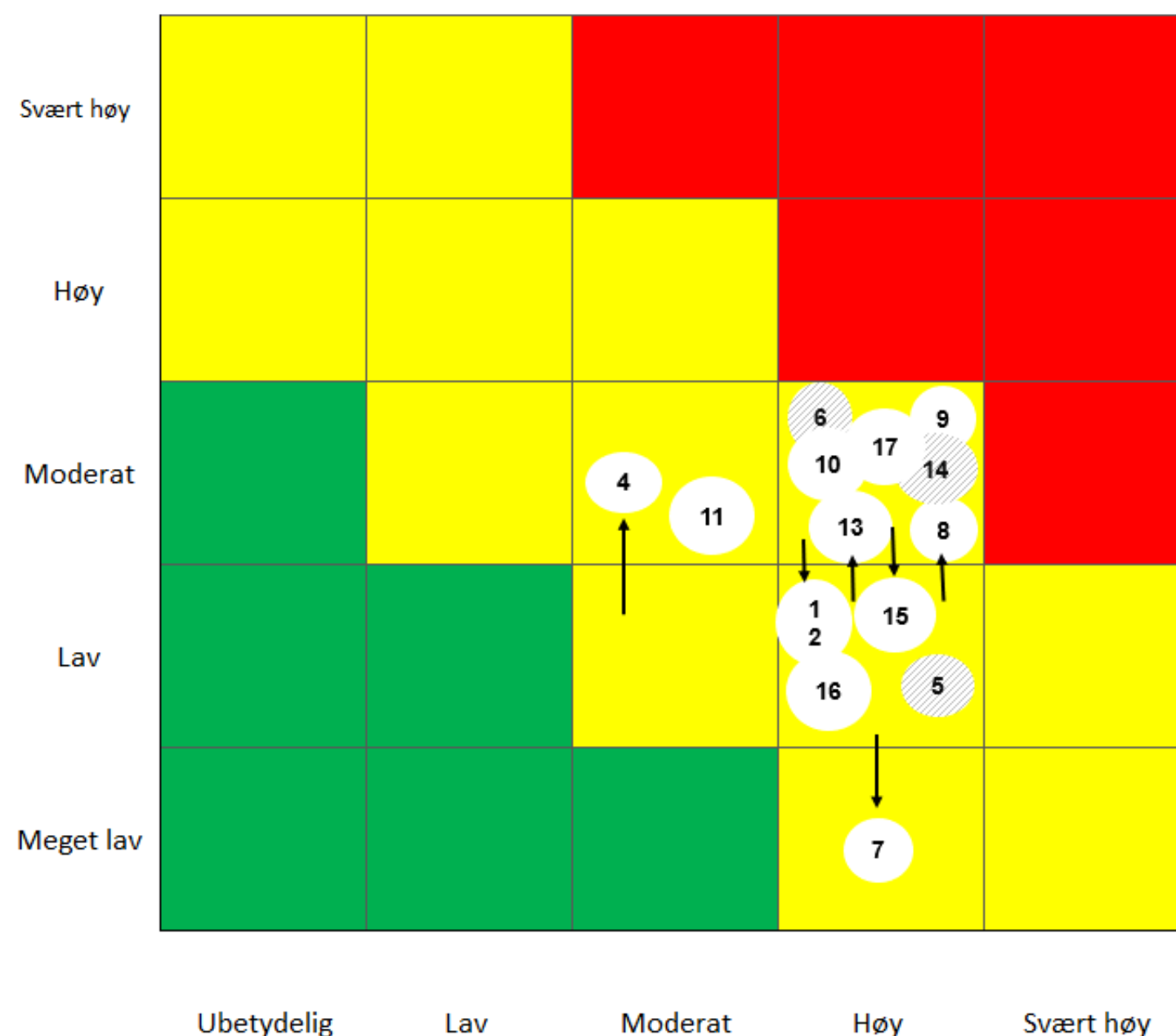
- Flere tiltak sammen med representanter fra programstyret: Tre i sektoren om digital samhandling, intervju med KS og Direktoratet i Kommunal Rapport og artikkel om NILAR
- Planlagt fokus på TAG i okt/nov: Tillitstjenester, API-håndtering og grunndata forklart, TAG + dokumentdeling i kjernejournal (sektorbidrag) + oppstart nyhetsbrev fra PDS

## Involvering og forankring

- Positive arbeidsmøter i programstyret ift. steg 2 pågår – mye 1:1 dialog med sektor og NHN i den sammenheng
- Møte i programstyret, 20.10.
- Operativ styringsgruppe NHN – e-helse etablert og første møte er gjennomført
- Gode møter gjennomføres i samarbeidsgruppene, bla for NILAR.

# Status | PDS steg 1 – Risiko per 17. sept.

Sannsynlighet



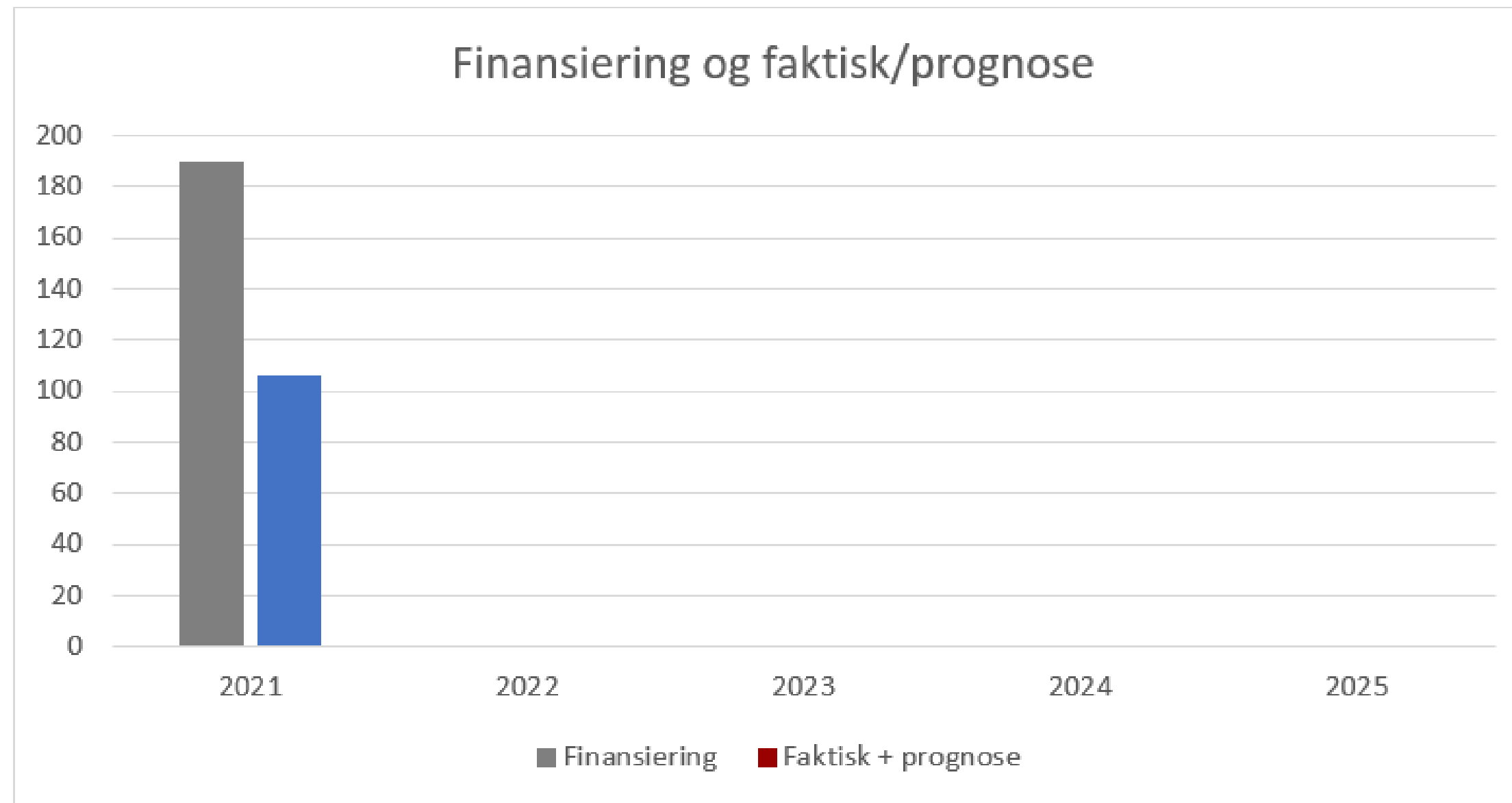
## Konsekvens

Oversikten i tabellen til høyre omfatter de mest kritiske risikoene i programmet med nærhet i tid. Følgende inngår ikke i tabelloversikten

- #5 Dersom programstyrets spørsmål til innretning og rammebetingelser for forprosjektet ikke hensyntas, vil sektors involvering bli mangelfull (risiko avsluttet)
- #6 Manglende forankring og forpliktelse til programmets planer blant aktørene i sektor og nøkkelinteressenter kan gi manglende måloppnåelse og realisering av gevinster (risiko avsluttet)
- #9 Dersom spesialisthelsetjenestens modernisering av løsninger for EPJ/PAS/curve forsinkes, så kan det gi målglidning for program digital samhandling, da man ønsker å legge mer inn i samhandling (risiko omformulert jfr. gjennomstrekning).
- # 10 Dersom Felles kommunal journalløsning (Akson) forsinkes, så kan det gi målglidning for program digital samhandling, da man kan ønske å legge mer inn i samhandling, som i er planlagt løst i Felles kommunal journalløsning (risiko omformulert jfr. gjennomstrekning).
- # 11 - Dersom behovsbeskrivelser og løsningskonsepter for ny grunndatatjenester blir upresise, så kan det føre til økt arbeidsomfang og behov for mer tid (som kan føre til forsinkelser)
- #14 Svært kort tid til å konkretisere nødvendige leveranser for å understøtte veikartet, kan resultere i at delleveranser ikke ferdigstilles i tide med riktig kvalitet (risiko avsluttet)

Id	Risiko	Tiltak	Endring/ kommentar
4	Uklare rolle- og ansvarsforhold kan gi ineffektiv samarbeid mellom e-helse og NHH	✓ Etablering av operativ styringsgruppe for prosjektene - <i>gjennomført sept 21.</i>	Modellen foreligger, men praktiseringen av den gir fremdeles uklarheter. Må jobbes med i det videre.
7	Uklar og utydelig styringsstruktur i programmet kan gi ineffektiv bruk av ressurser, utydelige beslutninger og prioriteringer samt manglende evne til gjennomføring	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tydeliggjøre programmets styringsstruktur (roller og ansvar i styring på strategisk, taktisk og operativt nivå) – <i>gjennomført juni 21</i></li> <li>☐ Tydeliggjøre programmets bruk av nasjonal styringsmodell som supplement til programmets styringsstruktur</li> <li>☐ Vurdere behov for ytterligere avklaringer/tilpasninger av styringsstruktur inn mot kommunesektoren</li> </ul>	Opplever at styringsstrukturen i programmet er avstemt.
8	Uklar og utydelig bruk av nasjonal styringsmodell kan gi ineffektiv bruk av ressurser, utydelige beslutninger og prioriteringer samt manglende evne til gjennomføring	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tydeliggjøre gjeldende rammebetingelser og føringer for bruk av nasjonal styringsmodell (og vise til pågående oppdrag fra HOD om "videreutvikling av nasjonal styringsmodell") <i>gjennomført Q2</i></li> <li>✓ Etablere prinsipper for programmets bruk av nasjonal styringsmodell, forankre med programstyret <i>gjennomført Q2</i></li> <li>✓ Etablere årsplan med milepæler for programmets bruk av nasjonal styringsmodell (<i>gjennomført Q2</i>)</li> </ul>	Fremdeles ikke helt avstemt bruken av den nasjonale styringsmodellen. Hvilke saker håndteres hvor og med hvilke innretning/vinkling.
12	Risiko for at vi ikke klarer å enes om en løsning som er basert på tillit og avtaler, medfører risiko for komplekse løsninger for tillitstjenester og grunndata.	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Felles tillitsmodell utarbeidet i 2020 som målbilde - felles krav og avtaler.</li> <li>☐ Evaluering av erfaringene fra dokumentdeling i Kjernejournal</li> <li>☐ Samarbeid mellom spesialist, Kommune, NHH og leverandører.</li> </ul>	Pågår dialog mellom aktørene. Avventer tilbakemelding fra NHH vedr. deres innstilling til videre arbeid med tillitsmodell og dokumentdeling
13	Risiko for at anbefalt løsning for NILAR mangler rettsgrunnlag (gjelder sentral lagring av prøvesvar, sammenstilling og indeksering, samt visning av disse gjennom kjernejournalen og Helse-Norge)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prosjektet har igangsatt prosess med HOD og har løpende møter</li> <li>✓ Prosjektet jobber med å utarbeide en anbefaling på hvordan NILAR kan løses innenfor gjeldende rett som er planlagt oversendt til HOD uke 15</li> </ul>	Pågående dialog mellom HOD og RHFene om NILAR sett opp imot øvrige tiltak, Sentral lagring utfordres fortsatt
15	Mangelfulle prioritert hos NHH medfører at programmets leveranser blir forsinket utover toleransegrenser.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Koordineringsmøte annenhver uke med NHH (<i>pågått siden januar 21</i>)</li> <li>✓ Opprettes operativ styringsgruppe for TAG og NILAR hvor framdrift følges tett opp (<i>gjennomført sept 21.</i>)</li> <li>☐ Prognoser for å synliggjøre ressursuttak i 2021 og 2022 som bidrar til forutsigbarhet skal opprettes.</li> </ul>	PDS har ledelsesforankring i NHH, og prioriteres av ledelse og operativ nivå Liten framdriften i TAG-prosjektet som helhet da kapasitet hos NHH innen TAG syntes begrenset.
16	Felles SSD med Legemiddelprogrammet medfører økt omfang og behov for koordinering og håndtering av avhengigheter som kan medføre lavere kvalitet på prosjektets leveranse.	☐ Etablere godt samarbeid mellom ressursene i programmene og i styringslinjene.	
17	Utilstrekkelig faglig forankring i sektor medfører at løsningsvalg og planer ikke får tilslutning i programstyret/den nasjonale styringsmodellen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>☐ Sikre god kommunikasjon og link mellom samarbeidsgrupper og programstyret.</li> <li>☐ Påse at samarbeidsgruppe forankrer og kommunisere innover i egen organisasjon.</li> <li>☐ Sikre ressursallokering med korrekt kompetanse og posisjon inn i samarbeidsgruppene.</li> <li>☐ Ha plan og prosess for viktige beslutninger.</li> </ul>	

# PDS – status økonomi steg 1



	2021	2022	2023	2024	2025	Totalt
Finansiering	189	0	0	0	0	189
Faktisk + prognose	106	0	0	0	0	106
Faktisk + prognose akk	106	106	106	106	106	106

Finansiering	2021	2022	2023	2024	2025	Totalt
Tildeling statsbudsjett	189					754
Samfinansiering						0
Belastningsfullmakter						0
RNB						0
Overføringer						0
Annet						0
<b>Total finansieringsramme</b>	<b>189</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>754</b>

## Drifts- og forvaltningskostnader

- Fra 2022 tom 2040: 1.334.469.600 NOK ekskl. MVA (Basert på estimater fra Akson)

\* Ref statsbudsjettet for 2021 (Prop. 1 S (2020-2021))

\*\* Prognose for 2021 tilsier et underforbruk på 46 mill. kroner. Det har sin bakgrunn i forsinket oppstart av gjennomføringen av programmet, særlig TAG og NILAR. Dette skyldes bla nedprioritering av programmet av NHN i forhold til andre presserende oppgaver som bla covid-19 samt tidslang prosess med å avklare premissgivende forhold mellom NHN og E-helse.



Direktoratet for  
e-helse

## Orienteringssaker





# Orienteringssaker

Sak	Beskrivelse
Strategi for informasjonssikkerhet og personvern	<p>Overordnet strategi for informasjonssikkerhet og personvern for PDS etableres for å tydeliggjøre hovedtrekk og prinsipper som samhandlingsløsningen skal følge. Strategien skal vise en retning og bygger på et sett med prinsipper som vil bli presentert og drøftet i NUFA 27. oktober.</p> <p>Som underlag arbeides det med:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Overordnet personvern vurdering basert på vurderinger av sentrale krav i regelverket.</li><li>• Risiko- og sårbarhetsvurdering basert på en vurdering av informasjonsverdiene tilknyttet PDS og ulike trusselaktører som kan være relevante og deres mulighetsrom. Dette oppsummeres i en rekke scenarier i risiko- og sårbarhetsvurderingen.</li></ul>
Status styringsdokument	<p>Versjon 0.85 av programmets styringsdokument ble sendt ut til programstyret den 30. sept. for gjennomlesning og kommentering.</p> <p>Frist for tilbakemeldinger på e-post, mandag 18. oktober, kl. 15.00.</p> <p>Det gis en kort orientering om status på møtet 20. okt. Innspillene vil bli prosessert, og det legges opp til endelig tilslutning på e-post i etterkant.</p>



Direktoratet for  
e-helse

Oversikt over saker i programstyret og i nasjonal styringsmodell

# Oversikt saker programstyremøter 1. kvartal

12.02.2021 – Møte #1

Saksnummer	Type sak	Sakstittel	Beskrivelse av sak
1/21	Orientering	Velkommen og presentasjon av deltagere	
2/21	Orientering	Oppstart av programstyret	Programstyrets rolle og gjennomgang av mandat.
3/21	Drøfting	Organisering og gjennomføring	Programmets organiserings- og styringsstruktur inkludert sektorinvolvering og involvering
4/21	Drøfting	Plan for forprosjekt	Introduksjon til målbildet for helhetlig samhandling samt presentasjon av prosjektplan - Forprosjekt Steg 2-n
5/21	Drøfting	Plan for prosjektene Tillitstjenester, API og Grunndata og Nasjonal informasjonstjeneste for laboratorie- og radiologisvar	Presentasjon av prosjektplan - Prosjekt Tillitstjenester, API og Grunndata (TAG) - Prosjekt Nasjonal informasjonstjeneste for laboratorie- og radiologisvar (NILAR)
5/21	Drøfting	Kommunikasjonsstrategi	Kommunikasjonsstrategi og valg av navn for programmet
6/21	Orientering	Møtekalender 2021 Møteplan inneværende år	Møtekalender 2021 Møteplan inneværende år
7/21		Eventuelt	

12.03.2021 - Møte #2

Saksnummer	Type sak	Sakstittel	Beskrivelse av sak
9/21	Tilslutning	Godkjenning av innkalling og referat	
10/21	Orientering	Oppsummering av innspill til program Helhetlig samhandling	Oppsummering av innspill fra programstyret
11/21	Drøfting	Prosjekt Tillitstjenester, API og Grunndata (TAG)	Utkast til prosjektplan for prosjektet
12/21	Drøfting	Prosjekt Nasjonal informasjonstjeneste for laboratorie- og radiologisvar (NILAR)	Utkast til prosjektplan for prosjektet
13/21	Drøfting	Forprosjekt Helhetlig samhandling	Innspill til forprosjekt - status og videre prosess - status plan for forprosjekt
14/21	Orientering	Endring av navn for programmet	Prosess for navneendring
15/21	Drøfting	Organisering og styring	Innspill til organisering og styring – status og videre prosess
16/21		Eventuelt	

# Oversikt saker programstyremøter 2. kvartal

## 23.04.2021 – Møte #3

Saksnummer	Type sak	Sakstittel	Beskrivelse av sak
17/21	Tilslutning	Godkjenning av innkalling og referat	
18/21	Orientering	Organisering og styring	Status innspill til organisering og styring
19/21	Orientering	Oppdragsavtaler	Status på oppdragsavtaler
20/21	Orientering	Reestimering Steg 1	Presentasjon av reestimat for Steg 1 v/Norsk Helsenet
21/21	Tilslutning	Forprosjekt Helhetlig samhandling	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kobling til veikart Alternativ for innretning og gjennomføring av forprosjektet</li><li>• Leveranse til HOD den 30. april.</li></ul>
22/21		Eventuelt	

## 14.06.2021 – Møte #4

Saksnummer	Type sak	Sakstittel	Beskrivelse av sak
22/21	Tilslutning	Godkjenning av innkalling og referat	Godkjenning av innkalling og referat Status aksjonspunkt
23/21	Del 1: Tilslutning Del 2: Drøfting	Organisering og styring	<ul style="list-style-type: none"><li>• Del 1: Programstyringsstruktur for program digital samhandling</li><li>• Del 2: Operasjonell styring av prosjekt TAG og NILAR</li></ul>
24/21	Drøfting	Innføring og gevinstrealisering	Programmets prinsipper og føringer for arbeidet med innføring og gevinstrealisering
25/21	Orientering	Forprosjekt steg 2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Erfaringsutveksling vedr bruk av prosjektmodellen og KS ordning og hvordan forprosjektet benytter disse</li><li>• Status for arbeidet med steg 2 og kobling til veikartet</li></ul>
26/21	Orientering	Status TAG og NILAR	Direktoratet orienterer om status for prosjektene TAG og NILAR
27/21		Eventuelt	

# Oversikt saker programstyremøter 3. kvartal

14.09.2021 – Møte #5

Saksnummer	Type sak	Sakstittel	Beskrivelse av sak
28/21	Tilslutning	Godkjenning av innkalling og referat	
29/21	Orientering	Status program	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ny innretning på PS-møtene</li><li>2. Status program</li><li>3. Orienteringssaker (Organisering Kjernegrupper, Prosess styringsdokument, Forvaltnings-, drifts- og vedlikeholdskostnader)</li></ol>
30/21	Tilslutning	NILAR: revidert leveranse- og innføringsplan	Forslag til revidering av leveranseplan
31/21	Tilslutning	Revidert leveranseplan for TAG 2021 - 2022	Forslag til revidering av leveranseplan
32/21	Tilslutning	Forprosjekt steg 2 – beslutning av omfang for steg 2 digital samhandling	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
33/21		Eventuelt	

# Oversikt saker i nasjonal styringsmodell 1. og 2. kvartal 2021

Første kvartal 2021	Type sak	Formål med og beskrivelse av sak
Områdeutvalg 12. februar	--	--
NUFA 27. og 28. januar	Orientering	Orientering om oppdrag og innretning av programmet
NUIT 18. februar	Orientering	Orientering om oppdrag og innretning av programmet
NEHS 18. mars	Drøfting	Programmet er tema med presentasjon av oppdrag og innretning, herunder prosjekt, leveranser og organisering. Tilslutning til gjennomføringsmodell samt foreløpige planer for realiseringsprosjektene og innspill til det pågående arbeidet med plan for forprosjekt

Andre kvartal 2021	Type sak	Formål med og beskrivelse av sak
Områdeutvalg 16. april	--	--
NUFA 21. og 22. april	Drøfting	Orienterer om programmet, fokus på forprosjektet og drøfting av målbildet for helhetlig samhandling og foreløpig vurdering av avhengigheter til veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger og øvrige pågående e-helsetiltak
Ekstra NEHS 6. mai	Tilslutning	Programmet er tema, hovedfokus på forprosjekt og tilslutning til plan og status, innhold i 30. april leveranse, finansieringsmodell og veikart
NAFI (Nasjonal arena for fag- og interesseorganisasjoner)	Drøfting	Presentasjon av oppdrag og innretning av programmet, herunder prosjekt, leveranser og organisering av arbeidet. Det er ønskelig å få innspill til organisering og involvering av aktørene med NAFI, samt få innspill til målbildet for helhetlig samhandling.
NUIT 20. mai	--	Orienterer om bakgrunnen for og innhold i målbildet for helhetlig samhandling, og hvordan dette henger sammen med målene i veikart for nasjonale e-helseløsninger 2021-2025. Innhold foreslått til steg 2 har sammenheng med flere pågående tiltak i nasjonal portefølje, og forprosjektet ønsker samarbeid med tiltakseiere om vurderinger og produksjon av underlag nødvendig for sentralt styringsdokument.
NEHS 6. mai	Drøfting	Orienterer om bakgrunnen for og innholdet i målbilde for helhetlig samhandling, og hvordan dette henger sammen med målene i veikart for nasjonale e-helseløsninger 2021-2025, i tillegg til forprosjektets arbeid med gjennomføringsstrategi (smidig utvikling og design-to-cost). Programmet vil drøfte tilnærming for involvering og samarbeid med aktørene i sektor gitt situasjon med begrenset tilgang til kompetanse og kapasitet.
Områdeutvalg 11. juni	--	--

# Oversikt saker i nasjonal styringsmodell 3. og 4. kvartal 2021

Tredje kvartal 2021	Type sak	Formål med og beskrivelse av sak
Områdeutvalget 25. august	--	--
NUFA 1. og 2. september	Drøfting Orientering	Innføring av dokumentdeling gjennom kjernejournal Status forprosjekt digital samhandling steg 2
NUIT 15. september	Orientering	Status forprosjekt digital samhandling steg 2
NEHS 21. og 22. september	Drøfting	Omfang for steg 2 i program digital samhandling

Fjerde kvartal 2021	Type sak	Formål med og beskrivelse av sak
Områdeutvalget 1. oktober	--	--
NUFA 27. og 28. oktober	1. Orientering 2. Orientering 3. Drøfting	1. Status NILAR - Orienterere om status, plan og løsningsvalg NILAR, inkl. behov for rettsgrunnlag. 2. Status forprosjekt steg 2 digital samhandling 3. Strategi for informasjonssikkerhet og personvern for PDS
NUIT 19. november	1. Orientering 2. Tilslutning 3. Orientering	1. Status NILAR - Orienterere om status, plan og løsningsvalg NILAR, inkl. behov for rettsgrunnlag. 2. Forvaltnings-, drifts, og vedlikeholdskostnader 3. Status forprosjekt steg 2 digital samhandling
NEHS 9. desember	1. Orientering 2. Drøfting 3. TBD	1. Status NILAR - Orienterere om status, plan og løsningsvalg NILAR, inkl. behov for rettsgrunnlag. 2. Steg 2 digital samhandling SSD v.0.9 - Strategiske konsekvenser av Steg 2 digital samhandling SSD v.0.9 3. Forvaltnings-, drifts, og vedlikeholdskostnader

Til Programstyret program digital samhandling  
Dato 20.10.2021  
Saksnummer 37/21  
Sakseier  
Type Tilslutning

## Revidert leveranseplan for TAG 2021 - 2022

### Forslag til vedtak:

1. Programstyret gir tilslutning til at de foreslåtte leveransene fra produktkøen prioriteres (behov 06-10) og forslag til revidert leveranseplan for 2021. Programstyrets medlemmer vil støtte prosjektet ved å sikre sektors bidrag i behovskonkretisering, utvikling samt innføring og ibrukstakelse for på den måten å sikre at prosjektets mål oppnås.
2. Programstyret gir tilslutning til at utprøving av API for kritisk info inkluderes i omfanget til program digital samhandling og legges til TAG prosjektet.

### Hensikt med saken

Hensikten er å sikre videre fremdrift for TAG-prosjektet. Programstyret bes tilslutte seg revidert plan for eksisterende leveranser, prioritering av kommende leveranser samt nytt samarbeidsprosjekt på kritisk info API. Prosjektet er forsinket ift. leveranseplan for 2021 som ble behandlet i programstyret 12.03.2021. Det har vært nødvendig for direktoratet og NHN å etablere et godt grunnlag for realisering av prosjektet, herunder leveransemodeller, merkantile forhold, roller og oppgavedeling etc. i oppstarten av prosjektet. Dette arbeidet har tatt lengre tid enn opprinnelig antatt.

### Bakgrunn

TAG skal realisere en rekke tjenester som skal gi enkel og sikker tilgang til helseopplysninger på tvers av virksomheter og omsorgsnivå i helsesektoren. Gjennom prosjektet skal det etableres tekniske og organisatoriske funksjoner i NHN for å understøtte samhandling mellom helsepersonell og med innbygger. Et eksempel på en slik funksjon er felles håndtering av identitets- og tilgangsstyring mellom virksomheter som er grunnleggende for å etablere samhandlingsløsninger.

Prosjekt TAG kan deles i tre arbeidsstrømmer:

- **Tillitstjenester** - forenkle tilgang til helseopplysninger på tvers av virksomheter i helsesektoren og gi pasienten mulighet til å styre sperring av sine opplysninger.
- **API-håndtering** – gi oversikt og sikker bruk av API-ene fra nasjonale e-helseløsninger og grunnmurskomponenter til virksomheter i sektoren
- **Grunndata** - understøtte tillitstjenester for samhandling mellom virksomheter og omsorgsnivåer samt realisering av felles kommunal journal

Hver arbeidsstrøm brytes ned i behov som igjen brytes ned i leveranser under prosjektgjennomføring. Deler av produktene vil bidra inn i hverandre og det vil dermed være avhengigheter dem imellom.

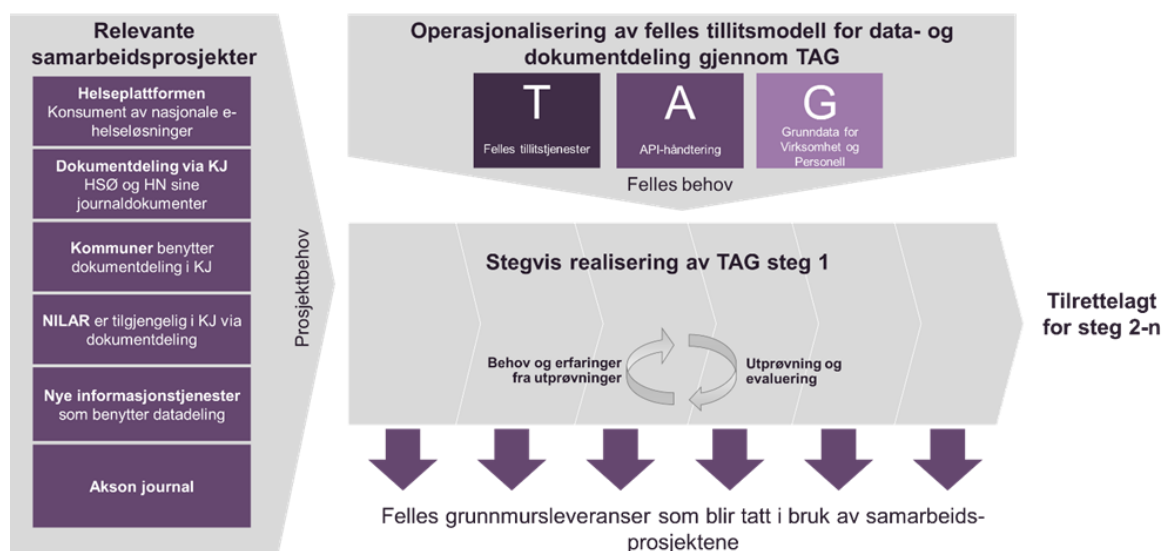
Prosjektet vil følge en smidig tilnærming og behovene vil detaljeres ut underveis i prosjektet og prioriteres av programstyret. Behovene vil danne prosjektets produktkø og de behovene som blir prioritert danner grunnlag for leveranser som håndteres gjennom oppdragsavtaler.



### Leveranseorientert gjennomføringsstrategi som fremlagt for programstyret 12.3.21

Realisering av produktene vil skje som en stegvis tilnærming der løsningene defineres i samarbeid med sektoren og pågående prosjekter. Produktene som skal tas frem i prosjekt TAG er grunnleggende for å etablere nye informasjonstjenester som baserer seg på data- og dokumentdeling. Samtidig er det vanskelig å etablere produktene og tjenestene uten å gjøre det i sammenheng med etablering av faktiske informasjonstjenester. Tilnærmingen er derfor å knytte til seg konkrete *samarbeidsprosjekter* som skal ta frem samhandlingsløsninger ved å realisere felles funksjonalitet gjennom å levere funksjonalitet til *pågående prosjekter for å løse konkrete felles utfordringer for helse- og omsorgssektoren*. Dokumentdeling via kjernejournal er et eksempel på et slikt samarbeidsprosjekt. Vi legger opp til at programstyret gjennom prosjektforløpet kommer med forslag til og prioriterer samarbeidsprosjektet i TAG.

Denne tilnærmingen skal sørge for at det blir stegvise leveranser med mulighet for å justere og tilpasse basert på erfaringer fra utprøving, evaluering og operativ drift. Prosjektet planlegger kontinuerlige leveranser i hele perioden frem til prosjektet ferdigstilles i 2024.

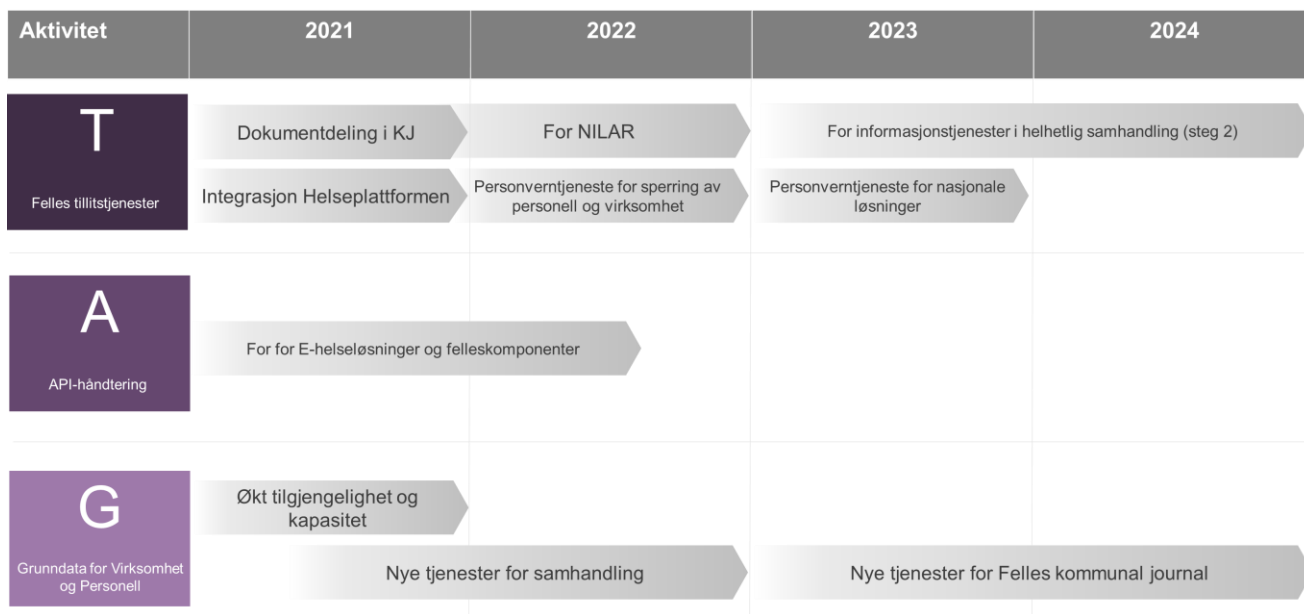


Figur 1: Tilnærming for realisering av TAG-tjenester (ref sak 11/21)

### Langsiktig leveranseplan

Leveranseplanen for prosjektet er basert på en smidig tilnærming. I praksis betyr dette at leveransene i prosjektet brytes ned i mindre pakker der prosjektet høster erfaring fra gjennomføring og evaluering til å definere de neste leveransene. Dette betyr at det er gjort mest detaljering og planlegging av de leveransene som kommer først, mens leveranse som ligger lengre ut i tid er mindre detaljert. NHN har hovedansvaret for å realisere produktene som skal tas frem i TAG.

Det overordnede utkast til plan for prosjektet er illustrert nedenfor. Denne ble behandlet i Programstyret den 12. mars, ref sak 11/21. Planen er overordnet og illustrer noen av områdene TAG-prosjektet vil fokusere på. Den videre nedbrytningen vil fokusere på konkrete behov sektor har som bør prioriteres, hvilke leveranser og rekkefølge disse behovene bør løses i, samt hvilke ambisjonsnivå som er tilstrekkelig for å sette de ulike løsningene i produksjon.



Figur 2: Overordnet leveranseplan for TAG 2021-24 (ref sak 11/21)

Leveranseplanen er dynamisk og vil være i stadig endring ettersom prosjektet går fremover. Ny læring, uforutsette hendelser og annet kan gi et behov for justering av plan. Programstyret vil ha sentral plass i dette arbeidet.

**Punkt 1: Revidert leveranseplan for TAG for 2021 - igangsatte leveranser**

Leveranseplan for 2021 ble lagt frem for tilslutning i programstyret i mars, ref sak 11/21. Gjennom våren ble det klart at prosjektet kom til å bli forsinket i forhold til denne planen. TAG presenterte derfor behov for å revidere leveranseplan i programstyremøtet i juni, ref sak 26/21. Prosjektet har i samarbeid med NHN utarbeidet forslag til revidert plan til gjennomgang med Programstyret til møtet 14.09. Saken ble ikke behandlet pga tidsmangel og vi presenterer derfor saken på nytt i Programstyremøtet 20.10.

Det er ikke indentifisert noen direkte konsekvenser av forsinkelsene til andre pågående tiltak.

For dokumentdeling er NHN sin posisjon når det gjelder videre bredding av løsningen uavklart. Programmet vil følge opp dette i det videre arbeidet med TAG. Dette påvirker arbeidet med de neste leveransene og kan få konsekvenser for tidsplanen for innføring for dokumentkildene.

Figuren under viser endringene leveranseplanen.



Figur 3: Revidert plan for eksisterende leveranser

Oppsummert er status på leveransene som følger:

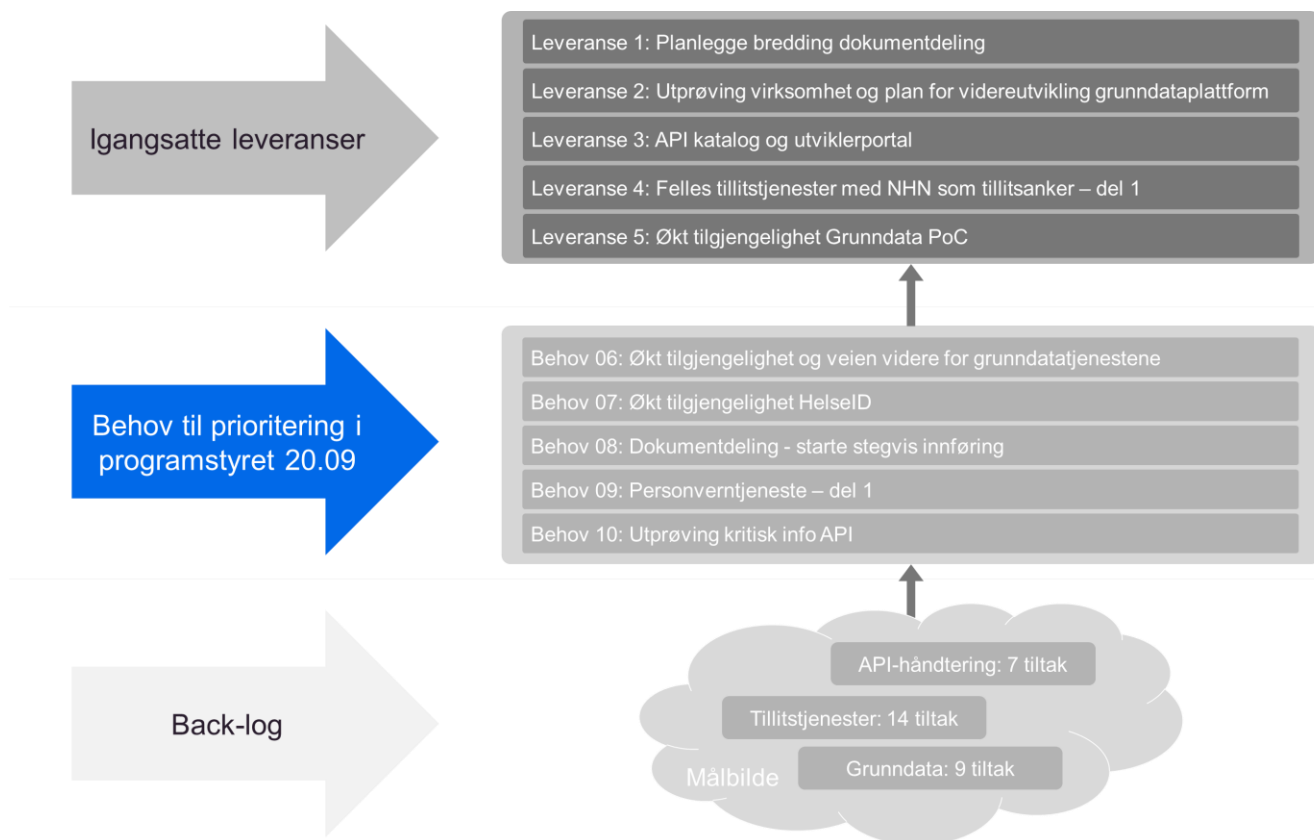
- Leveranse 01: Ferdigstilt. Leveransen ble imidlertid noe forsinket, primært grunnet forsinkelser og manglende avklaringer fra dokumentkildene. Merkantile forhold gjenstår.
- Leveranse 02: Er utsatt og vil erstattes av et nytt oppdrag. NHN har ønsket å øke driftsstabiliteten for eksisterende løsning før videreutvikling av nye tjenester. Det er derfor gjennomført en PoC for å avklare omfang av flytting til ny teknisk plattform leveranse 05.
- Leveranse 03 og 04 er forsinket fordi det har tatt noe lengre tid for Norsk helsenett å utarbeide løsningsforslag og estimater som skal inn i oppdragsavtalene enn planlagt.
- Leveranse 05: Dette er en ny leveranse. Formålet med oppdraget har vært å gjennomføre en PoC (Proof of Concept) for å avdekke hva som må til for å flytte dagens Grunndata-løsning over på ny tekniske plattform og således sikre høy tilgjengelighet. Oppdraget er i ferd med å slutføres, og det viser seg at det er flere utfordringer med en flytting. Læringen fra PoC danner grunnlaget for neste leveranse for Grunndata.

## **Punkt 2: Utkast til produktkø og prioritering av behov**

Produktkøen i et smidig prosjekt som TAG er dynamisk. Den skal til enhver tid reflektere det behovsbildet man ser samt ta inn over seg de erfaringer man har gjort seg så langt i prosjektforløpet. Prosjektet jobber kontinuerlig med å konkretisere produktkøen slik at den tydeligere og tydeligere beskriver behovene produktkøelementene vil bidra å løse. De produktkøelementene som er modne nok tas til Programstyret for prioritering. Programstyret kan da ta stilling til prioritering mellom elementene, prioritering av ambisjonsnivå for hvert element etc.

Produktkøen er delt i tre hovedkategorier:

1. **Igangsatte leveranser:** Dette er oppdrag som er under utarbeidelse, forhandling eller i gjennomføring. Oppdraget er besluttet prioritert av Programstyret og oppdragets innhold dokumenteres i oppdragsavtalen.
2. **Behov til prioritering:** Anbefaling legges frem til prioritering i Programstyret. Anbefalingen skisserer problemet som skal løses, behov, gevinster m.m.
3. **Back-log:** Back-logen består av behov som ikke er konkretisert. Basert på læring og samarbeid med sektoren vedlikeholdes og detaljeres back-log. basert på prioriteringskriteriene satt av programstyret. Back-logen er på ingen måte uttømmende. Nye behov vil bli konkretisert inn etter hvert som prosjektet skrider



Figur 4: E-helse Produktkø TAG

Overordnet beskrivelse av behov til prioritering i programstyret, se vedlegg for mer detaljert fremstilling:

Grunndata:

- **Økt tilgjengelighet og veien videre for grunndatatjenestene (Behov 06)**  
Formålet er å gjøre eksisterende grunndataløsning økt tilgjengelighet og finne ut hvilken retning arbeidet med grunndata skal ta basert på læringen vi har fått i OA05. Det har vist seg tungt å flytte eksisterende løsning over på ny teknisk plattform og vi må se på hvilke alternativer vi har, skaffe erfaringer med disse alternativene og anbefale en vei videre.

Tillitstjenester:

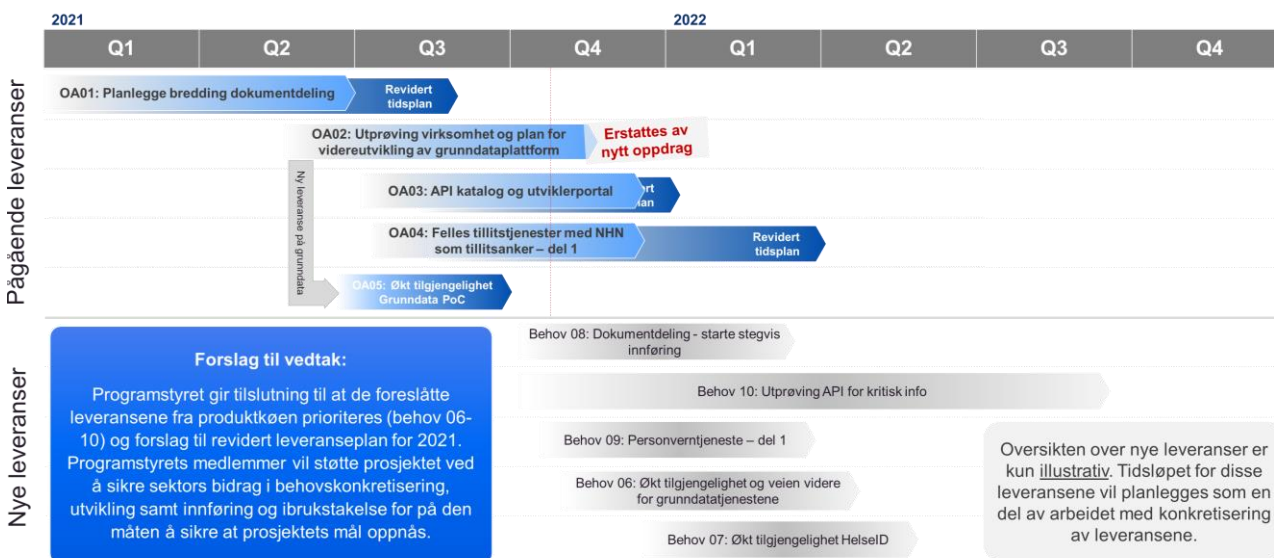
- **Økt tilgjengelighet HelseID (Behov 07):**  
Formålet er å dekke sektorens behov for økt tilgjengelighet til HelseID.. HelseID blir mer og mer kritisk og må sikres god tilgjengelighet.
- **Dokumentdeling - starte stegvis innføring (Behov 08)**  
Formålet er å tilpasse nasjonale løsninger involvert i dokumentdeling slik at vi kan innføre dokumentdeling for fastleger og leger og psykologer på sykehus. Dette er i henhold til steg 1 og steg 2 av innføringsstrategien som er etablert sammen med Helse Sør-Øst og Helse Nord.
- **Personverntjeneste – del 1 (Behov 09)**  
Formålet med dette oppdraget er å utvide personverntjenesten med en nasjonal sperretjeneste som

håndterer innbyggers sperreinnstillinger for nasjonale e-helseløsninger. Del 1 går ut på å etablere en sperreinnstilling som dekker NILAR sitt behov i sin utprøving.

*Utkast til en mer utfyllende oversikt over innholdet i behovene ligger vedlagt dette dokumentet. Hvert behov beskrives i form av en «one-pager».*

Prosjektet vil ha behov for involvering, støtte og bidrag fra sektor for å lykkes. Programstyrets medlemmer er ledere i viktige virksomheter i sektor og kan spille en nøkkelrolle ved å tilgjengeliggjøre nødvendige ressurser fra sektor, tilrettelegging for at piloter kan gjennomføres i foretakene samt at relevante samarbeidsprosjekter involveres. I tillegg er virksomhetene i sektor sentrale i innføringen av løsningene fra prosjektet og på den måten bidra til gevinstuttak og at endret praksis i sektoren nåes. Prosjektet ber derfor om prioritering fra medlemmene i programstyret til å sikre sektors bidrag for å sørge for at leveransene lykkes. Sektorens bidrag på de enkelte leveransene er beskrevet i vedlagte utkast til behovsbeskrivelse.

Figuren under illustrerer en samlet, oppdatert leveranseplan med igangsatte og nye leveranser. Oversikten over nye leveranser er kun illustrativ. Tidsløpet for disse leveransene vil planlegges som en del av arbeidet med oppdragsavtalene. Dette er en del av den smidige fremgangsmåten. Planen/listen over leveranser i 2022 ikke er uttømmende, og at nye behov og prioritering vil komme til underveis i gjennomføringen av prosjektet.



Figur 5 Forslag til leveranseplan for TAG 2021-2022

### **Punkt 3: Utprøving API for kritisk info**

Kritisk info er i dag registrert i flere ulike systemer innad i og på tvers av behandlingssteder i helsesektoren, i tillegg til i Kjernejournal. På grunn av journalføringsplikten er helsepersonell pliktig til å registrere Kritisk info i lokal EPJ, men må samtidig registrere identisk informasjon på ny i Kjernejournal for å sørge for at informasjonen er delt. Dette skaper en administrativ byrde for helsepersonell, og fører til lav registreringsgrad av opplysninger i Kjernejournal.

KI API er prioritert av sektor og identifisert som et steg i veikartet for nasjonale e-helseløsninger. Utvikling av API'et ble gjennomført som et samfinansiert prosjekt i 2020, men utprøving ble utsatt til høsten 2021 som følge av manglende finansiering. Prosjektet i NHH ble satt på vent på grunn av denne utsettelsen og manglende finansiering.

Operasjonalisering av felles tillitsmodell skjer gjennom prosjekter som skal løse konkrete behov. Datadeling gjennom API vil medføre behov for krav, funksjoner og tillits tjenester. Kritisk info API er en god kandidat for å skaffe erfaring med datadelingsgrensesnitt og med det operasjonalisere tillitsmodellen. I tillegg vil prosjektet gi nyttige erfaringer med datadeling som samhandlingsform og for API-håndtering i TAG.

Helse Vest, som vil være samarbeidspart, bærer egne kostnader (tilpasse lokale systemer og prosesser).

Programmet anbefaler derfor at utprøvingen av kritisk info API gjennomføres som en del av TAG.

En mer utfyllende oversikt over innholdet i leveransen ligger vedlagt.

#### **Forvaltning, drift og vedlikehold (FDV)**

Til orientering jobber programmet med prosess for håndtering av FDV-kostander som tilkommer når løsninger som utvikles i TAG-prosjektet settes i produksjon. Programmet vil komme tilbake til programstyret for behandling av dette på et senere tidspunkt.



## Behov 07: Økt tilgjengelighet HelseID

Forretning	<p><b>Problem</b></p> <p>Når helsepersonell yter helsehjelp er det viktig at de har god tilgang til helseopplysninger som er relevante for behandlingen. Noen ganger ligger disse opplysningene lagret hos andre virksomheter. Hvis ikke helsepersonellet får tilgang til disse opplysningene så kan det gå utover pasientsikkerheten. HelseID skal, som en felles tillitstjeneste, legge til rette for at helsepersonell skal kunne hente opplysninger fra andre virksomheter. HelseID vil da være kritisk løsning i all deling av helseopplysninger og dette vil kreve en arkitektur som sikrer høy tilgjengelighet. Dagens løsning har svakheter som gir risiko for nedetid. Nedetid kan medføre at helsepersonell ikke får tilgang til informasjon, og kan føre til uønskede hendelser samt gi ekstra arbeid for helsepersonell. Nedetid kan også undergrave tilliten til løsningen og føre til at den i mindre grad tas i bruk i sektor. Dette problemet vil kunne treffe bredt i sektor, til alle som bruker løsninger som benytter HelseID. Det kan også påvirke NHN og sektoren generelt ved at tilliten deres blir svekket.</p>	<p><b>Behov</b></p> <p>Det er behov for at tilgjengeligheten til HelseID bedres slik at løsningen oppleves av sektoren som forutsigbar og robust. For å få bedre tilgjengelighet så må den tekniske løsningen til HelseID utbedres slik at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>risikoen for nedetid reduseres og</li> <li>konsekvensene av evt hendelser reduseres.</li> </ul> <p>Sistnevnte kan oppnås ved at man tilrettelegger for at løsningene kan komme opp raskere om de skulle gå ned. Ny løsning må også utformes slik at man unngår nedetid ved planlagt vedlikehold.</p> <p>Kilde til dette behovet er dokumentert i Akson SSD og er av den grunn en del av scopet for PDS. Opphavet til dette behovet er primært NHN som kjenner utfordringene og konsekvensene.</p>	<p><b>Gevinster</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>God tilgjengelighet vil bidra til at tilliten til HelseID opprettholdes i sektor og at løsningen tas i bruk bredt. Dette vil igjen bidra til god IKT-sikkerhet og ivaretagelse av personvern i sektor.</li> <li>God tilgjengelighet for HelseID vil redusere behovet for reserveløsninger og spare investerings- og driftskostnader for disse.</li> <li>Uønskede hendelser som følge av at informasjon ikke er tilgjengelig for helsepersonell pga at HelseID ikke er tilgjengelig vil kunne unngås.</li> <li>Unngå redusert innbyggeropplevelse og en redusert tillit til helse- og omsorgstjenesten som følge av HelseID ikke er tilgjengelig.</li> </ul>
Gjennomføring	<p><b>Skisse til løsning</b></p> <p>Dagens løsning har lav redundans og er lokalisert kun på en lokasjon. I tillegg medfører planlagt vedlikehold nedetid:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Leverandøren bes beskrive ny løsning og redegjøre for i hvilken grad man er sikker på at det vil la seg gjøre på en enkel måte å migrere HelseID over på denne løsningen eller om en PoC er nødvendig for å avklare tekniske spørsmål, få oversikt over risiko, få gode estimater, etc.</li> <li>Ny løsning skal sikre bedre tilgjengelighet ved å øke redundans ved at løsningen kjøres på to lokasjoner (Målbilde: aktiv-aktiv).</li> <li>Ny løsning må også støtte at planlagt vedlikehold kan gjennomføres uten at løsningen blir utilgjengelig for brukerne.</li> </ul>	<p><b>Samarbeidsprosjekter</b></p> <p>AMK mulig samarbeidsprosjekt. AMK har høye krav til oppetid. De vil lage en reserveløsning som skal fungere i de tilfeller HelseID ikke er oppe. Kan vi unngå det dersom HelseID leverer en tilstrekkelig høy oppetidsgaranti?</p> <p><b>Hvilke løsninger og leverandører må involveres?</b></p> <p>I tillegg til de tekniske løsningene bør det vurderes om det det vil være nødvendig med justeringer i driftsrutiner og –organisasjon av HelseID</p> <p>Påvirkning på driftskostnader, økning eller reduksjon, bør også beregnes.</p>	<p><b>Risiko og avhengigheter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Endringene vil bli prioritert opp mot andre leveranser hos leverandøren. Dersom man ikke oppnår tilstrekkelig prioritet er det risiko for at dette kan medføre forsinkelser for leveransen.</li> <li>Bør kunne gjøres parallelt med OA04 da det ikke er samme ressurser som vil jobbe på de to leveransene.</li> </ul> <p><b>Hva trengs av sektor for å lykkes</b></p> <p>De spesifikke kravene til tilgjengelighet må vi finne gjennom en dialog med brukerne av HelseID og basert på en kost/nytte vurdering.</p>



## Behov 08: Dokumentdeling - starte stegvis innføring

<b>Forretning</b>	<p><b>Problem</b> Gjennom utprøvingen og planleggingen av bredding av dokumentdeling har hovedsamarbeidspartner Helse Sør-Øst sammen med Helse Nord identifisert flere utfordringer som må løses før dokumentkildene kan dele sine journalldokumenter:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Virksomhetene som er dokumentkilder kan ikke utlevere et journalldokument før de har mer informasjon om brukerkonteksten som ligger til grunn for oppslaget for å oppfylle sine forpliktelser som dataansvarlig.</li> <li>2. i tillegg må det ved innføring sikres at innbyggere er gitt tilstrekkelig informasjon om sine rettigheter,</li> <li>3. samt at det mangler en prosess for håndtering av feil og oppslag som krever oppfølging på tvers av konsumenter og kilder.</li> </ol>	<p><b>Behov</b> Dokumentdeling skal legge til rette for at helsepersonell, gjennom kjernejournal, kan gjøre nødvendige oppslag i utvalgte journalldokumenter som henvisninger, epikriser, utvalgte typer prøvesvar fra laboratorie- og bildeundersøkelser i andre virksomheter enn der de selv er ansatt.</p> <p>Dette oppdraget er en videreføring av "OA01 planlegge bredding dokumentdeling" og skal legge til rette for at kildene (helseforetakene til Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF) skal kunne dele dokumentlista i kjernejournal samt dele innholdet til fastleger og utvalgte helsepersonellgrupper (leger og psykologer som jobber på sykehus).</p> <p>Behovene er avklart gjennom et samarbeid mellom NHH, Helse Sør-Øst og Helse Nord og dokumentert gjennom en innføringsstrategi som ble utarbeidet i OA01. I tillegg er behovene avklart og prioritert av prosjektledere fra alle 4 RHF-ene, KS og legeföreningen.</p>	<p><b>Gevinster</b> Løsningen legger til rette for realisering av følgende overordnede gevinster (listen er ikke uttømmende):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Raskere og enklere tilgang på journalopplysninger fra flere kilder ved at helsepersonell tilbys en selvbetjent innsynsløsning til disse</li> <li>• Økt pasientsikkerhet ved at helsepersonell får enklere tilgang til journalldokumenter utenfor deres egen virksomhet</li> <li>• Reduserer administrativ byrde for helsepersonell ved at de slipper selv å finne hvem som har opplysninger om en gitt pasient</li> <li>• Styrket informasjonssikkerhet og personvern ved at alternative løsninger som telefon og faks eller andre mindre sikre løsninger benyttes.</li> </ul>
<b>Gjennomføring</b>	<p><b>Skisse til løsning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilpasse nasjonale løsninger for å gi fastleger og andre utvalgte helsepersonellgrupper (leger og psykologer som jobber på sykehus) tilgang til innsyn i journalldokumenter (basert på en stegvis tilnærming). Overordnet løsningsbeskrivelse for dette er levert i OA01 og vil brukes som grunnlag for det videre arbeid. (PRI 1)</li> <li>• Planlegge en langsiktig nasjonal løsning hvor første utviklingssteget er en minimumsløsning som oppfylder kildenes krav til konsumenten, (PRI 1)</li> <li>• Etablere første versjon av et felles tillitsanker som er i stand til å håndterer innføringen av konsumenter i dokumentdeling (PRI 1).</li> <li>• Etablere første versjon av sentralisert forvaltning av dokumentdeling:</li> <li>• Håndtere feil og lignende som krever koordinering av flere virksomheter (PRI 1)</li> <li>• Håndtere koordinering av oppfølging av etterkontroll av innsyn (PRI 1)</li> <li>• Vurdere etablering av en metode for gjennomføring av helsefaglig vurderinger av relevant og nødvendig informasjon for ulike personellgrupper (PRI 2)</li> <li>• Planlegging og gjennomføring av tiltak for å informere om innbyggers rettigheter i samarbeid med aktørene (PRI 3)</li> <li>• Vurdere etablering av en selvdeklarasjonsordning for å risikovurdere konsumentenes tilgangsstyring (PRI 4)</li> </ul>	<p><b>Samarbeidsprosjekter</b> Helse Sør-Øst og Helse Nord er samarbeidspartner, både som kilde og konsument. I tillegg skal Oslo kommune være en samarbeidspart på konsumentensiden for denne løsningen. Det er også ønskelig å involvere andre konsumenter samt andre kilder slik som Helse Vest og Helse Midt/HP.</p> <p><b>Hvilke løsninger og leverandører må involveres?</b> Helse Sør-Øst er hovedsamarbeidspart ved dokumentdeling. I tillegg deltar også Helse Nord som samarbeidspart. Fra arbeidet med OA01 er det skissert hvilke endringer disse må gjøre og når de er klare for innføring.</p> <p>På konsumentensiden er Oslo Kommune samarbeidspart. Oslo kommune jobber med å planlegge hvilke endringer de må gjøre på sin side.</p> <p>Påvirkning på driftskostnader, økning eller reduksjon, bør også beregnes.</p>	<p><b>Risiko og avhengigheter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilpasninger vil kreves i mange ulike systemer og det vil medføre høy risiko for utsettelse</li> <li>• Nye kilder hos HSØ har etterspurt nye juridiske vurderinger og dette kan medføre endringer i hvilke tilpasninger som må gjøres.</li> <li>• NHH ønsker å utfordre kildenes juridiske vurderinger og dette gir risiko for at de planlagte tilpasningene må utsettes og innføringen forsinkes</li> <li>• Hvor store konsumentenes tilpasninger er, kjenner vi i for liten grad til per dags dato og dette kan medføre at innføringen hos konsumentene kan ta lengere tid.</li> </ul> <p><b>Hva trengs av sektor for å lykkes</b> Samarbeidspartnerne på kildesiden må ta ansvar for å stille et sett med omforente minimumskrav til konsumentene. Konsumentene må kunne være i stand til å tilfredsstille de krav kildene setter til konsumentene. For å lykkes med oppdraget må alle samarbeidspartene, NHH og Direktoratet samarbeid tett for å oppnå målene med oppdraget. Økt tillit mellom aktørene</p>

## Behov 09: Personverntjeneste – del 1

<b>Forretning</b>	<p><b>Problem</b> Ved innføring av samhandlingsløsninger som deler helseopplysninger må innbyggers rettigheter til å motsette seg slik deling sikres. Dagens praksis er at innbyggere selv må ta kontakt med hver av virksomhetene som deler for å motsette seg deling.</p> <p>Innbyggere må ha bedre muligheter for å styre hvem som skal se hvilken informasjon på tvers i nye samhandlingsløsninger. Det finnes i dag en nasjonal personverntjeneste, men denne må videreutvikles for å støtte nye nasjonale samhandlingsløsninger</p>	<p><b>Behov</b> Personverntjenesten er i praksis relevant for all utveksling av helseopplysninger og annen sensitiv informasjon om innbygger. Å videreutvikle personverntjeneste som en felleskomponent fremstår som et vesentlig virkemiddel for å sikre konsistent utøvelse av personvern på tvers av aktører.</p> <p>Behovet er beskrevet i Akson SSD som et felles behov som informasjonstjenestene beskrevet i Akson SSD vil ha. Personverntjenesten må kunne ivareta innbyggers ønske om å motsette seg deling av egne helseopplysninger som deles gjennom informasjonstjenestene.</p> <p>Del 1 skal videreutvikle personverntjenesten slik at en nasjonal sperretjeneste etableres med en sperreinnstillingen som dekker behovene NILAR har i sin utprøving for å sikre innbyggers rettigheter til å motsette seg deling av helseopplysninger som er lagret i NILAR.</p>	<p><b>Gevinster</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Selvbetjent håndtering av sperringer vil medføre redusert innsats fra helsepersonell og dermed frigjøre tid for disse.</li> <li>Bidrar til at innbygger selv kan håndtere sperringer av sine helseopplysninger. Dette vil kunne bidra til økt tillit til at helse- og omsorgstjenesten tar vare på persondata på en god måte.</li> <li>Bidrar til å hindre uønsket tilgang til personopplysninger</li> </ul>
<b>Gjennomføring</b>	<p><b>Skisse til løsning</b> Dagens personverntjeneste skal videreutvikles for å ivareta innbyggers rettigheter til å motsette seg deling av helseopplysninger i NILAR. Det er også et mål med oppdraget at personverninnstillingene som en innbygger kan sette selv i NILAR blir felles for alle nasjonale e-helseløsninger/samhandlingsløsninger.</p> <p>Følgende behov må dekkes av dette oppdraget:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Administrasjon av en innstillinger for hva som skal sperres i NILAR sin utprøving. Dette inkluderer: <ul style="list-style-type: none"> <li>Selvbetjent funksjonalitet for å opprette, endre og slette sperreinnstillingen gjennom Helsenorge.no</li> <li>Administrativ funksjon for å bistå innbyggere i å opprette, endre og slette sperreinnstillinger og for å forklare konsekvensene av slike innstillinger.</li> </ul> </li> <li>Tilby en tjeneste slik at NILAR kan hente ut en pasients sperreinnstilling</li> <li>Kartlegging av hvilke andre sperreinnstillinger som kan selvbetjenes av innbygger og administreres i helsenorge.no</li> </ul>	<p><b>Samarbeidsprosjekter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>NILAR vil her fungere som et samarbeidsprosjekt</li> </ul> <p><b>Hvilke løsninger og leverandører må involveres?</b> Personverntjenesten er i dag en felleskomponent i felles grunnmur og denne må videreutvikles. I tillegg må det utvikles funksjonalitet på Helsenorge.no som lar innbyggere selv sette sine personverninnstillinger Som en administrativ funksjon for å bistå innbygger er det foreslått å utvide dagens hjelpetjeneste i Helfo. Påvirkning på driftskostnader, økning eller reduksjon, bør også beregnes.</p>	<p><b>Risiko og avhengigheter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Endringene i personverntjenestene og Helsenorge.no vil prioriteres med andre endringer utenfor kontroll av program digital samhandling og det er en risiko for at dette kan medføre forsinkelser for NILAR.</li> <li>Det er en risiko for at juridiske avklaringer kan medføre at innbygger ikke kan sette personverninnstillinger for å motsette seg deling uten at helsepersonell er involvert som vil medføre endringer i løsning.</li> <li>Innbyggere vil ikke forstå konsekvensene av sine ønsker for å motsette seg deling og dette kan gå ut over pasientsikkerheten.</li> </ul> <p><b>Hva trengs av sektor for å lykkes</b> Det vil være viktig at sektoren er med på å verifisere personverninnstillingene for sperringer slik at de kan gjenbrukes utover NILAR.</p>

## Behov 10: Utprøving API for kritisk info

Forretning	<p><b>Problem</b></p> <p>Kritisk info er i dag registrert i flere ulike systemer innad i og på tvers av behandlingssteder i helsesektoren. Systemene snakker i liten grad sammen, og det fører til at kvaliteten på Kritisk info er dårlig ved at data er fragmentert og inkonsistent.</p> <p>For å sikre at informasjon blir delt på tvers av behandlingssteder er det derfor etablert en database for Kritisk info i Kjernejournal, som et grunnlag for deling av data på tvers av helsevirksomheter.</p> <p>På grunn av journalføringsplikten er helsepersonell pliktig til å registrere Kritisk info i lokal EPJ, men må samtidig registrere identisk informasjon på ny i Kjernejournal for å sørge for at informasjonen er delt. Dette skaper en administrativ byrde for helsepersonell, og fører til lav registreringsgrad av opplysninger i Kjernejournal.</p> <p>Problemet er til stede i flere ledd i helse- og omsorgssektoren. Helse Vest er hovedsamarbeidspart. I veikart for nasjonale e-helseløsninger fremgår det at Helse Sør-Øst har planlagt oppstart av konseptutredning for kritisk info, og at Helse Midt-Norge ser også på muligheten for å ta dette i bruk. Det foreligger ingen analyse av hva som vil trenge for at fastleger, legevakt og de andre regionale helseforetakene skal bruke tjenesten.</p>	<p><b>Behov</b></p> <p>Det er et behov i helsesektoren for at kritisk informasjon om en pasient er tilgjengelig på tvers av helsevirksomheter. Med kritisk informasjon menes informasjon som i en behandlingssituasjon kan medføre at planlagte tiltak endres, og kanskje redder pasientens liv eller forhindrer alvorlig skade.</p> <p>I tillegg har helsepersonell et behov for å aksessere Kritisk Info ved oppdatering av Pasientens Legemiddelliste.</p> <p>Det er også anbefalt at API for kritisk info vurderes integrert med International Patient Summary (ISO 27269:2021) for å imøtekomme fremtidig internasjonal utveksling av helsedata.</p> <p>Leveransen er en god kandidat til å operasjonalisere en felles tillitsmodell for datadeling i sektoren. Siden det skal prøves ut et API, kan leveransen også være en god kandidat for å ta i bruk API-håndtering. Man vil også få testet og få erfaring med FHIR og SNOMED CT.</p> <p>Behovet for at helsepersonell skal ha tilgang til en oppdatert og autoritativ beskrivelse av kritisk informasjon er forankret i Veikart for nasjonale e-helseløsninger 2021-2025. Behovet for at pasientens legemiddelliste skal ha tilgang til kritisk informasjon er også forankret i veikartet. Anbefalingen om vurdering av kritisk info mot IPS er gitt av Direktoratet for e-helse.</p>	<p><b>Gevinster</b></p> <p>Følgende gevinster er definert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedre pasientsikkerhet grunnet tilgang til riktig og oppdatert kritisk info</li> <li>• Tryggere og riktigere valg av behandling for helsepersonell</li> <li>• Redusere administrativ byrde ved at helsepersonell slipper å dobbeltføre KI i lokal EPJ og KJ</li> <li>• Redusere kvalitetsvariasjon i kritisk info om pasient</li> </ul>
Gjennomføring	<p><b>Skisse til løsning</b></p> <p>I 2020 ble det utviklet et API for å muliggjøre datadeling mellom Kritisk info i Kjernejournal og i lokale systemer. Ved realisering av API for deling av kritisk informasjon vil Kjernejournal være felles nasjonalt register for kritisk informasjon som de ulike aktørene kan oppdatere med egen informasjon og som kan brukes for å hente opplysninger til lokalt system.</p> <p>Den nasjonale løsningsarkitekturen for API-et er ennå ikke ferdig besluttet. Det er gjenstående arbeid på hvordan synkroniseringen mellom lokale løsninger skal foregå. Dette må løses som en del av denne leveransen.</p> <p>Det er ønskelig at løsningen skal baseres på felles tillitsmodell for datadeling, og ikke Kjernejournal sin eksisterende tillitsmodell. Det må avklares hvilket behov et API krever av en felles tillitsmodell. Av senere leveranser er det også ønskelig at API-et skal inngå i en plattform for API-håndtering som er under utvikling i regi av TAG-prosjektet. Denne er estimert ferdigstilt Q1 2022.</p> <p>Det vil være behov for at virksomhetene som skal ta i bruk API-et gjør tilpasninger i egne systemer for å støtte API for Kritisk info. Lokale tilpasninger av systemer er ikke en del av prosjektets omfang.</p>	<p><b>Samarbeidsprosjekter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helse Vest RHF er hovedsamarbeidspartner for utprøving av API</li> <li>• Pasientens Legemiddelliste (PLL)</li> <li>• Program for kodeverk og terminologi (PKT)</li> </ul> <p><b>Hvilke løsninger og leverandører må involveres?</b></p> <p>Utprøvingen er et samarbeid mellom Helse Vest, NHN (leverandør) og Direktoratet for e-helse. Helse Vest må tilpasse sin organisasjon og sine systemer for å kunne ta i bruk Kritisk Info API. Leverandøren vil gjøre endringer i API ved behov, og Direktoratet for e-helse vil bistå med koordinering. Direktoratet for e-helse vil også være involvert i kartlegging for bruk av SNOMED CT.</p> <p>Påvirkning på driftskostnader, økning eller reduksjon, bør også beregnes.</p>	<p><b>Risiko og avhengigheter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilpasninger i lokale systemer; usikkert når tilpasninger i lokale systemer hos Helse Vest RHF kan være levert før utprøving startes</li> <li>• Avklaringer i forbindelse med nasjonal arkitektur; usikkerhet knyttet til hvor omforent interessentene er til foreslått nasjonal arkitektur</li> <li>• Spesifisering av API; usikkert hvordan prosjektet skal håndtere ulike retningslinjer i virksomhetene på hvem som kan registrere kritisk info</li> <li>• Avklare avhengigheter mellom Kritisk Info og Pasientens Legemiddelliste (PLL)</li> </ul> <p><b>Hva trengs av sektor for å lykkes</b></p> <p>Utprøving med Helse Vest RHF. Det er viktig at sektor gjør tilpasninger i lokale systemer for å implementere API fra Kritisk info i Kjernejournal.</p>

Til	Programstyret program digital samhandling
Dato	20.10.2021
Saksnummer	38/21
Type	Tilslutning

### Revidert leveranseplan for NILAR for helsepersonell

#### Forslag til vedtak:

Programstyret gir sin tilslutning til revidert leveranseplan for helsepersonell, herunder foreslått prioritering og arbeid med problemstillinger og tar presentasjon av status for prosjektet til orientering.

### Hensikt med saken

Prosjektet viser til revidert og overordnet leveranseplan for hele prosjektperioden som ble presentert i programstyret 14. september. Programstyret sluttet seg til at fokus for NILAR i første omgang har helsepersonell som brukergruppe, for på senere tidspunkt drøfte ivaretagelse av innbyggerperspektivet og sekundærbruk.

Følgelig legger prosjektet frem en revidert leveranseplan basert på *Minimal Viable Product* (MVP) med formål om å tilgjengeliggjøre prøvesvar og svarrapporter for helsepersonell.

Prosjektet redegjør også i denne saken kort for status, samt problemstillinger som det pågår arbeid med å avklare, og som må være på plass før en utprøving kan finne sted.

### Revidert leveransplan

Prosjektet er godt i gang med å utvikle og teste samhandlingsløsningen (1)<sup>1</sup> og endringer for å vise svarrapporter og prøvesvar i Kjernejournal (2), og vil nå fokusere på klargjøring av produsenter (3) slik at kopimeldinger kan sendes til NILAR. Med produsenter menes leverandørene av LIMS/RIS og tjenesteleverandørene til RHFene. Dette arbeidet ønsker vi å gå i gang med nå.

Videre vil ytterligere behov, egenskaper og funksjonalitet for å håndtere reelle pasientdata bli avklart for så å bli utviklet og testet; heretter kalt «Produksjonsklar» (4). De sektorsammensatte samarbeidsgruppene vil ha en sentral rolle i dette arbeidet.

Prosjektet har p.t. ikke igangsatt arbeid med å planlegge utprøving (6), men forventer å komme i gang med arbeidet i desember/januar.

Avhengigheter i revidert plan:

- TAGs leveranser av endringer i den nasjonale personvernkomponenten og moderniserte tillitstjenester (5)
- Rettsgrunnlag i utprøvsperioden (7)

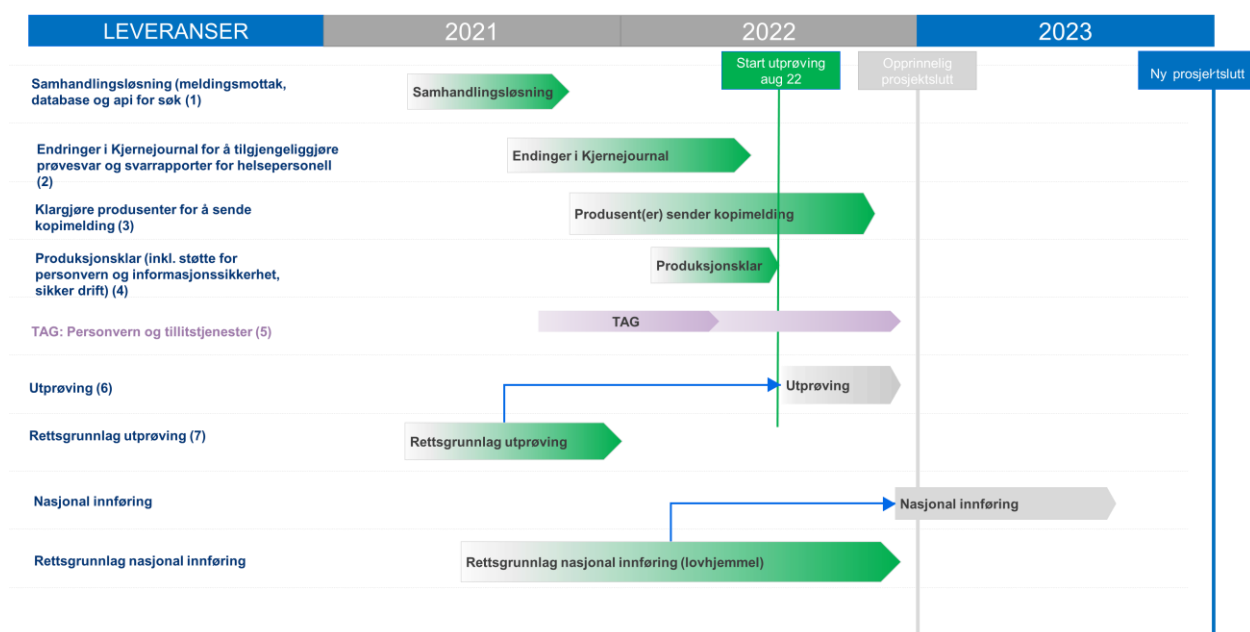
---

<sup>1</sup> Nummer i parentes henviser til nummer som er angitt i leveranseplan på neste side

Konsekvenser av revidert plan:

Prosjektet vil fremover ha fokus på en NILAR-løsning for helsepersonell. Dette betyr at arbeidet med å planlegge, utvikle og teste elektronisk tilgjengeliggjøring av prøvesvar og svarrapporter i Helsenorge utsettes inntil saken er behandlet i programstyret. Det må likevel presiseres at i det videre arbeidet vil innbyggers øvrige rettigheter som innsyn i leselogger, sperring, retting og sletting bli ivaretatt gjennom Helsenorge.

Nedenfor vises en overordnet leveranseplan med fokus på MVP for å klargjøre NILAR for helsepersonell gjennom Kjernejournal. Det presiseres at samhandlingsløsningen (1) også inkluderer API for søk i sentral NILAR-database, slik at det etter hvert vil være mulig å få tilgang for helsepersonell direkte fra fagsystem (EPJ) istedenfor via Kjernejournal.



NR	BESKRIVELSE	PERIODE	STATUS
1	Samhandlingsløsning inkl. API for søk i NILAR-databasen	04.21 - 11.21	Utviklingsfase
2	Endringer i Kjernejournal for å tilgjengeliggjøre testdata	09.21 - 05.22	Utviklingsfase
3	Klargjøre produsenter	10.21 ->	Planfase
4	Produksjonsklar (håndtering av personvern og informasjonssikkerhet inkludert tilgangsstyring ut fra tjenstlig behov og pasienters rettighet til sperring retting/sletting, lagringstid, logging med innsyn, sikker drift.)	01.22 - 06.22	Behovsfase
5	TAGs leveranse på personvernkomponenten og moderniserte tillitstjenester	01.22 - 04.22	Planfase
6	Utprøving med et fåtalls produsenter og konsumenter	08.22 - 12.22	Ikke startet

7	Rettsgrunnlag utprøving	04.21 - 12.21	Behovsfase
---	-------------------------	---------------	------------

### Status i prosjektet

Prosjektet har god fremdrift og er i henhold til revidert leveranseplan på leveransene:

- Samhandlingsløsning (1)
- Tilgjengeliggjøring av svrappporter og prøvesvar i Kjernejournal for helsepersonell (2)

Prosjektet planlegger å kunne demonstrere løsningen for tilgjengeliggjøring av svrappporter (grovmasket søk) i Kjernejournal i desember, ved bruk av testmeldinger.

Leveransene nevnt over er avhengig av ytterligere egenskaper og funksjonalitet før produksjonssetting, hvorav arbeid med vurdering av ambisjonsnivå og hvordan behovene skal ivaretas pågår. Programstyret vil i desember få en oversikt over leveranser for tilslutning for 1.halvår 2022.

Prosjektet har månedlige møter i de sektorsammensatte samarbeidsgruppene for å forankre behov og få innspill på hvordan de bør løses. I september har samarbeidsgruppene diskutert sikring av datakvalitet i svarmeldinger, og hvordan svrappporter kan tilgjengeliggjøres på en effektiv måte for helsepersonell i Kjernejournal. Dette arbeidet fortsetter også i oktober. Fokus har vært på å få frem den viktigste informasjonen for helsepersonell, unngå gjentakelser av innhold i hver svrappport og anvende utvidbare felter i svrappporter for å lage en komprimert og oversiktlig visning med tydelige overskrifter.

### Prioritering og arbeid med sentrale problemstillinger

Siden prosjektet har en smidig tilnærming, vil det i høst være fokus på hva som skal til for å gjøre løsningen produksjonsklar (4), dvs. klar for å ta imot og presentere reelle pasientdata. Dette gjelder spesielt ivaretagelse av personvern og informasjonssikkerhet, men også andre viktige problemstillinger må vurderes (se tabellen under). Prosjektet planlegger egne møter med sektor i oktober og november for diskusjon og forankring av disse problemstillingene, ambisjonsnivåene og hvordan behovene kan ivaretas i løsningen. Deretter vil prosjektet i desember legge frem forslag til leveransene for å gjøre NILAR produksjonsklar til beslutning i programstyret.

Prosjektet har utarbeidet en oversikt over sentrale problemstillinger og behov som må løses før en produksjonssetting; herunder forslag til prioritert ref. tabellen nedenfor.

ID	BESKRIVELSE	PRIORITET
1	Personvern, herunder: <ul style="list-style-type: none"> <li>• igangsette og gjennomføre en personvernkonsekvensvurdering (DPIA)</li> <li>• sikre at løsningen ivaretar kravet om innebygd personvern</li> <li>• sikre at løsningen ivaretar pasientens rettigheter og friheter, herunder:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ retten til informasjon og innsyn i helseopplysninger og logg</li> <li>○ retten til å motsette seg utlevering av helseopplysninger (sperring), inkludert prosess som ivaretar at innbygger får informasjon om eventuelle konsekvenser av sperring</li> <li>○ retten til retting og sletting</li> </ul> </li> </ul>	1

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• andre spørsmål som f.eks. lagringstid skal også avklares</li> </ul>	
2	<p>Informasjonssikkerhet, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gjennomføre ROS for informasjonssikkerhet</li> <li>• sikre at løsningen har tilfredsstillende identitets- og tilgangsstyring. Det skal i utprøvingen skje via Kjernejournal for helsepersonell, ut fra bl.a:           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ tjenstlig behov</li> <li>○ innbyggers rett til å motsette seg utlevering av helseopplysninger mellom virksomheter</li> <li>○ behov for å skjerme særlig sensitive helseopplysninger og pasienter med særskilt behov for skjerming</li> <li>○ evt. helsepersonells mulighet for selvautorisering</li> </ul> </li> <li>• leselogg og sporbarhet av endringer, og innsyn i disse</li> </ul>	1
3	<p>Klargjøre produsenter for sending av kopimeldinger, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• LIMS/RIS-leverandører</li> <li>• tjenesteleverandører RHF</li> <li>• laboratorier og radiologiske virksomheter, og deres arbeidsprosesser</li> </ul>	1
4	<p>Rettsgrunnlag for sentral lagring og behandling av kopimeldinger for</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• utprøving (kort sikt)</li> <li>• nasjonal innføring (lang sikt)</li> </ul>	1
5	<p>Roller og ansvar, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dataansvarlig</li> <li>• databehandler</li> <li>• produserende virksomheter</li> <li>• konsumerende virksomheter</li> <li>• leverandører (av LIMS, RIS og EPJ)</li> <li>• helsepersonell</li> <li>• innbygger</li> </ul>	1
6	<p>Transisjon i forhold til FHI m.fl., herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FHI svarformidling COVID-19 til kjernejournal og Helsenorge</li> <li>• FHI svarformidling COVID-19 til smittesporing</li> <li>• koordinert endring av automatisk håndtering av kopiadressater</li> <li>• koordinering av regler for mottak av meldinger</li> <li>• forhold til formidling av svarrapporter via dokumentdeling</li> </ul>	2
7	<p>Datakvalitet i meldingene</p>	2
8	<p>Pasientsikkerhet og oppfølging av prøvesvar, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• formidling av hvor omfattende søkeresultater (f.eks. fra hvilke laboratorier, fra hvilket undersøkelsestidspunkt) brukere av NILAR kan forvente ved fin- og grovmasket søk</li> <li>• håndtering av bruk av lokale kodeverk i svarmeldinger ved presentasjon av resultater fra finmasket søk (trender og labark)</li> </ul>	2

	<ul style="list-style-type: none"><li>• håndtering av utlevering av prøvesvar til innbygger via Helsenorger, inkludert:<ul style="list-style-type: none"><li>○ støtte til innbyggers forståelse av utleverte prøvesvar</li><li>○ kontakt med pasient ved alvorlige funn (forsinket utlevering)</li><li>○ nekting av utlevering av prøvesvar til pasient hvis dette er nødvendig i helsehjelpen</li></ul></li></ul>	
<b>9</b>	Brukervennlighet og brukerstøtte, herunder: <ul style="list-style-type: none"><li>• dokumentasjon for brukere</li></ul>	3
<b>10</b>	Planlegge utprøving og innføring	3
<b>11</b>	Prosesser for produksjonssetting, overlevering til drift og forvaltning, konfigurasjonsstyring	3



## Program digital samhandling – Forprosjekt steg 2

Til	Programstyret program digital samhandling
Dato	12.10.2021
Saksnummer	39/21
Type	Vedtak

# Tilslutning til prinsipper for gjennomføringsstrategi og styringsmodell for steg 2

### Forslag til vedtak:

Programstyret tilslutter seg prinsipper for gjennomføringsstrategi og styringsmodell for steg 2. Forprosjektet legger tilslutningen til grunn for videre arbeid med sentralt styringsdokument.

### Hensikt med saken

I det sentrale styringsdokumentet skal det utarbeides strategi for styring og organisering og gjennomføringsstrategi for steg 2. Dette toppnotatet beskriver hvilke tema forprosjektet ønsker å drøfte og få tilslutning fra programstyret på. Se Vedlegg 1 for ytterligere beskrivelser av prinsipper for gjennomføringsstrategi og styring og organisering.

I programstyremøtet legges det opp til drøfting og tilslutning til:

- Prinsipper for gjennomføringsstrategi i steg 2
- Prinsipper for styringsmodell i steg 2

Medlemmene i programstyret har vært invitert til arbeidsmøter hvor prinsipper for styring og organisering har vært drøftet. Møtene har vært gjennomført 30.09 og 12.10. Følgende medlemmer i programstyret hadde anledning til å delta; Helse-Midt, NSF, Stavanger kommune, Helsedirektoratet, NHN, Helse-Vest, FHI og Legeforeningen.

Forprosjektet vil i det videre arbeidet benytte prinsippene og innspillene som kommer i møtet til å detaljere styringsmodellen og gjennomføringsstrategi for steg 2. Det vil bli invitert til nye arbeidsmøter for drøfting og endelig forslag vil presenteres for programstyret i neste møte.

### *Orientering om arbeid med kost- og nytteestimer*

Toppnotat gir også en orientering om prosess og pågående arbeid med samfunnsøkonomisk analyse og tilhørende kost- og nytteestimer for tiltakene i steg 2.

## Bakgrunn

Det sentrale styringsdokumentet utarbeides i tråd med statens prosjektmodell, jf. FINs rundskriv R-108/19 og sentrale føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet. Dette inkluderer blant annet å:

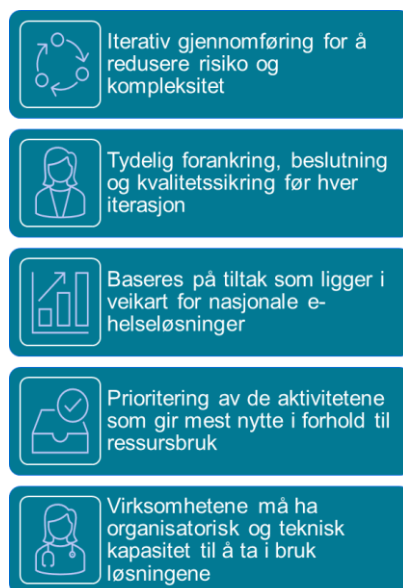
- Avgrense forprosjektet til å utrede steg 2 av digital samhandling. Det skal synliggjøres hvordan steg 1 og steg 2 bidrar til å realisere målbildet for digital samhandling
- Legge veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger til grunn for prioritering av tiltak i steg 2

Finansieringsmodell og endelig kostnadsfordeling vil kunne påvirke styring og organisering av steg 2. Det er i dialog med HOD avklart at utarbeidelse av finansieringsmodeller, herunder kostnadsfordeling mellom aktørene, vil håndteres av departementet selv. Arbeidet med finansieringsmodeller skal være ferdigstilt innen utgangen av oktober 2021. Foreløpig legger forprosjektet til grunn statens utgangspunkt for kostnadsfordeling:

- investeringskostnaden for helhetlig samhandling utover steg 1 skal fordeles mellom regionale helseforetak og kommuner.
- 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.

## Forslag til strategiske prinsipper for gjennomføringen av steg 2

Krav og forventninger samt læring og erfaring fra steg 1 er de sentrale driverne for gjennomføringsstrategien for steg 2. I arbeidsmøtene med programstyrets medlemmer har forprosjektet fått tilbakemeldinger på de foreslåtte prinsippene og innarbeidet de tilbakemeldingene i dette saksunderlaget. Forprosjektet ønsker å få tilslutning til de strategiske prinsippene for gjennomføring slik at det kan utarbeides utviklings-, innførings- og gevinstrealiseringsstrategier som bygger på prinsippene i det videre arbeidet. Figur 1 viser prinsippene for gjennomføringsstrategi for steg 2. Se vedlegg 1 s. 5 for beskrivelse av prinsippene.



Figur 1: Prinsipper for gjennomføringsstrategi steg 2

## Forslag til prinsipper for styringsmodell i steg 2

Forprosjektet ber programstyret om tilslutning til forslag til prinsipper for styringsmodell i steg 2. Prinsippene skal bidra til å sikre at man lykkes med en smidig gjennomføring av steg 2 basert på nytte samt understøtte målbildet for helhetlig samhandling. **Feil! Fant ikke referanseilden.** viser forslag til prinsipper. Se Vedlegg 1 s. 8 for beskrivelse av prinsippene.

- 1 Styringsmodellen skal understøtte en smidig gjennomføring og nyttestyring av tiltak i steg 2.
- 2 Programmet skal styres i tråd med de overordnende målene og føringene som følger av forprosjektet for steg 2 og målbildet for helhetlig samhandling.
- 3 Alle aktører som berøres av endringen og er ansvarlig for at gevinster blir realisert skal være representert i programstyret.
- 4 Programeier må ta ansvar for å balansere ulike interesser og sikre at vi skaper mest mulig felles nytte for investeringene som oppfyller regjeringens intensjoner/krav
- 5 Saker av strategisk betydning for steg 2 skal behandles i nasjonal styringsmodell for e-helse i henhold til de retningslinjene som gjelder.\*
- 6 Samarbeids- og leveransemodellen mellom Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett vil ligge til grunn for ansvaret for gjennomføringen av steg 2.
- 7 MSP® legges til grunn for styringsstrukturen og programorganiseringen.
- 8 Investerings- og forvaltningskostnad for helhetlig samhandling utover steg 1 skal fordeles mellom regionale helseforetak og kommuner.\*\*

\*Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å fornye nasjonal styringsmodell, sektor er involvert i dette arbeidet. Dette arbeidet er klart 15. oktober.

\*\*Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med å utrede finansieringsmodell. Denne skal være klar i slutten av oktober.

Figur 2 Forslag til prinsipper for styring og organisering

Foreløpig innspill fra sektor er at de i hovedsak er enig i prinsippene, men at den største utfordringen ligger i operasjonaliseringen. Eksempelvis for prinsipp 1, en styringsmodell som understøtter smidig gjennomføring og nyttestyring: Hvordan lykkes man i praksis med å etablere en styringsmodell hvor aktørene som deltar i styringsmodellen må ha en forpliktelse fra egen virksomhet med seg inn i styringsmodellen? Særlig kommunene kom med innspill på at det er svært utfordrende og tidkrevende med forankring av forpliktende beslutninger i kommunestyrene. Styringsmodellen må legge til rette for at et sektorsammensatt programstyre kan prioritere ut ifra nytte for sektor og kapasitet hos aktørene.

Videre kom det innspill fra sektor på at i hvilken grad man lykkes med disse prinsippene avhenger av endelig finansiering og kostnadsdeling.

Basert på innspillene som har kommet fra sektor vil forprosjektet jobbe videre med å detaljere styringsmodellen for steg 2. Dette innebærer blant annet å tydeliggjøre juridiske forhold, definere roller og ansvar, beskrive styringsmekanismer og beslutningsmyndighet (fullmakter og eskalering), samt identifisere organisatoriske grensesnitt og avhengigheter.

## Kost/nytte og samfunnsøkonomisk analyse

### Orientering om prosessen

Den samfunnsøkonomiske analysen med kost/nytte-analyse følger prosessen som er angitt i DFØs veileder for samfunnsøkonomiske analyser. Veilederen beskriver 8 arbeidsfaser der resultatene fra hver fase danner grunnlaget for den neste fasen. Fasene har vært fulgt i arbeidet med kost/nytte, men med en stor grad av interaktivitet mellom de de ulike fasene etter hvert som det er utarbeidet mer kunnskap om de

aktuelle tiltakene. Flere av fasene har også nær sammenheng og avhengigheter til andre prosesser, og da særlig mot avklaringer av omfang og målilde, og beskrivelser med avgrensninger av tiltakene som vurderes inn i steg 2.

Kostnader og nytte skal vurderes som endringer relativt til det som uansett oppstår av kostnader og nytte i nullalternativet. Nullalternativet skal gi en beskrivelse av utviklingen dersom tiltakene i steg 2 ikke realiseres, og må derfor inkludere alle pågående og vedtatte aktiviteter som har finansieringer eller som med rimelig sikkerhet kan antas å bli gjennomført innenfor løpende drift og forvaltning.

Kort oppsummert er arbeidet i de i seks fasene lagt opp som følger:

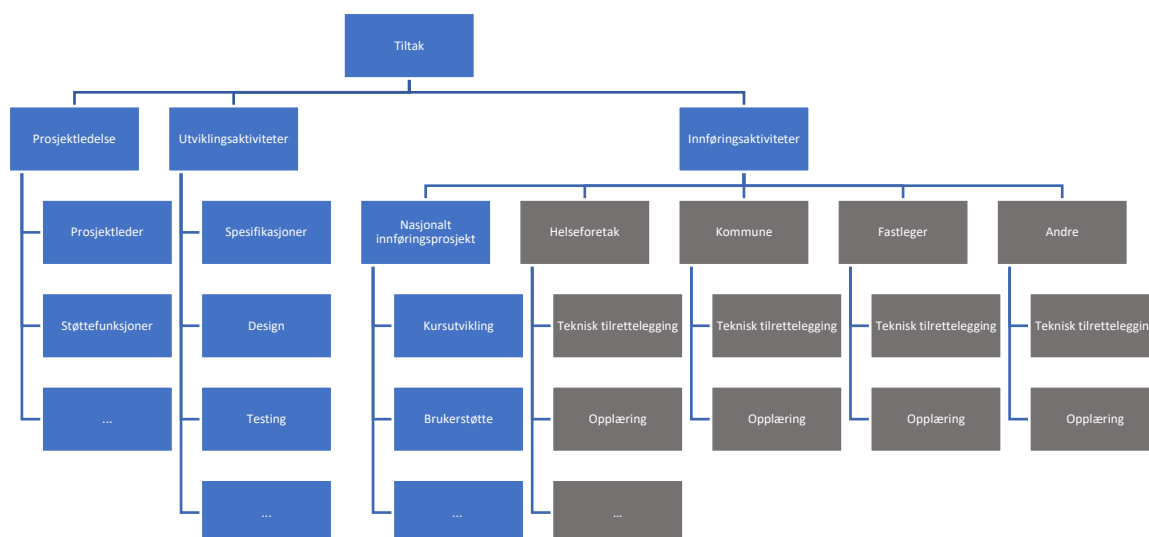
1. **Beskrivelse av problemet og formulering av mål:** Problembeskrivelsen følger i stor grad av konseptvalgutredning og nasjonalt veikart og ligger som en overordnet føring for hvilke problemer PDS skal rette seg mot. Interne prosesser og samarbeid med arbeidsgruppen målilde og omfang samt beskrivelser av pågående tiltak og programmer danner de viktigste inngangsdataene for denne arbeidsfasen. Nullalternativet utarbeides i denne fasen.
2. **Identifisere og beskrive relevante tiltak. Identifisere hvilke funksjonaliteter (tiltaks pakker) som skal realiseres i steg 2.** Arbeidet startet i vår med prosesser med sektor og en prioriteringsprosess. Tiltakene som er kommet gjennom prioriteringsprosessen beskrives med mål, innhold, kostnader og forventet nytte. Inngangsdataene til den samfunnsøkonomiske analysen hentes fra tidligere utredninger og analyser og øvrige arbeidsprosesser i programmet som konkretiserer tiltakene som skal inn i steg 2. Flere av tiltakene som er aktuelle for steg 2 er en form for videreføring av igangsatte aktiviteter som er finansiert og/eller ferdigstilt. Det pågår derfor en prosess med å avgrense hvilke deler av de ulike tiltakene som skal legges i nullalternativet og hvilke deler av tiltaket som kan defineres som tillegg som skal inn i steg 2.
3. **Identifisere virkninger** (med dette menes både kostnader og nyttevirksomheter). Arbeidet bygger på tidligere arbeider og erfaringer, og dokumentasjon fra de aktuelle tiltakene. Dialog med sektor og pågående programmer er viktig for å sikre en best mulig inngangsdata til kost-nytte analysen.
  - For **PLL** hentes det data og kunnskap fra utprøvningsprosjektet og satsningsforslaget for SFM, det gjøres faglige vurderinger og avgrensning – og det er lagt opp til forandringsprosesser i sektor. Det er god og tett dialog med Legemiddelprogrammet
  - For **dokumentdeling** hentes det inn tidligere analyser og beregninger, og vi er i gang med å hente inn erfaringer som kan supplere/korrigere tidligere analyser og vurderinger av kostnader og nytte. Erfaringsutveksling med aktører som prøver ut dokumentdeling er i gang, og det er gjennomført erfaringsutveksling med blant annet NHN, Helse Sør-Øst, Stavanger, Oslo og Bodø kommune.
  - **Kritisk info.** Kunnskapsinnhenting er i gang. Det er nødvendig med en avgrensninger mot PLL (CAVE) og eventuell oppdatert standard. Det foreligger mindre grunnlagsdata for å kunne vurdere nytte på dette området enn for en del av de andre tiltakene. Det vil derfor være nødvendig å basere seg på tilgjengelig statistikk og fagvurderinger, der vi i hovedsak vil gjøre overordnede analyser. Vi er avhengige av dialog med Helse Vest og NHN for å lykkes.
  - **DBEP** er et pågående program med finansiering fra Helsedirektoratet. Det hentes inn kostnads- og nyttevurderinger fra tidligere analyser som kvalitetssikres og realitetsvurderes med interne fagressurser og dialog med Helsedirektoratet før resultatene bearbeides til inngangsdata for en kost/nytte analyse.
  - **DHO** – Kunnskapsinnhenting er i gang og NHN vil være en sentral bidragsyter for å kunne vurdere kostnader. Tiltaket gir i seg selv få eller ingen direkte nyttevirksomheter for helsepersonell eller pasienter. På nyttesiden vil vi derfor først og fremst beskrive hvordan tiltaket legger til rette for økt innovasjon og nytte realisering i fremtidig nye tjenester.
4. **Tallfeste og verdsette virkninger.** Resultatene fra arbeidsfasen over danner et grunnlag for å estimere investeringskostnader som skal inn i en usikkerhetsanalyse, og tallfeste andre virkninger. Virkninger som ikke kan tallfestes vil behandles som ikke-prissatte effekter.
5. **Vurdere samfunnsøkonomisk lønnsomhet.**
6. **Gjennomføre usikkerhetsanalyse.**

Resultatet fra arbeidsfasene over vil kunne ut i en samlet kost/nyttevurdering av steg 2.

Nærmere om prosjektnedbrytningsstruktur (PNS) for de enkelte tiltakspakkene

Finansdepartementets veileder for Digitaliseringsprosjekter i Statens prosjektmodell gir retningslinjer for kostnadsestimering og prosjektnedbrytningsstrukturen (PNS). I henhold til veilederen er det vesentlige at «[...] PNS og tilhørende kostnadsestimater gir styrbare «pakker», som gjør det mulig å styre prosjektets fremdrift og kostnadspåslag underveis i gjennomføringen». De styrbare pakkene skal også gjøre det mulig å iverksette tiltak dersom tiltenkt nytte ikke realiseres innenfor fastsatte rammer.

Under er et overordnet generisk eksempel på en PNS-struktur for utvikling og innføring av digitaliseringstiltak i helse- og omsorgssektoren. Dette benytter vi som et utgangspunkt for etablering av PNS for de ulike tiltakene som inngår i steg 2. Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at investeringskostnadene for helhetlig samhandling utover steg 1 skal fordeles mellom regionale helseforetak og kommuner, mens myndighetsoppgaver og programaktiviteter<sup>1</sup> finansieres av staten. Kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold dekkes av regionale helseforetak og kommuner. Det er derfor et poeng at PNS-strukturen synliggjør hvor de ulike kostnadselementene oppstår. Dette er forsøkt illustrert i figuren under ved at de blå boksene skisserer aktiviteter som er en del av programmets styringsmål, mens de grå beskriver regionale/lokale aktiviteter. Merk at virksomhetene i sektoren også må finansiere deler av de blå boksene.

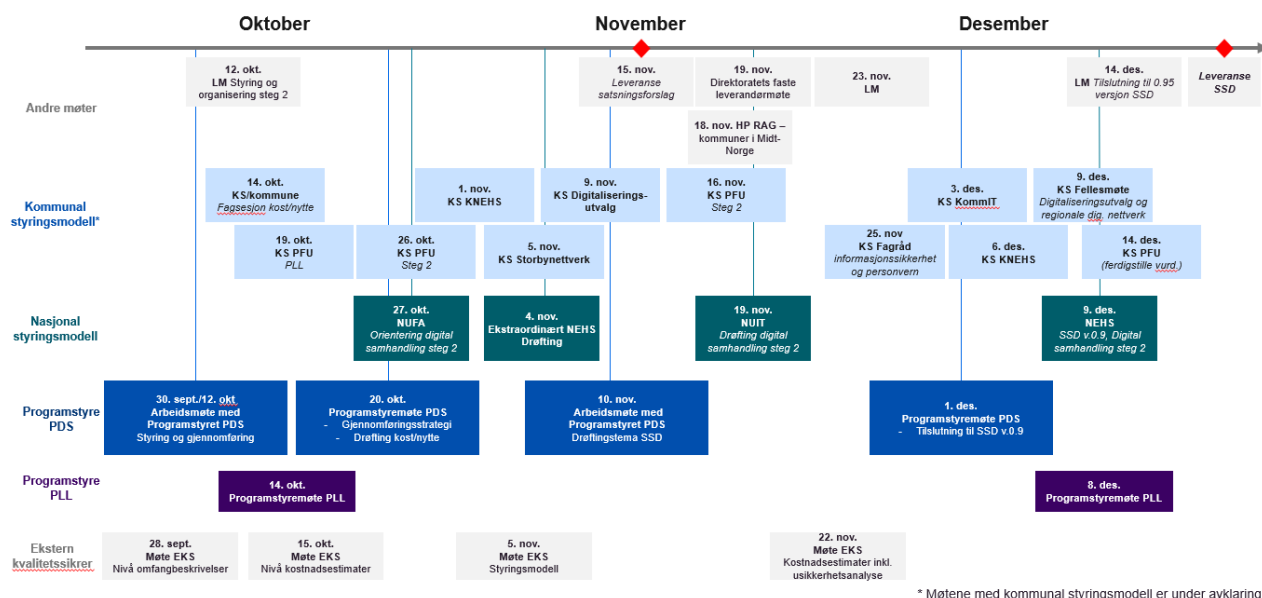


Figur 3: Generisk eksempel på PNS for tiltak som inngår i steg 2. Blå = Omfang/aktiviteter som er en del av programmets styringsmål. Grå = Omfang/aktiviteter som er egenfinansiert av aktørene.

<sup>1</sup> Forprosjektet skal gjøre en nærmere avgrensning av hva som skal defineres som myndighetsoppgaver og programaktiviteter.

## Videre prosess og plan for forankring

Forslag til prosess videre frem til leveranse av sentralt styringsdokument er illustrert under i Figur 4. Vennligst merk at møter i kommunal styringsmodell er under avklaring. Det blir arrangert drøftingsmøte med nasjonalt e-helsestyre 4. november basert på programstyrets behandling 20. oktober (dette møtet).



Figur 4 Forslag til videre prosess frem til leveranse av sentralt styringsdokument (SSD) i desember 2021. Vennligst merk at møter i kommunal styringsmodell er under avklaring.

## Vedlegg:

- Vedlegg 1 – Prinsipper for styringsmodell og gjennomføringsstrategi for steg 2



Direktoratet for  
e-helse

## Vedlegg 1- Prinsipper for styringsmodell og gjennomføringsstrategi for steg 2

Vedlegg til sak 39-21 forprosjekt steg 2



Direktoratet for  
e-helse

# Prinsipper for gjennomføringsstrategi

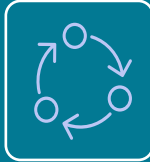


# Strategiske prinsipper



Gjennomføringsstrategien for steg 2 består av strategiske prinsipper som svarer ut krav og forventninger samt erfaring og læring fra tidligere programmer og prosjekter. Prinsippene brukes for å beskrive strategier for hvordan steg 2 skal produsere, innføre og følge opp gevinstarbeidet som fører til at programmet når sine mål og oppnår de ønskede effektene.

# Prinsipper for gjennomføringsstrategi



Iterativ gjennomføring for å redusere risiko og kompleksitet



Tydlig forankring, beslutning og kvalitetssikring før hver iterasjon



Baseres på tiltak som ligger i veikart for nasjonale e-helseløsninger



Prioritering av de aktivitetene som gir mest nytte i forhold til ressursbruk



Virksomhetene må ha organisatorisk og teknisk kapasitet til å ta i bruk løsningene



Iterativ gjennomføring for å redusere risiko og kompleksitet



Tydelig forankring, beslutning og kvalitetssikring før hver iterasjon



Baseres på tiltak som ligger i veikart for nasjonale e-helseløsninger



Prioritering av de aktivitetene som gir mest nytte i forhold til ressursbruk



Virksomhetene må ha organisatorisk og teknisk kapasitet til å ta i bruk løsningene

Prinsipp		Beskrivelse av prinsippet og hvilken effekt det skal ha
1	Iterativ gjennomføring for å redusere risiko og kompleksitet	Steg 2 brytes ned i mindre leveranser for å redusere risiko. Dette for å muliggjøre å kunne ta ut nytte tidlig, og legge til rette for læring og kvalitetssikring. Prinsippet skal sørge for kontinuerlige forbedringer underveis i Steg 2.
2	Tydlig forankring, beslutning og kvalitetssikring før hver iterasjon	Dette prinsippet skal legge til rette for justeringer underveis basert på erfaringer, kontinuerlig forankring hos de viktigste interessentene og verifisere at programmet styrer mot målbilde til helhetlig samhandling.
3	Baseres på tiltak som ligger i veikart for nasjonale e-helseløsninger	Dette prinsippet innebærer at tiltakene i steg 2 bidrar til å realisere deler av informasjonstjenestene i det funksjonelle målbildet for helhetlig samhandling. Dette målbildet og behovet ligger til grunn gjennom KVVU-en og KS1.
4	Prioritering av de aktivitetene som gir mest nytte i forhold til ressursbruk	Dette prinsippet skal sikre at man evner å ha god oversikt over nytte og ressursbruk knyttet til de ulike aktivitetene. Nytt og ressursbruk skal justeres etter hvert som man får erfaring ute i sektor. Dette for å sikre at man til enhver tid prioriterer de aktivitetene som viser seg å ha størst effekt. Dette krever fleksibilitet og evne til å kunne justere underveis.
5	Virksomhetene må ha organisatorisk og teknisk kapasitet til å ta i bruk løsningene	Dette prinsippet skal bidra til å sikre gevinstrealisering. HF'ene og kommunene må bestille utviklingskapasitet hos leverandørene. Leverandørene må ha kapasitet til å utvikle nødvendig funksjonalitet for å ta i bruk løsningene. Helsepersonell må ha tid og anledning til å motta nødvendig opplæring.



Direktoratet for  
e-helse

# Prinsipper for styringsmodell

# Styringsmodellen må understøtte prinsippene for organisering og styring av steg 2 og en smidig gjennomføring av målbildet for helhetlig samhandling

- 1 Styringsmodellen skal understøtte en smidig gjennomføring og nyttestyring av tiltak i steg 2.
- 2 Programmet skal styres i tråd med de overordnede målene og føringene som følger av forprosjektet for steg 2 og målbildet for helhetlig samhandling.
- 3 Alle aktører som berøres av endringen og er ansvarlig for at gevinster blir realisert skal være representert i programstyret.
- 4 Programeier må ta ansvar for å balansere ulike interesser og sikre at vi skaper mest mulig felles nytte for investeringene som oppfyller regjeringens intensjoner/krav
- 5 Saker av strategisk betydning for steg 2 skal behandles i nasjonal styringsmodell for e-helse i henhold til de retningslinjene som gjelder.\*
- 6 Samarbeids- og leveransemodellen mellom Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett vil ligge til grunn for ansvaret for gjennomføringen av steg 2.
- 7 MSP® legges til grunn for styringsstrukturen og programorganiseringen.
- 8 Investerings- og forvaltningskostnad for helhetlig samhandling utover steg 1 skal fordeles mellom regionale helseforetak og kommuner.\*\*

Prinsipp		Beskrivelse av prinsipp og hvilken effekt det skal ha
1	Styringsmodellen skal understøtte en smidig gjennomføring og nyttestyring av tiltak i steg 2.	For å lykkes med en styringsmodell som muliggjør nyttestyring av tiltak, er det en forutsetning at medlemmene i et programstyre og/eller de som fatter beslutninger i styringsmodellen har med seg en fullmakt til å styre etter nytte innenfor en viss ramme. Dette prinsippet krever forpliktelse fra aktører i styringsmodellen, noe som medfører at aktørene må forankre i egen virksomhet i forkant. Dersom man lykkes med å sikre en slik forpliktelse vil det imidlertid muliggjøre en nyttestyring av tiltakene i steg 2.
2	Programmet skal styres i tråd med de overordnede målene og føringene som følger av forprosjektet for steg 2 og målbildet for helhetlig samhandling.	Tiltakene og produktene som skal realiseres i steg 2 er viktige steg i utviklingsretningen til målbildet mot helhetlig samhandling. Dette målbildet og behovet ligger til grunn gjennom KVVU-en og KS1. Det er derfor sentralt at styringsmodellen legger til rette for å styre i tråd med målene for steg 2 og for den overordnede utviklingsretningen. Dette prinsippet legger til grunn føringene som er gitt fra HOD i oppdragsbrev av 18.12.2020 og 16.06.2021.
3	Alle aktører som berøres av endringen og er ansvarlig for at gevinster blir realisert skal være representert i programstyret.	Programstyrets primære ansvar er å sikre fremdrift i programmet og å være støtte til programeier. Det innebærer ansvar for at kapabiliteter leveres, at løsningene implementeres og at det tilrettelegges for at gevinster kan realiseres i virksomheter/sector. Det er derfor viktig at styringsmodellen sikrer at alle aktører som berøres av endringen og er ansvarlig for realisering av gevinster er representert. Dette prinsippet kan medføre et relativt stort programstyre med mange aktører. Det er derfor sentralt å avklare hvor mange aktører, fra eksempel regionale helseforetak og kommunene, som bør være representert.
4	Programeier må ta ansvar for å balansere ulike interessenter og sikre at vi skaper mest mulig felles nytte for investeringene som oppfyller regjeringens intensjoner/krav	Programeier er overordnet ansvarlig for programmets måloppnåelse og styrer programmet innenfor fullmakter og toleranserammer som er delegert og beskrevet i SSD. Programeier fastsetter mandat for programleder, endringseier, endringsansvarlig og eierne av de enkelte prosjektene. For å sikre at dette fastsettes i tråd med de overordnede målene for steg 2 og målbildet for helhetlig samhandling, er det sentralt at programeier evner å balansere ulike inntressenter og sikrer at nytte tas ut.
5	Saker av strategisk betydning for steg 2 skal behandles i nasjonal styringsmodell for e-helse i henhold til de retningslinjene som gjelder.*	I henhold til de retningslinjene som vil utledes av arbeidet med fornying av nasjonal styringsmodell og dets relasjon til strategiske prosjekter og programmer i sektoren, skal saker som faller utenfor programmets fullmakter og toleranserammer løftes til nasjonale fora i den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Dette prinsippet medfører at man etablerer en plan for bruk av de nasjonale foraene og utvalgene i henhold til hvordan programmet skal forholde seg til den nasjonale styringsmodellen.
6	Samarbeids- og leveransemodellen mellom Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett vil ligge til grunn for ansvaret for gjennomføringen av steg 2.	I arbeidet med ny e-helseorganisering (NEO) og etablering av nasjonal tjenesteleverandør 1. januar 2020, er følgende ansvarsfordeling mellom Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF lagt til grunn: <ul style="list-style-type: none"> <li>Direktoratet for e-helse skal legge til rette for beslutninger om hva tjenesteleverandør skal levere i samstyring med sektoren, gjennom prosessene i nasjonal styringsmodell for e-helse</li> <li>Norsk Helsenett SF sin oppgave blir å definere hvordan oppgavene bør løses, og deretter løse dem gjennom avtaler med oppdragsgiver. Norsk Helsenett SF skal ha frihet til å ta egne løsningsvalg, innenfor nasjonale føringer og gitte økonomiske rammer.</li> </ul> Dette prinsippet krever at man definerer og detaljerer hva denne samarbeids- og leveransemodellen vil si for ansvarsdelingen mellom Direktoratet for e-helse og NHN i PDS Steg 2.
7	MSP® legges til grunn for styringsstrukturen og programorganiseringen.	Beste praksis i form av rammeverket MSP® (Managing Successful Programmes) for programstyring vil ligge til grunn for programorganiseringen. Rammeverket er omtalt i FINs veileder for digitaliseringsprosjekter, som også kvalitetssikrer vil kunne se til ved sin kvalitetssikring. Dette er et omfattende rammeverk, og Direktoratet for e-helse, Norsk Helsenett og sektoren må tilpasse og bruke deler av rammeverket slik at det er hensiktsmessig og relevant for PDS Steg 2 og gir mest mulig verdi i styringen.
8	Investeringskostnaden for helhetlig samhandling utover steg 1 skal fordeles mellom regionale helseforetak og kommuner.**	Statens utgangspunkt for kostnadsfordeling (fra HOD i oppdragsbrev av 18.12.2020): <ul style="list-style-type: none"> <li>Investeringskostnaden for helhetlig samhandling utover steg 1 skal fordeles mellom regionale helseforetak og kommuner. Forprosjektet skal beskrive denne kostnadsfordelingen.</li> <li>Myndighetsoppgaver og programaktiviteter finansieres av staten. Det skal gjøres en nærmere avgrensning i forprosjektet på hva som skal defineres som myndighetsoppgaver og programaktiviteter.</li> <li>Kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold dekkes av regionale helseforetak og kommuner.</li> </ul>