

Styringsgruppemøte for Akson		
Møte	5/2019	
Dato	28. oktober 2019	
Tid	Kl. 09:30 – 12:00	
Sted	Radisson Blu, Gardermoen	
Medlemmer	Christine Bergland (Direktoratet for e-helse) Svein Lyngroth (Oslo kommune) Cathrine Lofthus (Helse Sør-Øst RHF) Kristin W. Wieland (KS) Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF) Christian Fotland (Os kommune) Lars Vorland (Helse Nord RHF) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Herlof Nilssen (Helse Vest RHF) Mina Gerhardsen Jan Arild Lyngstad (Helsedirektoratet) (Nasjonalforeningen for Camilla Stoltenberg (Folkehelseinstituttet) folkehelsen) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune) Lilly Ann Elvestad (FFO) Trond Brattland (Tromsø kommune) Steffen Sutorius (DIFI)	
Observatører	Johan Ronæs (Norsk Helsenett SF)	

Sak	Agenda Styringsgruppemøte for Akson	Sakstype
37/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Orientering
38/19	Godkjenning av referat fra møtet 12. september 2019	Orientering
39/19-1	Generell status	Orientering
39/19-2	Akson løsningsomfang og arkitektur	Drøfting
39/19-3	Ansvarsplassering i forvaltning, drift og videreutvikling (FDVU)	Drøfting
39/19-4	Dataansvar for felles kommunal journal	Drøfting
39/19-5	Overordnet organisering av tiltaket	Drøfting
39/19-6	Kontraktstrategi for felles kommunal løsning	Drøfting

Sak	Tema	Sakstype
37/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjenner innkalling og dagsorden.	
38/19	Godkjenning av referat fra møtet 12. september 2019	
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjenner referat fra møtet 12. september 2019.	Vedlegg: Referat fra styringsgruppemøte for Akson 12. september 2019
39/19-1	Generell status	Orientering
	Direktoratet for e-helse vil gi Nasjonalt e-helsestyre en generell orientering om status i arbeidet.	Vedlegg: Toppnotat Akson
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering og ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet	
39/19-2	Akson løsningsomfang og arkitektur	Drøfting
	Direktoratet for e-helse vil presentere og få innspill på foreløpige hovedanbefalinger knyttet til omfang og arkitektur for løsninger for helhetlig samhandling og felles kommunal journal. Prosjektet ber Nasjonalt e-helsestyre om innspill på: <ul style="list-style-type: none"> • Tjenestemråder innen kommunal helse- og omsorgstjeneste som skal omfattes av felles journal • Forutsatt startpunkt for videreutvikling av samhandlingsfunksjonalitet, m.a.o. hvor langt vi er kommet før Akson iverksettes 	Vedlegg 1: Løsningsomfang og arkitektur

	<ul style="list-style-type: none"> Prioriteringen av samhandlingsfunksjonalitet, primært for det som omtales som leveranse 1. Vi forstår at det er vanskelig for NEHS å ta stilling til foreslått ambisjonsnivå for samhandling siden det ikke foreligger en kost/nyttevurdering. 	
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet.	
39/19-3	Ansvarsplassering i forvaltning, drift og videreutvikling (FDVU)	Drøfting
	Direktoratet for e-helse ber om Nasjonalt e-helsestyre sine innspill på foreløpig anbefaling om Aksons ansvarsplassering i fase for forvaltning, drift og videreutvikling.	Vedlegg 2: Anbefaling ansvarsplassering FDVU Vedlegg 3: Rettslig vurdering Kluge Advokatfirma
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet.	
39/19-4	Dataansvar for felles kommunal journal	Drøfting
	Direktoratet for e-helse ber om Nasjonalt e-helsestyre sine innspill til foreløpige vurderinger knyttet til dataansvar for felles kommunal journal. Prosjektet ber Nasjonalt e-helsestyre om innspill på: <ul style="list-style-type: none"> Vurderingen om at dataansvaret for den felles journalen plasseres hos selskapet som skal forvalte løsningen og er omtalt som "Akson Journal AS" Er det ytterligere forhold knyttet til vurderingen av plassering av dataansvaret hos "Akson Journal AS" som bør beskrives i notatet? 	Vedlegg 4: Foreløpig vurdering dataansvar
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre og ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet.	
39/19-5	Overordnet organisering av tiltaket	Drøfting
	Direktoratet for e-helse ber om Nasjonalt e-helsestyre sine innspill på foreløpige vurderinger knyttet til overordnet organisering av tiltaket. Prosjektet ber Nasjonalt e-helsestyre om innspill på: <ul style="list-style-type: none"> Foreløpig vurdering om å organisere gjennomføringen i to programmer. 	Ingen vedlegg
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet.	
39/19-6	Kontraktstrategi for felles kommunal løsning	Drøfting
	Direktoratet for e-helse ber om Nasjonalt e-helsestyre sine innspill til foreløpige vurderinger knyttet til kontraktstrategi for felles journalløsning. Prosjektet ber Nasjonalt e-helsestyre om innspill på:	Vedlegg 5: U.off. - Kontraktstrategi felles journalløsning

	<ul style="list-style-type: none">• Prosjektets foreløpige anbefaling om å velge alternativ B i kontraktstrategien• Mangler eller feil i prosjektets markedsvurdering	
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre og ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet.	

Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre

<i>Møte</i>	4/2019	
<i>Dato</i>	12. september 2019	
<i>Tid</i>	Kl. 08:00 – 10:30	
<i>Sted</i>	Scandic Ørnen, Bergen	
Medlemmer		
<i>Til stede</i>	Herlof Nilssen (Helse Vest RHF) Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF) Cathrine Lofthus (Helse Sør-Øst RHF) Lars Vorland (Helse Nord RHF) Christine Bergland (Direktoratet for e-helse) Kristin W. Wieland (KS) Trond Brattland (Tromsø kommune)	Jan Arild Lyngstad (Helsedirektoratet) Christian Fotland (Os kommune) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune) Svein Lyngroth (Oslo kommune)
<i>Ikke til stede</i>	Camilla Stoltenberg (Folkehelseinstituttet) Lilly Ann Elvestad (FFO) Anne-Lise Ryel (Kreftforeningen)	Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Steffen Sutorius (DIFI)
<i>Observatører</i>	Johan Ronæs (Norsk Helsenet SF)	
<i>Direktoratet for e-helse</i>	Inga Nordberg Karl Vestli Bodil Rabben	Siv Ingebrigtsen Camilla Smaadal

Sak	Agenda Styringsgruppemøte for Akson	Sakstype
26/19-1	Generell status	Orientering
26/19-2	Status og foreløpig vurdering på sentrale tema	Orientering

Sak	Tema
26/19-1	Generell status
	<p>Are Muri, Direktoratet for e-helse, ga en generell orientering om status i arbeidet.</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre mener det er positivt at prosjektet har fått utsatt fristen med å levere forprosjektet til 1.3.2020 og gav råd om å bruke ekstra tid underveis i arbeidet til dokumentasjon som kan benyttes løpende til forankring av anbefalingene fra prosjektet. Styret rådet også prosjektet til å innhente erfaringer fra prosjekter i mindre kommuner i Nord-Norge.</p> <p>I tillegg til forankringsaktivitetene som pågår i prosjektet har KS satt i verk en rekke informasjonsaktiviteter mot kommunal sektor. Prosjektet ble rådet til å legge behovskartleggingen til side, slik at ikke behovsdiskusjoner blir hovedfokus i møtene med sektor.</p> <p>Styret ønsket informasjon om hvordan de vil bli involvert i beslutningsprosessene før forprosjektet gir sine endelige anbefalinger til HOD. Prosjektet svarte at de vil bli involvert i en rekke spørsmål som prosjektet skal gi anbefalinger på, særlig knyttet til styringsmodell, roller og ansvar. Løsningsomfang og ambisjonsnivå i samhandlingsløsningen vil også bli lagt frem for Nasjonalt e-helsestyre.</p> <p>Styret spurte om det foreligger overordnede arkitekturskisser som en forberedelse til leverandørmøtene. Prosjektet svarte at formålet med disse møtene var hovedsakelig å la leverandørene presenter seg og sine erfaringer og løsninger, og at foreløpige arkitekturskisser kan redusere mulighetsrommet for den endelige løsningen. Direktoratet har imidlertid etablert en intern arena for å diskutere strategi, portefølje- og arkitekturspørsmål, ikke minst knyttet til de eksisterende nasjonale e-helseløsningene.</p>

	Det ble også uttrykt skepsis til å bruke for mye tid på tidsbrukkartleggingen.
	Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering og ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet.
26/19-2	Status og foreløpig vurdering på sentrale tema
	<p>Are Muri, Direktoratet for e-helse, ga en orientering om foreløpig status i behandling av sentrale spørsmål og få innspill på foreløpige vurderinger.</p> <p>Løsningsomfang og samhandling Prosjektet presenterte en skisse til trinnvis innføring og at første skritt skal være så konkret som mulig, mens det endelige målbildet vil være mindre detaljert beskrevet. Kommunene pekte på at helsepersonell i kommunal sektor har et stort oppdemmet behov som går utover samhandling basert på eksisterende komponenter. For eksempel mener sykepleierne at det ikke er tilstrekkelig med dokumentdeling, men at det også er behov for strukturerte data og datadeling. En annen utfordring med å velge gjenbruk og videreutvikling av eksisterende løsninger er behov for koordinering av aktørene når noen er på ny og noen er på gammel versjon.</p> <p>En stor fordel med trinnvis implementering er redusert risiko, lavere kompleksitet og dermed trolig reduserte totale kostnadene.</p> <p>Det ble uttrykt uro for finansieringsmodellene. Dette må sees i sammenheng med planene om ny ehelse-lov. Det er viktig at realisering av tiltak sees i sammenheng med øvrige veikart slik at investeringer ikke må gjøres to ganger.</p> <p>Når det gjelder samhandlingsløsningen ble det kommentert at hvis vi får pasientens legemiddelliste på plass for helsepersonell, vil dette være et stort løft for pasientene og helsepersonell i hele sektoren.</p> <p>Det ble stilt spørsmål om det i anskaffelsen ville være reell konkurranse. Prosjektet svarte at de vil utforme en kontraktsstrategi som gir grunnlag for mest mulig konkurranse.</p> <p>Prosjektstrategi Prosjektet presenterte ulike modeller for ansvars plassering og eierskapsmodeller i fasen for forvaltning, drift og videreutvikling. Det ble kommentert at det er krevende å bygge et kommune-eid selskap fra bunnen av. Prosjektet vil videre utrede de ulike alternativene og komme tilbake til e-helsestyret i neste møte. Det ble kommentert at det er bra å starte denne diskusjonen, og at det er tid frem til drift og forvaltning skal starte som gjør det mulig å bygge kapasitet, kompetanse og kultur underveis, slik man har gjort det i Helseplattformen. Alt trenger heller ikke være på plass med en gang. For å redusere styrings- og gjennomføringsrisiko, bør organisasjonen som er ansvarlig for drift og forvaltning også være ansvarlig for innføringsfasen. Prosjektet vil involvere KS og NHN i det videre arbeidet med dette spørsmålet.</p> <p>Erfaringer fra Helseplattformen er at det er utfordrende å utforme disse modellene, på dette tidspunktet i prosessen. I Midt-Norge har anbefalingene om prosjektstrategi endret seg noe underveis.</p>
	Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering og ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet.

Til Møte 5/19
Dato 28.10.2019
Saksnummer 39/19
Type Orientering og drøfting

Fra Christine Bergland
Saksbehandler Anita Lindholt

Akson – forprosjekt for helhetlig samhandling og felles journalløsning for kommunale helse- og omsorgstjenester

Denne saken består av seks delsaker

Sak	Tittel	Sakstype	Vedlegg
39/19-1	Generell status	Orientering	
39/19-2	Akson løsningsomfang og arkitektur	Drøfting	Vedlegg 1: Løsningsomfang og arkitektur
39/19-3	Ansvarsplassering i forvaltning, drift og videreutvikling (FDVU)	Drøfting	Vedlegg 2: Anbefaling ansvarsplassering FDVU Vedlegg 3: Rettslig vurdering Kluge Advokatfirma
39/19-4	Dataansvar for felles kommunal journal	Drøfting	Vedlegg 4: Foreløpig vurdering dataansvar
39/19-5	Overordnet organisering av tiltaket	Drøfting	
39/19-6	Kontraktstrategi for felles kommunal journal	Drøfting	Vedlegg 5: U.off. - Kontraktstrategi felles journalløsning

Sak 39/19-1: Generell status

Forslag til vedtak:

Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering og ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Gi Nasjonalt e-helsestyre en generell orientering om status i arbeidet.

Bakgrunn

Direktoratet for e-helse fikk 26. april i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å gjennomføre et forprosjekt for tiltak knyttet til helhetlig samhandling og felles kommunal journal. Direktoratet skal levere et sentralt styringsdokument (SSD) i tråd med statens prosjektmodell, jf. Finansdepartementets rundskriv R-108/19 *Krav til utredning, planlegging og kvalitetssikring av store investeringsprosjekter i staten*. SSD skal deretter gjennomgå ekstern kvalitetssikring (KS2) før beslutning kan fremmes for Stortinget.

Prosjektet og tiltaket har fått arbeidsnavnet Akson.

Fremdrift

HOD har gitt forprosjektet utvidet frist til utgangen av februar 2020. Prosjektet vil i størst mulig grad opprettholde eksisterende interne prosjektfrister og prioritere at forskyvningen benyttes til ekstra forankring og mer tid til innarbeiding av innspill.

Forprosjektets tidsplan er fortsatt krevende mht. å oppfylle kravene i KS-ordningen, fullføre deloppgaver i oppdraget og sikre tilstrekkelig involvering av kommunesektoren, de regionale helseforetakene og andre interessenter. Oppdragsfristen gir risiko for innhenting av intensjonserklæringer fra kommuner 1. halvår 2020 og mht. å ferdigstille ekstern kvalitetssikring (KS2) inn mot budsjettprosessen for 2021. Prosjektet vurderer kontinuerlig reduksjoner i møteaktivitet, men har foreløpig kommet til at eksisterende møteplan er nødvendig for å sikre forankring og involvering. Per nå er det større sannsynlighet for at det vil bli lagt til møteaktivitet.

Prosjektet foreslår et ekstra møte i Nasjonalt e-helsestyre 13. februar.

Figuren under viser forprosjektets milepælsplan som behandlet i Nasjonalt e-helsestyre 19. juni 2019 (sak 20/19). Merk at endret oppdragsfrist ikke er justert. Prosjektet vil gjennomgå planen med KS kjerneteam, og oppdatert plan vil legges frem i møtet.

MP	Dato	Resultat	Sentrale møtedatoer		
			PS	KR	NEHS
▲ 1	28.6	• Prosjektplan, organisering og møteplan er ferdigstilt • Ressursbehov avklart	22.5	23.5 21.6	19.6
▲ 2	31.8	• Leverandørdialog er fullført		13.9	12.9
▲ 3	27.9	• Sentrale rammer og forutsetninger for eierskap, roller og ansvarsdeling er avklart • Rammer for grensesnitt og avhengigheter er avklart	28.8	13.9	12.9
▲ 4	31.10	• Referansebesøk er gjennomført			
▲ 5	15.11	• Sentrale anbefalinger er avklart: • Løsningsomfang og arkitektur • Gjennomføringsstrategi • Organisering, roller og ansvarsdeling • Kontraksstrategi • Strategi for gevinstrealisering	8.10	16.10	28.10
▲ 6	29.11	• Kartlegging av tidsbruk er gjennomført • Kostnadsestimert er gjennomført • Strategi for styring av usikkerhet		15.11	
▲ 7	13.12	• Usikkerhetsanalyse er gjennomført			
▲ 8	08.1	• SSD V0.9 sendt ut til Prosjektstyre og NEHS	20.11	6.12	2.12
▲ 9	31.1	• Oversendelse til HOD	15.1		22.1

PS: Prosjektstyret | KR: KommIT-rådet | NEHS: Nasjonalt e-helsestyre

Figur 1 Forprosjektets milepælsplan per 19.6.2019 (NEHS)

Milepæl 2 (MP2) er nå fullført ved at det er gjennomført dialogmøte med den 20. leverandøren. Forprosjektet har så langt bedt om oppfølgingsmøte med en av leverandørene og sagt 'ja' til ønske om oppfølging fra en annen leverandør. Forprosjektet vil muligens også kontakte enkeltleverandører for å få innspill til ulike deler av arbeidet, bl.a. ytterligere erfaringer fra gjennomførte prosjekter og omfangsvurderinger. Forprosjektet vil

så langt det er mulig stille opp om leverandører ber om møte. Forprosjektet sa også 'ja' til å stille på IKT Norges eHelseforum 26.9.

Forprosjektet oppfylte ikke MP3 innen 27. september. Omfanget på arbeidet er endret fra når planen ble lagt og forprosjektet skal nå utarbeide en mer komplett anbefaling om eierskapsmodeller og ansvarsplassering i fasen for forvaltning, drift og videreutvikling. Status på vurderingen legges frem i Sak 39/19-3.

Angående MP 4 har forprosjektet gjennomført fire av seks planlagte referansebesøk i Norden og siste møte vil avholdes den 11. november. I alle referansemøter, eksklusiv Stockholm, er KS kjerneteam, Legeforeningen og Sykepleierforbundet invitert til å delta. Vi vurderer at forskyvningen fra opprinnelig milepæl (31. oktober) ikke gir risiko for den øvrige tidsplanen. Tabellen under viser høstens møteplan for referansebesøk i Norden og prosjektet vil i møtet gi en kort orientering fra gjennomførte referansebesøk.

Virksomhet/prosjekt	Dato
Danmark: Region Hovedstaden (København), erfaringsinnhenting Sundhedsplattformen	25. september
Sverige: Region Skåne (Lund), erfaringsinnhenting Skånes Digitala Vårdsystem (SDV)	26. september
Sverige: Region Stockholm, erfaringsinnhenting anskaffelse for Framtidens vårdinformativmiljø (FVM)	9. oktober
Finland: Apotti (Helsinki), erfaringsinnhenting felles journalløsning for primær- og spesialisthelsetjeneste, sosiale tjenester og barnevern	16. oktober
Danmark: Region Syddanmark (Odense) erfaringsinnhenting EPJ SYD	25. oktober
Sverige: Sussa Samverkan (Örebro), representerer 5+4 regioner/län, erfaringsinnhenting Framtidens vårdinformativstöd (FVIS))	11. november

Tabell 1 Møteplan for høstens referansebesøk i Norden

I Nasjonalt e-helsestyremøte 28. oktober ønsker forprosjektet å legge frem og få innspill til de sannsynlige anbefalingene knyttet til punktene i MP5, jf. figur 1 ovenfor. I perioden forut for saksunderlag til Nasjonalt e-helsestyremøte er det gjennomført sentrale arbeidsmøter innen Prosjektstrategi (1.-2. oktober) og Løsningsomfang (10. oktober). Sistnevnte møte var med kommunesektoren og sentrale interessenter.

Prosessen for å behandle løsningsomfanget for samhandling har ikke vært tilstrekkelig. Det er ikke blitt kjørt en grundig nok prosess med spesialisthelsetjenesten for å avklare funksjonelt ambisjonsnivå, drøfte ulike løsningsalternativer og avklare sentrale forutsetninger. Prosjektet hadde 14. oktober et kort avklaringsmøte med IKT-direktørene i RHF-ene og vil følge opp hvordan videre prosess bør håndteres. Prosjektet har planlagt møte med fagdirektørene i spesialisthelsetjenesten (18. oktober).

Kartlegging av tidsbruk pågår og observasjoner bookes og gjennomføres fortløpende iht. tilgjengelighet i tjenesten. Prosjektet vil gi en nærmere status på fremdrift i møtet.

Forprosjektet samarbeider med tilstøtende program i KS/kommunesektoren om felles aktiviteter og kommunikasjon. Vi samarbeidet bl.a. om innhold på eKommunekonferansen 17. oktober og vil arrangere et eget møte for kommunesektoren i tilknytning til EHIN-konferansen 12. november. Direktoratet planlegger også å delta på møter i rådmannsutvalg sammen med kommunerepresentanter/KS.

Tabellen under gir en overordnet oversikt over gjennomført og avtalt møteaktivitet i kommende arbeidsperiode.

Dato	Møte/aktør
13.09.2019	Legevaktkonferansen, innlegg
13.09.2019	KommlIT-rådet
16.09.2019	Helsenorge produktstyre
17.09.2019	Referansekommunemøte Bergen

17.09.2019	Bergen kommune, erfaringsinnhenting
18.09.2019	Trondheim kommune, erfaringsinnhenting kostnadsestimering
19.09.2019	Referansekommunemøte Tromsø
23.09.2019	Norsk pasientskadeerstatning
24.09.2019	Intern arbeidsgruppe i direktoratet - SPA (Strategi, Portefølje, Arkitektur)
25.09.2019	Region Hovedstaden, København, erfaringsinnhenting Sundhedsplattformen
26.09.2019	Region Skåne, Lund, erfaringsinnhenting Skånes Digitala Vårdssystem (SDV)
26.09.2019	KS e-helse faggruppe
26.09.2019	IKT Norge eHelseforum
30.09.2019	FHI, dialogmøte
01.-02.10.2019	Arbeidsgruppe Prosjektstrategi
07.10.2019	Fürst Medisinsk Laboratorium, samhandling med laboratorier
08.10.2019	Prosjektstyre (møtet ble avlyst i samråd med medlemmer i arbeidsgruppen for prosjektstrategi som også sitter i Prosjektstyret)
09.10.2019	Region Stockholm, erfaringsinnhenting Framtidens vårdinformativmiljø (FVM)
09.10.2019	DIPS oppfølgingsmøte
10.10.2019	Fellesmøte kommunesektor o.a. interesser, forankring og innspill til omfangsvurdering
11.10.2019	Datatilsynet, direktørmøte
11.10.2019	KS kjerneteam
14.10.2019	IKT-ledere i RHF'ene, dialogmøte
14.10.2019	Forskning knyttet til Helseplattformen, møte med ROR og Helseinnovasjonssenteret (Møre og Romsdal)
15.10.2019	Helseplattformen, erfaringsoverføring
16.10.2019	Apotti (Helsinki), erfaringsinnhenting fra felles journal helse, sosial og barnevern
16.10.2019	KommiT-rådet
17.10.2019	eKommune-konferansen
17.10.2019	Norsk Helsenett og ledelse i Dir. for e-helse sin utviklingsdivisjon, samhandling, arkitektur og realiseringsstrategie
18.10.2019	Forsvarets sanitet, dialogmøte
18.10.2019	KS kjerneteam
21.10.2019	Helsedirektoratet, innlegg for avd. velferdsteknologi og rehabilitering
xx.10.2019	Fellesmøte spesialisthelsetjenesten, forankring og innspill til omfangsvurdering
22.10.2019	Visma oppfølgingsmøte
22.10.2019	Fastlegegruppen arbeidsmøte
22.10.2019	KS Kjerneteam m.fl., forberedelse arkitektur og identitets- og tilgangsstyring
24.10.2019	Helsetilsynet
24.10.2019	Nasjonal arena for fag- og profesjonsforeninger
25.10.2019	Region Syddanmark, Odense, erfaringsinnhenting EPJ SYD
28.10.2019	Nasjonalt e-helsestyre
29.10.2019	Viken og Oslo kommune - offentlig tannhelsetjeneste
01.11.2019	KS fagråd informasjonssikkerhet og personvern og KS Fagråd arkitektur
07.11.2019	NUFA
08.11.2019	Arbeidsgruppe Prosjektstrategi

11.11.2019	Sussa Samverkan, Örebro, representerer 5+4 regioner/län, erfaringsinnhenting Framtidens vårdinformationsstöd (FVIS))
12.11.2019	Konferanse for kommunesektoren i tilknytning til EHiN
15.11.2019	KS kjerneteam
18.11.2019	Spesialisthelsetjenesten, interregionalt fagdirektørmøte
18.11.2019	Helseplattformen, erfaringsoverføring (tentativt)
19.11.2019	NUIT
20.11.2019	Prosjektstyre
21.11.2019	EPJ-løftet fysioterapeut, styringsgruppemøte
02.12.2019	Nasjonalt e-helsestyre
06.12.2019	KommiT-rådet
11.12.2019	Arbeidsgruppe Prosjektstrategi

Tabell 2 Møteoversikt

Foreløpige vurderinger for gjennomføringsstrategi

I arbeidet med gjennomføringsstrategi har forprosjektet lagt til grunn de overordnede rammene beskrevet i oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet. Rammene som legger tydelige føringer for gjennomføringsstrategien kan oppsummeres gjennom følgende punkter:

- Det legges foreløpig ikke til grunn lovpålegg om obligatorisk innføring av journal- og samhandlingsløsningen.
- Det langsiktige målet er 100 prosent deltakelse fra aktørene i kommunal helse- og omsorgstjeneste, inklusive selvstendig næringsdrivende som har avtale med kommunene.
- Forprosjektet skal vurdere strategier for dekomponering og stegvis gjennomføring for å redusere risiko, kompleksitet og kostnader.
- Kontraktstrategien som velges skal understøtte fleksibilitet i gjennomføringen.

I tillegg gir oppdragsbrevet føring på at forprosjektet skal benytte erfaringer fra andre nasjonale og internasjonale digitaliseringsprosjekter (både fra helse og andre sektorer) der det er relevant. Gjennom de nordiske referansebesøkene, listet opp i Tabell 1, har forprosjektet fått mye læring som vil tas med i arbeidet med gjennomføringsstrategi. Forprosjektet vil også benytte erfaringene Helseplattformen har gjort seg så langt.

Prosjektet vurderer stegvis gjennomføring i flere dimensjoner:

- Delt organisering i gjennomføring av tiltaket
- Flere anskaffelser
- Stopp-punkter underveis for å revurdere planer og strategier
- Stegvis etablering/utvikling av løsninger
- Stegvis innføring av løsninger (funksjonalitet, geografi, virksomheter, tjenesteområder og ev. brukergrupper)

Sammen med arbeidsgruppen for prosjektstrategi har prosjektet bl.a. diskutert organisering og ansvarsfordeling for tiltaket hvor foreløpig anbefaling er at tiltaket deles opp i to programmer med ulik eierstyring, henholdsvis et program for journalløsningen og et program for samhandlingsløsningen(e). Programorganiseringen er beskrevet videre i sak 39/19-5.

Gjennomføringsstrategien vil beskrive en overordnet plan for de ulike fasene i tiltaket og på hvilke tidspunkt det vil være naturlig å legge inn stopp-punkter for å kvalitetssikre den gjennomførte fasen, lære av erfaringene man har gjort seg og revurdere planer og strategier.

Vurderingene knyttet til kontraktstrategien er at det vil være minst fire anskaffelser. For journalanskaffelsen er foreløpig vurdering at anskaffelsen vil omfatte målbildet for journalfunksjonalitet, men at deler av dette vil være på opsjon og at det endelige omfanget av løsningene først blir tydelig gjennom leverandørdialoger i en anskaffelsesfase.

Innføringen av journalløsningen og samhandlingsløsningen(e) vil skje stegvis, både med hensyn på funksjonalitet og geografi. Foreløpig vurdering er at første versjon av journalløsningen inneholder basis funksjonalitet som er tilstrekkelig for å skru av eksisterende journalløsning, og at mer avansert funksjonalitet vil bli etablert/utviklet og innført senere.

Foreløpig vurdering er at alle tjenesteområder i en gitt kommune vil få ny journalløsning på samme tidspunkt. Dette er innføringsstrategien som Helseplattformen legger opp til i kommuner i Midt-Norge. Det kan imidlertid være gode grunner til å avvike fra denne strategien for de største kommunene, hvor det kan være mer hensiktsmessig med en stegvis tilnærming innad i kommunen. Dette må vurderes i det videre arbeidet i forprosjektet, og gjennom leverandørdialoger i en anskaffelsesfase. Leverandørene kan ha ulike anbefalinger når det gjelder tilnærming til innføring.

Status på kostnadsestimering

Fra KS1 og oppdragsbrevet har forprosjektet fått en styringsramme på 11,4 milliarder kroner. Dette er et P50-estimat, og inneholder påslag for både uspesifisert og forventet tillegg. P85 ble estimert til 15,8 milliarder kroner og inneholder en usikkerhetsavsetning på 4,4 milliarder.

Forprosjektet har startet arbeidet med å oppdatere kostnadsestimatene. De oppdaterte kostnadsestimatene skal reflektere nye vurderinger knyttet til omfang, organisering og gjennomføring, og ta inn over seg erfaringer fra referansebesøk i Norge og Norden. Prosjektet har avtale med Atkins om å gjennomføre usikkerhetsanalyse i november. Planen er at kostnadsestimatene legges frem for Nasjonalt e-helsestyre den 2. desember.

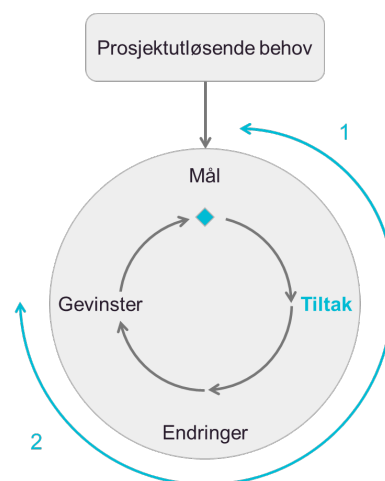
Strategi for gevinstrealisering

Prosjektet skal, i henhold til de overordnede rammene gitt i oppdragsbrevet, utarbeide en gevinstrealiseringsplan og klargjøre ansvar for gevinstrealisering. I oppdragsbrevet er det gitt føringer om at det er virksomhetene som skal ha ansvar for realiseringen av gevinster og at det må utarbeides en modell for å følge opp gevinstene.

Det følgende avsnittet vil gi en kort vurdering av ulike alternativer for ansvarfordeling i gevinstarbeidet.

Gevinstarbeidet har som mål å sikre at tiltaket svarer ut behovet og at gevinster blir realisert. Jf. figuren under handler gevinstrealisering om å sikre:

- 1) At vi gjennomfører de mest hensiktsmessige tiltakene på den mest hensiktsmessige måten for å oppnå definerte mål og imøtekomme det prosjektutløsende behovet.
- 2) At nødvendige endringer og identifiserte gevinster faktisk oppstår når tiltakene implementeres.



Tiltakets gevinster henger sammen med nyttevirkningene identifisert i den samfunnsøkonomiske analysen, men er ytterligere operasjonalisert og konkretisert for å kunne realiseres. Den samfunnsøkonomiske analysen er et verktøy for å synliggjøre virkninger for samfunnet og belyse tiltakets samfunnsøkonomiske lønnsomhet ovenfor beslutningstakere. Gevinstrealisering er iterativ og en involverende prosess som konkretiserer og prioriterer gevinster for samfunnet og den enkelte virksomhet. I gevinstarbeidet skal det

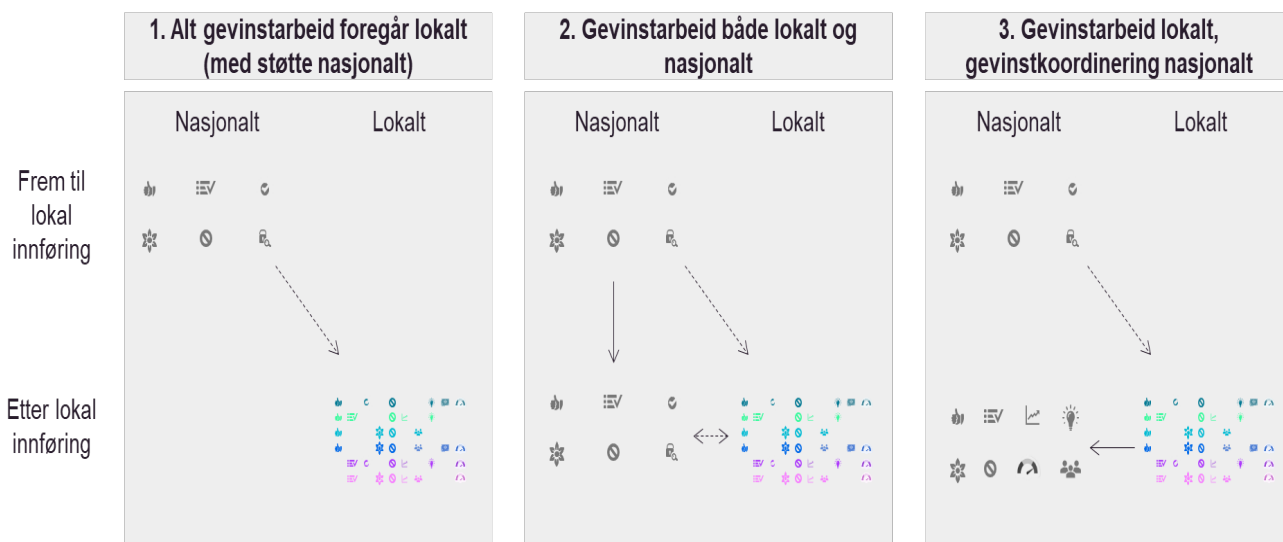
tydelig fremkomme hvem som er ansvarlig, når gevinster skal realiseres og hvordan realiseringen skal måles. Figuren under gir en oversikt over de identifiserte nasjonale gevinstene slik de foreløpig er formulert.



Prosjektet har arbeidet med ulike alternativer for organisering av gevinstarbeidet i gjennomføringen av tiltaket. I det videre arbeidet legges følgende prinsipper til grunn:

- 1) Gevinster skal realiseres og hentes ut på lokalt nivå. De lokale virksomhetene må identifisere, prioritere, realisere og hente ut egne gevinster.
- 2) For å måle gevinster av tiltaket skal det i størst mulig grad benyttes eksisterende indikatorer for å minimere behov for rapportering.
- 3) Det skal gjennomføres kontinuerlig forbedring av gevinstarbeidet basert på dialog med gevinstansvarlige.

De tre alternativene for ansvarsfordeling i gevinstarbeidet er skissert under. Prosjektet har enda ikke definert hvem som skal representere det nasjonale nivået. Det kan for eksempel være ett eller begge programmene, eller noen i den statlige forvaltningen.



Tabell 3 Alternativer for ansvarsfordeling av gevinstarbeidet

Alternativ 1: Gevinstarbeidet foregår lokalt, men med nasjonal støtte: innebærer at den lokale virksomheten har ansvar for å identifisere, prioritere, realisere og hente ut lokale gevinster. Det utarbeides lokale

gevinstplaner. Det nasjonale nivået har ansvar for å gi veiledning og støtte i form av maler og verktøy. Det vil ikke følges opp gevinster fra nasjonalt nivå.

Alternativ 2: Gevinstarbeid både lokalt og nasjonalt: innebærer at lokale virksomheter har ansvar for å identifisere, prioritere, realisere og å hente ut lokale gevinster. Det nasjonale nivået har ansvar for å gi veiledning og støtte, men vil også være ansvarlig for å følge opp realiseringen av de seks nasjonale gevinstene (jf. figur på forrige side). Det nasjonale nivået må utarbeide og følge opp en nasjonal gevinstplan for disse gevinstene.

Alternativ 3: Gevinstarbeid lokalt, gevinstkoordinering nasjonalt: innebærer at lokale virksomheter har ansvar for å identifisere, prioritere, realisere og å hente ut lokale gevinster. Virksomhetene vil også ha et rapporteringsansvar for gevinstrealisering til det nasjonale nivået. Det nasjonale nivået har ansvar for å gi veiledning og støtte, men vil også være ansvarlig for å aggregere lokalt gevinstarbeid til en samlet nasjonal realisering av gevinster.

Prosjektet arbeider med kriterier for å vurdere de ulike alternativene. I henhold til etablert metodikk er det viktig at ansvaret for gevinstrealisering ligger i virksomhetene der gevinstene oppstår. Disse må ha handlingsfrihet til å selv identifisere, prioritere, realisere og hente ut lokale gevinster. Samtidig er det et behov for å ha styringsinformasjon på nasjonalt nivå om hvordan det går med innføringen av Akson, og å kunne legitimere Akson og dokumentere måloppnåelse ovenfor nasjonale interessenter. Overnevnte taler for at alternativ 2, 3 eller en kombinasjon av de to vil være mest hensiktsmessig.

Videre prosess

Prosjektet vil jobbe videre med å avklare prinsipper for gevinstarbeidet, på både nasjonalt og lokalt nivå. Dette inkluderer:

- Prinsipper for organisering, roller og ansvar av gevinstarbeidet
- Etablere gevinstrealiseringsplan
- Identifisere indikatorer for gevinstarbeidet

Strategi for gevinstarbeid vil drøftes videre i arbeidsgruppen for prosjektstrategi 8. november, i prosjektstyret 20. november og i Nasjonalt e-helsestyre 2. desember.

Sak 39/19-2: Akson løsningsomfang og arkitektur

Forslag til vedtak:

Nasjonalt e-helsestyre ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Vurderinger knyttet til omfang og arkitektur for løsninger for helhetlig samhandling og felles kommunal journal er sentralt i arbeidet med Akson. Hovedformål med saken er å presentere og få innspill på foreløpige hovedanbefalinger.

Prosjektet ber Nasjonalt e-helsestyre om innspill på:

- Tjenesteområder innen kommunal helse- og omsorgstjeneste som skal omfattes av felles journal
- Forutsatt startpunkt for videreutvikling av samhandlingsfunksjonalitet, mao. hvor langt vi er kommet før Akson iverksettes
- Prioriteringen av samhandlingsfunksjonalitet, primært for det som omtales som leveranse 1. Vi forstår at det er vanskelig for NEHS å ta stilling til foreslått ambisjonsnivå for samhandling siden det ikke foreligger en kost/nyttevurdering.

Status på arbeidet med løsningsomfang og arkitektur

Samhandlingsfunksjonaliteten i Akson legger til grunn bruk av og videreutvikling av dagens nasjonale e-helseløsninger, herunder helsenorge.no, kjernejournal, e-resept, meldingsplattformen og grunndata. Videre mener vi at det er en fordel om virksomhetene tar i bruk samhandlingsfunksjonalitet som er under utvikling og innføring, eksempelvis løsninger for legemiddelhåndtering og dokumentinnsyn.

I denne fasen er konseptvalg K7 og behovsanalysen fra konseptvalgutredningen juli 2018 lagt til grunn. Analysen er videreført for å avdekke detaljer knyttet til behov for følgende oppgaver og prosesser i kommunal helse- og omsorgstjeneste:

- Funksjonalitet i felles journalløsning for å understøtte å yte, administrere eller kvalitetssikre helse- og omsorgstjenester til den enkelte innbygger.
- Funksjonalitet i felles journalløsning som er avhengig av integrasjon med andre systemer i kommunene og virksomhetene (f.eks. lønns- og personalsystem, økonomi- og fakturasystem, betalingssystem, utstyrssystem).
- Funksjonalitet for å sikre at helsepersonell og annet samarbeidende personell som bruker felles journalløsning er identifisert og gis tilgang på riktig nivå.
- Samhandling med helsepersonell og annet samarbeidende personell som bruker andre journalløsninger eller fagsystem.
- Samhandling med innbygger.

I arbeidet er det blitt utarbeidet en rekke arbeidsdokumenter som ble sendt ut for innspill til referansekommunene, Helsedirektoratet, KS, og pasient- og brukerforeningene i juni. Det foregår nå et arbeid med å behandle innspillene og innarbeide endringer i arbeidsdokumentene.

I perioden juni til primo september er det blitt gjennomført en rekke møter for å avklare ambisjonsnivået for samhandling, samt for å diskutere løsningstilnærming for å realisere ambisjonsnivået. Ambisjonsnivået for samhandling er her beskrevet i tre deler: (1) Hvilken samhandling kan vi forvente er realisert når etableringen av Akson-tiltaket starter i 2022/2023; (2) hvilken samhandlingsfunksjonalitet bør vi ha som ambisjonsnivå å realisere som en del av første leveranse (leveranse 1) i 2024/2025, og (3) hvilket ambisjonsnivå bør vi sette for samhandling som en del av investeringsperioden frem til 2030.

Proessen videre

Arbeidet med løsningsomfang og arkitektur går nå inn i en fase der innspill bearbeides og dokumenteres. Følgende dokumenter vil utarbeides:

- Vedlegg til Sentralt Styringsdokument (SSD). Vedlegget vil inneholde en oppsummering av løsningsomfang og arkitektur og skal primært peke på de elementer som inngår i kostnadsestimeringen.
 - Bilag – Felles journalløsning og integrasjon med administrative systemer. Dokumentet vil gi en detaljert beskrivelse av den analysen og kartleggingen som er gjennomført, samt forslag til løsningsarkitektur for området.
 - Bilag – Helhetlig samhandling. Dette dokumentet vil gi en detaljert beskrivelse av samhandlingsbehovene i fire dimensjoner: (1) samhandling mellom helsepersonell som bruker forskjellige journalløsninger, (2) samhandling mellom helsepersonell og annet samarbeidende personell i kommunale og statlige tjenester (f.eks. NAV, skole/barnehage, barnevern og PPT), (3) samhandling med innbygger, (4) håndtering av velferdsteknologiske løsninger og responscenter.

Bilagene tar utgangspunkt i de arbeidsdokumentene som ble sendt ut ultimo juni. I tillegg vil det utarbeides en mer leservennlig versjon av vedlegget hvor tjenstedesign vil bli benyttet for å illustrere for helsepersonell hvordan de nye løsningene vil understøtte deres arbeidshverdag.

Vedlegget til sentralt styringsdokument, samt de to bilagene vil bli sendt ut til referansekommuner, KS kjerneteam, KS Fagråd arkitektur, KS Fagråd for informasjonssikkerhet og personvern, Helsedirektoratet, fylkesmannen, fag- og profesjonsforeninger og Funksjonshemmedes fellesorganisasjon for en ny innspillsrunde primo desember, med en frist for innspill medio januar.

I tillegg vil det være nødvendig å gjennomføre prosesser knyttet til å:

- a. Å avklare arkitekturvalg i KS fagråd arkitektur, KS fagråd for informasjonssikkerhet og personvern, samt arkitekturfunksjonen i referansekommunene. Dette er en prosess som vil bli gjennomført gjennom november og desember.
- b. Å avklare funksjonelt ambisjonsnivå for samhandling med spesialisthelsetjenesten, spesielt for leveranse 1. Planlagt møte med fagdirektørene i spesialisthelsetjenesten (18. november).
- c. Å avklare teknisk gjennomførbarhet av ambisjonsnivået for samhandling i leveranse 1. Dette omfatter både å vurdere konsekvenser for spesialisthelsetjenesten av å realisere ambisjonsnivået, samt å avklare hvilken løsningsstrategi som skal ligge til grunn for å realisere ambisjonsnivået.

Kort beskrivelse av løsningsomfanget for felles journalløsning, integrasjon med administrative systemer og håndtering av identiteter og tilganger

I denne fasen har det vært viktig for prosjektet å få beskrevet det funksjonelle omfanget i felles journalløsning slik at det kan danne grunnlag for kostnadsestimering og prosjektstrategi, samt gi rammen for anskaffelsesfasen. Beskrivelsen i det sentrale styringsdokumentet vil ikke være den endelige beslutningen for hvilket løsningsomfang som vil anskaffes og siden leveres til virksomhetene i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det endelige løsningsomfanget er resultatet av flere aktiviteter og beslutninger de neste årene, gjennom utarbeidelse av konkurransegrunnlag, gjennomføring av leverandørdialog/forhandlinger i en anskaffelse, påfølgende realisering og implementering av valgt løsning, og gjennom senere forvaltning, drift og videreutvikling.

Under følger en kort oppsummering av anbefalt løsningsomfang for felles journalløsning, integrasjon med administrative systemer og håndtering av identiteter og tilganger. For mer utfyllende beskrivelse se vedlegg.

- **Ambisjonene for funksjonalitet i felles journalløsning er høye, og det er identifisert tydelige behov for at felles journalløsning skal understøtte helsepersonell i å gi koordinerte helse- og omsorgstjenester.**

Felles journalløsning skal i størst mulig grad benyttes av alle lovpålagte kommunale helse- og omsorgstjenester i kommuner utenfor Midt-Norge. Dette innebærer at løsningen må understøtte alle offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune, for alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1). I tillegg skal journalløsningen kunne støtte utførelse av offentlig tannhelsetjeneste. Tjenester kan, etter loven, ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere.

Oppgaver og prosesser som er nødvendige for å yte, administrere eller kvalitetssikre helse- og omsorgshjelp til den enkelte skal dekkes i sin helhet av funksjonalitet i felles journalløsning. Funksjonaliteten vil brukes av majoriteten av helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og må tilpasses hver helsepersonellgruppe for å passe de oppgavene og arbeidsprosessene den enkelte gruppen utfører. Dette omfatter å planlegge og utføre helsefremmende arbeid og forebygging, å håndtere ulykker og andre akutte hendelser, å håndtere effektiv og sikker kommunikasjon med pasient, samt å vurdere, diagnostisere, behandle og pleie pasient.

Felles journalløsning skal også understøtte oppgaver og arbeidsprosesser knyttet til å administrere helse- og omsorgshjelp, herunder opprettelse og forvaltning av ulike typer av team, som f.eks. primærhelseteam, og oppfølgingsteam, prioritering og planlegging av oppgaver og aktiviteter, støtte til oppgave- og ansvarsoverføring mellom helsepersonell som bruker felles journalløsning, støtte til koding og avstemming, samt å håndtere tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Felles journalløsning må kunne integreres med kommunenes administrative systemer. De administrative systemene understøtter oppgaver knyttet til håndtering av brukerutstyr og hjelpemidler, bestilling av mat og renhold, håndtering av økonomiske oppgjør, fakturering og brukerbetalning, administrering av arbeids- og vaktlister, timebooking og kalenderfunksjonalitet, samt håndtering av pasientrettede avvik. Det er viktig at det er mulig for journalløsningen å kunne utveksle nødvendig informasjon med økonomi- og fakturasystemer, betalingssystemer, lønn- og personalsystemer, avvikssystemer, kjøkkensystemer og andre administrative systemer i kommunene og virksomhetene. Enkelte av disse oppgavene og prosessene vil kunne understøttes delvis av felles journalløsning, men hoveddelen av prosessen vil måtte understøttes av andre systemer.

- **Det er ønskelig å bruke en plattformtilnærming i etableringen av felles journalløsning for å sikre fleksibilitet, innovasjon og næringsutvikling i tilknytning til kjernefunksjonaliteten i journalløsningen.**

Felles journalløsning vil omfatte alle tjenestene og fellesfunksjonene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Innføringen av løsningen vil skje over lang tid og levetiden vil være lang. Det er derfor viktig at det etableres en løsning som vil være mulig å videreutvikle ettersom behovene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten endrer seg, og ikke minst der ny teknologi vil komme på markedet og blir moden for bruk i helse- og omsorgstjenesten.

For å tilrettelegge for fremtidig fleksibilitet, innovasjon og tjenesteutvikling anbefales det at det i anskaffelsen stilles krav om å kunne tilby åpne plattformer som gjør det mulig for kunden å kunne nyttiggjøre seg ny innovasjon uavhengig av leverandørens egne produktplaner. Dette er fokus i mange land der man ønsker å drive leverandører til å tilby åpne grensesnitt basert på internasjonale standarder. Et eksempel er rammeverket som implementeres av NHS Digital i Storbritannia, gjennom initiativet "The GP IT Futures programme". Formålet med dette rammeverket er å sikre at leverandører av allmenlegesystemer tilbyr åpne grensesnitt for å understøtte nødvendig innovasjon i allmenlegetjenesten. En lignende lovgivning er under vurdering i USA.

- **For å sikre at tilganger i felles journalløsning blir styrt på tvers av virksomheter, anbefales det at det anskaffes en løsning for identitets- og tilgangsstyring fremfor å kun stille krav til leverandørene av journalløsningen.**

Prosjektet har analysert behovet for å sikre en helhetlig forvaltning av tilganger som gis helsepersonell når de skal bruke journal- og samhandlingsløsningene. Mange virksomheter har i dag egne løsninger for å styre tilganger på tvers av løsninger. Andre virksomheter (f.eks. mindre fastlegekontor) gjør dette

direkte i journalløsningen. Virksomhetene er pålagt å følge Normen, men bruker i dag ulike fortolkninger av denne med resultatet at det kan være variasjon i hvordan tilganger styres. Ved en anskaffelse av en felles journalløsning og en samhandlingsløsning er det behov for at tilganger og rettigheter harmoniseres på tvers av disse ulike løsningene.

Det anbefales at det anskaffes en ny løsning for identitetsstyring for å administrere identiteter/brukere og rettigheter for alle brukere som skal bruke felles journalløsning. Administrasjon av brukere håndteres av en egen komponent som kalles IGA (Identity Governance and Administration, eller identitetsstyringsløsning). En IGA tilbyr en løsning for å understøtte arbeidsflyt rundt oppretting, vedlikehold og fjerning av brukere. Dette understøtter behovet om en desentralisert administrasjon av brukere.

Kort beskrivelse av løsningsomfanget for helhetlig samhandling

Her følger en kort oppsummering av anbefalt løsningsomfang for helhetlig samhandling. For mer utfyllende beskrivelse se vedlegg.

- **Samhandling i helse- og omsorgstjenesten vil i størst mulig grad basere seg på gjenbruk og videreutvikling av eksisterende nasjonale samhandlingsløsninger.**
Gjennom de siste ti årene er det etablert nasjonale løsninger for å understøtte digital samhandling mellom helsepersonell og innbygger (helsenorge.no), mellom helsepersonell (kjernejournal) og for å håndtere resepter (e-resept). Eksisterende nasjonale samhandlingsløsninger vil være avgjørende for å realisere samhandlingen frem mot 2022/2023.

Dagens strategi med Helsenorge.no som innbyggerens vei inn til sikre digitale helsetjenester vil videreføres. Innbyggertjenester vil ikke være avgjørende for valg av leverandør(er) på felles journalløsning. Hvordan og hvilke innbyggertjenester som leveres av prosjektet vil svares ut i senere faser, og vil måtte replanlegges i anskaffelsesfasen, når det blir tydeligere hvilke løsninger for innbyggertjenester de ulike leverandørene tilbyr.

Innføringen av pasientens legemiddelliste og multidose vil være avhengig av utvikling og innføring av Sentral forskrivningsmodul (SFM), samt innføring av kjernejournal til de virksomhetene som håndterer legemidler. En ny felles journalløsning vil bruke disse samhandlingsløsningene for å realisere pasientens legemiddelliste. Det er ønskelig at funksjonaliteten fra SFM er tett integrert i helsepersonells arbeidsflate.

Innsyn i journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten bruker komponenter i kjernejournal for å realisere funksjonaliteten. Kjernejournalforskriften vil danne et utgangspunkt for å realisere ny samhandlingsfunksjonalitet. Etablerte grensesnitt og funksjonalitet i helsepersonellportalen i kjernejournal skal i størst mulig grad videreføres.

- **Behovene for helhetlig samhandling mellom innbygger, helsepersonell og andre kommunale og statlige tjenester er omfattende**

Kartleggingen av behovene viser at ambisjonsnivået for samhandling mellom de ulike aktørene er omfattende. En analyse av behovene opp mot løsninger som er tilgjengelig i dag viser at de fleste av tjenestene enten ikke eksisterer, eller de har et middels til stort behov for forbedring.

I dialogen med helsepersonell fremkommer det at informasjonen må være tilgjengelig direkte gjennom helsepersonells arbeidsverktøy slik at det i minst mulig grad skal være nødvendig å etterarbeide informasjonen (klippe og lime) eller aktivt etterspørre informasjon man har bruk for hyppig. Unntaket er informasjonstjenestene som innebærer en tydelig oppgave- og ansvarsoverføring, hvor sende og motta er en egnet samhandlingsform.

Prosjektet har gjennomført et antall møter med utvalgte klinikere i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten for å identifisere informasjonsbehovene som de mener bør prioriteres i leveranse 1 av samhandlingsløsningene i tiltaket. I denne fasen er det nødvendig å indikere omfanget av samhandlingsfunksjonalitet som skal være tilgjengelig samtidig med at felles journalløsning innføres til de første kommunene.

Det endelige omfanget av hvilken samhandlingsfunksjonalitet som vil inngå i leveranse 1 vil kunne endres gjennom en faglig vurdering av en rekke kriterier:

- a. En vurdering av hvorvidt funksjonaliteten understøtter helsepolitiske mål
 - b. En vurdering av kostnad og nytte
 - c. Evnen til de virksomheter som ikke bruker felles journaløsning til å kunne ta i bruk den prioriterte samhandlingsfunksjonaliteten.
 - d. Løsningsforslag som blir mottatt av leverandørene til å kunne realisere ny samhandlingsfunksjonalitet.
 - e. Sektorens evne til å bli enig om innhold og terminologier på informasjonen som skal inngå i samhandlingsfunksjonaliteten og hvilke prosesser som må utvikles i den enkelte virksomhet til å kunne ta i bruk ny samhandlingsfunksjonalitet.
- **Ambisjonene for samhandling og behovet for gjenbruk av informasjonstjenester på tvers av innbygger, helsepersonell og andre kommunale og statlige aktører kan ikke løses gjennom å videreføre dagens prosjekt- og produktorienterte løsningsstrategi.**

Det er gjennomført en analyse for å kartlegge hvorvidt det er behov for å se på samhandling på tvers av de tre dimensjonene (1) samhandling mellom helsepersonell med forskjellige journaløsninger, (2) samhandling mellom helsepersonell og innbygger, og (3) samhandling mellom virksomheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste og andre statlige og kommunale tjenester. Analysen viser at majoriteten av informasjonstjenestene skal understøtte alle tre dimensjonene. Ingen av informasjonstjenestene er dedikert til kun en av dimensjonene. Dette peker mot at fremtidig samhandlingsplattform i større grad må tilgjengeliggjøre tjenester på tvers av dimensjonene, og i mindre grad utvikles for ett formål.

Prosjektet har i samarbeid med en intern arbeidsgruppe i Direktoratet for e-helse vurdert hvordan eksisterende nasjonale løsninger understøtter utviklingen av informasjonstjenestene beskrevet for leveranse 1 og i hvilken grad de understøtter en utvikling mot ambisjonsnivå for tiltaket (2030). Gruppen vurderer at ambisjonene for samhandling og behovet for gjenbruk av informasjonstjenester på tvers av innbygger, helsepersonell og andre kommunale og statlige aktører ikke kan løses gjennom å videreføre dagens prosjekt- og produktorienterte løsningsstrategi. Det er behov for å etablere en mer helhetlig plattformtilnærming i tråd med anbefalingene fra ekstern kvalitetssikrer. Det er vurdert tre hovedstrategier for realisering av en helhetlig samhandlingsplattform:

- A. I alternativ A sier vi at de tekniske delene av dagens e-helseløsninger skal benyttes til å oppfylle samhandlingsbehovet. Vi gir åpning for en videreutvikling av e-helseløsningene, men ikke for at det tas i bruk andre tekniske komponenter.
- B. I alternativ B sier vi at de tekniske delene av dagens e-helseløsninger skal benyttes til å oppfylle samhandlingsbehovet, men åpner for at den kan berikes med nyanskaffede tekniske komponenter til definerte formål. Dette alternativet låser oss allerede ved inngangen av anskaffelsesfasen til å definere hvilke deler av dagens e-helseløsninger som skal benyttes, hvilke som skal erstattes, og hva som er nye. Det vil etableres en stegvis transformasjon mot en helhetlig plattform, der eksisterende løsninger dekomponeres for å etablere felleskomponenter som er tilgjengelige på tvers av applikasjoner.
- C. I alternativ C er kravene til å bruke dagens e-helseløsninger myket opp. Her forplikter vi oss til å legge fram god dokumentasjon på dagens løsninger, slik at leverandører kan gi tilbud der dagens e-helseløsninger eventuelt kombineres med nye tekniske løsninger eller byttes ut. I løpet av anskaffelsesperioden kreves det at vi her har en god prosess slik at vi får gjort en god vurdering av helheten i samhandlingsløsningen for å få en endringsvennlig, robust og vedlikeholdbar samhandlingsløsning som står seg i mange år. Gjennom analysen i anskaffelsesfasen ser vi det som sannsynlig at samhandlingsløsningen vil inkludere noen komponenter som er realisert i dagens løsninger (eks. felleskomponent i Helsenorge), meldingsutveksling og løsninger for e-resept og datadeling og dokumentdeling. Kjernejournal er en del av dagens samhandlingsløsning og vil være en del av leverandørens vurdering i dette alternativet. Gjennom prosessen kan det dermed godt

hende at vi ender med en løsning som er skissert i alternativ B, men med anbefaling for hvordan funksjonalitet (felleskomponenter) i eksisterende løsninger migreres stegvis til ny arkitektur.

Forutsatt ambisjonsnivået for samhandling mener prosjektet at alternativ A ikke er realistisk, ettersom nye informasjonstjenester vil være avhengig av utstrakt bruk av datadeling og nye tekniske kapabiliteter som det er mest hensiktsmessig å anskaffe i markedet.

Både alternativ B og C vil kreve en gjennomgang og beskrivelse av dagens samhandlingsløsninger for å identifisere mulighetene for å gjenbruke eksisterende løsninger for å realisere en helhetlig samhandlingsplattform. I alternativ B bør en slik gjennomgang gjøres i forkant av at sentralt styringsdokument leveres. I alternativ C vil dette arbeidet kunne gjennomføres som en del av forberedelsen til en anskaffelse.

Prosjektet vil videre arbeide med å beskrive de ulike alternativene med utgangspunkt i det funksjonelle ambisjonsnivået som er beskrevet. Beskrivelsene vil omfatte følgende:

- Beskrivelse av en hvordan alternativene understøtter en stegvis tilnærming for realisering av funksjonelt ambisjonsnivå, fra dagens situasjon frem mot 2030.
- Beskrivelse av prosessen for å avklare anskaffelsestrategi inkludert beslutningspunkter der anskaffelser må vurderes
- Beskrivelse av hvordan den stegvise utviklingen må styres.

Sak 39/19-3: Ansvarsplassering i forvaltning, drift og videreutvikling (FDVU)

Forslag til vedtak:

Nasjonalt e-helsestyre ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Få Nasjonalt e-helsestyre sine innspill til foreløpig anbefaling om Akson ansvarsplassering i fase for forvaltning, drift og videreutvikling.

Status og prosess

Nasjonalt e-helsestyre fikk i møte 12. september 2019 en kort orientering om status på vurderingene. Arbeidsgruppe for Prosjektstrategi fikk 1. oktober 2019 en tilsvarende orientering som bakgrunn for drøftinger knyttet til organisering. Temaet har vært overordnet behandlet i forbindelse med konseptvalgutredningen.

Foreløpige vurderinger

Teksten nedenfor utgjør utdrag fra sammendraget i notat som planlegges oversendt til HOD, jf. Vedlegg 2. Til saken ligger rettslige vurderinger fra Kluge Advokatfirma, jf. Vedlegg 3.

Forprosjektet skal gi anbefalinger om ansvarsplassering i gjennomføringen av Akson, inkludert fasen for forvaltning, drift og videreutvikling (FDVU) av IKT-løsningene som etableres gjennom Akson.

Den eller de virksomhetene som skal ha ansvar for FDVU bør ha ansvar eller sentrale roller i tiltakets innledende faser fordi beslutninger i tidligere faser av Akson vil kunne påvirke både kostnader og nytte i FDVU-fasen. FDVU-perspektivet må ivaretas gjennom hele prosessen, og det må sikres tidlig innflytelse fra den eller de som skal være ansvarlig for FDVU. Fasene forut for FDVU omfatter program- og prosjektledelse, anskaffelser, systemtilpasning og -utvikling, etablering og innføring av løsninger samt leverandørstyring.

Formålet med notatet er å få tidlige innspill, avklaringer eller føringer knyttet til ansvarsplasseringen for FDVU, slik at forprosjektet kan legge disse til grunn i øvrige vurderinger og anbefalinger.

Forprosjektet har behandlet tre hovedmodeller for eierskap og ansvarsplassering av FDVU for Akson:

1. Staten gjennom Norsk Helsenett SF får FDVU-ansvaret for Akson og leverer journalløsning til virksomheter som yter kommunale helse- og omsorgstjenester og samhandlingsløsninger til virksomheter som yter offentlige helsetjenester.
2. Kommunene etablerer et heleid selskap som får FDVU-ansvaret for Akson Journal. Norsk Helsenett SF har FDVU-ansvaret for Akson Samhandlingsløsninger.
3. Kommuner og stat går sammen i ulike eierskaps- og organiseringsmodeller.

Forprosjektet har vurdert alternativene basert på rettslige vurderinger av rammer og risiko og hva som er mest formålstjenlig mht. ansvar, styring, finansiering og synergier.

Forprosjektet anbefaler at FDVU-ansvaret for felles kommunal journal i Akson bør legges til en ny virksomhet, felleseid av kommunene og staten.

Ansvar for kommunale helse- og omsorgstjenester ligger i kommunene, og journalføring og pasient- og brukeradministrasjon inngår i kommunenes og helsepersonellens ansvar og plikter. Dette ansvaret endres

ikke som følge av Akson og det kan derfor være naturlig at FDVU-ansvaret for en felles kommunal journal bør legges til en virksomhet heleid av kommunene.

Kommunene har derimot ingen praksis eller erfaring fra etablering av tilsvarende selskap. Vi opplever heller ikke at det er en strategi eller et ønske om å etablere en slik felleseid virksomhet med ansvar for å levere tjenester til alle kommunene utenfor Midt-Norge. Akson vil kreve at kommuner inngår avtaler med virksomheten som har FDVU-ansvar. Staten på eiersiden kan gi bedre forutsetninger for styring og koordinering av utviklingen innen journal- og samhandlingsløsninger. En felles eierskapsmodell kan gjøre det enklere for kommunene å overføre ansvar og oppgaver til tjenesteleverandøren og dermed forsterke oppslutningen om tiltaket. Vi vurderer at etablering av en felles journal for alle kommuner utenfor Midt-Norge er et stort løft som krever tett samarbeid mellom stat og kommuner, og at tiltaket i kommunene har bedre forutsetninger for å lykkes innenfor en delt eierskapsmodell. Sammen med den etablerte rollefordelingen og samarbeidet mellom Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett gir dette bedre forutsetninger for at kommunene kan lykkes med løftet knyttet til felles journal.

Prosjektet vurderer en delt eierskapsmodell med Norsk Helsenett som den mest aktuelle ut fra antatt bedre mulighet for å utnytte synergier i NHN sin kapasitet, kompetanse, inngå samarbeid om anskaffelser, osv. Rettslig risiko knyttet til tjenestekjøp gjør derimot at en modell med delt eierskap med HOD bør holdes åpen for videre vurdering.

Norsk Helsenett SF bør ha FDVU-ansvaret for samhandlingsløsningene i Akson.

De nasjonale e-hesløsningene kjernejournal, helsenorge, e-resept og grunndata er sentrale løsninger i videreutviklingen av samhandling for hele helsetjenesten. I januar 2020 overføres FDVU-ansvaret for disse løsningene fra Direktoratet for e-helse til Norsk Helsenett SF. Norsk Helsenett SF har allerede ansvaret for meldingsplattformen, som også er en sentral løsningskomponent for samhandling. Virksomhetsoverdragelsen og Norsk Helsenett SF sitt eksisterende ansvar gjør det naturlig å anbefale at Norsk Helsenett SF bør ha FDVU-ansvaret for samhandlingsløsningene i Akson.

Felles styring og koordinert utvikling av journal- og samhandlingsløsningene er forutsetninger for å etablere gode e-hesløsninger som bidrar til økt pasientsikkerhet og -kvalitet og mer sammenhengende og koordinerte pasientforløp. Hovedanbefalingene i dette notatet innebærer at ansvaret for journal- og samhandlingsløsningene i Akson fordeles på flere virksomheter, men vesentlig mindre fragmentert enn i dag, både mht. ansvars plassering og antall løsninger. Den foreslåtte ansvars plasseringen gir Norsk Helsenett en svært sentral rolle. For at Norsk Helsenett skal lykkes må nasjonale myndigheter og virksomhetene videreutvikle samstyringsmodellen knyttet til investeringsbeslutninger, porteføljestyling og arkitektur slik at vi kan oppnå en mer koordinert utvikling og innføring av journal- og samhandlingsløsningene, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Videre prosess

Forprosjektet tar innspill på videre prosess i saksbehandlingen. Forprosjektet ønsker å snarlig oversende notat til HOD.

Sak 39/19-4: Dataansvar for felles kommunal journal

Forslag til vedtak:

Nasjonalt e-helsestyre ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Få Nasjonalt e-helsestyre sine innspill til foreløpige vurderinger knyttet til dataansvar for felles kommunal journal.

Prosjektet ber Nasjonalt e-helsestyre om innspill på:

- Vurderingen om at dataansvaret for den felles journalen plasseres hos selskapet som skal forvalte løsningen og er omtalt som "Akson Journal AS"
- Er det ytterligere forhold knyttet til vurderingen av plassering av dataansvaret hos "Akson Journal AS" som bør beskrives i notatet?

Foreløpige vurderinger

I all behandling av helseopplysninger skal det være en dataansvarlig.

I konseptvalgutredningen og tilhørende KS1-rapport ble det lagt til grunn at Akson journal (K7) innebærer at det etableres én felles journal i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette ble definert som et behandlingsrettet helseregister, jf. pasientjournalloven § 2 d). Helse- og omsorgsdepartementet vil foreslå lovendring for å etablere rettsgrunnlag for Akson.

Felles journalløsning er en ny måte å organisere journalløsninger på i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og det har derfor blitt stilt spørsmål om plassering av dataansvaret. I dag ligger i stor grad journalopplysninger i mange ulike journalsystemer og i ulike virksomheter som hver for seg er selvstendige dataansvarlige.

Det er derfor behov for å gjøre en vurdering av plassering av dataansvaret for felles journalløsning. Se vedlegg 4 for ytterligere beskrivelse av dataansvaret og vurderingene som er gjort.

Prosjektets foreløpige vurderinger:

- Det anbefales en modell der én aktør har dataansvar alene for den nye journalløsningen for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Det bør vurderes å fastsette i forskrift at selskapet som skal forvalte felles journalløsning også er dataansvarlig for behandlingen av person- og helseopplysninger for felles journalløsning. I sak 39/19-3 er denne virksomheten omtalt som Akson Journal AS.
- Helsevirksomhetene vil fortsatt måtte ivareta plikter og rettigheter som innebærer helsefaglige vurderinger.
- Det vil stilles krav til virksomhetene for bruk av felles journalløsning bl.a. knyttet til kvalitet og informasjonssikkerhet.

Det må gjøres en selvstendig vurdering for dataansvar for løsningen(e) som skal etableres for samhandling.

Videre prosess

Prosjektet bearbeider vurderingen og anbefaling basert på dialog med kommunesektoren.

Sak 39/19-5: Overordnet organisering av tiltaket

Forslag til vedtak:

Nasjonalt e-helsestyre ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Få Nasjonalt e-helsestyre sine innspill på foreløpige vurderinger knyttet til overordnet organisering av tiltaket.

Prosjektet ber Nasjonalt e-helsestyre om innspill på:

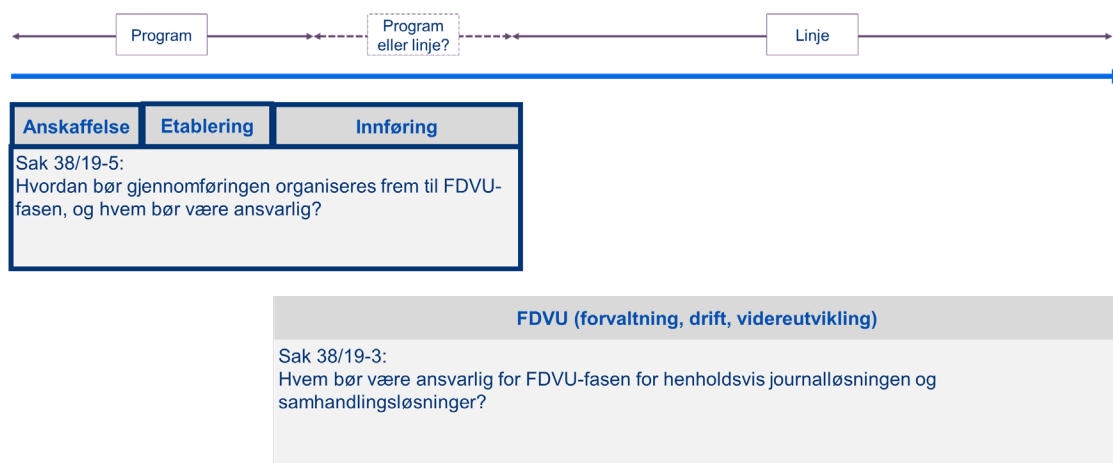
- Foreløpig vurdering om å organisere gjennomføringen i to programmer.

Status og prosess

Overordnet organisering av tiltaket er drøftet med arbeidsgruppe for prosjektstrategi i møtet den 1.-2. oktober. Arbeidsgruppen for prosjektstrategi ga sin støtte til å dele tiltaket i (minst) to programmer i gjennomføringen.

Foreløpige vurderinger

Tiltaket er stort og prosjektet vurderer ulike måter å dele det opp på, også innen organisering av gjennomføringen. Sak 39/19-3 beskriver foreløpige vurderinger av ansvarsplassering i FDVU. Denne saken beskriver ulike alternativer for overordnet organisering i forutgående faser (anskaffelse, etablering og innføring), som illustrert i figuren under.



Figur 2 Tiltakets ulike faser

Plassering av ansvar i FDVU-fasen legger føringer for organisering i forutgående faser, og som det fremkommer av sak 39/19-3 er foreløpig vurdering at ansvaret for henholdsvis felles journalløsning og samhandlingsløsning(e) vil ligge i ulike virksomheter i FDVU-fasen. Det er også grunn til å tro at kostnadsfordelingen mellom aktørene, og tilhørende finansieringsmodeller, vil være ulik for journalløsning og samhandlingsløsning(er). I tillegg vurderer prosjektet at det er hensiktsmessig å dele opp tiltaket i flere anskaffelser, der blant annet journalløsning og samhandlingsløsning(er) anskaffes hver for seg.

Ulike egenskaper ved felles journalløsning og samhandlingsløsningene, og vurderingene nevnt over, gjør det naturlig å vurdere en delt organisering av tiltaket. Samtidig er det viktig å ivareta helheten i tiltaket, og avhengighetene mellom løsningene, for å realisere mange av gevinstene. Dette blir viktige hensyn i vurderingene knyttet til en eventuell delt organisering i gjennomføringen.

Kompleksitet, ulike prosjekter og sterkt fokus på gevinstrealisering medfører at det vurderes hensiktsmessig å ta utgangspunkt i MSP- metodikken (Managing Successful Programmes) anbefalt av Difi.¹ I vurderingen under er det derfor lagt til grunn at tiltaket programorganiseres. For samhandlingsdelen av tiltaket må antagelsen om programorganisering vurderes på nytt når ambisjonsnivå og gjennomføringsstrategi er avklart.

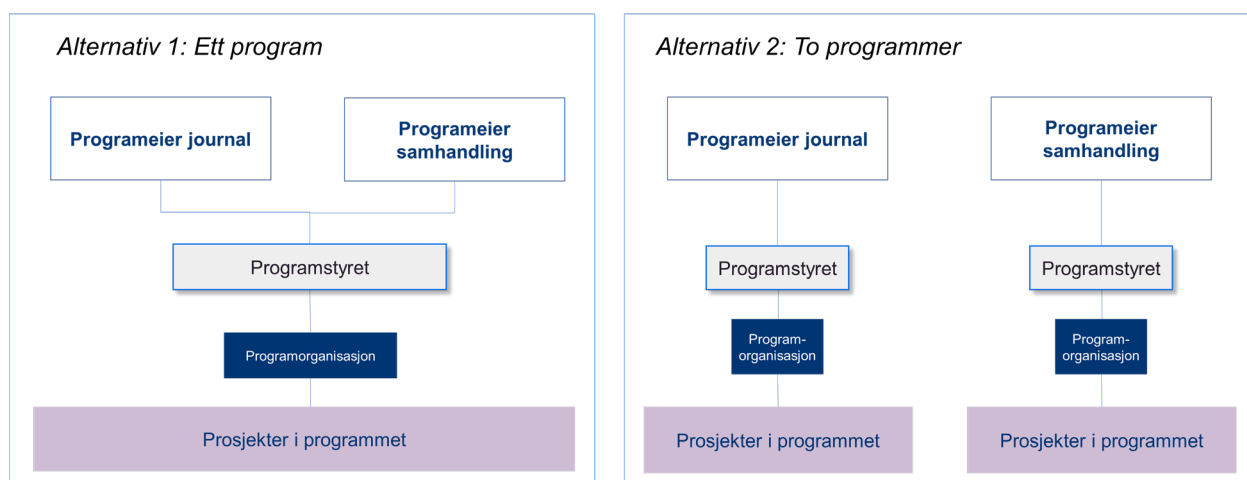
I den videre teksten omtales journal og samhandling som de to hoveddelene i tiltaket. Løsning for identitets- og tilgangsstyring er ikke nevnt, men vi antar at den skal realiseres sammen med journalløsningen, og vil derfor være inkludert i journaldelen av tiltaket.

Foreløpig vurdering: Ett eller to program(mer)

Prosjektet har vurdert to hovedalternativer for organisering av tiltaket i gjennomføringen:

1. Ett program
2. To programmer

Overordnede skisser av alternativene er vist i figur under:



Figur 3 To hovedalternativer for organisering i gjennomføring av tiltaket

Alternativ 1: Ett program innebærer å etablere et program som skal ivareta helheten i tiltaket, og som får ansvar for å anskaffe, etablere og innføre felles journalløsning og realisere ambisjonsnivået for samhandling. Ettersom det er to ulike virksomheter som vil ha ansvar for journalløsningen og samhandlingsløsningene i FDVU, og således bør ha bestemmende myndighet i forutgående faser, vil programmet ha to programeiere (programeier journal og programeier samhandling). De to programeierne etablerer et program sammen, tilgjengeliggjør sine respektive styringsrammer for henholdsvis journal og samhandling, og tar felles ansvar for å levere på resultatmålene for begge delene. Programeierne etablerer ett programstyre, hvor både kommunene og spesialisthelsetjenesten må være representert.

Alternativ 2: To programmer innebærer å etablere et program for journal og et for samhandling. Journalprogrammet får ansvar for å anskaffe, etablere og innføre journalløsningen, og levere på resultatmål knyttet til denne. Programeier journal etablerer et programstyre med representasjon fra kommunene, og programmet tildeles styringsrammen for journal. Vår foreløpige vurdering er at journalprogrammet bør få ansvar for å innføre samhandlingsfunksjonalitet samtidig som ny journal innføres, slik at kommunene

¹ https://www.difi.no/sites/difino/files/om_programmer_og_programstyring_0.pdf

opplever en koordinert innføring og for at samhandlingsprogrammet ikke har behov for å bygge opp en stor innføringsorganisasjon.

Samhandlingsprogrammet får ansvar for å realisere ambisjonsnivået for samhandling. Innføring av samhandlingsfunksjonalitet gjøres via journalprogrammet for kommunene som skal ta i bruk felles journalløsning, og via etablert struktur for innføring i spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsprogrammet disponerer styringsrammen for sentrale investeringer i samhandling, og etablerer et programstyre hvor både kommunene og spesialisthelsetjenesten er representert.

Prosjektet har utarbeidet følgende kriterier for hva organiseringen bør ivareta:

1. At beslutninger tar hensyn til nytte og kostnader for hele tiltaket i hele levetiden.
2. At beslutninger kan fattes effektivt.

En foreløpig vurdering av alternativene er vist i tabellen under:

	Alternativ 1: Ett program	Alternativ 2: To programmer
Kriterium 1: Ta hensyn til kost/nytte	<p><i>Pluss:</i> Programorganisasjonen vil som utgangspunkt søke å ivareta helheten i tiltaket.</p> <p><i>Minus:</i> Konflikt mellom eierne på grunn av ulike ansvarsforhold og ulike finansieringsprinsipper kan vanskeliggjøre enighet og gi suboptimale beslutninger.</p>	<p><i>Pluss:</i> Programmene vil fortsatt være store og komplekse. Mer rendyrket omfang i hvert av dem kan gjøre det enklere å gå i dybden på beslutninger som påvirker nytte og kostnader innenfor de enkelte tiltakene.</p> <p><i>Minus:</i> Programledelse og programstyre vil primært fokusere på egne løsninger. Dette kan gi suboptimale løsninger for helheten i tiltaket.</p>
Kriterium 2: Effektive beslutninger	<p><i>Pluss:</i> Avhengigheter og grensesnitt mellom de to tiltakene kan håndteres innenfor programmet. Dette kan gi mer effektive beslutninger gitt at det ikke er betydelige konflikter mellom eiere og interessenter.</p> <p><i>Minus:</i> Konflikt mellom programeierne kan forsinke nødvendige beslutninger.</p> <p>Større kompleksitet i oppgavene og et mer krevende interessentbilde gjør det krevende å opprettholde tempo i beslutningene.</p>	<p><i>Pluss:</i> Modellen gir klarere og mer entydig ansvars plassering. Dette kan redusere behovet for å håndtere konflikter innad i programmet.</p> <p>Lavere kompleksitet i de enkelte programmene oppgaver (enn i alternativ 1) og mer rendyrkede interessentbilder kan gjøre det enklere å opprettholde tempo i beslutningene</p> <p><i>Minus:</i> Behov for å håndtere avhengigheter og grensesnitt mellom programmene og på eiernivå kan være krevende.</p>

Tabell 4 Foreløpig vurdering av de to alternativene

Basert på kriteriene er vår foreløpige vurdering at alternativ 2 med ulike programmer for journal- og samhandlingsløsning(er) vil være mest formålstjenlig. Det skyldes primært følgende:

- Det er en grunnleggende utfordring at ulikt finansieringsansvar og ulikt ansvar for løsningen i FDVU-fasen kan gi interessemotsetninger mellom programeierne. Potensielle interessemotsetninger som følge av dette er vurdert å ikke kunne elimineres gjennom å etablere et felles program.

- Alternativet med to programmer vil gi tydeligere styringslinjer og mer entydig ansvars plassering. Dette vil gi færre potensielle konfliktområder innad i programmene. To programmer vil også kunne redusere kompleksiteten og forenkle interessenthåndteringen.

Prosjektet ønsker innspill fra Nasjonalt e-helsestyre til foreløpig vurdering om en delt organisering (journal og samhandling) i gjennomføringen.

Foreløpig vurdering: Ansvar for hvert av programmene

Prosjektet har i den videre teksten lagt til grunn at tiltaket deles i to programmer i gjennomføringen. Uavhengig av modell som velges må det jobbes videre med å legge til rette for at det helhetlige kostnads- og nytteperspektivet ivaretas.

Foreløpig vurdering er at Akson Journal AS, som beskrevet i sak 39/19-3, skal ha ansvar for journalløsningen i FDVU-fasen. Prosjektet mener at det er naturlig at dette selskapet også har ansvar for anskaffelse, etablering og innføring av journalløsningen, og således er programeier for journalprogrammet.

Ambisjonsnivå for samhandling, og sammenheng med dagens prosjekter og løsninger for samhandling, er foreløpig ikke avklart. Det er derfor uklart om samhandlingsprogrammet som omtales i dette saksunderlaget vil være et program, eller om det er mer hensiktsmessig med en annen organisering.

For å realisere ønsket ambisjonsnivå for samhandling er det flere elementer som må være på plass:

- Felles prioritering og koordinering av samhandlingsfunksjonalitet
- Sentrale investeringer/utvikling i samhandlingsløsningene
- Investeringer og koordinert utvikling av journalløsningene (EPJ/PAS/kurve)

Dette er illustrert i figuren under.



Figur 4 Elementer for å realisere samhandlingsgevinster

Felles prioritering av samhandlingsfunksjonalitet innebærer at aktørene som skal hente ut gevinster fra samhandling gjør felles prioriteringer av ny funksjonalitet. Dette ansvaret er del av Direktoratet for e-helse sin myndighetsrolle innen nasjonal porteføljestyling. Den nasjonale e-helseporteføljen består i dag i stor grad av prosjekter som bidrar til økt samhandling i sektoren, og direktoratet har etablert en nasjonal samstyringsmodell som skal ivareta de ulike aktørenes ønsker og prioriteringer. Nasjonal porteføljestyling er under videreutvikling, blant annet i forbindelse med en eventuell e-helselov.

Det legges til grunn et økt ambisjonsnivå for samhandling sammenlignet med dagens planer. Prioriteringer, koordinering og oppfølging for å realisere ambisjonsnivået kan håndteres i eksisterende prosesser for nasjonal porteføljestyling. I så fall vil Norsk Helsenett få ansvaret for å realisere ulike tekniske kapabiliteter for å nå målbildet for samhandling, og kan velge å organisere dette i et program. Direktoratet for e-helse vil ha ansvar for å gjennomføre prosesser for porteføljestyling, som i dag.

En alternativ modell er å flytte felles prioritering, koordinering og oppfølging av samhandlingsfunksjonalitet inn i programmet som etableres for samhandling. Da vil både Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett ha ansvar i programmet; direktoratet vil ha ansvar for å sikre felles prioriteringer og Norsk Helsenett vil ha ansvar for å realisere prioritert funksjonalitet.

I begge tilfellene vil Direktoratet for e-helse ha en sentral rolle i å sikre felles prioriteringer, og bidra til koordinerte investeringsbeslutninger og dermed koordinert utvikling i samhandlingsløsningene og i journalløsningene (EPJ/PAS/kurve). Direktoratet for e-helse har ikke selv formelle virkemidler overfor aktørene, men må eventuelt eskalere til eier (Helse- og omsorgsdepartementet) ved behov.

Investeringer og sentral utvikling i samhandlingsløsningene er en forutsetning for å realisere gevinster fra samhandling. Ansvaret for å gjøre denne utviklingen, inkludert vurdere behov for nye anskaffelser innen samhandling, ligger hos Norsk Helsenett (f.o.m. 2020).

Tilsvarende er investeringer og koordinert utvikling i journalløsningene (EPJ/PAS/kuveløsninger i felles journalløsning, Helseplattformen, Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord) en forutsetning for å realisere gevinster fra samhandling. Man er avhengig av selvstendige investeringsbeslutninger for utvikling i journalløsningene (EPJ/PAS/kurve) i Akson Journal AS, Helseplattformen og de tre regionale helseforetakene i Sør-Øst, Vest og Nord. Deretter er man avhengig av koordinert utvikling i disse, slik at alle aktørene kan ta i bruk, og hente ut gevinster fra, den samme samhandlingsfunksjonaliteten.

Videre prosess

Prosjektet legger i det videre arbeidet til grunn at tiltaket gjennomføres i to deler.

Det er behov for å beskrive en modell for å sikre kommunenes innflytelse og forankring i gjennomføringen. Prinsipper for kommunal representasjon, og organisering på kommunesiden for å ivareta innflytelse og forankring, er under utarbeidelse. KS og kommunene holder i dette arbeidet og samarbeider med prosjektet.

Prosjektet vil detaljere ut organisering av journalprogrammet, herunder:

- Sentrale beslutninger i og utenfor programmet
- Overordnet beskrivelse av prosjekter og hovedoppgaver per fase
- Prinsipper, roller og ansvar knyttet til innføring og gevinstrealisering (se Sak 39/19-1 for alternativer for organisering av gevinstarbeidet)
- Prinsipper og overordnet modell for felles helsefaglige beslutninger

Prosjektet vil jobbe videre med å avklare organisering for samhandling.

Organisering i gjennomføring av henholdsvis journal og samhandling skal drøftes videre i arbeidsgruppen for prosjektstrategi, i prosjektstyret og i Nasjonalt e-helsestyre.

Sak 39/19-6: Kontraktstrategi for felles kommunal journal

Forslag til vedtak:

Nasjonalt e-helsestyre ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Få Nasjonalt e-helsestyre sine innspill til foreløpige vurderinger knyttet til kontraktstrategi for felles journalløsning.

Prosjektet ber Nasjonalt e-helsestyre om innspill på:

- Prosjektets foreløpige anbefaling om å velge alternativ B i kontraktstrategien
- Mangler eller feil i prosjektets markedsvurdering

Status og prosess

Kontraktstrategien skal beskrive hvordan man sikrer hensiktsmessig konkurranse i utvelgelsesfasen, hvordan man fordeler oppgaver, ansvar og usikkerhet, og hvilke kontraktuelle virkemidler som bør være etablert for å understøtte styring i tiltakets levetid.

Det er foreløpig anbefalt at tiltaket deles opp i følgende hovedanskaffelser:

- Felles journalløsning, inkludert identitets- og tilgangsstyring
- Helhetlig samhandling
- Løsninger for grunndata
- Tjenester for kundestøtte

I denne saken ønsker vi å drøfte vurderinger knyttet til kontraktstrategi for felles journalløsning. Se vedlegg 5 (unntatt offentlighet) for foreløpige vurderinger.

Vedtak på tilsluttende saker

Sak	Tema	Vedtaksformulering
20/19	Plan for og organisering av forprosjektet	Nasjonalt e-helsestyre stiller seg bak plan for og organisering av forprosjektet, men ber om at fremdriftsplanen blir gjennomgått og vurdert endret.



Direktoratet for
e-helse

Akson

Løsningsomfang og arkitektur

Underlag til møte i Nasjonalt e-helsestyre
28. oktober 2019



Innhold

Sammendrag	2
1 Innledning	8
1.1 Status på arbeidet med løsningsomfang og arkitektur	8
1.2 Prosessen videre	9
2 Omfanget av felles journalløsning	11
2.1 Yte helse- og omsorgshjelp	11
2.2 Støtte til ytelse av helse- og omsorgshjelp	13
2.3 Administrere kommunale helse- og omsorgstjenester	14
3 Løsningsomfanget for Integrasjon mellom felles journalløsning og administrative løsninger i kommunen	15
4 Forvaltning av tilganger i henholdsvis journalløsning og samhandlingsfunksjonalitet	17
5 Løsningsomfang for helhetlig samhandling	18
5.1 Oversikt over ambisjonsnivået for helhetlig samhandling gjennom tiltakets levetid frem mot 2030 19	
5.2 Forventet status for samhandling i 2022/2023	23
5.3 Anbefalt ambisjonsnivå for samhandlingsfunksjonalitet i første leveranse	25
5.4 Valg av tilnærming for realisering av ambisjonsnivået for helhetlig samhandling	26

Sammendrag

Direktoratet for e-helse fikk 26. april i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å gjennomføre et forprosjekt for tiltak knyttet til helhetlig samhandling og felles kommunal journal (K7 i Konseptvalgutredningen). Direktoratet for e-helse skal levere sine anbefalinger innen utgangen av februar 2020. Anbefalingene skal deretter gjennomgå ekstern kvalitetssikring (KS2) før investeringsbeslutning. Prosjektet og tiltaket har fått arbeidsnavnet Akson.

En sentral del av arbeidet er knyttet til å anbefale omfanget på løsninger for helhetlig samhandling og felles kommunal journal.

Hovedformål med dette underlaget er å gi en orientering om status på arbeidet, videre prosess og hovedanbefalinger knyttet til løsningsomfang og arkitektur.

Status på arbeidet med løsningsomfang og arkitektur

I denne fasen er behovsanalysen fra konseptvalgutredningen juli 2018 lagt til grunn. Analysen er videreført for å avdekke detaljer knyttet til behov for følgende oppgaver og prosesser i kommunal helse- og omsorgstjeneste:

- Funksjonalitet i felles journalløsning for å understøtte å yte, administrere eller kvalitetssikre helse- og omsorgstjenester til den enkelte innbygger.
- Funksjonalitet i felles journalløsning som er avhengig av integrasjon med andre systemer i kommunene og virksomhetene (f.eks lønns- og personalsystem, økonomi- og fakturasystem, betalingssystem, utstyrssystem).
- Funksjonalitet for å sikre at helsepersonell og annet samarbeidende personell som bruker felles journalløsning er identifisert og gis tilganger på riktig nivå.
- Samhandling med helsepersonell og annet samarbeidende personell som bruker andre journalløsninger eller fagsystem.
- Samhandling med innbygger.

I dette arbeidet er det blitt utarbeidet en rekke arbeidsdokumenter. Disse ble sendt ut ultimo juni til referansekommunene og utvalgte andre. I perioden juni til primo oktober er det blitt gjennomført en rekke møter for å avklare ambisjonsnivået for samhandling, samt for å diskutere løsningstilnærming for å realisere ambisjonsnivået.

Prosjektet fastslår at prosessen for å behandle samhandlingsambisjoner ikke har vært tilstrekkelig. Det er ikke blitt kjørt en grundig nok prosess med spesialisthelsetjenesten for å avklare funksjonelt ambisjonsnivå, og for å diskutere løsningsalternativer og om foreslått ambisjonsnivå er mulig å realisere teknisk.

Videre prosess for arbeidet med løsningsomfang og arkitektur

Arbeidet med løsningsomfang og arkitektur går nå inn i en fase der innspill må bearbeides og dokumenteres. Det skal utarbeides dokumenter 1) Vedlegg for løsningsomfang og arkitektur til Sentralt Styringsdokument (SSD), 2) Bilag for Felles journalløsning og integrasjon med administrative systemer, samt 3) Bilag for Helhetlig samhandling. I tillegg vil det utarbeides en mer leservennlig versjon av vedlegget hvor tjenestedesign vil bli benyttet for å illustrere for helsepersonell hvordan de nye løsningene vil understøtte deres arbeidshverdag,

Disse dokumentene vil bli sendt ut for innspill til referansekommuner, KS kjerneteam, KS Fagråd arkitektur, KS Fagråd for informasjonssikkerhet og personvern, Helsedirektoratet, fylkesmannen, fag- og profesjonsforeninger og Funksjonshemmedes fellesorganisasjon primo desember, med en frist for innspill medio januar.

I tillegg er det nødvendig å gjennomføre flere prosesser knyttet til:

- a. Å avklare arkitekturvalg i KS fagråd arkitektur, KS fagråd for informasjonssikkerhet og personvern, samt arkitekturfunksjonen i referansekommunene.
- b. Å avklare funksjonelt ambisjonsnivå for samhandling med spesialisthelsetjenesten, spesielt for leveranse 1.
- c. Å avklare teknisk gjennomførbarhet av ambisjonsnivået for samhandling i leveranse 1. Dette omfatter både å vurdere konsekvenser for spesialisthelsetjenesten av å realisere ambisjonsnivået, samt å avklare hvilken løsningsstrategi som skal ligge til grunn for å realisere ambisjonsnivået.

Løsningsomfanget for felles journalløsning, integrasjon med administrative systemer og håndtering av identiteter og tilganger

I denne fasen har det vært viktig for prosjektet å få beskrevet det funksjonelle omfanget i felles journalløsning slik at det kan danne grunnlag for kostnadsestimering og prosjektstrategi, samt gi rammen for anskaffelsesfasen. Beskrivelsen i det sentrale styringsdokumentet vil ikke være den endelige beslutningen for hvilket løsningsomfang som vil anskaffes og siden leveres til virksomhetene i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det endelige løsningsomfanget er resultatet av flere aktiviteter og beslutninger de neste årene, bl.a:

- **Utarbeidelse av konkurransegrunnlag.** I anskaffelsesfasen vil det bli etablert en arbeidsgruppe som utarbeider konkurransegrunnlag før anskaffelsen kunngjøres. Konkurransegrunnlaget skal godkjennes iht. vedtatt beslutningsprosess.
- **Gjennomføring av leverandørdialog/forhandlinger.** Gjennom selve anskaffelsen vil det være mulig å korrigere løsningsomfang i dialog/forhandlinger med leverandørene som deltar i konkurransen. Resultatet fra denne fasen vil være definisjonen av løsningsomfanget som anskaffes.
- **Realisering og implementering.** Etter anskaffelsen vil det etableres et prosjekt for å konfigurere og utvikle funksjonalitet som skal gjøres tilgjengelig i første leveranse av felles journalløsning til de kommunene som inngår i det første innføringsprosjektet. Dette løsningsomfanget kan være lavere enn det løsningsomfang som inngår som en del av kontrakten med valgte leverandør(er).
- **Forvaltning, drift og videreutvikling.** Etter at journalløsningen er satt i drift og implementert, vil funksjonalitet som ikke ble levert i første leveranse leveres i takt med det som er avtalt med leverandør(er). I tillegg vil det være mulig å innføre ny funksjonalitet utover det som er kontraktsfestet gjennom anskaffelsen, dels gjennom forvaltningskontrakten og dels gjennom at det anskaffes ny funksjonalitet.

Her følger en kort oppsummering av anbefalt løsningsomfang for felles journalløsning, integrasjon med administrative systemer og håndtering av identiteter og tilganger. En mer utfyllende beskrivelse følger i de neste kapitlene.

- **Ambisjonene for funksjonalitet i felles journalløsning er høye, og det er identifisert tydelige behov for at felles journalløsning skal understøtte helsepersonell i å gi koordinerte helse- og omsorgstjenester.**

Felles journalløsning skal i størst mulig grad benyttes av alle lovpålagte kommunale helse- og omsorgstjenester i kommuner utenfor Midt-Norge. Dette innebærer at løsningen må understøtte alle offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune, for alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1). I tillegg skal journalløsningen kunne støtte utførelse av offentlig tannhelsetjeneste. Tjenester kan, etter loven, ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere.

Oppgaver og prosesser som er nødvendige for å yte, administrere eller kvalitetssikre helse- og omsorgshjelp til den enkelte skal dekkes i sin helhet av funksjonalitet i felles journalløsning. Funksjonaliteten vil brukes av majoriteten av helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og må tilpasses hver helsepersonellgruppe for å passe de oppgavene og arbeidsprosessene den enkelte gruppen utfører. Dette omfatter å planlegge og utføre helsefremmende arbeid og forebygging, å håndtere ulykker og andre akutte hendelser, å håndtere effektiv og sikker kommunikasjon med pasient, samt å vurdere, diagnostisere, behandle og pleie pasient.

Felles journalløsning skal også understøtte oppgaver og arbeidsprosesser knyttet til å administrere helse- og omsorgshjelp, herunder opprettelse og forvaltning av ulike typer av team, som f.eks. primærhelseteam, og oppfølgingsteam, prioritering og planlegging av oppgaver og aktiviteter, støtte til oppgave- og ansvarsoverføring mellom helsepersonell som bruker felles journalløsning, støtte til koding og avstemming, samt å håndtere tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Felles journalløsning må kunne integreres med kommunenes administrative systemer. De administrative systemene understøtter oppgaver knyttet til håndtering av brukerutstyr og hjelpemidler, bestilling av mat og renhold, håndtering av økonomiske oppgjør, fakturering og

brukerbetaling, administrering av arbeids- og vaktlister, timebooking og kalenderfunksjonalitet, samt håndtering av pasientrettede avvik. Det er viktig at det er mulig for journalløsningen å kunne utveksle nødvendig informasjon med økonomi- og fakturasystemer, betalingssystemer, lønn- og personalsystemer, avvikssystemer, kjøkkensystemer og andre administrative systemer i kommunene og virksomhetene. Enkelte av disse oppgavene og prosessene vil kunne understøttes delvis av felles journalløsning, men hoveddelen av prosessen vil måtte understøttes av andre systemer.

- **Det er ønskelig å bruke en plattformtilnærming i etableringen av felles journalløsning for å sikre fleksibilitet, innovasjon og næringsutvikling i tilknytning til kjernefunksjonaliteten i journalløsningen.**

Felles journalløsning vil omfatte alle tjenestene og fellesfunksjonene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Innføringen av løsningen vil skje over lang tid og levetiden vil være lang. Det er derfor viktig at det etableres en løsning som vil være mulig å videreutvikle ettersom behovene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten endrer seg, og ikke minst der ny teknologi vil komme på markedet og blir moden for bruk i helse- og omsorgstjenesten.

I oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) er følgende føring gitt:

"Forprosjektet bør tydeliggjøre mulighetene for at løsningen(e) tilrettelegger for fremtidig fleksibilitet, innovasjon og tjenesteutvikling, med utgangspunkt i teknologisk innovasjon og mulighetene som oppstår i markedet. Herunder vurdere nærmere muligheten for realisering av konseptet gjennom plattformtilnærminger basert på åpne standarder."

For å tilrettelegge for fremtidig fleksibilitet, innovasjon og tjenesteutvikling anbefales det at det i anskaffelsen stilles krav om å kunne tilby åpne plattformer som gjør det mulig for kunden å kunne nyttiggjøre seg ny innovasjon uavhengig av leverandørens egne produktplaner. Dette er fokus i mange land der man ønsker å drive leverandører til å tilby åpne grensesnitt basert på internasjonale standarder. Et eksempel er rammeverket som implementeres av NHS Digital i Storbritannia, gjennom initiativet "The GP IT Futures programme". Formålet med dette rammeverket er å sikre at leverandører av allmenlegesystemer tilbyr åpne grensesnitt for å understøtte nødvendig innovasjon i allmenlegetjenesten. En lignende lovgivning er under vurdering i USA.

- **For å sikre at tilganger i felles journalløsning blir styrt på tvers av virksomheter, anbefales det at det anskaffes en løsning for identitets- og tilgangsstyring fremfor å kun stille krav til leverandørene av journalløsningen.**

Prosjektet har analysert behovet for å sikre en helhetlig forvaltning av tilganger som gis helsepersonell når de skal bruke journal- og samhandlingsløsningene. Mange virksomheter har i dag egne løsninger for å styre tilganger på tvers av løsninger. Andre virksomheter (f.eks. mindre fastlegekontor) gjør dette direkte i journalløsningen. Virksomhetene er pålagt å følge Normen, men bruker i dag ulike fortolkninger av denne med resultatet at det kan være variasjon i hvordan tilganger styres. Ved en anskaffelse av en felles journalløsning og en samhandlingsløsning er det behov for at tilganger og rettigheter harmoniseres på tvers av disse ulike løsningene.

Det anbefales at det anskaffes en ny løsning for identitetsstyring for å administrere identiteter/brukere og rettigheter for alle brukere som skal bruke felles journalløsning. Administrasjon av brukere håndteres av en egen komponent som kalles IGA (Identity Governance and Administration, eller identitetsstyringsløsning). En IGA tilbyr en løsning for å understøtte arbeidsflyt rundt oppretting, vedlikehold og fjerning av brukere. Dette understøtter behovet om en desentralisert administrasjon av brukere.

Løsningsomfanget for helhetlig samhandling

Her følger en kort oppsummering av anbefalt løsningsomfang for helhetlig samhandling. En mer utfyllende beskrivelse følger i de neste kapitlene.

- **Samhandling i helse- og omsorgstjenesten vil i størst mulig grad basere seg på gjenbruk og videreutvikling av eksisterende nasjonale samhandlingsløsninger.**

Gjennom de siste ti årene er det etablert nasjonale løsninger for å understøtte digital samhandling

mellom helsepersonell og innbygger (helsenorge.no), mellom helsepersonell (kjernejournal) og for å håndtere resepter (e-resept). Eksisterende nasjonale samhandlingsløsninger vil være avgjørende for å realisere samhandlingen frem mot 2022/2023.

Dagens strategi med Helsenorge.no som innbyggerens vei inn til sikre digitale helsetjenester vil videreføres. Innbyggertjenester vil ikke være avgjørende for valg av leverandør(er) på felles journalløsning. Hvordan og hvilke innbyggertjenester som leveres av prosjektet vil svares ut i senere faser, og vil måtte replanlegges i anskaffelsesfasen, når det blir tydeligere hvilke løsninger for innbyggertjenester de ulike leverandørene tilbyr.

Innføringen av pasientens legemiddelliste og multidose vil være avhengig av utvikling og innføring av Sentral forskrivningsmodul (SFM), samt innføring av kjernejournal til de virksomhetene som håndterer legemidler. En ny felles journalløsning vil bruke disse samhandlingsløsningene for å realisere pasientens legemiddelliste. Det er ønskelig at funksjonaliteten fra SFM er tett integrert i helsepersonells arbeidsflate.

Innsyn i journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten bruker komponenter i kjernejournal for å realisere funksjonaliteten. Kjernejournalforskriften vil danne et utgangspunkt for å realisere ny samhandlingsfunksjonalitet. Etablerte grensesnitt og funksjonalitet i helsepersonellportalen i kjernejournal skal i størst mulig grad videreføres.

- **Behovene for helhetlig samhandling mellom innbygger, helsepersonell og andre kommunale og statlige tjenester er omfattende**

Kartleggingen av behovene viser at ambisjonsnivået for samhandling mellom de ulike aktørene er omfattende. En analyse av behovene opp mot løsninger som er tilgjengelig i dag viser at de fleste av tjenestene enten ikke eksisterer, eller de har et middels til stort behov for forbedring.

I dialogen med helsepersonell fremkommer det at informasjonen må være tilgjengelig direkte gjennom helsepersonells arbeidsverktøy slik at det i minst mulig grad skal være nødvendig å etterarbeide informasjonen (klippe og lime) eller aktivt etterspørre informasjon man har bruk for hyppig. Unntaket er informasjonstjenestene som innebærer en tydelig oppgave- og ansvarsoverføring, hvor sende og motta er en egnet samhandlingsform.

Prosjektet har gjennomført et antall møter med utvalgte klinikere i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten for å identifisere informasjonsbehovene som de mener bør prioriteres i leveranse 1 av samhandlingsløsningene i tiltaket. I denne fasen er det nødvendig å indikere omfanget av samhandlingsfunksjonalitet som skal være tilgjengelig samtidig med at felles journalløsning innføres til de første kommunene.

Det endelige omfanget av hvilken samhandlingsfunksjonalitet som vil inngå i leveranse 1 vil kunne endres gjennom en faglig vurdering av en rekke kriterier:

- a. En vurdering av hvorvidt funksjonaliteten understøtter helsepolitiske mål
 - b. En vurdering av kostnad og nytte
 - c. Evnen til de virksomheter som ikke bruker felles journalløsning til å kunne ta i bruk den prioriterte samhandlingsfunksjonaliteten.
 - d. Løsningsforslag som blir mottatt av leverandørene til å kunne realisere ny samhandlingsfunksjonalitet.
 - e. Sektorens evne til å bli enig om innhold og terminologier på informasjonen som skal inngå i samhandlingsfunksjonaliteten og hvilke prosesser som må utvikles i den enkelte virksomhet til å kunne ta i bruk ny samhandlingsfunksjonalitet.
- **Ambisjonene for samhandling og behovet for gjenbruk av informasjonstjenester på tvers av innbygger, helsepersonell og andre kommunale og statlige aktører kan ikke løses gjennom å videreføre dagens prosjekt- og produktorienterte løsningsstrategi.**

Det er gjennomført en analyse for å kartlegge hvorvidt det er behov for å se på samhandling på tvers av de tre dimensjonene (1) samhandling mellom helsepersonell med forskjellige journalløsninger, (2) samhandling mellom helsepersonell og innbygger, og (3) samhandling mellom virksomheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste og andre statlige og kommunale tjenester. Analysen viser at majoriteten av informasjonstjenestene skal understøtte alle tre dimensjonene.

Ingen av informasjonstjenestene er dedikert til kun en av dimensjonene. Dette peker mot at fremtidig samhandlingsplattform i større grad må tilgjengeliggjøre tjenester på tvers av dimensjonene, og i mindre grad utvikles for ett formål.

Prosjektet har i samarbeid med en intern arbeidsgruppe i Direktoratet for e-helse vurdert hvordan eksisterende nasjonale løsninger understøtter utviklingen av informasjonstjenestene beskrevet for leveranse 1 og i hvilken grad de understøtter en utvikling mot ambisjonsnivå for tiltaket (2030).

Arbeidet i denne arbeidsgruppen konkluderte med at ambisjonene for samhandling og behovet for gjenbruk av informasjonstjenester på tvers av innbygger, helsepersonell og andre kommunale og statlige aktører ikke kan løses gjennom å videreføre dagens prosjekt- og produktorienterte løsningsstrategi. Det er behov for å etablere en mer helhetlig plattformtilnærming i tråd med anbefalingene fra eksterne kvalitetssikrer.

Arbeidsgruppen i Direktoratet for e-helse har vurdert tre hovedstrategier for realisering av en helhetlig samhandlingsplattform:

- A. I alternativ A sier vi at de tekniske delene av dagens e-helseløsninger skal benyttes til å oppfylle samhandlingsbehovet. Vi gir åpning for en videreutvikling av e-helseløsningene, men ikke for at det tas i bruk andre tekniske komponenter.
- B. I alternativ B sier vi at de tekniske delene av dagens e-helseløsninger skal benyttes til å oppfylle samhandlingsbehovet, men åpner for at den kan berikes med nyanskaffede tekniske komponenter til definerte formål. Dette alternativet låser oss allerede ved inngangen av anskaffelsesfasen til å definere hvilke deler av dagens e-helseløsninger som skal benyttes, hvilke som skal erstattes, og hva som er nye. Det vil etableres en stegvis transformasjon mot en helhetlig plattform, der eksisterende løsninger dekomponeres for å etablere felleskomponenter som er tilgjengelige på tvers av applikasjoner.
- C. I alternativ C er kravene til å bruke dagens e-helseløsninger myket opp. Her forplikter vi oss til å legge fram god dokumentasjon på dagens løsninger, slik at leverandører kan gi tilbud der dagens e-helseløsninger eventuelt kombineres med nye tekniske løsninger eller byttes ut. I løpet av anskaffelsesperioden kreves det at vi her har en god prosess slik at vi får gjort en god vurdering av helheten i samhandlingsløsningen for å få en endringsvennlig, robust og vedlikeholdbar samhandlingsløsning som står seg i mange år. Gjennom analysen i anskaffelsesfasen ser vi det som sannsynlig at samhandlingsløsningen vil inkludere noen komponenter som er realisert i dagens løsninger (eks. felleskomponent i Helsenorge), meldingsutveksling og løsninger for e-resept og datadeling og dokumentdeling. Kjernejournal er en del av dagens samhandlingsløsning og vil være en del av leverandørenes vurdering i dette alternativet. Gjennom prosessen kan det dermed godt hende at vi ender med en løsning som er skissert i alternativ B, men med anbefaling for hvordan funksjonalitet (felleskomponenter) i eksisterende løsninger migreres stegvis til ny arkitektur.

Forutsatt ambisjonsnivået for samhandling mener prosjektet at alternativ A ikke er realistisk, ettersom nye informasjonstjenester vil være avhengig av utstrakt bruk av datadeling og nye tekniske kapabiliteter som det er mest hensiktsmessig å anskaffe i markedet.

Både alternativ B og C vil kreve en gjennomgang og beskrivelse av dagens samhandlingsløsninger for å identifisere mulighetene for å gjenbruke eksisterende løsninger for å realisere en helhetlig samhandlingsplattform. I alternativ B bør en slik gjennomgang gjøres i forkant av at sentralt styringsdokument leveres. I alternativ C vil dette arbeidet kunne gjennomføres som en del av forberedelsen til en anskaffelse.

Prosjektet vil videre arbeide med å beskrive de ulike alternativene med utgangspunkt i det funksjonelle ambisjonsnivået som er beskrevet. Beskrivelsene vil omfatte følgende:

- Beskrivelse av en hvordan alternativene understøtter en stegvis tilnærming for realisering av funksjonelt ambisjonsnivå, fra dagens situasjon frem mot 2030.
- Beskrivelse av prosessen for å avklare anskaffelsestrategi inkludert beslutningspunkter der anskaffelser må vurderes
- Beskrivelse av hvordan den stegvise utviklingen må styres

1 Innledning

Direktoratet for e-helse fikk 26. april i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å gjennomføre et forprosjekt for tiltak knyttet til helhetlig samhandling og felles kommunal journal (K7 i Konseptvalgutredningen). Direktoratet for e-helse skal levere sine anbefalinger innen utgangen av februar 2020. Anbefalingene skal deretter gjennomgå ekstern kvalitetssikring (KS2) før investeringsbeslutning. Prosjektet og tiltaket har fått arbeidsnavnet Akson.

En sentral del av arbeidet er knyttet til å anbefale omfanget på løsninger for helhetlig samhandling og felles kommunal journal.

Hovedformål med dette underlaget er å gi en orientering om status på arbeidet, videre prosess og hovedanbefalinger knyttet til løsningsomfang og arkitektur.

1.1 Status på arbeidet med løsningsomfang og arkitektur

I denne fasen er behovsanalysen fra konseptvalgutredningen juli 2018 lagt til grunn. Behovsanalysen ble gjort i tett samarbeid med referansekommunene, KS og pasient- og brukerforeningene. Det ble også gjennomført møter med spesialisthelsetjenesten, nasjonale fagmyndigheter, fag- og profesjonsforeninger, øvrige representanter fra kommunesektoren og andre interessenter. Analysen er videreført for å avdekke detaljer knyttet til behov for følgende oppgaver og prosesser i kommunal helse- og omsorgstjeneste:

- Funksjonalitet i felles journalløsning for å understøtte å yte, administrere eller kvalitetssikre helse- og omsorgstjenester til den enkelte innbygger.
- Funksjonalitet i felles journalløsning som er avhengig av integrasjon med andre systemer i kommunene og virksomhetene (f.eks lønns- og personalsystem, økonomi- og fakturasystem, betalingssystem, utstyrssystem).
- Funksjonalitet for å sikre at helsepersonell og annet samarbeidende personell som bruker felles journalløsning er identifisert og gis tilganger på riktig nivå.
- Samhandling med helsepersonell og annet samarbeidende personell som bruker andre journalløsninger eller fagsystem.
- Samhandling med innbygger.

I dette arbeidet er det blitt utarbeidet en rekke arbeidsdokumenter. Disse ble sendt ut ultimo juni til referansekommunene, Helsedirektoratet, KS, og pasient- og brukerforeningene for å få innspill. Det foregår nå et arbeid med å behandle innspillene og innarbeide endringer i arbeidsdokumentene.

I perioden juni til primo septenber er det blitt gjennomført en rekke møter for å avklare ambisjonsnivået for samhandling, samt for å diskutere løsningstilnærming for å realisere ambisjonsnivået.

Ambisjonsnivået for samhandling er beskrevet i tre deler: (1) Hvilken samhandling kan vi forvente er realisert når etableringen av Akson-tiltaket starter i 2022/2023; (2) hvilken samhandlingsfunksjonalitet bør vi ha som ambisjonsnivå å realisere som en del av første leveranse (leveranse 1) i 2024/2025, og (3) hvilket ambisjonsnivå bør vi sette for samhandling som en del av investeringsperioden frem til 2030.

Arbeidet er blitt organisert i to arbeidsgrupper:

- a. Arbeidsgruppe i sektoren for å prioritere samhandlingsbehov. Det er blitt gjennomført fem møter med operativt helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste der formålet har vært å identifisere hvilken samhandlingsfunksjonalitet vi bør ha som ambisjonsnivå å realisere som en del av leveranse 1 i 2024/2025.
- b. Arbeidsgruppe i Direktoratet for e-helse, bestående av arkitekter og produkteiere fra alle de

nasjonale løsningene, porteføljestyring og strategi. Denne arbeidsgruppen har gjennom fire arbeidsmøter vurdert hvordan eksisterende nasjonale løsninger understøtter utviklingen av informasjonstjenestene beskrevet for leveranse 1 og i hvilken grad de understøtter en utvikling mot ambisjonsnivået for tiltaket (2030).

I siste omgang har prosjektet gjennomført et fellesmøte (10. oktober) med representanter fra referansekommunene, KS kjerneteam, KS fagråd arkitektur, KS fagråd for informasjonssikkerhet og personvern og profesjons- og brukerforeninger. Hovedformål med møtet er få innspill på vurderinger og våre anbefalinger knyttet til Løsningsomfang. Hovedformål med møtet var å få innspill på vurderinger og våre anbefalinger knyttet til Løsningsomfang.

Prosjektet fikk gode innspill i dette møtet som var inndelt i to parallellsesjoner. Innspillene knyttet til funksjonelt omfang var i all vesentlighet i tråd med anbefalingen og vil i liten grad endre anbefalingen om løsningsomfanget for felles journalløsning og ønsket ambisjonsnivå for samhandling i en første leveranse. I arbeidsgruppen som vurderte arkitektur fikk prosjektet tilbakemelding om at arkitekturfunksjonene i noen av kommunene opplever at de i for liten grad har vært involvert. Det ble etterlyst bedre dokumentasjon på et mer detaljert nivå slik at de lettere kan vurdere arkitekturvalgene som blir foreslått.

Prosjektet fastslår at prosessen for å behandle samhandlingsambisjoner ikke har vært tilstrekkelig. Det er ikke blitt kjørt en grundig nok prosess med spesialisthelsetjenesten for å avklare funksjonelt ambisjonsnivå, og for å diskutere løsningsalternativer og om foreslått ambisjonsnivå er mulig å realisere teknisk.

1.2 Prosessen videre

Arbeidet med løsningsomfang og arkitektur går nå inn i en fase der innspill må bearbeides og dokumenteres. Følgende dokumenter vil utarbeides:

- Vedlegg til Sentralt Styringsdokument (SSD). Vedlegget vil inneholde en oppsummering av løsningsomfang og arkitektur og skal primært peke på de elementer som inngår i kostnadsestimeringen.
 - Bilag – Felles journalløsning og integrasjon med administrative systemer. Dokumentet vil gi en detaljert beskrivelse av den analysen og kartleggingen som er gjennomført, samt forslag til løsningsarkitektur for området. Dokumentet vil i stor grad svare ut det som ble etterlyst av arkitektene i fellesmøtet som ble gjennomført den 10. oktober.
 - Bilag – Helhetlig samhandling. Dette dokumentet vil gi en detaljert beskrivelse av samhandlingsbehovene i fire dimensjoner: (1) samhandling mellom helsepersonell som bruker forskjellige journalløsninger, (2) samhandling mellom helsepersonell og annet samarbeidende personell i kommunale og statlige tjenester (f.eks NAV, skole/barnehage, barnevern og PPT), (3) samhandling med innbygger, (4) håndtering av velferdsteknologiske løsninger og responscenter.

Bilagene tar utgangspunkt i de arbeidsdokumentene som ble sendt ut ultimo juni. I tillegg vil det utarbeides en mer leservennlig versjon av vedlegget hvor tjenstedesign vil bli benyttet for å illustrere for helsepersonell hvordan de nye løsningene vil understøtte deres arbeidshverdag,

Vedlegget til sentralt styringsdokument, samt de to bilagene vil bli sendt ut til referansekommuner, KS kjerneteam, KS Fagråd arkitektur, KS Fagråd for informasjonssikkerhet og personvern, Helsedirektoratet, fylkesmannen, fag- og profesjonsforeninger og Funksjonshemmedes fellesorganisasjon for en ny innspillsrunde primo desember, med en frist for innspill medio januar.

I tillegg er det nødvendig å gjennomføre flere prosesser knyttet til:

- d. Å avklare arkitekturvalg i KS fagråd arkitektur, KS fagråd for informasjonssikkerhet og personvern, samt arkitekturfunksjonen i referansekommunene. Dette er en prosess som vil bli gjennomført gjennom november og desember.
- e. Å avklare funksjonelt ambisjonsnivå for samhandling med spesialisthelsetjenesten, spesielt for leveranse 1. Her er det satt opp et møte med fagdirektørene i spesialisthelsetjenesten (18.11).

- f. Å avklare teknisk gjennomførbarhet av ambisjonsnivået for samhandling i leveranse 1. Dette omfatter både å vurdere konsekvenser for spesialisthelsetjenesten av å realisere ambisjonsnivået, samt å avklare hvilken løsningsstrategi som skal ligge til grunn for å realisere ambisjonsnivået.

2 Omfanget av felles journalløsning

Felles journalløsning skal i størst mulig grad benyttes av alle lovpålagte kommunale helse- og omsorgstjenester i kommuner utenfor Midt-Norge. Dette innebærer at journalløsningen må understøtte alle offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører til under stat eller fylkeskommune, for alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1). I tillegg skal journaløsningen kunne støtte utførelse av offentlig tannhelsetjeneste. Tjenester kan, etter loven, ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere.

Tjenestene er forskjellig organisert i de ulike kommunene og kan leveres av virksomheter med forskjellige navn. Vi har derfor valgt å referere til tjenestene med den benevnelsen de har i Helse- og omsorgstjenesteloven.

Journalløsningen skal inneholde funksjonalitet som støtter helsepersonell i å ivareta sine behov for dokumentasjon av forløp og tilstand, pasientrettet planlegging og saksbehandling, samt kunnskaps-, beslutnings- og fagfellestøtte. Det er spesielt viktig at journalløsningen understøtter behovene for effektivt samarbeid mellom helsepersonell som bruker felles journalløsning.

Felles journalløsning vil over tid erstatte mange av de journaløsningene som brukes av virksomhetene innen kommunal helse- og omsorgstjeneste. I parallell med etablering og innføring av felles journalløsning vil de eksisterende samhandlingsløsningene videreutvikles og nye samhandlingsformer og informasjonstjenester vil innføres. Felles journalløsning må fra starten støtte de samhandlingsformene som vil eksistere når felles journalløsning tas i bruk, og må over tid også støtte de nye foreslåtte informasjonstjenestene.

Felles journalløsning vil primært støtte ytelse av helse- og omsorgshjelp, men vil også ha funksjonalitet for at virksomhetene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten effektivt kan organisere helsepersonell, ressurser og oppgaver, samt kunne administrere og styre økonomi. Dette er imidlertid ikke primæroppgaven til dagens journaløsninger og vil ikke være primæroppgaven til ny felles journalløsning. Virksomhetene har etablert andre løsninger, f.eks. økonomisystem, betalingssystem, personal-, turnus- og lønnsystem, logistikkssystem, som vil videreføres når felles journalløsning innføres. Det er behov for å etablere grensesnitt som gjør det mulig å utveksle informasjon mellom disse systemene og ny felles journalløsning.

I de neste avsnittene beskriver vi hvilke funksjonelle områder som inngår i en felles journalløsning for å understøtte oppgaver og prosesser for tjenesteområdene i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Funksjonaliteten skal kunne tilpasses hver helsepersonellgruppe slik at de kan utføre sine oppgaver effektivt.

2.1 Yte helse- og omsorgshjelp

Dette området beskriver de oppgaver og prosesser som er sentrale for å yte helse- og omsorgshjelp i kommunen og er selve kjerneoppgavene for tjenestene.

- **Planlegge og utføre helsefremmende arbeid og forebygging.** Det er virksomhets evne til å utvikle kunnskap, ferdigheter, forpliktelser, strukturer, systemer og lederskap for å muliggjøre eller støtte initiativer knyttet til helsefremmende arbeid og forebygging. Dette inkluderer evne til både å arbeide forebyggende og å håndtere folkesykdommer.
- **Håndtere ulykker og andre akutte hendelser.** Det beskriver kommunes plikt til å sørge for å tilby innbyggerne en døgnkontinuerlig tilgang til helse- og omsorgstjenester som faller inn under kommunens ansvar. Dette omfatter: legevakt, heldøgns medisinske akuttberedskap (ØHD), legevaktsentral, og psykososial beredskap og oppfølging.
- **Håndtere effektiv og sikker kommunikasjon med pasient.** Dette er virksomhetens evne til å tilby pasienter og deres pårørende informasjon og kunnskap for å kunne medvirke og ta eierskap til egen helse, samt for å kunne ha en forutsigbar og tilgjengelig relasjon med

aktørene i helse- og omsorgstjenesten.

- **Vurdere, diagnostisere, behandle og pleie pasient.** Det beskriver kommunenes evne til å tilby de helse- og omsorgstjenester som er beskrevet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Dette innebærer at løsningen må understøtte alle offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune, for alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1). Kapabiliteten beskriver en virksomhets evne til å:
 - innhente nødvendig informasjon om pasienten eller brukerens helsetilstand og totalsituasjon, vurdere denne, stille diagnose, planlegge og koordinere pleie, omsorg og behandling, samt evaluere effekter og resultat av igangsatte tiltak.
 - ta vare på og støtte pasienter/brukere og familier slik at de kan oppnå, opprettholde eller gjenopprette optimal helse og livskvalitet. Dette betyr å støtte pasienter/brukere og familier som mangler ferdigheter, styrke, kunnskap eller vilje til å ivareta sine egne grunnleggende behov. Det skal også legges til rette for god symptomlindring og god terminalpleie og omsorg for alle pasienter.
 - løse eller begrense et helseproblem med legemidler som behandling. Behandling i hjemmet og på institusjon er inkludert. Evnen forutsetter en legemiddelsløyfe som er en prosess som løper fra en rekvirert ordinerer et legemiddel, via produksjon og forsyning, klargjøring og administrering av legemiddelet, frem til evaluering av effekt.
 - gi råd og veiledning til pasienter og helsepersonell i bruk av legemidler. Dette for å bidra til økt pasientsikkerhet gjennom å legge til rette for god kvalitet i alle ledd av legemiddelhåndteringen og behandling med legemidler.
 - løse eller begrense et helseproblem ved hjelp av kirurgi (eks. fjerne føflekk), på andre måter perforere hud (eks. sprøyte, perifert venekateter), eller benytte spesielle prosedyrer som kateterisering. Behandling i hjemmet er også inkludert.
 - løse eller begrense et helseproblem gjennom behandling som ikke er medikamentell eller invasiv. Behandling i hjemmet er også inkludert. Eksempler på annen behandling er miljøterapi, livsstilsendringer, diett, fysisk behandling, samtaleterapi, kognitiv terapi, ergoterapi som tilpasning og tilrettelegging av aktiviteter for å fremme mestring og helse.
 - tilby tidsavgrensede, planlagte tjenester satt sammen til en helhet med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Brukermidvirkningen skal være optimal og tilpasset den enkeltes forutsetninger. Tjenester fra ulike fag og sektorer må ses i sammenheng og bidra til å realisere brukers mål.
 - Selve aktivitetene i habilitering/rehabilitering vil være overlappende med aktiviteter i de andre behandlingskapabilitetene, samt pleie- og omsorgskapabiliteten. Ulikheten ligger i et særegent fokus på pasient eller brukers egenaktiviteter og egenomsorg, og samhandling over faggrensene, omsorgsnivå eller andre tjenester fra det offentlige. I tillegg skal habilitering og rehabilitering forstås som flere tjenester satt sammen til en helhet.
 - å kunne vurdere behov for, anmode om, gjennomføre og motta resultater fra tilleggsundersøkelser. Dette kan enten være undersøkelser som utføres i egen virksomhet av det helsepersonell som har ansvaret for pasienten eller å involvere annet helsepersonell som da foretar egen undersøkelse.

Felles journalløsning bør ha funksjonalitet som støtter kommunelegen og helsepersonell i den enkelte tjenesten til å utføre oppgaver knyttet til å planlegge og utføre helsefremmende arbeid og forebygging. Dette er funksjonalitet som kun de mest avanserte journalløsningene forventes å kunne tilby. Derfor anbefales det at denne funksjonaliteten blir definert som sekundær og som en opsjon i en anskaffelse, med unntak av funksjonalitet som skal støtte den enkelte helsepersonell til å kunne identifisere pasientspesifikke forslag/påminnelser, screeningtester/-undersøkelser og andre forebyggende tjenester som støtter opp rutinemessig forebyggende helsearbeid og helsearbeid knyttet til velvære.

2.2 Støtte til ytelse av helse- og omsorgshjelp

Dette hovedområdet definerer oppgaver og prosesser som er direkte muliggjørende for, og dermed tett knyttet til, utøvelsen av helse- og omsorgshjelp.

Området omfatter oppgaver knyttet til å:

- **Administrere helse- og omsorgshjelp**, herunder opprettelse og forvaltning av ulike typer av team, som f.eks. primærhelseteam, og oppfølgingsteam, prioritering og planlegging av oppgaver og aktiviteter, støtte til oppgave- og ansvarsoverføring mellom helsepersonell som bruker felles journalløsning, støtte til koding og avstemming, samt ikke minst å håndtere tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er sentralt at felles journalløsning understøtter disse oppgavene. I tillegg er det nødvendig med funksjonalitet for å kunne håndtere tildeling av transporttjenester i de kommunene som tilbyr slike tjenester til sine innbyggere. Den daglige bestillingen av transporttjenester vil ikke være en del av selve journalløsningen. Fødsler og dødsfall skal kunne dokumenteres i felles journalløsning som vil være integrert med relevante nasjonale registre for å oppdatere disse med tilsvarende informasjon.
- **Understøtte samhandling**. Helsepersonell som bruker felles journalløsning vil ha et utstrakt behov for å kunne samhandle med helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjenesten som ikke bruker denne løsningen, helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, samt med samarbeidspartnere i andre statlige og kommunale virksomheter, eksempelvis NAV, skole, barnevern og PPT. Denne samhandlingen vil understøttes gjennom en helhetlig samhandlingsplattform. Felles journalløsning må understøtte samhandlingen gjennom å integrere seg med og bruke informasjonstjenester i samhandlingsplattformen.
- **Håndtere utstyr og hjelpemidler**. Det er uttrykt behov for at felles journalløsning skal ha en tettere integrasjon med NAV for å kunne bistå innbyggeren ved søknad om hjelpemidler. I tillegg er det behov for at journalløsningen holder en oversikt over hvilke hjelpemidler innbygger har fått tildelt og bruker, for å kunne benytte informasjonen i vurdering av fremtidig helse- og omsorgshjelp. Det er behov for at felles journalløsning har nødvendige grensesnitt for å kunne innhente journalverdi informasjon fra velferdsteknologiske løsninger. Hver virksomhet har ansvar for at virksomheten har tilgang til medisinsk og medisinskteknisk utstyr som er nødvendig i ytelse av helse- og omsorgshjelp. Forvaltningen av denne type utstyr håndteres forskjellig i de ulike virksomhetene. Noen kommuner har f.eks. dedikerte utstyrssystemer for å understøtte denne forvaltningen. Det er ikke forventet at felles journalløsning skal inneholde funksjonalitet som understøtter disse prosessene.
- **Håndtere smittevern, biologisk avfall og engangsutstyr**. Det forventes at den tilbudte løsningen vil gi nødvendig kunnskapsstøtte og klinisk beslutningsstøtte for å sikre effektivt smittevern. Løsningen skal understøtte helsepersonell i deres arbeidsprosesser i blant annet forebygging av smittsomme sykdommer på institusjoner, herunder håndtering av sterilisering av utstyr og rom, håndtere isolasjon av potensielle sykdomsbærere, samt håndtering av hygiene. Det er ikke forventet at felles journalløsning vil ha funksjonell støtte for håndtering av risikoavfall inkludert smittefarlig avfall eller engangsutstyr.
- **Gjennomføre velferdstiltak**. Det forventes at løsningen vil gi prosesstøtte for bestilling av mat og rengjøring for å sikre rettidig levering av disse tjenestene, i henhold til pasientens behov både individuelt og i logistisk sammenheng, for eksempel for en institusjon. Journalløsningen må kunne utveksle informasjon med eksterne systemer for matforsyning, klesvask og rengjøring der dette er hensiktsmessig. For matforsyning vil dette omfatte tilpasning og støtte for å administrere spesialiserte dietter.

2.3 Administrere kommunale helse- og omsorgstjenester

Området beskriver oppgaver og prosesser som er nødvendige for å administrere kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder å:

- **Håndtere økonomi og finans.** Felles journalløsning må ha funksjonalitet til å håndtere gebyrberegninger, brukeravgifter for kommunale tjenester og pasientregnskap, og betalingsløsninger på fastlegekontor. Det må være mulig å utveksle informasjon som er relevant for økonomiske beslutninger, informasjon skal være lett tilgjengelig og dataene skal presenteres på en strukturert måte og basert på enhetlige kodingsordninger. Løsningen må være fleksibel for å sikre at løsningen enkelt kan tilpasses basert på nye eller oppdaterte lover, forskrifter og ulike priser.
- **Håndtere og lede personal.** Felles journalløsning må ha tilgang til oppdatert informasjon om tilgjengelig helsepersonell, og deres kompetanse for å kunne organisere og planlegge den daglige ytelsen av helse- og omsorgshjelp. Kompetansestyringen håndteres i dedikerte personalsystem, mens det ofte blir brukt dedikerte systemer for arbeidstidsplanlegging (turnus, vaktlister, etc.). Felles journalløsning kan også i noen tilfeller være grunnlag for lønnsutbetalinger. Selve lønnsutbetalingen blir støttet av et dedikert lønssystem.

For noen kommuner er det etablert noe informasjonsutveksling mellom disse separate systemene og med journalløsningene. Manglende integrasjon fører til at man må etablere papirbaserte rutiner og lister, samt at planleggingen gjøres basert på individuell kunnskap hos den enkelte planlegger. Felles journalløsning må ha grensesnitt for å kunne utveksle informasjon med kommunens lønns-, personal- og turnussystemsystem.

- **Utvikle og forvalte informasjonsteknologi.** Felles journalløsning må ha en rekke kapabiliteter/funksjonaliteter som gjør helhetlig forvaltning og videreutvikling effektiv, samt som ivaretar informasjonssikkerhet og personvern i henhold til norske lover og regler.

Ettersom felles journalløsning vil bli brukt av mange helsepersonellgrupper på tvers av mange virksomheter er det nødvendig at journalløsningen har støtte for å håndtere livssyklusen på den enkelte journal. Dette omfatter f.eks. funksjonalitet for den enkelte helsepersonell å kunne bestemme hvilke av journaloppføringene skal være tilgjengelige for annet helsepersonell med tjenstlig behov.

Enkelte journaloppføringer vil ikke være ment for å deles med annet helsepersonell enn de som innbygger har delt opplysningene med. Dette vil være begrenset til enkelte journaloppføringer.

Felles journalløsning må også ha verktøy for å kunne oppdatere kodeverk og terminologi, håndtere regler for prosess- og beslutningsstøtte, samt for å kunne tilpasse arbeidsflyt og arbeidsflaten til den enkelte helsepersonellgruppe.

Felles journalløsning må imidlertid ha nødvendig funksjonalitet for å ivareta tilgangskontrollen, dvs. kunne bestemme hvilke journaloppføringer helsepersonell vil få tilgang til ved tjenstlig behov.

- **Planlegge, utvikle og følge opp helse- og omsorgstjenester.** Felles journalløsning vil være et primærverktøy for helsepersonell i ytelse av helse- og omsorgshjelp, samt gi noe støtte i administrasjon av helse- og omsorgstjenester.

For planleggingen, utviklingen og oppfølgingen av omsorgstjenesten på et strategisk nivå vil felles journalløsning primært være en kilde til statistiske opplysninger. Unntaket vil være knyttet til håndtering av avvik i pasientbehandlingen, og i arbeidet med kontinuerlig kvalitetsforbedring. Her vil det være nødvendig med noe funksjonalitet for helsepersonell å kunne registrere avvik og kunne innhente data for å kunne gjennomføre kvalitetssammenligning.

3 Løsningsomfanget for Integrasjon mellom felles journalløsning og administrative løsninger i kommunen

Felles journalløsning vil primært støtte ytelse av helse- og omsorgshjelp, men vil også ha funksjonalitet for at virksomhetene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten effektivt kan organisere helsepersonell, ressurser og oppgaver, samt kunne administrere og styre økonomi. Dette er imidlertid ikke primæroppgaven til dagens journalløsninger og vil ikke være primæroppgaven til ny felles journalløsning. Virksomhetene har etablert andre løsninger, f.eks. økonomisystem, betalingssystem, personal-, turnus- og lønssystem, logistikksystem, som vil videreføres når felles journalløsning innføres. Det er behov for å etablere grensesnitt som gjør det mulig å utveksle informasjon mellom disse systemene og ny felles journalløsning.

Følgende oppgaver i kommunal helse- og omsorgstjeneste vil ha behov for integrasjon med andre administrative løsninger i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

- **Rapportering av resultater fra tjenesten.** Informasjon fra journalløsningen skal ha funksjonalitet for å definere, innhente, analysere og rapportere styringsdata som grunnlag for å sikre at virksomhetenes resultatmål nås. I dette inngår både utarbeiding av prognoser og myndighetsrapportering. Styringsdata skal dels kunne hentes ut til kommunenes styringssystem, men også rapporteres til KPR.
- **Forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet.** Det er behov for en løsning som skal bidra til høyere behandlingskvalitet og pasientsikkerhet, med delt informasjon, beslutnings- og prosessstøtte og mer automatiserte prosesser. For å fokusere mer på systematisk kvalitetsforbedring, bedre pasientsikkerhet og færre bivirkninger, er det behov for en løsning som støtter integrerte prosedyrer, rutiner og standardiserte behandlingsforløp. Gjennom løsningen skal det være mulig å overvåke at kvaliteten er i samsvar med etablerte retningslinjer og standarder, og støtte påvisning av uoverensstemmelser i behandling, pleie og omsorg. Pasientrettede avvik bør kunne registreres og håndteres i løsningen. Det vil være nødvendig at løsningen kan samhandle med andre kvalitetssystemer.
- **Håndtere tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester.** Funksjonalitet for å understøtte saksbehandlingen i kommunen for tildeling av helse- og omsorgstjenester er inkludert som en del av omfanget for felles journalløsning. Nødvendige opplysninger skal i størst mulig grad innhentes digitalt, slik at saksbehandlingen skjer mest mulig effektivt og med høyest kvalitet. Vedtak fattet i felles journalløsning må lagres i kommunens saksarkiv.
- **Håndtering av utstyr og hjelpemidler.** Felles journalløsning må tilby relevant støtte i prosessen med å tilby pasientene riktig utstyr og hjelpemidler, til rett tid, på en effektiv måte. Journalløsningen er imidlertid ikke et utstyrssystem med funksjonalitet for lokalisering, flåtestyring og brukssporing av utstyr og hjelpemidler. Derfor er det behov for integrasjoner mellom journalløsningen og kommunens utstyrssystem og flåtestyringssystem for å kunne utveksle nødvendig informasjon knyttet til håndtering av innbyggerens utstyr og hjelpemidler.
- **Gjennomføre velferdstiltak.** Det forventes at løsningen vil gi prosessstøtte for bestilling av mat og rengjøring for å sikre rettidig levering av disse tjenestene, i henhold til pasientens behov både individuelt og i logistisk sammenheng, for eksempel for en institusjon. Journalløsningen må kunne utveksle informasjon med eksterne systemer for matforsyning, klesvask og rengjøring der dette er

hensiktsmessig. For matforsyning vil dette omfatte tilpasning og støtte for å administrere spesialiserte dietter.

- **Håndtere økonomi og finans.** Felles journalløsning må ha funksjonalitet til å håndtere gebyrberegninger, brukeravgifter for kommunale tjenester og pasientregnskap, og betalingsløsninger på fastlegekontor. Det må være mulig å utveksle informasjon som er relevant med økonomisystemer, fakturasystemer og betalingssystemer.
- **Håndtere og lede personal.** Felles journalløsning må ha grensesnitt for å kunne innhente oppdatert informasjon om helsepersonell som til enhver tid er tilgjengelig i de ulike virksomhetene, samt å kunne utveksle informasjon om hvilke tjenester og vakter enkelte helsepersonell har utført/hatt som grunnlag for lønnsutbetalinger.

4 Forvaltning av tilganger i henholdsvis journalløsning og samhandlingsfunksjonalitet

Prosjektet har analysert behovet for å sikre en helhetlig forvaltning av tilganger som gis helsepersonell når de skal bruke journal- og samhandlingsløsningene. Mange virksomheter har i dag egne løsninger for å styre tilganger på tvers av løsninger. Andre virksomheter (f.eks. mindre fastlegekontor) gjør dette direkte i journalløsningen. Virksomhetene er pålagt å følge Normen, men bruker i dag ulike fortolkninger av denne med resultatet at det kan være variasjon i hvordan tilganger styres. Ved en anskaffelse av en felles journalløsning og en samhandlingsløsning er det behov for at tilganger og rettigheter harmoniseres på tvers av disse ulike løsningene.

Det er anbefalt en todelt strategi:

1. Det anskaffes en ny løsning for identitetsstyring for å administrere identiteter/brukere og rettigheter for alle brukere som skal bruke felles journalløsning. Administrasjon av brukere håndteres av en egen komponent som kalles IGA (Identity Governance and Administration, eller identitetsstyringsløsning). En IGA tilbyr en løsning for å understøtte arbeidsflyt rundt oppretting, vedlikehold og fjerning av brukere. Dette understøtter behovet om en desentralisert administrasjon av brukere.

Det vil være behov for å lage integrasjoner mot andre løsninger for å effektivisere arbeidsflyten og gi et bedre informasjonsgrunnlag. Integrasjon mot Grunndata vil gi ytterligere informasjon om person, personell og virksomhet og understøtter behovet for å gi tilgang etter tjenstlig behov. Det vil også være essensielt å integrere mot kommunenes egne IAM-systemer, HR-systemer eller brukerkataloger for å hente ut oppdatert informasjon om identiteter automatisk eller semiautomatisk uten behov for manuell administrasjon.

Det vil være nødvendig å inngå en avtale med en ekstern identitetstilbyder for å kjøpe e-ID-er for autentisering på tilstrekkelig nivå av sikkerhet.

2. For å gi tilganger i samhandlingsløsningen foreslås å bruke et tillitsanker for å avklare hvilke systemer som kan snakke med hverandre (her vil HelseID ha en sentral rolle). De ulike journal- og fagsystemene er ansvarlige for autentisering og autorisasjon av brukerne i den enkelte løsning. Basert på denne autorisasjonen vil en person kunne bruke sitt lokale system til å spørre mot samhandlingsløsningen. Tillitsankeret vil på sin side autorisere koblingen mellom disse systemene.

5 Løsningsomfang for helhetlig samhandling

Prosjektet har som oppgave å vurdere omfang og løsningsstrategi for helhetlig samhandlingsplattform for hele helse- og omsorgssektoren. Kartleggingen av samhandlingsbehovene har gitt en oversikt over de totale samhandlingsbehovene (slik de fremkommer med dagens kunnskap) i de tre dimensjonene (1) samhandling mellom helsepersonell med forskjellige journalløsninger, (2) samhandling mellom helsepersonell og innbygger, og (3) samhandling mellom virksomheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste og andre statlige og kommunale tjenester.

Det er fire spørsmål som arbeidet med løsningsomfang for helhetlig samhandling adresserer, og som må beskrives:

1. Hvilket ambisjonsnivå for samhandling skal vi sette for Akson-tiltaket (2030)? Dette ambisjonsnivået skal indikere en utviklingsretning. Det er ikke behov for å låse dette ambisjonsnivået ettersom det er naturlig at det i perioden vil komme endringer og nye behov.
2. Hvilken samhandlingsfunksjonalitet er tilgjengelig i 2022/2023 og hva er den tekniske tilstanden på de nasjonale samhandlingsløsningene i inngangen til ca. 2022/2023.
3. Hva bør være ambisjonsnivået for samhandlingsfunksjonalitet som leveres samtidig med felles journaløsning 2024/2025?
4. Hvilke tiltak teknologisk må vi gjennomføre for å kunne realisere første leveranse og som peker mot å realisere ambisjonsnivået (2030)?

Spørsmål rundt status på samhandlingsfunksjonalitet ved inngangen til 2022/2023, ambisjonsnivået for samhandlingsløsningen når felles journaløsningen innføres og valg av løsningsstrategi vil være viktig input for kostnadsestimatene prosjektet utarbeider for første leveranse av samhandlingsfunksjonalitet. I tillegg vil dette være avgjørende for valg av anskaffelsesstrategi for området helhetlig samhandling.

Arbeid med definisjon av innhold i samhandlingsløsning bygger på tidligere arbeid med behovsanalyse og er blitt gjennomført gjennom følgende steg:

- Prosjektet har skrevet 15 innbygger-scenarier som handler om pasientforløp for til sammen 12 fiktive personer i ulike aldre og med ulike behov. Innbygger-scenariene baserer seg på dagens ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Hvert innbygger-scenario er tegnet ut som innbyggerreise, hvor aktiviteter hos hver enkelt aktør tegnes i hvert sitt felt, også kalt for "svømmebane". Med utgangspunkt i disse beskrivelsene og tegningene er det identifisert bruksmønster der det er samhandling langs de tre dimensjonene som er analysert; (1) samhandling mellom helsepersonell med forskjellige journalløsninger, (2) samhandling mellom helsepersonell og innbygger, og (3) samhandling mellom virksomheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste og andre statlige og kommunale tjenester.
- Høsten 2017 og våren 2018 gjennomførte prosjektet blant annet en rekke arbeidsmøter med referansekommuner med kommunegrupper (44 kommuner var involvert). I disse møtene formulerte klinikerne behovene de hadde for å samhandle med andre aktører, inkludert spesialisthelsetjenesten og helsepersonell som bruker andre journalsystemer. Totalt samlet prosjektet inn 1164 samhandlingsbehov for alle aktører i disse arbeidsmøtene, og identifiserte hvilke behov som var like for ulike tjenester i kommunal helse- og omsorgstjenesten.
- Informasjonstjenester ble formulert ut fra informasjonsbehovene som ble identifisert gjennom innbyggerreisene og/eller samlet inn gjennom møter med referansekommunene i 2017/2018. Samlingen av informasjonstjenester fungerer som en oppsummering av alle samhandlingsbehov, og brukes til å beskrive omfanget og kompleksiteten av

samhandlingsløsningen.

- I 2019 er det gjennomført en rekke arbeidsmøter i referansekommunene, med fastleger og med spesialisthelsetjenesten samt felles arbeidsmøter for kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste for å vurdere informasjonstjenestene og prioritere mellom dem. Forslaget til prioritering er basert på data fra 66 deltakere tett knyttet til pasientarbeidet (klinikere), fra fem arbeidsmøter.

5.1 Oversikt over ambisjonsnivået for helhetlig samhandling gjennom tiltakets levetid frem mot 2030

I Akson-prosjektet er en informasjonstjeneste definert som en IKT-tjeneste som formidler informasjon knyttet til et bestemt tema, uavhengig av arbeidsprosess. Samme informasjonstjeneste kan benyttes i mange ulike arbeidsprosesser, av ulike profesjoner, og av innbyggere og andre kommunale og statlige tjenester. Prosjektet har identifisert 26 informasjonstjenester.

Hver informasjonstjeneste vil ha en foretrukket samhandlingsform. Dette er et uttrykk for behovene fra arbeidsprosessene de skal brukes i. Bestilling av laboratorieundersøkelser kan for eksempel utføres ved å sende en melding. Listen over innbyggers legemidler blir imidlertid redigert av en rekke ulike aktører om hverandre og i rask rekkefølge, og vil trolig måtte innebære datadeling.

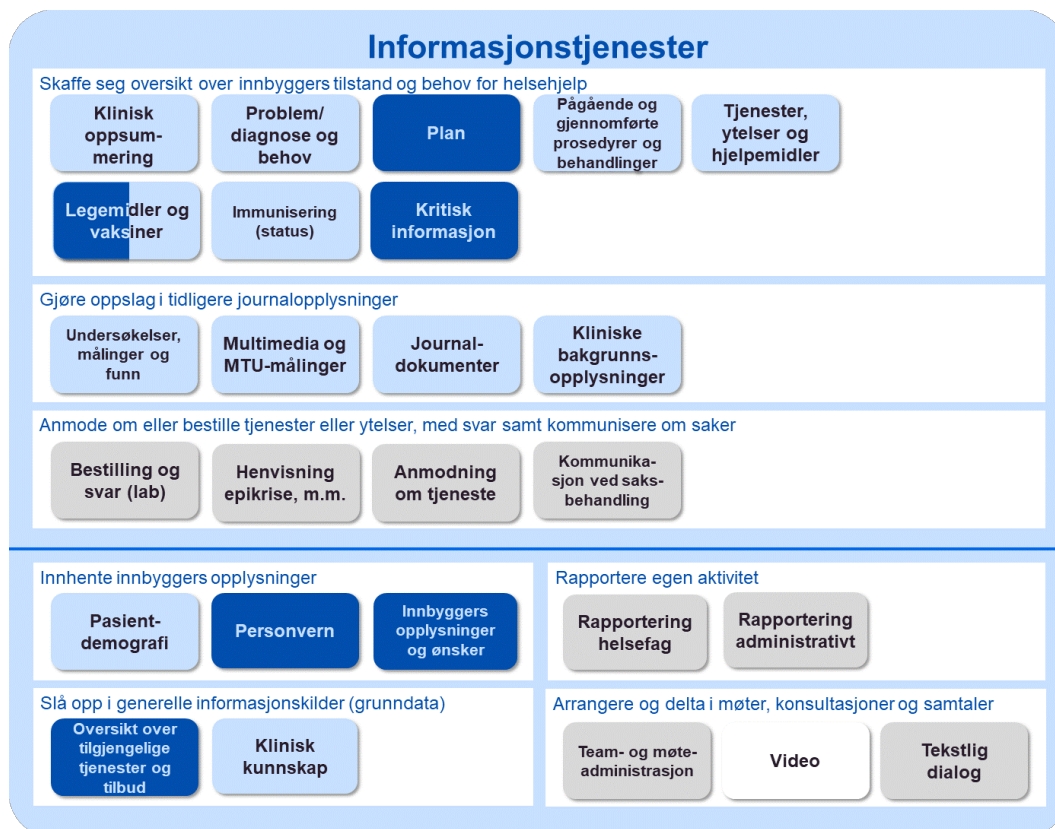
Vi har tatt utgangspunkt i samhandlingsformene definert av Direktoratet for e-helse (ref. grunnmur) og presisert dem for hver informasjonstjeneste slik at de passer behovene klinikerne har beskrevet:

Sende og motta (grå) omfatter informasjonstjenesten der sender og mottaker er kjent, og der informasjonen overføres mellom disse. Det er prosjektets foreløpige vurdering at dagens meldingsplattform i stor grad kan gjenbrukes for å realisere disse informasjonstjenestene. Det vil i det videre arbeid vurderes om innholdet i disse tjenestene må struktureres ytterligere.

Slå opp og tilgjengeliggjøre (lyseblå) omfatter informasjonstjenester som krever at relevante dokumenter (dokumentdeling) eller at strukturerte opplysninger (datadeling) kan søkes opp og tilgjengeliggjøres fra en journalløsning til en annen. I enkelte tilfeller, f.eks. for å sikre nødvendig responstid, kan det være aktuelt at det lagres en kopi av disse opplysningene i et data-/dokumenthotell i samhandlingsløsningen.

Endre og dele (mørkeblå) omfatter informasjonstjenester der den autoritative kilden ligger i samhandlingsløsningen(e) i et behandlingsrettet register. Journalløsningen kan registrere og dele informasjonen med andre aktører og andre aktører kan registrere og dele informasjonen i samhandlingsløsningen(e). I dagens situasjon er kritisk informasjon et eksempel på denne formen for informasjonstjeneste.

Figur 1 gir en oversikt over alle informasjonstjenester (hvh. grå, lyseblå eller mørkeblå) som er identifisert på tvers av de tre analyseområdene og som må understøttes av helhetlig samhandlingsplattform.



Figur 1 Oversikt over informasjonstjenester som må understøttes av helhetlig samhandlingsplattform (målilde)

5.1.1 Skaffe seg oversikt over innbyggers tilstand og behov for helsehjelp

Informasjonstjenestene i denne gruppen presenterer utvalgte og sammenstilte helseopplysninger om innbygger. Der informasjonstjenestene presenterer lister, er de ment å være mest mulig uttømmende for et bestemt spørsmål, for eksempel om hvilke allergier innbygger har, eller hvilke sykdommer innbygger har hatt tidligere.

1. *Klinisk oppsummering* er en informasjonstjeneste som vil tilby oppsummert og utvalgt informasjon som beskriver innbyggers behov for helsehjelp her og nå, og hvilken helsehjelp som mottas.
2. *Problem, diagnose og behov* for helsehjelp vil formidle nåværende og tidligere informasjon om en diagnose, tilstand, problem, hendelse eller situasjon som kan medføre helseproblem. Den inkluderer liste over tidligere sykdommer og problemliste.
3. *Planer* vil inneholde beskrivelser av forventet eller planlagt helsehjelp for innbygger.
4. *Pågående og gjennomførte prosedyrer og behandlinger* inneholder beskrivelser av nåværende og tidligere prosedyrer og behandlinger som er utført på eller med en pasient i terapeutisk eller utredende hensikt, utenom behandling med legemidler.
5. *Tjenester, ytelser og hjelpemidler* vil inneholde en oversikt over nåværende og tidligere kommunale og statlige tjenester og ytelser og hjelpemidler i bruk hos/av innbygger.
6. *Legemidler og vaksiner* inneholder løpende informasjon om pågående, planlagt og tidligere behandling med legemidler. I denne sammenhengen inkluderes vaksiner, elektrolyttløsninger og parenterale næringsløsninger samt næringsdrikker.
7. *Immunisering* inneholder en oppdatert liste over hvilke infeksjonssykdommer innbygger er immun mot, uavhengig av hvilken årsak.

8. *Kritisk informasjon* inneholder utvalgt informasjon av særlig betydning for innbyggers utredning og behandling. Dette er typisk informasjon som tilsier at det skal gjøres unntak fra regulær behandling eller utredning.

5.1.2 Gjøre oppslag i tidligere journalopplysninger

Informasjonstjenestene i denne gruppen gjør det mulig for bruker å slå opp eksisterende opplysninger fra pasientjournalen hos ulike aktører. Felles for opplysningene er at de er "historiske", dvs. de er allerede tatt hensyn til i oppfølging av innbyggers helsehjelp. Opplysningene kan likevel ha stor nytte i sammenligninger og for å håndtere situasjoner hvor man mangler informasjon.

1. *Undersøkelser, målinger og funn* vil inneholde resultater fra ulike undersøkelser for å støtte diagnostisering, beskrive tilstand, følge behandling og kartlegge risiko. Informasjonstjenesten inkluderer pasientens egne målinger og registreringer som en egen deltjeneste.
2. *Multimedia og MTU-målinger* vil inneholde råmateriale fra undersøkelser i form av bilder, video, tidsserier og målekurver, samt målinger fra medisinsk-teknisk utstyr med mer.
3. *Journaldokumenter* vil gjøre tekstlige og skannede dokumenter i journalløsninger hos andre aktører i helsetjenesten tilgjengelige og søkbare. Informasjonen vil finnes som fritekst eller bilder av tekst eller skjema, men det er begrensede muligheter for strukturering og gjenbruk.
4. *Kliniske bakgrunnsopplysninger* vil inneholde opplysninger om pasientens historikk og bakgrunn som er relevant for helsehjelpen.

5.1.3 Anmode om eller bestille tjenester eller ytelser, med svar samt kommunisere om saker

Informasjonstjenestene i denne gruppen formidler anmodninger eller bestillinger av tjenester med svar mellom aktører. Formidlingen kan representere overføring av hele eller deler av ansvar for innbyggers helsehjelp (som ved henvisninger), eller ansvaret kan bevares hos avsender. I dagens situasjon er denne type informasjonstjenester dominerende, gjennom meldings- og dokumentutveksling. Denne type informasjonstjenester vil også i fremtiden være viktige for å støtte arbeidsprosessen. I takt med at andre informasjonstjenester utvikles og tilgjengeliggjøres vil selve innholdet i dagens meldinger kunne erstattes av mer strukturerte tjenester.

1. *Bestilling og svar* vil formidle bestilling eller rekvirering av undersøkelser med svar. Dette er aktuelt der helseforetak og private virksomheter i spesialisthelsetjenesten tilbyr laboratorietjenester. Resultatene fra undersøkelsene vil gå inn i journalløsningen(e), som vil håndtere oppfølging av resultatene. Samhandlingsløsningen må likevel kunne formidle statusoppdateringer, etter bestillinger og gi oversikt over undersøkelser under arbeid.
2. *Henvisning og epikrise* vil formidle anmodninger om vurdering eller behandling, status på anmodningen og oppsummert beskrivelse av resultatet når innbygger eventuelt har mottatt helsehjelp.
3. *Anmodning om tjeneste* vil formidle forespørsler eller anmodninger om å utføre en helsetjeneste, annen tjeneste eller yttelse i kommunal eller statlig regi.
4. *Kommunikasjon ved saksbehandling* inneholder status på vurdering av anmodningen, samt beskrivelse av resultatet av eventuell ytelse av tjenesten.

5.1.4 Innhente innbyggers opplysninger

Informasjonstjenestene i denne gruppen tar imot og formidler innbyggers opplysninger, føringer og ønsker for helsehjelpen til aktuelle aktører. Det er en fordel for innbygger å kunne registrere informasjonen ett sted, og la aktørene i helsetjenesten forholde seg til det samme innholdet på samme måte.

1. *Pasientdemografi* vil inneholde utfyllende informasjon om pasientens demografiske

opplysninger som ellers ikke finnes i personregisteret. Innholdet vedlikeholdes i utgangspunktet av innbygger selv, men opplysninger om verge, samtykkekompetanse m.m. vil måtte håndteres i andre arbeidsprosesser.

2. *Personvern* vil inneholde informasjon om innbyggers reservasjoner, samtykke, sperringer og fullmakter. Informasjonstjenesten har til hensikt å beskrive individuelle krav til tilgangsstyring av helseopplysninger i journalløsningene i helsetjenesten, uavhengig av hvor helseopplysningene er lagret.
3. *Innbyggers opplysninger og ønsker* vil inneholde innbyggers egne opplysninger med føringer og ønsker for helsehjelpen, samt praktiske opplysninger om behov ved kommunikasjon og forflytning.

5.1.5 Slå opp i generelle informasjonskilder

Informasjonstjenestene i denne gruppen formidler informasjon som ikke er helseopplysninger, men som er nyttig i utøvelsen av helsehjelpen.

1. *Oversikt over tilgjengelige tjenester* inneholder oversikt over tilgjengelige tjenester og ytelser i ulike deler av helsetjenesten. Dette kan for eksempel være å finne ut hva slags velferdsteknologi innbyggers kommune tilbyr eller å finne et laboratorium som utfører en uvanlig blodprøveanalyse.
2. *Klinisk kunnskap* vil kunne tilby kunnskap som skal formidles mellom helsepersonell eller til innbygger. Innholdet vil ha mange former, som gjenbrukbart undervisningsmaterieell, tilgang til kunnskapsressurser, forslag til betingede tiltaksplaner eller strukturerte regler til bruk i prosess- og beslutningsstøtte.

5.1.6 Rapportere egen aktivitet

Informasjonstjenestene i denne gruppen støtter rapportering til kvalitetsregistre, helsefaglige og administrative register. Det gjenstår for prosjektet å samkjøre med Helsedataprogrammet slik at disse tjenestene understøtter målarkitekturen for helseanalyse.

1. *Rapportering helsefag* vil kunne sammenstille og formidle ulik innrapportering til sentrale helse- og kvalitetsregistre. Rapporteringen kan skje enkeltvis eller i oppsamlede pakker.
2. *Rapportering administrativt* vil kunne sammenstille og formidle ulik innrapportering til sentrale administrative register, inkludert formidle krav om økonomisk oppgjør mellom virksomheter (f.eks. regningskort til HELFO).

5.1.7 Arrangere og delta i møter, konsultasjoner og samtaler

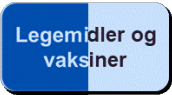



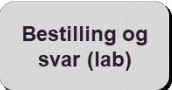
Informasjonstjenestene i denne gruppen kan brukes i mange ulike situasjoner, men det settes få krav til strukturering og standardisering av innholdet.

1. *Team- og møteadministrasjon* skal brukes til å formidle informasjon om team som skal delta i ulike koordinerte tjenester til innbygger, samt for å formidle tidspunkter for møter.
2. *Video* skal kunne understøtte og integrere videokonferanse og synkron dialog med video. Selve videostrømmen vil trolig foregå i annen løsning enn samhandlingsløsningen, men den sørger for å utnytte informasjon om planlagte møter, kontaktinformasjon og annet til å avgjøre hvem man skal kommunisere med, hvordan og når det skal skje.
3. *Tekstlig dialog* vil kunne tilby asynkron tekstlig kommunikasjon mellom innbygger, helsepersonell og andre brukere.

5.2 Forventet status for samhandling i 2022/2023

Det er en rekke prosjekter i nasjonal e-helseportefølje som har som mål å utbedre samhandling og som må tas i vurderingen om hva status vil være i 2022/2023. Mange av disse prosjektene vil legge grunnlaget for nødvendig læring (organisatorisk) og utvikle standarder for innhold og terminologi i noen av informasjonstjenestene.

Følgende tabell gir en oversikt over den samhandlingsfunksjonaliteten som det er forventet eksisterer i 2022/2023, når etableringsfasen for Akson-tiltaket eventuelt starter. Tabellen viser hvilke informasjonstjenester som forventes å være teknisk tilgjengelig gjennom de nasjonale samhandlingsløsningene i 2022/2023. At tjenesten er tilgjengelig sentralt innebærer imidlertid ikke at alle aktørene vil ha tatt de i bruk.

Informasjons-tjeneste	Informasjonsbehov som dekkes
	<p>Det er planlagt å gjennomføre et program for videre digitalisering av legemiddelområdet. Programmet omfatter</p> <ul style="list-style-type: none">• Utprøving og innføring av multidose i e-resept• Utprøving og innføring av e-resept og kjernejournal i pleie- og omsorgstjenesten• Utvikling, utprøving og innføring av Sentral forskrivningsmodul• Utvikling, utprøving og innføring av Pasientens legemiddelliste <p>Disse tiltakene vil gi en vesentlig forbedring på pasientsikkerheten. Allikevel vil det ikke fullt ut adressere utfordringene knyttet til håndtering av legemidler, slik det ble beskrevet i Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester. Det er behov for å videreutvikle informasjonstjenesten for å adressere følgende problemområder:</p> <ul style="list-style-type: none">• Legen forskriver feil legemiddel, for mange legemidler, uheldige kombinasjoner av legemidler, feil dosering eller gir for dårlig oppfølging.• Pleiepersonell utleverer feil legemidler, feil dose eller følger ikke opp at pasienten faktisk tar legemidlet.• Pasienten får ikke god nok veiledning, bruker legemidlene på feil måte eller følger ikke opp behandlingen fordi de ikke har tiltro til den
	<p>Tidligere kontakter med helsetjenesten (besøk, konsultasjoner, opphold, etc.) i sykehus er tilgjengelig gjennom kjernejournal.</p> <p>Det foreligger ingen planer frem mot 2023 å implementere informasjonstjenester som støtter informasjonsbehovet, utover det at det skal skje utprøving omkring datadeling.</p>
	<p>Kritisk informasjon inkl. allergier, CAVE, komplikasjon ved anestesi, implantater, kritiske medisinske tilstander og endringer i behandlingsrutiner er per dags dato tilgjengelig gjennom kjernejournal. En begrenset utgave av smitte er også tilgjengelig.</p> <p>Det foreligger planer for å utvikle APIer slik at Helsepersonell skal kunne registrere og lese kritisk informasjon i sitt kliniske fagsystem som synkroniserer informasjon med nasjonal kjernejournal</p>
	<p>Gjennom prosjektet innsyn i journal utvikles det en nasjonal tjeneste for dokumentdeling (XDS) til å dele utvalgte pasientjournaler mellom helsepersonell på tvers av virksomheter. Frem mot 2023 er det satt som mål at utvalgte dokumenter fra sykehus tilgjengeliggjøres til helsepersonell gjennom kjernejournal. Det er behov for at tjenesten utvides til å også tilgjengeliggjøre dokumenter fra avtalespesialister og fastleger.</p>
	<p>Dagens meldings- og dokumentutveksling understøtter de behovene som er fremkommet, selv ulike virksomheter har i ulik grad tatt i bruk meldingene. Det er potensial for forbedret beslutningsstøtte i journalløsningene ved å strukturere innholdet i tekstlige svarrapporter i større grad (radiologi, immunologi, patologi())</p>

Informasjons-tjeneste	Informasjonsbehov som dekkes
Henvising epikrise, m.m.	<p>Henvising og epikrise er på mange måter dekket i dag i form av meldinger. Imidlertid er det vesentlig rom for forbedring når det gjelder gjenbruk av informasjonen i henvisningen eller epikrisen hos mottaker. Det er ønskelig at mest mulig av informasjonen er strukturert og kan inkluderes som strukturert informasjon i mottagende journalløsning uten manuelle grep. Ny henvising er en mer strukturert standard, som er planlagt innført innen 2022.</p> <p>Både henvising og epikrise innebærer overføring av store mengder informasjon mellom avsender og mottaker, og mye av denne informasjonen er allerede tilgjengelig i journalløsningene. Jo flere informasjonstjenester samhandlingsløsningen kan tilby, jo bedre muligheter har disse meldingene til å formidle referert (evt. lenker til) delt informasjon i stedet for å kopiere dem inn i meldingen.</p>
Anmodning om tjeneste	<p>Anmodning om tjeneste er delvis dekket i dag med ulike meldinger (PLO-meldinger og meldinger til og fra NAV). Disse meldingene er med noen vesentlige unntak (vurdering av arbeidsmulighet/sykmelding, legeerklæring ved arbeidsuførhet) lite strukturerte, og de er i liten grad tilpasset arbeidsprosessen med å vurdere innbyggers behov for tjenester. Samtidig er variasjonen meget stor i tjenestene - og i opplysningene de har behov for - og innholdet er i liten grad standardisert.</p>
Kommunikasjon ved saksbehandling	<p>Kommunikasjon ved saksbehandling er delvis dekket i dag gjennom ulike meldinger. Dette gjelder blant annet Forespørsel om utlevering av informasjon (helseopplysninger), med svar, og Søknad om ytelser (inkl. legeerklæringer), med svar. I tillegg tilbyr kommuner muligheten for å overføre Pasientrettet avvik til kommunenes avvikssystem.</p>
Pasientdemografi	<p>Pasientdemografi er delvis dekket i dag i helsenorge.no, for eksempel informasjon om pårørende og midlertidig adresse. Det er imidlertid behov for informasjon om innbygger på flere områder. I tillegg vil prosesskravene for informasjon om verge o.l. sette krav til mer omfattende løsninger som involverer en rekke roller. Likevel er omfanget av informasjonsfeltene begrenset på dette området, og krav til strukturering lave.</p>
Personvern	<p>Personvern er til en viss grad dekket i dag i helsenorge.no for nasjonale løsninger, men innbygger har behov for mer detaljerte muligheter for å styre hvem som skal se hvilken informasjon.</p>
Innbyggers opplysninger og ønsker	<p>Innbyggers opplysninger og ønsker er delvis dekket i helsenorge.no i dag, men journalløsningene har i liten grad sørget for å integrere opplysningene herfra. Økt strukturering og bedre integrasjon vil trolig kunne gjøre det lettere å finne frem aktuelle deler av innholdet i forbindelse med helsehjelp.</p>
Rapportering helsefag	<p>Rapportering er delvis dekket i dag med eksisterende meldinger, men formidlingen gjennomføres på ulike måter og i ulike kanaler. Grad av strukturering og omfang av informasjonselementer vil samlet sett være høy for denne tjenesten, selv om de generelle mekanismene for rapportering vil kunne være like for alle.</p>
Rapportering administrativt	<p>Rapporteringen til administrative registre er godt dekket med dagens meldinger og grensesnitt.</p>
Tekstlig dialog	<p>Tekstlig dialog er delvis dekket i dag med dialogmeldinger, digital dialog med fastlege (DDFL) o.l., men utbredelse av disse meldingene er sterkt varierende. Helsefaglig dialog planlegges utbredt frem mot 2023.</p>

5.3 Anbefalt ambisjonsnivå for samhandlingsfunksjonalitet i første leveranse

Høsten 2019 er det blitt gjennomført en rekke arbeidsmøter med klinikere med formål om å prioritere hvilke informasjonstjenester som bør inngå i første leveranse av samhandlingsløsning i regi av tiltaket. Med utgangspunkt i dette arbeidet er det foreslått hvilke informasjonstjenester og hvilke deltjenester som bør inngå som leveranse 1. Dette omfanget fremstår som stort, men representerer bare om lag en fjerdedel av de innmeldte behovene for forbedret samhandling. Prosjektet har planlagt en rekke møter i første halvdel av oktober for å avklare om det vil være teknisk mulig å realisere de informasjonstjenestene som er prioritert for første leveranse.

Videre vil det gjennomføres en prosess for å avklare hvilke av disse også må brukes av virksomhetene i kommunal helse- og omsorgstjeneste som ennå ikke har tatt i bruk felles journalløsning, samt hvilke virkemidler som må brukes for at så skal skje.

5.3.1 Videreutvikling av eksisterende informasjonstjenester

Følgende tabell gir en oversikt over de eksisterende informasjonstjenestene som det er behov for å videreutvikle som en del av leveranse 1.

Informasjons-tjeneste	Informasjonsbehov som det er behov for
Klinisk oppsummering	<ul style="list-style-type: none"> Tidligere kontakter med helsetjenesten (hele) Tekstlig oppsummering av innbyggers tilstand og behov for helsehjelp, fra ulike profesjoner Hvor innbygger befinner seg i helsetjenesten (behandlingsansvar og opphold)
Legemidler og vaksiner	<ul style="list-style-type: none"> Administrasjon (utdeling) av legemidler Forbruk av "ved behov"-legemidler, håndkjøps-preparater, næringsdrikker og kosttilskudd
Kritisk informasjon	<ul style="list-style-type: none"> Smitte hos pasient
Journal-dokumenter	<ul style="list-style-type: none"> Innsyn i journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten inkl. avtalespesialister
Kommunikasjon ved saks-behandling	<ul style="list-style-type: none"> Søknad om hjelpemidler, med svar Søknad om ytelser (inkl. legeerklæringer), med svar

5.3.2 Nye informasjonstjenester for samhandling

Følgende tabell gir en oversikt over informasjonstjenester som det er behov for.

Informasjons-tjeneste	Informasjonsbehov som det er behov for
Problem/diagnose og behov	<ul style="list-style-type: none"> Aktuelle diagnoser, problemstillinger og behov for helsehjelp (problemliste) Tidligere sykdommer Vurdering av funksjonsnivå og behov for tjenester
Plan	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsmål og innbyggers egne mål ("hva er viktigst for deg?") Planlagte kontakter med helsetjenesten Behandlingsplan (medisin, sykepleie m.m.) evt. tentative overordnede tiltak Individuell plan Kriseplan (psykiatri) og andre betingede tiltaksplaner

Informasjons- tjeneste	Informasjonsbehov som det er behov for
Kliniske bakgrunnsopplysninger	<ul style="list-style-type: none"> Sosialt: boevne, økonomi, sikkerhet (voldsrisiko) og nettverk
Tjenester, ytelser og hjelpemidler	<ul style="list-style-type: none"> Tilbudte og innvilgede tjenester (kommunale og andre) Pågående bruk av hjelpemidler Tildelte ytelser (f.eks. fra NAV)
Undersøkelser, målinger og funn	<ul style="list-style-type: none"> Tidligere prøvesvar medisinsk biokjemi og svarrapporter radiologi og nukleærmedisin Tidligere scoringer og kliniske tester inkl. funksjonsmålinger (f.eks. Barthel ADL, AAQ, MADRS, NEWS) Tidligere kliniske målinger (f.eks. blodtrykk, puls, respirasjon)
Pasient-demografi	<ul style="list-style-type: none"> Vergemål og samtykkekompetanse
Innbyggers opplysninger og ønsker	<ul style="list-style-type: none"> Innbyggers preferanser og motivasjon for tjenester/ytelser/behandling, samt eventuelle reservasjoner

5.4 Valg av tilnærming for realisering av ambisjonsnivået for helhetlig samhandling

Prosjektet har i samarbeid med en intern arbeidsgruppe i Direktoratet for e-helse vurdert hvordan eksisterende nasjonale løsninger understøtter utviklingen av informasjonstjenestene beskrevet for leveranse 1 og i hvilken grad de understøtter en utvikling mot ambisjonsnivå for tiltaket (2030).

Arbeidet i denne arbeidsgruppen konkluderte med at ambisjonene for samhandling og behovet for gjenbruk av informasjonstjenester på tvers av innbygger, helsepersonell og andre kommunale og statlige aktører ikke kan løses gjennom å videreføre dagens prosjekt- og produktorienterte løsningsstrategi. Det er behov for å etablere en mer helhetlig plattformtilnærming i tråd med anbefalingene fra ekstern kvalitetssikrer. Prosjektet har sammen med sentrale arkitekter for de nasjonale løsningene utarbeidet et målbilde for en slik helhetlig samhandlingsplattform. Mange av de tekniske kapabilitetene som det er behov for i den helhetlige samhandlingsplattformen eksisterer som en del av de nasjonale løsningene.

Disse kapabilitetene må imidlertid frikobles fra å være kun en del av en løsning, slik at de kan bli en felleskomponent i en helhetlig samhandlingsplattform. I tillegg må mange av de eksisterende tekniske kapabilitetene videreutvikles og nye kapabiliteter etableres.

Arbeidsgruppen i Direktoratet for e-helse har vurdert tre hovedstrategier for realisering av en helhetlig samhandlingsplattform:

- D. I alternativ A sier vi at de tekniske delene av dagens e-helseløsninger skal benyttes til å oppfylle samhandlingsbehovet. Vi gir åpning for en videreutvikling av e-helseløsningene, men ikke for at det tas i bruk andre tekniske komponenter.
- E. I alternativ B sier vi at de tekniske delene av dagens e-helseløsninger skal benyttes til å oppfylle samhandlingsbehovet, men åpner for at den kan berikes med nyanskaffede tekniske komponenter til definerte formål. Dette alternativet låser oss allerede ved inngangen av anskaffelsesfasen til å definere hvilke deler av dagens e-helseløsninger som skal benyttes, hvilke som skal erstattes, og hva som er nye. Det vil etableres en stegvis transformasjon mot en helhetlig plattform, der eksisterende løsninger dekomponeres for å etablere felleskomponenter som er tilgjengelige på tvers av applikasjoner.
- F. I alternativ C er kravene til å bruke dagens e-helseløsninger myket opp. Her forplikter vi oss til å legge fram god dokumentasjon på dagens løsninger, slik at leverandører kan gi tilbud der dagens e-helseløsninger eventuelt kombineres med nye tekniske løsninger eller byttes ut. I løpet av

anskaffelsesperioden kreves det at vi her har en god prosess slik at vi får gjort en god vurdering av helheten i samhandlingsløsningen for å få en endringsvennlig, robust og vedlikeholdbar samhandlingsløsning som står seg i mange år. Gjennom analysen i anskaffelsesfasen ser vi det som sannsynlig at samhandlingsløsningen vil inkludere noen komponenter som er realisert i dagens løsninger (eks. felleskomponent i Helsenorge), meldingsutveksling og løsninger for e-resept og datadeling og dokumentdeling. Kjernejournal er en del av dagens samhandlingsløsning og vil være en del av leverandørenes vurdering i dette alternativet. Gjennom prosessen kan det dermed godt hende at vi ender med en løsning som er skissert i alternativ B, men med anbefaling for hvordan funksjonalitet (felleskomponenter) i eksisterende løsninger migreres stegvis til ny arkitektur.

Forutsatt ambisjonsnivået for samhandling mener prosjektet at alternativ A ikke er realistisk, ettersom nye informasjonstjenester vil være avhengig av utstrakt bruk av datadeling og nye tekniske kapabiliteter som det er mest hensiktsmessig å anskaffe i markedet. Dette alternativet gir tekniske utfordringer innenfor både skalering og utvikling av disse løsningene som gir usikkerhet om det vil kunne møte forventningene. Vi har ikke gode nok argumenter til å anbefale dette alternativet.

Både alternativ B og C vil kreve en gjennomgang og beskrivelse av dagens samhandlingsløsninger for å identifisere mulighetene for å gjenbruke eksisterende løsninger for å realisere en helhetlig samhandlingsplattform. I alternativ B bør en slik gjennomgang gjøres i forkant av at sentralt styringsdokument leveres. I alternativ C vil dette arbeidet kunne gjennomføres som en del av forberedelsen til en anskaffelse.

Prosjektet vil videre arbeide med å beskrive de ulike alternativene med utgangspunkt i det funksjonelle ambisjonsnivået som er beskrevet. Beskrivelsene vil omfatte følgende:

- Beskrivelse av en hvordan alternativene understøtter en stegvis tilnærming for realisering av funksjonelt ambisjonsnivå, fra dagens situasjon frem mot 2030.
- Beskrivelse av prosessen for å avklare anskaffelsestrategi inkludert beslutningspunkter der anskaffelser må vurderes
- Beskrivelse av hvordan den stegvise utviklingen må styres.

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Kontakt

postmottak@ehelse.no

Akson – ansvars plassering for forvaltning, drift og videreutvikling (FDVU)

Sammendrag

Direktoratet for e-helse gjennomfører et forprosjekt for tiltak knyttet til helhetlig samhandling og etablering av en felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester. Tiltaket har fått arbeidsnavnet Akson.

Forprosjektet skal gi anbefalinger om ansvars plassering i gjennomføringen av Akson, inkludert fasen for forvaltning, drift og videreutvikling (FDVU) av IKT-løsningene som etableres gjennom Akson. Dette notatet behandler spørsmålet om ansvars plassering i FDVU-fasen.

Den eller de virksomhetene som skal ha ansvar for FDVU bør ha ansvar eller sentrale roller i tiltakets innledende faser fordi beslutninger i tidligere faser av Akson vil kunne påvirke både kostnader og nytte i FDVU-fasen. FDVU-perspektivet må ivaretas gjennom hele prosessen, og det må sikres tidlig innflytelse fra den eller de som skal være ansvarlig for FDVU. Fasene forut for FDVU omfatter program- og prosjektledelse, anskaffelser, systemtilpasning og -utvikling, etablering og innføring av løsninger samt leverandørstyring.

Formålet med notatet er å få tidlige innspill, avklaringer eller føringer knyttet til ansvars plasseringen for FDVU, slik at forprosjektet kan legge disse til grunn i øvrige vurderinger og anbefalinger.

Forprosjektet har behandlet tre hovedmodeller for eierskap og ansvars plassering av FDVU for Akson:

1. Staten gjennom Norsk Helsenett SF får FDVU-ansvaret for Akson og leverer journalløsning til virksomheter som yter kommunale helse- og omsorgstjenester og samhandlingsløsninger til virksomheter som yter offentlige helsetjenester.
2. Kommunene etablerer et heleid selskap som får FDVU-ansvaret for Akson Journal. Norsk Helsenett SF har FDVU-ansvaret for Akson Samhandlingsløsninger.
3. Kommuner og stat går sammen i ulike eierskaps- og organiseringsmodeller.

Forprosjektet har vurdert alternativene basert på rettslige vurderinger av rammer og risiko og hva som er mest formålstjenlig mht. ansvar, styring, finansiering og synergier.

Forprosjektet anbefaler at FDVU-ansvaret for felles kommunal journal i Akson bør legges til en ny virksomhet, felleseid av kommunene og staten.

Ansvaret for kommunale helse- og omsorgstjenester ligger i kommunene, og journalføring og pasient- og brukeradministrasjon inngår i kommunenes og helsepersonellens ansvar og plikter. Dette ansvaret endres ikke som følge av Akson og det kan derfor være naturlig at FDVU-ansvaret for en felles kommunal journal bør legges til en virksomhet heleid av kommunene.

Kommunene har derimot ingen praksis eller erfaring fra etablering av tilsvarende selskap. Vi opplever heller ikke at det er en strategi eller et ønske om å etablere en slik felleseid virksomhet med ansvar for å levere tjenester til alle kommunene utenfor Midt-Norge. Akson vil kreve at kommuner inngår avtaler med virksomheten som har FDVU-ansvar. Staten på eiersiden kan gi bedre forutsetninger for styring og koordinering av utviklingen innen journal- og samhandlingsløsninger. En felles eierskapsmodell kan gjøre det enklere for kommunene å overføre ansvar og oppgaver til tjenesteleverandøren og dermed forsterke oppslutningen om tiltaket. Vi vurderer at etablering av en felles journal for alle kommuner utenfor Midt-Norge er et stort løft som krever tett samarbeid mellom stat og kommuner, og at tiltaket i kommunene har bedre forutsetninger for å lykkes innenfor en delt eierskapsmodell. Sammen med den

etablerte rollefordelingen og samarbeidet mellom Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett gir dette bedre forutsetninger for at kommunene kan lykkes med løftet knyttet til felles journal.

Prosjektet vurderer en delt eierskapsmodell med Norsk Helsenett som den mest aktuelle ut fra antatt bedre mulighet for å utnytte synergier i NHN sin kapasitet, kompetanse, inngå samarbeid om anskaffelser, osv. Rettslig risiko knyttet til tjenestekjøp gjør derimot at en modell med delt eierskap med HOD bør holdes åpen for videre vurdering.

Norsk Helsenett SF bør ha FDVU-ansvaret for samhandlingsløsningene i Akson.

De nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, helsenorge, e-resept og grunndata er sentrale løsninger i videreutviklingen av samhandling for hele helsetjenesten. I januar 2020 overføres FDVU-ansvaret for disse løsningene fra Direktoratet for e-helse til Norsk Helsenett SF. Norsk Helsenett SF har allerede ansvaret for meldingsplattformen, som også er en sentral løsningskomponent for samhandling. Virksomhetsoverdragelsen og Norsk Helsenett SF sitt eksisterende ansvar gjør det naturlig å anbefale at Norsk Helsenett SF bør ha FDVU-ansvaret for samhandlingsløsningene i Akson.

Felles styring og koordinert utvikling av journal- og samhandlingsløsningene er forutsetninger for å etablere gode e-helseløsninger som bidrar til økt pasientsikkerhet og -kvalitet og mer sammenhengende og koordinerte pasientforløp. Hovedanbefalingene i dette notatet innebærer at ansvaret for journal- og samhandlingsløsningene i Akson fordeles på flere virksomheter, men vesentlig mindre fragmentert enn i dag, både mht. ansvars plassering og antall løsninger. Den foreslåtte ansvars plasseringen gir Norsk Helsenett en svært sentral rolle. For at Norsk Helsenett skal lykkes må nasjonale myndigheter og virksomhetene videreutvikle samstyringsmodellen knyttet til investeringsbeslutninger, porteføljestyling og arkitektur slik at vi kan oppnå en mer koordinert utvikling og innføring av journal- og samhandlingsløsningene, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Introduksjon

Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å gjennomføre et forprosjekt for tiltak knyttet til helhetlig samhandling og felles kommunal journal, jf. tillegg til tildelingsbrev nr. 3, 2019. Direktoratet skal utføre arbeidet i tråd med statens prosjektmodell (KS-ordningen). Forprosjektet skal levere sin anbefaling til HOD innen utgangen av februar 2020. Forprosjektets anbefalinger skal etter planen gjennomgå ekstern kvalitetssikring (KS2) våren 2020.

Forprosjektet og tiltaket har fått arbeidsnavnet Akson.

Hovedleveransen i forprosjektet er et Sentralt Styringsdokument som bl.a. skal inneholde anbefalinger om rolle og ansvars plassering i gjennomføringen av tiltaket, inkludert anbefalinger om hvordan tiltaket bør organiseres og styres. Rolle- og ansvars plasseringen for gjennomføring av Akson er ikke avklart og forprosjektet skal derfor utrede modeller for organisering og ansvars plassering og se dette i sammenheng med reglene om offentlig støtte og anskaffelser, herunder behov for eventuelt kommunalt medeierskap eller lovbestemte plikter. HOD har gitt en føring om at ansvaret for anskaffelse(n) i Akson ikke bør ligge i statsforvaltningen og at organisasjonen(e) som skal ha ansvar for å anskaffe løsningen(e) bør være etablert før kunngjøring av anskaffelse(n).

Forprosjektet har vurdert at ansvars plasseringen i fasen for forvaltning, drift og videreutvikling (FDVU) gir føringer for ansvar, roller og deltakelse i forutgående faser. Forutgående faser omfatter bl.a. program- og prosjektledelse, anskaffelser, systemtilpasning og -utvikling, etablering og innføring av løsninger samt leverandørstyring. I FDVU-fasen er løsningene innført i den/de første virksomheten(e) og underlagt en drift- og forvaltningsoperasjon med krav til tjenesteytelse.

Formålet med notatet er å få innspill, avklaringer eller føringer knyttet til ansvars plasseringen for FDVU, slik at forprosjektet kan legge disse til grunn i øvrige vurderinger og anbefalinger.

Bakgrunn

Kort om tiltaket Akson

Bakgrunnen for Akson er regjeringens mål i Meld. St. 9 (2012-2013) - Én innbygger – én journal. Ett av de sentrale innsatsområdene er knyttet til behovene innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Med grunnlag i en konseptvalgutredning (juli 2018) og en ekstern kvalitetssikring (desember 2018), ble det våren 2019 besluttet et konseptvalg for tiltak knyttet til løsninger for helhetlig samhandling og etablering av en felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor Midt-Norge.

En vellykket gjennomføring av Akson innebærer at virksomhetene som yter kommunale helse- og omsorgstjeneste kan gå fra å anskaffe, drifte, forvalte og videreutvikle egne journalløsninger til å ta i bruk en felles journaløsning, for eksempel levert som en tjeneste fra en nasjonal tjenesteleverandør. Videre omfatter Akson at det investeres i nasjonale samhandlingsløsninger for bedre koordinering av pasientforløp på tvers av virksomheter og tjenestenivå.

Tiltaket Akson er stort, med en foreløpig styringsramme på 11,4 milliarder kroner over en tiårsperiode, og med nødvendige bidrag fra staten ved nasjonale fagmyndigheter, kommuner, spesialisthelsetjenesten og andre virksomheter som yter offentlige helsetjenester.

Tjenesteleverandør for forvaltning, drift og videreutvikling (FDVU)

Virksomhet(e) som får ansvaret for FDVU av Akson omtales heretter som *Tjenesteleverandør*.

Tjenesteleverandøren vil være ansvarlig for å ivareta alle operasjonelle oppgaver i FDVU-fasen. Dette innebærer blant annet:

- Være ansvarlig leverandør overfor helsevirksomhetene som omfattes av tiltaket
- Eie kontrakten(e) med leverandøren(e) av løsningene og eventuelle driftsleverandører for løsningene, samt med andre underleverandører
- Bestemme sourcingstrategi og leveransmodell på operasjonelt nivå, innenfor rammer gitt av eier. Dette vil innebære å beslutte hva tjenesteleverandøren skal gjøre selv og hva som eventuelt kan kjøpes i markedet
- Være ansvarlig for forvaltningen og videreutviklingen av løsningene, herunder ivaretagelsen av personvern og informasjonssikkerhet

Tjenesteleverandøren må etablere en samarbeidsmodell og tjenesteavtaler med virksomhetene som skal benytte løsningene. I tillegg vil tjenesteleverandøren måtte forholde seg til en rekke andre aktører i helsesektoren, blant annet helsefaglige myndigheter.

Eksempler på tilsvarende tjenesteleverandører i helsesektoren i dag er Norsk Helsenett SF (NHN), IKT-tjenesteleverandørene i spesialisthelsetjenesten – Helse Nord IKT HF, HEMIT HF, Helse Vest IKT AS og Sykehuspartner HF, samt IKS samarbeid i kommunene.

Nåsituasjon for ansvars plassering av journal- og samhandlingsløsninger

I dag ligger FDVU-ansvaret for journaløsningene i den enkelte virksomhet som yter kommunale helse- og omsorgstjenester, dvs. hos kommuner og selvstendig næringsdrivende avtaleparter til kommunene, f.eks. fastleger og fysioterapeuter. I noen tilfeller kan ansvaret være helt eller delvis plassert i et interkommunalt selskap der kommuner har inngått journalsamarbeid. I noen kommuner får selvstendig næringsdrivende avtaleparter levert journaløsning og andre IKT-løsninger fra kommunene.

Spesialisthelsetjenesten har et regionalt og selvstendig ansvar for sine journalløsninger.

Ansvaret for FDVU av dagens samhandlingsløsninger kjernejournal, helsenorge, e-resept og grunndata ligger i Direktoratet for e-helse, med tjenestekjøp fra NHN innen teknisk drift og forvaltning. Fra januar

2020 skal FDVU-ansvaret for samhandlingsløsningene overføres fra Direktoratet for e-helse til NHH gjennom en virksomhetsoverdragelse. NHH har i dag FDVU-ansvaret for meldingsplattformen som også inngår i dagens samhandlingsløsninger.

Helseplattformen

I Helse Midt-Norge RHF sitt opptaksområde pågår det et tiltak for etablering av en felles journalløsning på tvers av tjenestenivå. Løsningen, Helseplattformen, skal innføres i spesialisthelsetjenesten og målet er at kommuner og andre som yter kommunale helse- og omsorgstjenester tar i bruk løsningen.

I forbindelse med tiltaket er det etablert et nytt selskap, Helseplattformen AS, som gir grunnlag for en felles eierskapsmodell mellom kommuner og et regionalt helseforetak (som er eid av staten ved HOD).

Selskapet skal inngå kontrakt med leverandør av journalløsning på vegne av Helse Midt-Norge RHF og eventuelle andre eiere.¹ Selskapet skal forvalte avtalen med leverandør av journalløsning og ivareta fellesaktiviteter knyttet til innføring og videre forvaltning. Grunnlaget for Helseplattformen er at den nye løsningen anskaffes i fellesskap mellom Helse Midt-Norge RHF og kommunene.

Samarbeids- og eierskapsmodellen i Helseplattformen AS legger til grunn et samarbeid mellom Helse Midt-Norge RHF, underliggende helseforetak og de kommunene som utløser opsjon for journalløsningen. Tjenester knyttet til drift og forvaltning av journalløsningen inngår som en del av leveransen til fellesskapet fra eierne av selskapet. Anskaffelsesrettslig er grunnlaget etablert i bestemmelse som åpner for at offentlige aktører i et likeverdig samarbeid leverer ytelser til dette fellesskapet uten at dette må legges ut på offentlig anbud. Dette åpner for eksempel for at det regionale helseforetakets IKT-tjenesteleverandør, Hemit HF, kan levere tekniske driftstjenester til Helseplattformen AS gitt at samarbeidet tilfredsstiller forskriftens krav. Dette innebærer særlig at det må være et samarbeid for å oppfylle et felles mål, der alle parter bidrar ut over å være rene tjenestekjøpere, og at ikke mer enn 20 prosent av aktivitetene i samarbeidet må rettes mot andre enn oppdragsgiverne selv.

Det er ikke endelig avklart hvorvidt, eventuelt når, og på hvilke vilkår kommunene vil utløse opsjon på journalløsningen i Helseplattformen. Helse Midt-Norge RHF har stiftet selskapet alene, men lagt til rette for at kommuner kan tre inn som eiere når de utløser kjøpsopsjon. Eventuell størrelse på kommunal eierandel skal fastsettes gjennom forhandling. I forbindelse med bystyresaken i Trondheim 29. august 2019 om Helseplattformen ble det fremlagt at Trondheim kommune kjøper 40 prosent av aksjene i Helseplattformen AS for 4 millioner. Trondheim kommune sin aksjekapital selges ned etter hvert som andre kommuner kobler seg på. For å beholde retten til å kunne kalle inn til ekstraordinær generalforsamling skal Trondheim kommune ikke selge seg ned til under 10 prosent. Valg av finansieringsform vil kunne påvirkes av eiersammensetning i Helseplattformen AS da det kan være regulatoriske og andre grunner for valg av finansiering. Selskapet skal forbli fullt ut offentlig eid, dvs. at selvstendig næringsdrivende fastleger og andre private brukere av løsningene fra Helseplattformen AS ikke kan gå inn som eiere.

Helse Midt-Norge finansierer spesialhelsetjenestens andel av prosjektet. 70 prosent av forventet investeringskostnad finansieres gjennom lån fra HOD. Resterende 30 prosent planlegges finansiert gjennom egenkapital. Kommuner og fastlegers andel av kostnad til anskaffelsen finansieres igjennom tilskuddsordning fra HOD. Det etableres en tilskuddsordning som dekker 100 prosent av den faste investeringskostnaden for kommuner og fastleger. På sikt vil drift av Helseplattformen AS skje gjennom salg av tjenester til brukere av systemet.

¹ Helse Midt-Norge RHF, Styresak 11/19, 8. februar 2019.

Staten og eierskap

Regjeringen skal legge frem en ny eierskapsmelding høsten 2019. I gjeldende melding fra 2014, Meld. St. 27, understrekes det at statlig eierskap bør begrenses og at privat eierskap skal være hovedregelen når det gjelder selskapsforvaltning.

Statlig eierskap vurderes i fire kategorier, hvorav tre angår selskaper som konkurrerer med private aktører og med forretningsmessige mål. Den fjerde kategorien angår selskaper med sektorpolitiske mål. Det pekes på fire hovedargumenter for statlig eierskap, hvorav argumenter om sektorpolitiske og samfunnsmessige hensyn kan være særlige relevante for Akson:

"Statlig eierskap kan i enkelte tilfeller begrunnes sektorpolitisk og særlig på områder hvor staten har et særskilt ønske om styring og kontroll, herunder mulighet for å endre vilkår raskt. (...) Spesifikke sektorpolitiske mål kan stille konkrete krav til det enkelte selskap om bl.a. virkefelt og produkter, tilgjengelighet, kvalitet, service og priser på varer og tjenester. (...) Staten har også et særskilt ansvar for å ivareta god nasjonal infrastruktur (...). Det er bl.a. sektorpolitiske hensyn som ligger til grunn for statlige sykehus. Målet er å legge grunnlaget for en helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten, bl.a. gjennom lovfesting av et tydelig statlig ansvar. Det statlige eierskapet skal også legge til rette for bedre utnyttelse av de ressursene som settes inn i sektoren og derved sikre bedre helsetjenester til hele befolkningen. I deler av helse-, utdannings- og samferdselssektoren har det vært et mål å sikre et likt basistjenestetilbud til alle, uavhengig av betalingsevne. (...) Statlig eierskap kan også sees i lys av et ønske om lik tilgang og sikker forsyning av visse tjenester uavhengig av etterspørsel, bosted, betalingsvilje og -evne og annen status. Slike begrunnelser for statlig eierskap må sees i sammenheng med ønsket om å ivareta sektorpolitiske hensyn, og det må i hvert enkelt tilfelle vurderes hvorvidt statlig eierskap er det mest hensiktsmessige virkemiddelet, målt mot andre virkemidler."

Senere i notatet behandles støtterettslige spørsmål.

Digitalisering i offentlig sektor

I regjeringens perspektivmelding fra 2017, Meld. St. 29, henvises det til Produktivitetskommisjonen som pekte på et stort uutnyttet potensial for effektivisering i forvaltningen gjennom bruk av IKT. Kommisjonen fremhevet behovet for samarbeid mellom kommunene og staten på dette området. Ved å legge til rette for samordning, bruk av felles arkitektur og utvikling av felleskomponenter kan en oppnå store ressursbesparelser både i offentlig sektor, men også i privat sektors samhandling med det offentlige.

I regjeringens Digital agenda for Norge fra 2016, Meld. St. 27, legges det opp til en mer systematisk samordning av statlige og kommunale IKT-løsninger. Statlige virksomheter skal være pådrivere og ta en koordinerende rolle i arbeidet med å lage gode digitale tjenester på tvers av statlig og kommunal sektor. Regjeringen er tydelig på at kommunesektoren har et selvstendig ansvar overfor sine innbyggere og at kommunen selv må gjennomføre gode digitaliserings- og utviklingstiltak på sine ansvarsområder. På områder hvor det kreves samhandling mellom statlig og kommunal sektor, slik som i helsesektoren, må statlige virksomheter ta et mer tydelig ansvar.

I Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor (2019-2025) defineres det et innsatsområde for at offentlig sektor skal samhandle bedre om digitale tjenester og effektivisere ressursbruken gjennom styrket samordning på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer, og systematisk uthenting av gevinster fra digitalisering. Videre skriver regjeringen at den vil at modellen for et sterkere og mer systematisk samarbeid og samordning mellom statlig og kommunal sektor etableres i første omgang for områdene med størst grad av samhandling, for eksempel helse og omsorg.

Avgrensninger og forutsetninger

IKT-organisering i helsesektoren

Forprosjektet er avgrenset til å kun vurdere ansvars plassering for Akson og legger til grunn besluttet virksomhetsoverdragelse mellom Direktoratet for e-helse og NHN.

Ny kommunelov, felleseide selskaper og kommuners låneadgang

Forprosjektet legger foreløpig til grunn at det kan være aktuelt at enkeltkommuner lånefinansierer sin investering i Akson. I ny kommunelov som snart trer i kraft er det bestemmelser i § 14-16 som kan ha betydning for kommunenes eierandel i et selskap som leverer FDVU-tjenester. Bestemmelsen lyder (våre uthevninger):

*«Kommuner kan ta opp lån for å finansiere tilskudd til investeringer i **varige driftsmidler** som eies av en annen kommune, men bare på områder hvor kommunene har et **lovpålagt ansvar**. Fylkeskommuner kan ta opp lån for å finansiere tilskudd til investeringer i varige driftsmidler som eies av en annen fylkeskommune, men bare på områder hvor fylkeskommunene har et lovpålagt ansvar.*

*Kommuner og fylkeskommuner kan ta opp lån for å finansiere tilskudd til investeringer i **varige driftsmidler** som eies av et selskap hvor kommunen eller fylkeskommunen har en eierandel i selskapet og hvor kommuner eller fylkeskommuner har **bestemmende innflytelse**, men bare ved investeringer på områder hvor kommunene eller fylkeskommunene har et **lovpålagt ansvar**. Kommunens eller fylkeskommunens låneopptak etter første punktum kan ikke være større enn eiernes samlede investeringstilskudd justert for kommunens eller fylkeskommunens eierandel i selskapet»*

Forprosjektet lagt til grunn at bestemmende innflytelse krever en eierandel på over 50 % i et felles eid selskap med staten. Prosjektet vil følge opp avklaring om kravet til bestemmende innflytelse kan oppfylles gjennom aksjonærvedtektene i selskapet.

Videre legger vi til grunn at krav til lovpålagt ansvar er oppfylt, jf. helse- og omsorgstjenesteloven og pasientjournalloven. Til slutt forutsetter vi at investeringene kan knyttes til varige driftsmidler, f.eks. i form av brukerlisensen. På dette punktet vil prosjektet følge opp, jf. økt grad av tjenestekjøp.

Helsefaglig forvaltning av journaløsninger

Journaløsninger er virksomhetskritiske løsninger og svært viktige arbeidsverktøy for helsepersonell. Moderne journaløsninger tilbyr mye helsefaglig innhold og en effektiv forvaltning og videreutvikling vil kreve helsefaglig kapasitet og kompetanse. Forprosjektet arbeider særskilt med modell for helsefaglig forvaltning, herunder ansvarsdelingen og organiseringen mellom kommunene, tjenesteleverandøren(e) og helsefaglige myndigheter.

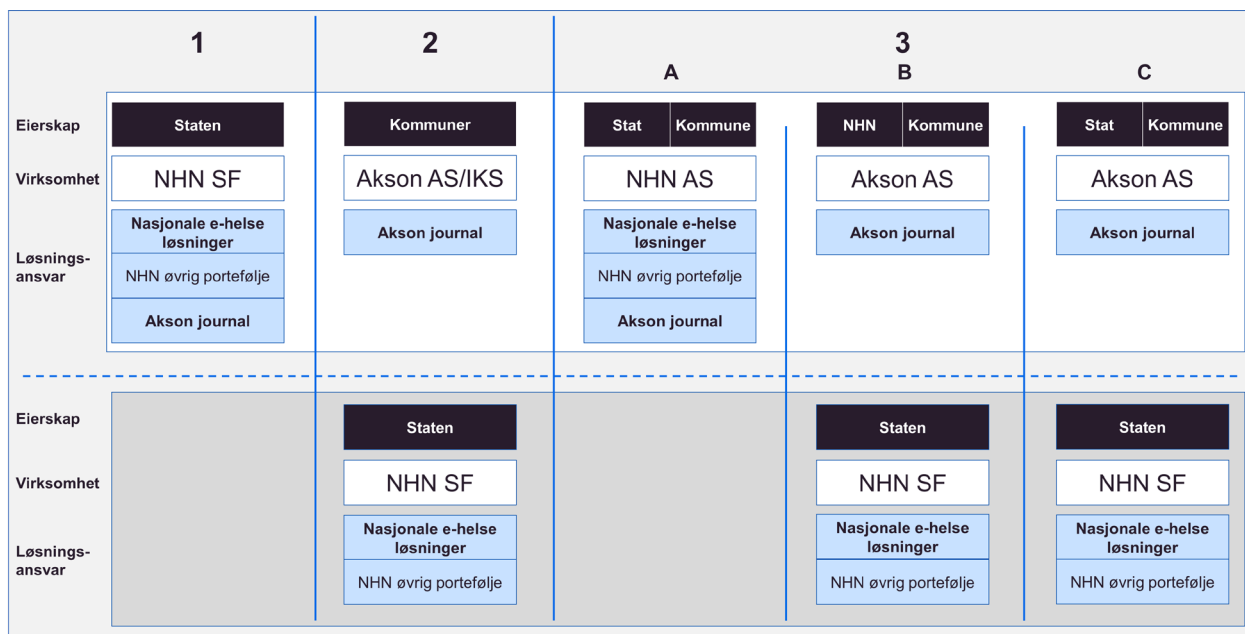
Dataansvar

Plassering av FDVU-ansvaret gir føringer for plassering av dataansvar, men dette spørsmålet behandles separat.

Alternative modeller for Akson tjenesteleverandør i FDVU-fasen

Forprosjektet legger til grunn at tjenesteleverandøren skal være offentlig eid, for å sikre at den offentlige helsetjenesten har tilstrekkelig grad av styring over fremtidig forvaltning og videreutvikling av løsningene.

Gitt denne rammebetingelsen har forprosjektet identifisert tre hovedalternativer og tre undermodeller til hovedalternativ 3. Figuren under illustrerer alternativene.



Figur 1 Illustrasjon av alternative modeller for eierskap og ansvars plassering av Akson i FDVU

Modellene 1 og 2 illustrerer heleide modeller, mens modell 3 viser ulike deleide modeller mellom stat og kommune.

I modell 1 er staten eieeier av NHN og FDVU-ansvaret for Akson legges til NHN. Det er kun i modellene 1 og 3A at både journal- og samhandlingsløsningene fra Akson ligger i samme virksomhet.

I modell 2 etablerer kommunene utenfor Midt-Norge et nytt selskap med kommunene som eieeier og med FDVU-ansvaret for Akson Journal. FDVU-ansvaret for Akson Samhandlingsløsninger er lagt til NHN, som en del av "nasjonale e-helseløsninger".

I modell 3A trer kommunene inn på eiersiden av NHN, forutsetningsvis med en eierandel på over 50 % pga. kravet til bestemmende innflytelse i ny kommunelov. I denne modellen er det også relevant at kommunene i Midt-Norge kommer inn på eiersiden.

Modellen 3B og 3C skiller seg kun ved hvem som representerer staten som eier, NHN i 3B og Helse- og omsorgsdepartementet i 3C, begge modellene med samme forutsetning til kommunenes dominerende eierandel som i 3A.

Vurdering av alternative modeller for Akson tjenesteleverandør av FDVU

Forprosjektet har innhentet en rettslig vurdering fra Kluge advokatfirma og deres sammenfatning kan oppsummeres slik:

- Tjenesteleverandøren vil trolig i alle modellene levere tjenester til kommunene i anskaffelsesrettslig forstand.
- Kommunenes adgang til å kjøpe tjenester fra tjenesteleverandøren kan begrunnes som utvidet egenregi i modellene 2 og 3, samtlige alternativer.

- Modell 1 gir ikke grunnlag for utvidet egenregi fordi kommunene ikke kontrollerer tjenesteleverandøren.
- Utvidet egenregi vil ikke kunne benyttes for tjenesteleverandørens kjøp av tjenester fra NHN. Her kan det etableres andre grunnlag.
- Tjenesteleverandøren utgjør høyst sannsynlig ikke et foretak i statsstøtterettslig forstand.

Modellene 2 og 3, samtlige alternativer, innebærer at selvstendige virksomheter trer inn i et felleseid selskap. I modell 2 kan ulike kommuner ha ulik eierandel. I modell 3 alternativene innebærer det potensielt at statens eierposisjon er mindre enn 50 prosent hvis forutsetningene knyttet til kommunelovens krav om bestemmende innflytelse er riktig. En av årsakene til at aksjeselskapsformen ofte benyttes er den fleksibiliteten man har til å skreddersy hvilken myndighet den enkelte eier skal ha. Dette kan gjøres i selskapets vedtekter eller ved at det inngås en aksjonæravtale som regulerer styringsprinsippene for det felles eide selskapet. Eksempelvis kan vedtektene inneholde bestemmelser som sier at enkelte typer beslutninger krever enstemmighet eller 90 prosent av stemmene på generalforsamling.

Kluge anbefaler at selskapets eiere inngår en aksjonæravtale som regulerer i detalj hvordan selskapet skal bli styrt og hvilken beslutningsmyndighet de enkelte eierne skal ha. En vanlig måte å gjøre dette på er å avtale hvordan selskapets styre skal se ut, hvordan finansiering og kapitalforhøyelser skal foretas og hvilke beslutninger som krever at alle aksjonærene må stemme for, for at beslutninger skal være gyldige. Slike veto-bestemmelser er velegnet for å sikre at aksjonærene må være enige om sentrale veivalg. Det er også vanlig at sentrale bestemmelser i en aksjonæravtale tas inn i selskapets vedtekter.

Andre verktøy for god virksomhetsstyring bør også vurderes. Det er for eksempel vanlig å oppnevne en valgkomite som har ansvar for å legge frem forslag til styrekandidater og styresammensetning. Det samme gjelder instruks for styret og selskapets daglige leder, hvor det settes rammer for hvilken kompetanse styret og daglig leder skal ha, og hvilke beslutninger som skal fattes av generalforsamlingen.

Forprosjektet har forespurt Kluge om modell 3, alle alternativer, gir risiko for at statsforvaltningen eller RHF-ene ikke kan foreta kjøp fra NHN i utvidet egenregi. Kluge har svart at det ikke er noen hindre for at statsforvaltningen og RHF-ene fortsatt kjøper tjenester fra NHN i utvidet egenregi, uavhengig av hvilken modell som velges.

Modell 1

Prosjektet vurderer at modell 1 er uaktuell fordi kommunene ikke vil ha tilstrekkelig kontroll over tjenesteleverandøren. Grunnlaget for utvidet egenregi i anskaffelsesregelverket er dermed ikke tilstede.

Modell 1 vil kreve vesentlige endringer av hvordan ansvaret for journalløsninger er regulert, f.eks. ved at hele eller deler av ansvaret overføres fra virksomhetene til staten. Vi ser ikke at en slik ansvarsoverføring er aktuell. Ansvaret for å yte helsetjenester ligger i virksomhetene og ansvaret for å ha nødvendige journalløsninger er tett koplet til helsetjenesten.

Modellen vurderes derfor ikke nærmere.

Modell 2

Modell 2 gir kommunene anskaffelsesrettslig grunnlag for å få levert tjenester fra tjenesteleverandøren. Modellen gir ikke tjenesteleverandøren anledning til direkte kjøp av tjenester fra NHN.

Modell 2 er formålstjenlig mht. det ansvar som kommunene har og en eventuell modell for kostnadsdekning der kommunene betaler tjenestepreisen for journalløsningen. Modellen gir kommunene vesentlig innflytelse gjennom et formelt eierskap og dermed en sterk kopling til kommunenes lovpålagte ansvar for å yte helsetjenester og å ha nødvendige journalsystemer. Kommunene som de primære

brukerne av Akson journal vil trolig ha de sterkeste insentivene til å sikre at tjenesteleverandøren ivaretar sine oppgaver på en mest mulig kostnadseffektiv måte, og at videreutvikling skjer på en måte som sikrer at kommunenes behov dekkes. Virksomhetens ansvar, begrenset til Akson journal, gjør det enklere å etablere en eierskapsmodell hvor kommunene etter kommuneloven har bestemmende innflytelse som kan gi grunnlag for at kommunene om nødvendig kan gjøre låneopptak.

Kommunene må avgi nødvendig ansvar og oppgaver til tjenesteleverandøren. Kommunene må avgjøre hvorvidt og i hvilken grad selskapet skal etablere egen kapasitet knyttet til operativ forvaltning, drift og videreutvikling. Selskapet må ha kapasitet for å håndtere eierskap og ansvar knyttet til program- og prosjektledelse, anskaffelser, etablering og innføring av løsninger samt utøve styring og ansvar i FDVU-fasen. Kapasitet kan etableres gjennom rekruttering og innleie, ressursoverføring fra kommunene, innleie og lån av ressurser fra kommunene samt lån av ressurser fra nasjonale myndigheter o.a. offentlige selskaper.

Kommunene har ingen praksis eller erfaring fra etablering av et tilsvarende selskap. Vi opplever heller ikke at det er en strategi eller et ønske om å etablere en slik felleseid virksomhet med ansvar for å levere tjenester til alle kommunene utenfor Midt-Norge. Manglende erfaring med så store kommunesamarbeid kan gi usikkerhet om hvorvidt kommuner vil overføre nødvendig ansvar og oppgaver til tjenesteleverandøren.

Vi vurderer at etablering av en felles journal for alle kommuner utenfor Midt-Norge er et stort løft som krever tett samarbeid mellom stat og kommuner. Nasjonale myndigheter kan utøve sine oppgaver og premissgivning til kommunene innenfor rammene av modell 2, men tiltaket i kommunene har bedre forutsetninger for å lykkes innenfor en modell som er basert på delt eierskap med staten, dvs. modell 3.

Modell 3

Modell 3A gir rettslig grunnlag for å etablere Akson journal som en felles løsning for alle kommunene utenfor Midt-Norge. Den største fordelen med **modell 3A** er at den samler Akson journal og samhandlingsløsninger i én virksomhet, med bedre muligheter for å styre og koordinere utviklingsprosjekter og FDVU. Modellen gir grunnlag for å utnytte synergier eller storskalafordele knyttet til ressurser, kompetanse og infrastruktur i NHN. Et kommunalt eierskap i NHN kan gi kommunene økt innflytelse i videreutviklingen av digitale løsninger i helsesektoren. Modellen har derimot ulemper som vi mener gjør den uaktuell som et alternativ.

NHN vil i modell 3A få en stor og sammensatt tjenesteportefølje, med ulike interessenter: helsenettet og tilhørende tjenester som leveres til stort sett alle virksomheter som yter helsetjenester, nasjonale e-helseløsninger hvis hovedfunksjon er å bidra til fellesløsninger og samhandling på tvers av alle som yter offentlige helsetjenester, tjenesteleverandør for statlig helseforvaltning, registerforvaltning for spesialisthelsetjenesten, samt journalløsning for alle virksomheter utenfor Midt-Norge som yter kommunale helse- og omsorgstjenester.

Med hensyn til totale driftskostnader vil sannsynligvis den kommunale journalløsningen utgjøre en stor andel av NHN sin portefølje, men NHN må balansere sin kapasitet og organisering til å ivareta bredden i kunde- og tjenesteforpliktelsene. Med forutsetningen om at kommunene utenfor Midt-Norge må ha bestemmende innflytelse over selskapet, dvs. eie mer enn 50 prosent, vil dette gi en uønsket og krevende styringsmodell og sannsynligvis en krevende finansierings- og økonomistyringsmodell. Vi vurderer det som usannsynlig at staten vil akseptere at kommunene har en dominerende eierandel i et så diversifisert selskap. Videre vurderer vi at kommunene ikke vil ønske en dominerende eierposisjon i en virksomhet med store forpliktelser utenfor kommunenes ansvarsområde.

Modell 3B gir rettslig grunnlag for å etablere Akson journal som en felles løsning for alle kommunene utenfor Midt-Norge. Modellen gir kommunene vesentlig innflytelse gjennom et formelt eierskap og

dermed en sterk kopling til kommunenes lovpålagte ansvar for å yte helsetjenester og å ha nødvendige journalsystemer. Kommunene som de primære brukerne av Akson journal vil trolig ha de sterkeste insentivene til å sikre at tjenesteleverandøren ivaretar sine oppgaver på en mest mulig kostnadseffektiv måte, og at videreutvikling skjer på en måte som sikrer at kommunenes behov dekkes. Virksomhetens ansvar, begrenset til Akson journal, gjør det enklere å etablere et delt eierskap hvor kommunene etter kommuneloven har bestemmende innflytelse som kan gi grunnlag for at kommunene om nødvendig kan gjøre låneopptak.

I **modell 3B** er staten representert på eierskapssiden ved NHN. Vi vurderer at en modell hvor staten er representert kan gjøre det enklere for kommuner å overføre ansvar og oppgaver til tjenesteleverandøren og dermed forsterke oppslutningen om tiltaket. Sammen med den etablerte rollefordelingen og samarbeidet mellom Direktoratet for e-helse og NHN gir dette bedre forutsetninger for at kommunene kan lykkes med løftet knyttet til felles journal. Det gir også et bedre grunnlag for styring og koordinering av utviklingen innen journal- og samhandlingsløsninger.

Som i modell 2 må kommunene i Modell 3B gå sammen i et felles eid selskap med ansvar for å drifte, forvalte og videreutvikle en felles journalløsning. Kommunene må avgi ansvar og oppgaver til tjenesteleverandøren og kommunene må i samarbeid med NHN avgjøre hvorvidt og i hvilken grad selskapet skal etablere egen kapasitet knyttet til operativ forvaltning, drift og videreutvikling. Tjenesteleverandøren må ha kapasitet for å håndtere eierskap og ansvar knyttet til program- og prosjektledelse, anskaffelser, etablering og innføring av løsninger samt utøve styring og ansvar i FDVU-fasen. Kapasitet kan etableres gjennom rekruttering og innleie, ressuroverføring, innleie og lån fra kommunene samt overføring eller utlån av ressurser fra Direktoratet for e-helse og NHN.

Modell 3B gir mulighet for tjenestekjøp fra NHN, men grunnlaget må sannsynligvis etableres i et annet grunnlag enn omvendt utvidet egenregi. Omvendt utvidet egenregi innebærer at et datterselskap ("Akson Journal" i Modell 3B) kjøper tjenester fra morselskapet (NHN). Kluge mener at dette er et risikabelt grunnlag i modell 3B pga. flere kontrollerende oppdragsgivere. En mulig modell som tar ned risikoen innebærer overgang til eiermodellen i 3C, dvs. at HOD eier "Akson Journal AS" sammen med kommunene samt at "Akson Journal AS" går inn på eiersiden av NHN, eventuelt sammen med de regionale helseforetakene. NHN vil da kunne levere tjenester til sine eiere.

Merk at NHN i dag eller fra 2020 ikke er rigget for å håndtere store tjenestekjøp som følge av Akson. Ved siden av tjenestekjøp eksisterer også mulighetene for at NHN og "Akson Journal AS" samarbeider om anskaffelser i markedet.

Modell 3c skiller seg fra 3B ved at HOD representerer staten som eier i 3C. Denne tilpasningen kan være aktuell for å bedre styre avhengighetene mellom kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten i realiseringen av målet om én innbygger – én journal. Modellen gir det samme rettslige grunnlaget for å etablere Akson journal som en felles løsning for alle kommunene utenfor Midt-Norge. Modell 3c gir ikke umiddelbart det samme potensialet for synergier mot NHN, men eierskapskonstruksjonen kan være et virkemiddel for å etablere grunnlag for at "Akson Journal AS" kan utføre tjenestekjøp fra NHN, jf. beskrivelse under modell 3B ovenfor.

Til: Direktoratet for e-helse

Fra: Kluge Advokatfirma

Ansvarlig advokat: Andersen, Arne Torsten

Vår ref.: 319620-022\3334196\v1

Dato: Oslo, 21. oktober 2019

SAKEN GJELDER: Anskaffelsesrettslige og statsstøtterettslige spørsmål ved Akson-prosjektet

1 INNLEDNING – SAKENS BAKGRUNN

Pasientjournalen er en sentral og grunnleggende komponent i helsetjenesten. I dag har de ulike helsetjenestene i Norge en rekke ulike elektroniske journalløsninger, noe som medfører en u håndterlig kompleksitet og manglende grad av samhandling på tvers av helsetjenesten. I forlengelsen av målbildet i Meld St. 9 (2012-13) «Én innbygger – én journal»¹ er det derfor blant annet besluttet at antall ulike elektroniske journalløsninger i helsesektoren skal reduseres slik at informasjonen i den enkelte pasients journal lettere skal kunne deles på tvers av helsevirksomheter, uavhengig av hvor helsehjelpen har funnet sted.

Som en oppfølging av stortingsmeldingen gjennomførte Direktoratet for e-helse («direktoratet») i 2018 en konseptvalgutredning (KVU) som endte opp med en anbefaling av konseptet «En nasjonal kommunal løsning for pasientjournal med helhetlig samhandling». Sammen med de parallelle prosjektene Helseplattformen i Helse Midt-Norge og videreutvikling av eksisterende løsninger i resten av spesialisthelsetjenesten skal «En nasjonal kommunal løsning» bidra til å nå målbildet i stortingsmeldingen.

Konseptet innebærer blant annet at det skal gjennomføres et nasjonalt tiltak for anskaffelse, innføring og drift av en journalløsning (EPJ-løsning) for kommunale helse- og omsorgstjenester. Dagens EPJ-systemer i kommunene og hos fastlegene skal fases ut og erstattes av én felles løsning. For å sikre samhandling med spesialisthelsetjenesten og med andre kommunale tjenester vil det også anskaffes og implementeres en samhandlingsløsning.

Det har vært antatt at forvaltning, drift og videreutvikling av journalløsningen («tjenesteleveransen») vil forestås av Norsk Helsenett SF («NHN») eller av et nyopprettet selskap («tjenesteleverandøren»).

Det har vært vurdert tre mulige eierskapsmodeller til tjenesteleverandøren:

- Modell 1 innebærer at staten (over-)tar ansvaret for journalløsningen og at NHN SF blir tjenesteleverandør for løsningen.

¹ Meld. St. 9 (2012-2013) <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/e-helse/innsikt/en-innbygger---en-journal/id2480065/>.

- Modell 2 innebærer at det opprettes et nytt selskap som blir tjenesteleverandør for løsningen og at et slikt selskap eies i fellesskap av samtlige kommuner i Norge (med unntak av kommunene i Midt-Norge).
- Modell 3 innebærer at kommunene (med unntak av kommunene i Midt-Norge) og staten eier tjenesteleverandøren sammen. Det kan tenkes tre ulike undermodeller av modell 3:
 - a) At kommunene blir deleiere i NHN, og at dette selskapet blir tjenesteleverandør for journalløsningsen
 - b) At det før forvaltningsfasen, skilles ut et selskap fra NHN som staten ved NHN og kommunene eier sammen
 - c) At det før forvaltningsfasen opprettes et selskap som staten ved Helse- og omsorgsdepartementet («HOD») og kommunene eier sammen. Dersom NHN får en rolle i anskaffelsen og etableringen av journalløsningsen, vil den aktuelle delen av virksomhet eventuelt kunne overdras til det nye selskapet.

Det er således plasseringen av ansvaret for leveransen av EPJ-tjenesten i FDVU-fasen² som behandles i dette notatet, og ikke hvem som gjennomfører den opprinnelige anskaffelsen av journalløsningsen og samhandlingsløsningsen. Modell 1 og 2 er av forskjellige grunner lite aktuelle. Sonderinger mot kommunene tilsier at disse ønsker å være delaktige i anskaffelsen og tjenesteleveransen, men ikke ønsker å ta del gjennom et eget selskap eiet kun av kommunene. Kommunene ønsker med andre ord å bygge på den kompetansen og erfaringen som finnes i NHN, samtidig som de ønsker en viss innflytelse. Dette kan peke mot modell 3. Modell 3 vil også medføre en mindre drastisk endring i dagens ansvarsforhold enn modell 1, der staten i realiteten vil overta det meste av kommunenes ansvar for EPJ. Spørsmålet dette notatet skal ta stilling til er i hovedsak den støtterettslige og anskaffelsesrettslige betydningen av å benytte modell 3, og om det også er juridiske argumenter som trekker i retning av modell 3. Vi vil i den forbindelse også foreta noen vurderinger av modell 1 og 2 som et sammenlikningsgrunnlag, men hovedtyngden av vurderingene vil ligge på modell 3. I tillegg er vi bedt om å foreta enkelte andre regnskapsrettslige og selskapsrettslige vurderinger knyttet til de ulike løsningene.

I modell 3 er anskaffelsen av journalløsningsen tenkt gjennomført i enten et nyopprettet selskap som er skilt ut av NHN (modell 3b) eller nyopprettet under HOD direkte (modell 3c), foreløpig kalt Akson Journal AS («AJ»), eller gjennom NHN direkte (modell 3a). AJ eller NHN skal eie løsningen, være ansvarlig for forvaltning, drift og videreutvikling av løsningen og for å tilby og tilgjengeliggjøre løsningen for brukerne; det vil si den kommunale helse- og omsorgstjenesten slik denne er omtalt i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. § 1-2. Videre er det også forutsatt at fastleger, psykologer og fysioterapeuter som utfører tjenester etter avtale med kommunene, og andre private helsetjenestetilbydere som leverer helsetjenester på vegne av kommunene, benytter seg av løsningen (for enkelthets skyld omtalt som «private helsetjenestetilbydere med avtale» i det følgende), og være mottaker av tjenester fra AJ.

Hvor stor eierandel kommunene vil ha i et felleseid eget selskap i modell 3 b eller modell 3c er ikke fastsatt, men det er nærliggende at eierandelen vil være 50 % eller høyere. I modell 3a er det derimot sannsynlig at kommunene eier 50 % eller mindre i et NHN AS.

2 SAMMENFATNING

Våre konklusjoner kan sammenfattes slik:

- Tjenesteleverandøren vil trolig levere tjenester i anskaffelsesrettslig forstand til kommunene, men det kan antakeligvis argumenteres for at det ikke inngås gjensidig bebyrdende kontrakter i anskaffelsesrettslig forstand. Denne konklusjonen vil det være mulig å styrke dersom finansiering, kontraktstruktur mv. innrettes på en måte som sørger for at det i enda mindre grad vil være tale om et kontraktsforhold mellom tjenesteleverandøren og brukerne

² Forvaltnings- drifts- og videreutviklingsfasen.

- Dersom tjenesteleveransene utgjør gjensidig bebyrdende kontrakter, vil unntaket for utvidet egenregi kunne være et aktuelt grunnlag for kommunenes kjøp av journaltjenester under modell 2 og modell 3 (samtlige alternativer). Selv om det er enkelte uavklarte spørsmål knyttet til en slik ordning, mener vi alt i alt at vilkårene med stor sannsynlighet er oppfylt for disse modellene. Det vil derimot ikke være grunnlag for å lene seg på utvidet egenregi under modell 1, simpelthen fordi tjenesteleverandøren i denne modellen ikke vil være kontrollert av kommunene.
- Utvidet egenregi vil derimot ikke kunne benyttes som grunnlag for tjenesteleverandørens kjøp av tjenester fra NHN i modell 3b og 3c. Her er det imidlertid andre grunnlag som kan tenkes å være aktuelle.
- I de foreslåtte modellene hvor kommunene kommer inn på eiersiden (modell 2 og 3) vil statens eierandel trolig være mindre enn 50 %. Det er imidlertid en rekke mekanismer i aksjelovgivningen som kan sikre staten den nødvendige innflytelsen og kontrollen, herunder selskapets vedtekter og aksjonæravtaler. Andre verktøy for god virksomhetsstyring, slik som oppnevning av valgkomiteer, instruksjoner for styret og selskapets daglige leder kan også vurderes.
- Vi mener også at tjenesteleverandøren høyst sannsynlig ikke vil utgjøre et foretak i statsstøtterettslig forstand, slik at denne saken ikke reiser noen støtterettslige spørsmål. Dersom man ønsker høyere grad av rettslig sikkerhet omkring dette, bør ESA kontaktes.
- Enkelte av kommunene vil trolig måtte ta opp lån for å finansiere kjøpet av journaltjenesten. Etter den nye kommuneloven § 14-16 kan kommunene blant annet ta opp lån til investeringer i «varige driftsmidler». Basert på våre undersøkelser, vil rettigheter til programvare trolig anses som varige driftsmidler. Et endelig svar vil vi imidlertid først kunne gi når det foreligger revidert kommunal regnskapsstandard.

3 ANSKAFFESRETTLIGE PROBLEMSTILLINGER – UTGANGSPUNKTER

Etter vårt syn er det to sentrale anskaffelsesrettslige problemstillinger ved organiseringen, uavhengig av hvilken modell som velges. For det første vil tjenesteleverandøren levere journaltjenester til både kommunene og private helsetjenestetilbydere med avtale. Private helsetjenestetilbydere er ikke pliktsubjekter etter anskaffelsesregelverket, og det vil derfor være uproblematisk for disse å kjøpe tjenester fra tjenesteleverandøren. Kommunene, derimot, er i utgangspunktet forpliktet til å kunngjøre et tjenesteinnkjøp før de kan inngå avtale og gjennomføre en konkurranse. Den første problemstillingen er derfor hvilket grunnlag kommunene kan benytte for å motta tjenester direkte fra tjenesteleverandøren uten først å måtte kunngjøre en alminnelig konkurranse om dette.

For det andre vil tjenesteleverandøren selv være underlagt anskaffelsesregelverket. Dette gjelder NHN selv i modell 1 og 3a. I modell 2 og 3b og 3c vil et nyopprettet selskap utgjøre et offentligrettslig organ etter anskaffelsesforskriften § 1-2(2). Alle anskaffelser selskapet gjennomfører må som et utgangspunkt gjennomføres i tråd med anskaffelsesregelverket. Selve kjøpet av journaløsningen vil gjennomføres etter en alminnelig konkurranse etter anskaffelsesforskriften, og derfor være anskaffelsesrettslig uproblematisk. Etter det vi har fått opplyst er det imidlertid mulig at det nyopprettede selskapet i modell 2 og 3b og 3c vil motta tjenester fra NHN (forutsatt at det ikke er NHN selv som er ansvarlig for å tilby journaløsningen, jf. modell 3a ovenfor). Den andre problemstillingen er således om et slikt selskap kan motta tjenester direkte fra NHN, uten konkurranse, og eventuelt på hvilket grunnlag.

4 ANVENDELIGE RETTSLIGE GRUNNLAG FOR AJS KJØP OG SALG AV TJENESTER

4.1 Innledning

En rekke ulike grunnlag kan tenkes å være anvendelige for leveransen av tjenesteleverandørens tjenester. Vi har i andre notater behandlet ulike grunnlag for NHNs levering av ulike løsninger og tjenester til ulike helseaktører.³ De aktuelle grunnlagene er:

- (i) finansiering av tjenesteleverandørens/NHNs tjenester over statsbudsjettet (ikke tjenestekjøp);
- (ii) tjenesteleveransen leveres ikke under en kontrakt i anskaffelsesregelverkets forstand;
- (iii) utvidet egenregi;
- (iv) offentlig-offentlig samarbeid; og
- (v) enerett (i ulike varianter – herunder eneleverandørinntaket/pålegg om bruk)

De ulike grunnlagene vil også kunne være aktuelle for tjenesteleverandørens leveranse av journaltjenester. I dette notatet vil vi i første rekke fokusere på spørsmålet om tjenesteleveransen i det hele tatt utgjør en anskaffelse (punkt 4.2) og på utvidet egenregi (punkt 4.3), som fremstår som det mest relevante unntaket dersom anskaffelsesregelverket gjelder. Der det er relevant vil vi imidlertid kort kommentere andre anvendelige unntak.

4.2 Utgjør leveranse av journalløsning i det hele tatt en anskaffelse?

4.2.1 Er det en tjenesteytelse?

I vårt notat av 2. mai 2019 vurderte vi om samfinansiering av en rekke ulike e-helseløsninger som leveres av NHN til staten og kommunene falt inn under anskaffelsesregelverket. Ett av spørsmålene i notatet var om de ulike løsningene som ble vurdert i det hele tatt utgjorde tjenester. Dersom det ikke er tale om levering av tjenester, vil anskaffelsesregelverket ikke komme til anvendelse. Disse vurderingene vil i stor grad være de samme, uavhengig av hvilken modell som velges.

Flere av løsningene som ble vurdert i notatet hadde karakter av å være løsninger hvor ulike helseaktører var forpliktet til å legge inn opplysninger i ulike løsninger, uten at det nødvendigvis var tale om at helseaktørene fikk levert en tjeneste.

Det er derimot liten tvil om at journalløsningen vil være å anse som en tjeneste. Det eksisterer i dag et marked for levering av EPJ-produkter, og det er tale om en løsning som benyttes direkte i pasientbehandlingen. Etter vårt syn er det derfor nærliggende å anse at tjenesteleverandøren vil levere en tjeneste.

4.2.2 Foreligger det en anskaffelse? Betydningen av finansiering og andre forhold ved tjenesteytelsen

Forutsetningen for at anskaffelsesregelverket i det hele tatt skal komme til anvendelse, er at det er tale om «kontrakter». Anskaffelsesforskriften § 4-1 bokstav a definerer kontrakt som: «*gjensidig bebyrdende avtale som en eller flere oppdragsgivere inngår skriftlig med en eller flere leverandører*». I en tjenesteavtale som er «gjensidig bebyrdende», skal både den offentlige oppdragsgiveren og leverandøren ha forpliktelser etter avtalen. I tillegg skal disse forpliktelsene være avhengige av hverandre. Utgangspunktet er at leverandøren skal levere en tjeneste som oppdragsgiver er forpliktet til å yte et vederlag for. Forpliktelsene kan imidlertid være avhengige av hverandre selv om (også) andre enn oppdragsgiver betaler for tjenesten, og selv om det er andre enn oppdragsgiver som er direkte mottaker av tjenesten.

³ Se blant annet våre notater «Konsepter EIEJ – anskaffelses- og støtterettslige spørsmål» av 5. juli 2018, «Etablering av nasjonal tjenesteleverandør – anskaffelses- og statsstøtterettslige spørsmål» av 31. august 2018 og «Samfinansiering av e-helseløsninger – anskaffelses- og statsstøtterettslige vurderinger» av 2. mai 2019.

I vårt notat av 2. mai 2019 vurderte vi om det i det hele tatt inngås gjensidig bebyrdende kontrakter i anskaffelsesrettslig forstand når NHN leverer løsningene til brukerne, og brukerne samtidig skal finansiere løsningene.

Vår vurdering var at det var forsvarlig å legge til grunn at det ikke ble inngått gjensidig bebyrdende kontrakter. Vurderingen baserte seg blant annet på Kommisjonens "*Guide to the application of the European Union rules on state aid, public procurement and the internal market to services of general economic interest, and in particular to social services of general interest*", og praksis fra EU-domstolen, og da særlig C-295/05 *Asemfo/Tragsa* og sak C-220/06 *Correos*.

En rekke av momentane som gjorde seg gjeldende i det nevnte notatet vil kunne tenkes å være tilstede også for leveransen av journaløsningen. Dette bør avklares nærmere når den endelige strukturen, betalingsstrømmer mv. er fastsatt. Allerede nå kan imidlertid følgende momenter tilsi at det ikke vil inngås gjensidig bebyrdende kontrakter.

- Tjenesteleveransen er en sentralisert prosess hvor helsemyndighetene og aktørene i helsesektoren sammen blir enige om veivalg for e-helseløsningene, og ikke utslag av at brukerne har gått ut i markedet basert på et definert behov – dette er allerede avklart i den forutgående anskaffelsesprosessen. Anskaffelsesreglene skal primært styre det offentliges innkjøp i markedet, og ikke den interne organiseringen av offentlig tjenesteproduksjon.
- Brukerne av tjenestene bestemmer ikke i detalj hvordan tjenesten skal leveres – dette blir avklart i den forutgående anskaffelsen

Samtidig er det også en rekke til nå uavklarte forhold som kan tenkes å påvirke vurderingen av om det vil foreligge gjensidig bebyrdende kontrakter, herunder:

- Innretningen på finansieringen og i hvilken grad det er avhengighet mellom denne og tjenesteleveransen
- Utformingen av avtaledokumentene (eller andre lignende dokumenter) mellom tjenesteleverandøren og brukerne
- Eksistensen og utformingen av eventuelle pålegg om bruk og/eller leveranseplikt for leverandøren, hvilket vil være et moment for at det ikke foreligger anskaffelser
- Hvem som fastsetter vederlaget som skal betales, der det vil trekke i retning av at det ikke inngås en anskaffelse dersom vederlaget fastsettes av andre enn tjenesteleverandøren selv

Disse momentene bør derfor tas i betraktning når avtalestruktur, pengestrømmer mv. skal fastsettes. Dersom det er mulig å argumentere for at det ikke inngås gjensidig bebyrdende kontrakter, vil dette i seg selv innebære at tjenesteleverandørens leveranser til brukerne vil falle utenfor anskaffelsesregelverket. Den videre drøftelsen forutsetter derfor at det er tale om en tjenesteleveranse som faller inn under anskaffelsesregelverket, og at man må hjemle en slik leveranse i en av unntaksreglene i anskaffelsesregelverket.

4.3 Utvidet egenregi – overordnet om vilkårene

4.3.1 Innledning

Som skissert innledningsvis er det utvidet egenregi som fremstår som det mest aktuelle unntaket for leveransen av journaløsningen. Tre vilkår må være oppfylt for at kontrakter kan inngås innenfor utvidet egenregi, jf. anskaffelsesforskriften § 3-1(1):

- Oppdragsgiveren må utøve en kontroll over leverandøren tilsvarende den kontrollen oppdragsgiveren utøver over sin egen virksomhet (kontrollkriteriet);

- Mer enn 80 % av leverandørens virksomhet må utføres for oppdragsgiveren eller virksomheter som oppdragsgiveren kontrollerer (aktivitetsvilkåret); og
- Det må ikke være private eierandeler hos leverandøren.

Reglene om utvidet egenregi bygger på hensynet om at anskaffelsesreglene ikke skal påvirke hvordan det offentlige organiserer sin virksomhet, og er en forlengelse av læren om såkalt egentlig egenregi. Tilfeller hvor oppdragsgiver og leverandør er en del av samme rettssubjekt omtales gjerne som egentlig egenregi. Der hvor det offentlige innad i samme organisasjon utveksler varer og tjenesteytelser, inngås det ingen kontrakt i anskaffelsesrettslig forstand mellom en oppdragsgiver og leverandør. Reglene om utvidet egenregi regulerer således tilfellene hvor de to rettssubjektene er så tett knyttet til hverandre at tilknytningen og arbeidsfordelingen har fellestrekk med en intern arbeidsfordeling. EU-domstolen og senere lovgiver har da veket tilbake fra å gi anskaffelsesreglene anvendelse, fordi det ville ha vært et inngrep i medlemsstatenes rett til selv å bestemme organiseringen av offentlig sektor. Det bærende hensynet bak EU-domstolens resonnement synes således å være at den interne organiseringen av medlemsstatenes offentlige sektor ikke skal tillegges betydning for anskaffelsesreglenes virkeområde. Anskaffelsesreglene skal ikke hindre en rasjonell organisering, såfremt organiseringen er reell og ikke et forsøk på å omgå regelverket.

4.3.2 Kontrollvilkåret

Kontrollvilkåret innebærer at oppdragsgiveren må ha en kontroll over leverandøren som tilsvarer kontrollen over enheter i egen organisasjon. Flere oppdragsgivere kan sammen utøve felles kontroll over en leverandør slik at kontrollvilkåret er oppfylt. Flere oppdragsgivere vil sammen utøve felles kontroll når følgende vilkår er oppfylt, jf. anskaffelsesforskriften § 3-2:

- Leverandørens styrende organer er sammensatt av representanter fra alle oppdragsgiverne. En representant kan representere flere av eller alle oppdragsgiverne;
- Oppdragsgiverne utøver i fellesskap bestemmende innflytelse over både strategiske mål og viktige beslutninger hos leverandøren; og
- Leverandøren forfølger ikke interesser som er i strid med oppdragsgivernes interesser.

4.3.3 Aktivitetsvilkåret

Det følger av anskaffelsesforskriften § 3-1(1) bokstav b at aktivitetsvilkåret er oppfylt når oppdragsgiveren inngår kontrakter med et annet rettssubjekt «*som utfører mer enn 80 prosent av sin aktivitet for oppdragsgiveren eller andre rettssubjekter som oppdragsgiveren kontrollerer*».

Formålet bak vilkåret er først og fremst at den beskyttede posisjon leverandøren oppnår ved å motta kontrakter direkte fra oppdragsgiver uten forutgående konkurranse, ikke skal få for store utilsiktede spillover-effekter i de konkurranseutsatte markedene leverandøren eventuelt er aktiv på. Tanken er at leverandøren får en fordel ved å få tildelt kontrakter direkte uten konkurranse. Denne fordelingen skal dermed ikke benyttes til å utkonkurrere andre aktører i markedet som ikke har en slik fordel. Aktivitetsvilkåret søker å minimere egenregi-leverandørens aktivitet på slike konkurranseutsatte markeder.

4.3.4 Fravær av private eierandeler

Det tredje vilkåret som må være oppfylt for at det skal foreligge utvidet egenregi etter anskaffelsesforskriften § 3-3, er at det ikke må være noen private eierandeler hos leverandøren. Dette innebærer at private aktører ikke kan eie tjenesteleverandøren. Dette vilkåret skaper ingen utfordringer i denne saken, og behandles derfor ikke nærmere.

4.3.5 Særlig om omvendt utvidet egenregi

Anskaffelsesregelverket åpner også for såkalt omvendt utvidet egenregi. Det følger av anskaffelsesforskriften § 3-1(1) at når vilkårene for utvidet egenregi er oppfylt, gjelder anskaffelsesloven eller -forskriften heller ikke «når det kontrollerte rettssubjektet [datterselskapet] inngår kontrakter med a) det kontrollerende rettssubjektet [morselskapet] eller b) andre rettssubjekter [søsterselskaper] som det kontrollerende rettssubjektet [morselskapet] kontrollerer».

Dette innebærer således at i visse tilfeller kan datterselskap kjøpe tjenester av morselskap forutsatt at vilkårene for dette er oppfylt.

4.4 Anvendeligheten av utvidet egenregi på de ulike modellene

4.4.1 Innledning

De ulike modellene reiser hver for seg ulike spørsmål knyttet til utvidet egenregi. Modell 2 og 3 reiser imidlertid en del sammenfallende problemstillinger. Disse vil derfor bli behandlet samlet i det følgende.

4.4.2 Kan statsforetak eie aksjer?

For modell 3bs vedkommende har Direktoratet stilt spørsmål ved om et statsforetak kan eie aksjer i andre selskap, det vil si om NHN kan eie aksjer i AJ. Statsforetaksloven inneholder ingen begrensninger på dette. Det er ikke uvanlig at statsforetak eier aksjer. Eksempelvis er SIVA Eiendom Holding AS eid 100 % av SIVA SF. Vi kan derfor ikke se at det er noen rettslige hindre for at NHN eier aksjer i AJ slik det er tenkt i modell 3b.

4.4.3 Særlig om modell 1

Som nevnt i punkt 4.2.1 ovenfor, er det et krav at oppdragsgiveren utøver en kontroll over leverandøren tilsvarende den kontrolleren oppdragsgiveren har over sin egen virksomhet. Forutsetningen for at kommunene skal kunne foreta innkjøp fra tjenesteleverandøren er derfor at kommunene utøver en kontroll over tjenesteleverandøren lik den kontrollen kommunene har over sin egen virksomhet. I modell 1 vil ikke kommunene være inne på eiersiden, men NHN vil yte tjenestene direkte. Kontrollvilkåret vil derfor ikke være oppfylt for kommunenes vedkommende. Utvidet egenregi er derfor uegnet som grunnlag for kommunenes kjøp av tjenester dersom modell 1 velges, og vil derfor ikke behandles videre i det følgende.

Det kan imidlertid tenkes at andre unntak fra anskaffelsesreglene kan være anvendelig, enten grunnlag basert på enerettsbetraktninger, eller at det ikke inngås gjensidig bebyrdende kontrakter mellom kommunene og tjenesteleverandøren jf. over. Dette må i så fall vurderes nærmere når pengestrømmer, avtalestruktur og andre forhold er nærmere klarlagt, men vil så langt vi kan se ut ifra dagens forutsetninger gi et mindre robust unntak fra anskaffelsesreglene enn en utvidet egenregimodell.

4.5 Særlige spørsmål knyttet til modell 2 og 3

4.5.1 Innledning

I modell 2 vil kommunene eie tjenesteleverandøren alene, mens modell 3 innebærer at kommunene og NHN/HOD eier tjenesteleverandøren (AJ) sammen (alternativ b og c), eventuelt at kommunene kommer inn på eiersiden i NHN (alternativ 3a). I begge hovedmodellene (2 og 3) vil kontrollvilkåret som et utgangspunkt være oppfylt. Det er imidlertid enkelte forhold ved kontrollvilkåret som kan diskuteres for både modell 2 og 3. For begge modeller vil det også kunne være utfordringer ved oppfyllelsen av aktivitetsvilkåret, som følge av at tjenesteleverandøren også skal levere tjenester til private helsetjenestetilbydere med avtale.

4.5.2 Oppfyllelsen av kontrollvilkåret

Det sentrale spørsmålet er hvordan det kan sikres at kontrollvilkåret er oppfylt dersom samtlige kommuner (med unntak av kommunene i Midt-Norge) er eiere av tjenesteleverandøren. I modell 2 vil kommunene være eier alene. I modell 3b og 3c vil kommunene være inne på eiersiden i tillegg til NHN/HOD. I modell 3a vil NHN være deleid mellom staten og kommunene. Etter forskriftens ordlyd er det ikke noen formelle hindre for noen av disse løsningene – forskriften legger opp til at flere oppdragsgivere sammen kan eie leverandører.

Det er imidlertid enkelte uavklarte spørsmål knyttet til en slik ordning som vil gjøre seg gjeldende for alle de ulike undermodellene under modell 3. Det vil være svært mange eiere, hvilket kan medføre at mindre kommuner vil ha lavere representasjon enn større kommuner. I modell 3 vil kommunene hver for seg antagelig ha vesentlig lavere eierandel sammenlignet med NHN/HOD.⁴ Etter det vi er kjent med, finnes det ingen praksis som eksplisitt tar stilling til om et så stort antall oppdragsgivere kan kontrollere en leverandør sammen. Etter vårt syn kan imidlertid unntaket for egenregi fremdeles benyttes selv om svært mange kommuner, eventuelt sammen med NHN/HOD, eier tjenesteleverandøren.

Praksis har lagt til grunn at selv svært små eierandeler er tilstrekkelig til å oppfylle kontrollvilkåret.⁵ Videre har EU-domstolen i både *Coditel Brabant* og *Sea* bekreftet at hver enkelt oppdragsgiver ikke må utøve selvstendig kontroll, men at kontrollen kan utøves i fellesskap.⁶ I begge avgjørelsene ble det lagt til grunn at det er uten betydning at vedtakene treffes av et flertall.⁷ I juridisk teori er det derfor lagt til grunn at det ikke kan settes en øvre grense for antall oppdragsgivere som kan være eiere.⁸

Det er likevel reist spørsmål ved om det er rom for felles eierskap der hvor én eier har en vesentlig sterkere eierposisjon enn øvrige eiere. Denne problemstillingen vil kunne oppstå i samtlige varianter av modell 3 hvor NHN antagelig vil ha en vesentlig sterkere eierposisjon sammenlignet med den enkelte kommune. I utgangspunktet kan det synes utfordrende å skulle legge til grunn at samtlige aktører har en påvirkningsmulighet når én eier har en dominerende posisjon. I Tragsa hadde fire eierkommuner til sammen en eierpost på 1 %, mens staten på sin side eide 99 %. Som nevnt fant EU-domstolen at dette var tilstrekkelig til å oppfylle kontrollkriteriet. I en slik situasjon er det neppe tvilsomt at staten vil ha en klart sterkere eierposisjon. Av denne grunn kan det synes som om utvidet egenregi kan anvendes også i tilfeller hvor en oppdragsgiver har en vesentlig sterkere eierposisjon enn øvrige eiere. Samtidig er Tragsa-avgjørelsen relativt konkret begrunnet, slik at det muligens er grunn til å utvise en viss forsiktighet i anvendelsen av denne.

Klageorganet for offentlige anskaffelser (KOFA) har også lagt til grunn at små eierandeler er tilstrekkelig. Sak 2015/47 gjaldt flere kommuners kjøp av tjenester fra et felleseid aksjeselskap. Én av eierkommunene – Gjesdal – eide kun 1 % av aksjene. Spørsmålet for KOFA var om kontrollkriteriet var oppfylt for Gjesdals del. Om dette uttalte KOFA i premiss 21-22:

«For Gjesdal kommune er vurderingen noe vanskeligere ettersom kommunen bare eier om lag en prosent av Lyse AS. Klagenemnda bemerker imidlertid at vår sak på vesentlige punkter skiller seg fra saksforholdet i sak C-182/11 Econord. De to italienske kommunene som var saksøkt i Econord-saken eide hver bare én av i alt 173 785 aksjer i oppdragstaker (om lag 0,00057 prosent) og over 99,8 prosent av aksjene var kontrollert av en og samme kommune. Det er på denne bakgrunn man

⁴ Det kan tenkes at kommunene sammen eier et IKS eller AS som igjen eier aksjene i AJ. Dette endrer imidlertid ikke at kommunene hver for seg vil ha vesentlig lavere eierandeler sammenlignet med NHN.

⁵ C-295/0 Asemfo Tragsa.

⁶ C-324/07 og C-537/07.

⁷ Wiggen, *Anskaffelsesdirektivet og samarbeid i offentlig sektor* s. 105.

⁸ Wiggen, *Anskaffelsesdirektivet og samarbeid i offentlig sektor* s. 105 og *Nye anskaffelsesdirektiver og unntaket for offentlig-offentlig samarbeid* utarbeidet av advokatfirmaet Hjort s. 44.

må forstå EU-domstolens uttalelse om at «kontrollen med enheden dog ikke blot [kan] bestå i den kontrolbeføjelse, der tilkommer den offentlige myndighed, som har aktiemajoriteten i den berørte enhed, uden risiko for, at begrebet fælles kontrol mister sin betydning» (premiss 30). Til tross for de to kommunenes helt marginale eierandeler, overlot EU-domstolen det til den foreleggende italienske domstolen å vurdere om de likevel hadde mulighet til å ta del i kontrollen med oppdragstaker (premiss 32). Bakgrunnen var en aksjonæravtale som gav dem rett til å bli hørt, utnevne en representant til selskapets tilsynsråd og, sammen med 34 andre deltakende kommuner med tilsvarende små eierandeler, utnevne ett medlem til oppdragsgivers styre.

Etter klagenemndas oppfatning viser dette at kravene til den enkelte kommunes deltakelse i den felles kontrollen med oppdragsgiver, er beskjedne. I vår sak er det intet i sakens dokumenter som gir grunn til å konkludere med at ikke også Gjesdal kommune har mulighet til å ta del i den kontroll som Lyse AS fører med Lyse Elnett AS.»

Det fremgår ikke av avgjørelsen om det var foretatt noen spesielle grep i aksjonæravtalen eller lignende for å sikre Gjesdal kommunes kontroll. Praksis synes derfor å stille relativt beskjedne krav til kontrollen som må utøves i felleseide selskap.

På bakgrunn av dette, er det etter vårt syn mulig å organisere tjenesteleverandøren som et selskap eid av både stat/NHN og kommunene i fellesskap (modell 3b og 3c), eller at kommunene kommer inn på eiersiden i NHN (modell 3a) eller også eventuelt kommunene alene (modell 2). Samtlige varianter vil antakelig være robuste anskaffelsesrettslig hva gjelder kontrollvilkåret.

Det er videre antatt at det må være en viss realitet i samarbeidet mellom partene.⁹ Antakeligvis er det et krav at hver enkelt oppdragsgiver må kunne utøve en minste innflytelse over tjenesteleverandørens virksomhet. Dersom oppdragsgivernes tilknytning til tjenesteleverandøren kun er en formalitet for å falle inn under utvidet egenregi, er vilkåret om felles kontroll neppe oppfylt. Etter vårt syn vil det være en realitet i samarbeidet mellom partene både under modell 2 og modell 3. Organiseringen er basert på en hensiktsmessig levering av journaltjenester.

I tillegg kan det i modell 3b og 3c reises spørsmål ved om NHNs/HODs deleierskap er problematisk for kontrollvilkåret, fordi NHN/HOD ikke selv er oppdragsgiver for journaltjenestene – og dermed kan anses som en «ekstern», om enn statlig, eier. Vi kan ikke se at dette er behandlet særskilt i rettspraksis, men mener det bør være uproblematisk så lenge ikke NHN/HOD er den dominerende eieren av AJ. Kommunene på sin side, bør i hvert fall i fellesskap kunne utøve den avgjørende kontrollen over selskapet, hvilket muligens tilsier at kommunene bør eie minst 50 % av AJ (eller eventuelt NHN i modell 3a), jf. også avslutningsvis om forholdet til kommuneloven.

4.5.3 Oppfyllelse av aktivitetsvilkåret

Som skissert i punkt 4.2.1, er det aktivitet som utføres «for» oppdragsgiveren som skal telle med i vurderingen av om aktivitetsvilkåret er oppfylt. I utgangspunktet vil vilkåret være oppfylt dersom tjenesteleverandøren har mer enn 80 % av sin omsetning for oppdragsgiverne. For modell 3a vil dette innebære at *NHN* må ha det vesentligste av sin omsetning for staten og kommunene, mens det for modell 3b og 3c innebærer at *tjenesteleverandøren* må ha det vesentligste av sin omsetning for NHN/staten og kommunene. For modell 2 vil aktivitetsvilkåret innebære at tjenestetilbyderen har det vesentlige av sin omsetning for kommunene. Vurderingene i det følgende er likevel i stor grad sammenfallende for de ulike modellene.

Deler av tjenesteleverandørens omsetning vil for alle modeller kunne tenkes å være rettet mot private helsetjenestetilbydere med avtale. Det endelige kostnadsbildet og kostnadsfordelingen, herunder om de private helsetjenestetilbyderne skal betale direkte for løsningen selv, eller om finansieringen skal dekkes av kommunene med justering av finansieringsordningen for private helsetjenestetilbydere med avtale, er ikke

⁹ Se EU-domstolens avgjørelse i de forente saker C-182/11 og C-183/11 *Econord SpA* premiss 30-32.

avklart. Dersom private helsetjenestetilbydere med avtale skal betale noe for tjenesteleveransen direkte, blir det et spørsmål om hvordan aktivitetsvilkåret skal beregnes.

Dersom omsetningen rettet mot private tjenestetilbydere med avtale er under 20 %, vil aktivitetsvilkåret uansett være oppfylt. Selv om omsetningen likevel skulle være mer enn 20 %, er det etter vårt syn forsvarlig å legge til grunn at omsetningen fra private helsetjenestetilbydere med avtale kan anses for å være «for» NHN/staten og kommunene.

Den norske implementeringen av aktivitetsvilkåret på dette punktet er etter vårt syn ikke helt presis. Aktivitetsvilkåret er formulert slik i artikkel 12 nr. 1 (b) i direktivet:

«more than 80 % of the activities of the controlled legal person are carried out in the performance of tasks entrusted to it by the controlling contracting authority or by other legal persons controlled by that contracting authority;» (vår understreking)

I dansk språkversjon lyder bestemmelsen slik:

«mere end 80 % af aktiviteterne i den juridiske person udføres i forbindelse med gennemførelsen af opgaver, den har fået betroet af de kontrollerende ordregivende myndigheder» (vår understreking)

Det avgjørende for vurderingen av aktivitetsvilkåret synes således å være om oppgaven er *betrodd* av en kontrollerende oppdragsgiver, og ikke nødvendigvis hvem omsetningen er «for». ¹⁰ Som et utgangspunkt har det heller ikke betydning hvem som i siste instans er brukeren av tjenesten. Dersom en oppgave er *betrodd* av en oppdragsgiver, i dette tilfellet staten (som igjen eier NHN) og kommunene, vil slik aktivitet i utgangspunktet anses for å være for oppdragsgiveren, uavhengig av hvem som i siste instans er brukeren av tjenesten.

På bakgrunn av direktivets ordlyd la man i NHN-rapporten fra 2015¹¹ til grunn at aktivitet som ble utført for andre aktører innen helsesektoren også kunne regnes for å være aktivitet for staten, med følgende begrunnelse:

«Dette fordi NHNs aktivitet opp mot samtlige aktører i helsesektoren kan sies å være utledet av det oppdrag som er tildelt NHN gjennom statens styring av foretaket. Også denne aktiviteten må derfor anses som utført «i forbindelse med gjennomførelsen af opgaver, [NHN] har fået betroet af [staten]», for å benytte ordlyden i det nye anskaffelsesdirektivet.

Formålet bak aktivitetsvilkåret, nemlig å hindre utilsiktede konkurransevridende effekter på markedet, står etter vårt syn heller ikke i veien for et slikt standpunkt, i den utstrekning NHNs virksomhet for alle praktiske formål utelukkende er rettet mot helsesektoren. Når det er sagt, må vi understreke at vurderingene av denne problemstillingen er beheftet med noe usikkerhet, og først og fremst fordi EU-domstolen så vidt oss bekjent ikke har vurdert et helt lignende tilfelle».

Etter at rapporten ble skrevet, har nyere praksis fra EU-domstolen medført at det hefter noe mer tvil ved denne forståelsen. Sak C-553/15 gjaldt den italienske kommunen Sulmona som tildelte en kontrakt om håndtering av avfall til selskapet Cogesa, som var eid av en rekke kommuner i regionen Abruzzo. Denne regionen – Abruzzo – påla Cogesa å håndtere avfall for kommuner som ikke hadde eierinteresser i Cogesa.

¹⁰ I samme retning trekker EU-domstolens avgjørelse i C-340/04 *Carbotermo*, hvor det i premiss 65 fremgår at: (...) «the decisive turnover is that which the undertaking in question achieves pursuant to decisions to award contracts taken by the supervisory authority, including the turnover achieved with users in the implementation of such decisions.»

¹¹ «Rettslig vurdering av Norsk Helsenett SF og fremtidig modell for offentlig tilbud av nødvendige IKT-tjenester – med særlig fokus på EØS-avtalens regler om statsstøtte og offentlige anskaffelser» av 17. desember 2015.

Det var med andre ord en ikke-kontrollerende enhet (regionen) som påla Cogesa å utføre oppgaver for kommuner som heller ikke kontrollerte Cogesa.

Spørsmålet i saken var om aktiviteten som var utført for kommunene som ikke eide Cogesa, skulle regnes med i vurderingen av om aktivitetsvilkåret var oppfylt. EU-domstolen uttalte følgende om spørsmålet:

«[I]n order to determine whether the contractor carries out the essential part of its activity for the contracting authority, including local authorities which are its controlling shareholders, an activity imposed on that contractor by a non-shareholder public authority for the benefit of local authorities which are also not shareholders of that contractor and do not exercise any control over it must not be taken into account, since that activity must be regarded as being carried out for third parties.»

Isolert sett kan uttalelsen tas til inntekt for at det kun er aktivitet som er rettet mot eierne som kan tas i betraktning. Enkelte andre uttalelser i dommen kan også trekke i samme retning. Ved nærmere gjennomlesning av dommen er dette imidlertid ikke gitt. I saken var faktum i korte trekk at en ikke-kontrollerende virksomhet hadde pålagt Cogesa å utføre arbeid for ikke-kontrollerende virksomheter. Flere uttalelser i dommen indikerer også at det vektlegges at Cogesa var pålagt å utføre disse oppgavene av en myndighet som *ikke* kontrollerte tjenesteleverandøren.

Dette er en noe annen situasjon enn i denne saken, hvor en kontrollerende virksomhet pålegger tjenesteleverandøren å utføre oppgaver overfor ikke-kontrollerende virksomheter (private helsetjenestetilbydere med avtale), men som de kontrollerende virksomhetene (staten/NHN og kommunene) har en sterk interesse i at skal bli utført. Andre uttalelser i dommen kan også tas til inntekt for at dommen ikke er til hinder for at omsetning for private helsetjenestetilbydere med avtale og andre regnes for å være utført for den kontrollerende virksomheten.

Det er videre ikke avgjørende for beregning av aktivitetsvilkåret hvem som er direkte mottaker av tjenestene. Dette er lagt til grunn i fortalet til anskaffelsesdirektivet (direktiv 2014/24/EU) avsnitt 32:

«Public contracts awarded to controlled legal persons should not be subject to the application of the procedures provided for by this Directive if the contracting authority exercises a control over the legal person concerned which is similar to that which it exercises over its own departments, provided that the controlled legal person carries out more than 80 % of its activities in the performance of tasks entrusted to it by the controlling contracting authority or by other legal persons controlled by that contracting authority, regardless of the beneficiary of the contract performance» (vår understrekning)

Selv om det er andre aktører enn staten/NHN og kommunene som *mottar* tjenestene, kan utførelsen av disse tjenestene fortsatt anses å være *betrodd* av førstnevnte gruppe oppdragsgiverne. Basert på dette, er det et spørsmål om aktivitet som utføres for private helsetjenestetilbydere med avtale og andre kan regnes for å være *betrodd* av NHN og/eller kommunene, og således ikke skal regnes som «ekstern» aktivitet ved vurderingen av om aktivitetsvilkåret er oppfylt.

Praksis har i liten grad utpenslet hva som skal til for at en oppgave er *betrodd* av oppdragsgiverne. Etter vårt syn må det foretas en helhetsvurdering basert på en rekke momenter som vil ha betydning.

For det første vil det trolig ha betydning i hvilken grad private helsetjenestetilbydere med avtale er pålagt å benytte seg av løsningene. Dersom de private helsetjenestetilbyderne er pålagt å benytte løsningen, vil dette muligens trekke i retning av at omsetningen kan tilordnes de offentlige eierne.

For det andre vil trolig finansieringen også ha betydning. Dersom de private helsetjenestetilbyderne får overført øremerkede midler fra statsbudsjettet som dekker betalingen for tjenestene, og/eller dersom de private helsetjenestetilbydere med avtale ikke har noe annet valg enn å dekke brukerbetalingen fordi det er plikt til å motta tjenesten, vil dette tale for at aktiviteten er *betrodd* av oppdragsgiverne.

Hvorvidt aktiviteten skal regnes å være «for oppdragsgiverne», er etter vår mening neppe avhengig av om ett eller flere av momentene ovenfor er oppfylt. Antakeligvis vil det kunne argumenteres godt for at eventuell omsetning for de private helsetjenestetilbyderne kan anses å være betrodd av oppdragsgiverne allerede på bakgrunn av den rollen de private helsetjenestetilbyderne har som den kommunale helsetjenestens «forlengede arm». Men dersom ett eller flere av momentene ovenfor er tilstede, vil dette etter vårt syn kunne styrke konklusjonen.

Basert på dette, vil det etter vårt syn være mulig å argumentere godt for at aktivitet for private helsetjenestetilbydere med avtale er å anse som aktivitet «for oppdragsgiverne». Hensynene bak aktivitetsvilkåret taler også for at dette er en forsvarlig forståelse av aktivitetsvilkåret. Hensynet er som nevnt at leverandøren ikke skal få noen fordeler i markedet. Tjenestetilbyderen vil utelukkende tilby tjenestene til det offentlige og helseaktørene, og vil således ikke tilby sine tjenester i andre markeder.

Vi mener derfor at også aktivitetsvilkåret er oppfylt, både for modell 2 og samtlige varianter av modell 3.

4.5.4 Særlig om aktivitetsvilkåret i konsernstruktur

Etter forskriftens ordlyd er det leverandørens – det vil si tjenesteleverandørens – aktivitet for sine kontrollerende oppdragsgivere som er relevant. Når tjenesteleverandøren i modell 3 b er et datterselskap av NHN, kan det reises spørsmål ved om også NHNs samlede virksomhet må vurderes under aktivitetsvilkåret etter en slags konsernstankegang. Problemstillingen vil muligens komme særlig på spissen dersom NHN er dominerende eier i tjenesteleverandøren, men bør også kort vurderes i de (muligens mer sannsynlige tilfellene) hvor NHN ikke er kontrollerende eier. Ettersom NHN leverer en betydelig andel tjenester til andre aktører i helsesektoren utover kommunene, kan det bli spørsmål om denne aktiviteten må anses som ekstern når aktivitetsvilkåret vurderes.

Etter det vi er kjent med foreligger det én sak fra EU-Kommisjonen som gjaldt organiseringen av svenske avfallsselskap, og som kan reise tvil om hvordan aktivitetsvilkåret skal forstås i en konsernstruktur.¹² En rekke svenske kommuner hadde organisert avfallsinnsamling i utvidet egenregi slik at kommunene i fellesskap eide et avfallsselskap som håndterte avfallet for eierkommunene. Det kommuneide selskapet var igjen organisert i et konsern hvor enkelte av konsernselskapene hadde det vesentligste av sin aktivitet for eierkommunene, og kommunene tildelte disse selskapene kontrakter gjennom utvidet egenregi. Andre selskap i konsernet hadde det vesentligste av sin aktivitet i det private markedet. EU-Kommisjonen slo ned på denne organiseringen, og anførte at man i slike tilfeller måtte se på aktiviteten til samtlige selskap i konsernet, og ikke det enkelte selskap.

Vi er ikke kjent med utfallet av saken. EU-Kommisjonens uttalelser kan tas til inntekt for at man i en konsernstruktur ikke kan se på de enkelte selskaps aktivitet. I den aktuelle saken fremstår det imidlertid som om den svenske organiseringen var en ren fiksjon for å tilfredsstille vilkårene om utvidet egenregi. Det vil ikke være tilfellet i nærværende sak, hvor det foretas kjøp av ett enkelt selskap som vil ha det vesentligste av sin aktivitet for sine eiere, og det er ikke andre selskaper i konsernet som leverer tjenester i markedet. At NHN også leverer tjenester til andre (i hovedsak offentlige) aktører i helsesektoren, er ikke et utslag av omgåelse, slik tilfellet var i den svenske avfallssaken. Det er dessuten en annen forskjell i tilfellene, hvor den eventuelt «eksterne» omsetningen i vår sak er å finne i det ene morselskapet og ikke i underliggende datterselskap. I hvert fall i et tilfelle hvor NHN kun har en minoritetspost i tjenesteleverandøren er vi av den oppfatning at kommisjonens konsernargumentasjon er mindre relevant.

4.5.5 Sammenfatning

Som det fremkommer ovenfor, vil vilkårene for utvidet egenregi være oppfylt for tjenesteleverandørens leveranse av tjenester til kommunale helsevirksomheter, både under modell 2 og 3. Selv om det er enkelte

¹² EU-Kommisjonens sak C(2015) 1119.

forhold som kan diskuteres ved både kontroll- og aktivitetsvilkåret, mener vi alt i alt at det er forsvarlig å benytte utvidet egenregi som grunnlag for unntak fra anskaffelsesreglene.

4.6 Offentlig-offentlig samarbeid

Et annet alternativ som kan være aktuelt for tjenesteleverandørens leveranser, er såkalt offentlig-offentlig samarbeid. Etter anskaffelsesforskriften § 3-3 er det tre vilkår som må være oppfylt for at et offentlig-offentlig samarbeid skal foreligge:

- Samarbeidet har til formål å sikre at offentlige oppgaver blir utført for å oppnå et felles mål;
- Samarbeidet blir utført utelukkende av hensyn til offentlige interesser; og
- Mindre enn 20 % av aktiviteten som samarbeidet omfatter, blir utført for andre enn oppdragsgiverne.

Dersom samtlige vilkår er oppfylt, vil samarbeidet falle utenfor anskaffelsesregelverkets virkeområde.

Det første vilkåret som må være oppfylt er at samarbeidet må gjelde *offentlige oppgaver*. Formålet med et eventuelt samarbeid vil være å sikre bedre behandlingskvalitet i primærhelsetjenesten gjennom etablering av en bedre journalløsning. Dette vil etter vårt syn klart være å anse som en offentlig oppgave.

Dette vilkåret har imidlertid også blitt tolket slik at det må foreligge et *genuint samarbeid* mellom partene. Det må således foretas en avgrensning mot rene tjenestekjøp. Dersom samarbeidet i større utstrekning har karakter av utveksling av tjenester mellom de samarbeidene parter, eventuelt tjenestekjøp fra én av partene, vil vilkårene etter forskriften neppe være oppfylt. Dersom dette vilkåret skal oppfylles er det avgjørende at hver enkelt kommune bidrar inn i samarbeidet, typisk til videreutvikling av løsningen, utover det en ren tjenestemottaker vil gjøre. Hvorvidt dette er tilfelle, må undersøkes nærmere når flere detaljer omkring modellen/samarbeidet er på plass.

Det andre vilkåret er at samarbeid må utføres *utelukkende av hensyn til offentlige interesser*. I dette vilkåret ligger det blant annet at det er et begrenset rom for finansielle transaksjoner mellom partene. Finansielle transaksjoner må i utgangspunktet være begrenset til kostnadsdekning. Departementet har i sin veileder til anskaffelsesregelverket imidlertid lagt til grunn at det også kan være et visst rom for å ta fortjeneste utover ren kostnadsdekning innenfor et offentlig-offentlig samarbeid. Departementet viser blant annet til at overskudd må kunne investeres i tjenesten som samarbeidet gjelder. Vi vil anta at det vil være mulig å tilpasse organiseringen til dette vilkåret.

Det siste vilkåret om at maksimalt 20 % av aktiviteten som omfattes av samarbeidet, kan bli utført for andre enn oppdragsgiverne, vil neppe heller skape noen utfordringer. Selv om tjenesteleverandøren skulle ha noe omsetning for fastlegene, og denne også skulle overstige 20 %, mener vi at dette vilkåret uansett vil være oppfylt, jf. det vi har sagt over i punkt 4.5.3 om oppfyllelsen av aktivitetsvilkåret.

5 SÆRLIG OM AJS KJØP AV TJENESTER FRA NHN

5.1 Innledning

Som skissert ovenfor, vil utvidet egenregi kunne være et robust anskaffelsesrettslig grunnlag for tjenesteleverandørens tjenesteleveranser til kommunene. Etter det vi har forstått er det imidlertid mulig at tjenesteleverandøren vil ha behov for å kjøpe enkelte tjenester fra NHN (med unntak av i modell 1 og 3a, hvor det er NHN som er tjenesteleverandøren). Spørsmålet som drøftes i det følgende er hvilket grunnlag som kan være aktuelt for disse kjøpene.

5.2 Omvendt utvidet egenregi

Omvendt utvidet egenregi innebærer at et datterselskap (tjenesteleverandøren) kjøper tjenester fra morselskapet (NHN). Omvendt utvidet egenregi kan ikke benyttes i modell 2. Dette skyldes at NHN ikke er eier av tjenesteleverandøren. Kontrollvilkåret vil derfor ikke være oppfylt i modell 2. Derimot kunne omvendt utvidet egenregi være et aktuelt unntak i modell 3b og 3c. Ordlyden i § 3-1(3) lyder som nevnt:

«Når vilkårene i første ledd er oppfylt [altså de alminnelige vilkårene for utvidet egenregi], gjelder heller ikke anskaffelsesloven og forskriften når det kontrollerte rettssubjektet inngår kontrakter med

- a) det kontrollerende rettssubjektet, eller*
- b) andre rettssubjekter som det kontrollerende rettssubjektet kontrollerer»*

Bestemmelsen i § 3-2 lyder videre:

«1) Selv om oppdragsgiveren ikke alene oppfyller vilkårene i § 3-1 første ledd, gjelder anskaffelsesloven og forskriften heller ikke når han inngår kontrakter med et annet rettssubjekt

- a) som oppdragsgiveren og andre oppdragsgivere i fellesskap utøver en kontroll over som svarer til den kontroll de utøver over sin egen virksomhet,*
- b) som utfører mer enn 80 prosent av sin aktivitet for de kontrollerende oppdragsgiverne eller andre rettssubjekter som oppdragsgiverne kontrollerer og*
- c) som det ikke er direkte private eierandeler i»*

Bestemmelsen i § 3-2 om felles kontroll viser således utelukkende til § 3-1(1) hvor de alminnelige vilkårene for utvidet egenregi fremkommer, og ikke til § 3-1(3) hvor omvendt utvidet egenregi behandles. Dette kan tyde på at omvendt utvidet egenregi ikke kan benyttes i tilfeller hvor det er flere kontrollerende oppdragsgivere. Advokatfirmaet Hjort har også lagt til grunn at omvendt utvidet egenregi ikke kan benyttes i tilfeller hvor det er flere kontrollerende oppdragsgivere:

«Det er verdt å nevne at artikkel 12 nr 2 viser til artikkel 12 nr. 1, og ikke i tillegg til artikkel 12 nr. 3 om felles kontroll. Siden artikkel 12 nr. 3 om felles kontroll på sin side ikke inneholder noen henvisning til artikkel 12 nr. 1, tyder dette på at unntaket for samarbeid i andre konstallasjoner enn de vertikale ikke komme til anvendelse i tilfeller der flere oppdragsgivere i fellesskap kontrollerer oppdragstakeren som ønsker å tildele henholdsvis en av sine "mødre" eller "søstre" en kontrakt.

At man eventuelt er avskåret fra å anvende unntaket i disse tilfellene kan være utslag av at unntaket i tilfellet vil få en nokså uoversiktlig rekkevidde, og at både hensynene bak kontroll- og aktivitetskriteriet vil bli nokså utvannet. Det kan imidlertid også være utslag av dårlig lovgivningsteknikk. At det ved aktivitetsvurderingen i artikkel 12 nr. 3 b skal ses hen til aktivitet oppdragstaker utfører for sine oppdragsgivere så vel som aktører som er kontrollert av de samme oppdragsgiverne, kan eksempelvis tyde på at man har sett for seg at unntaket kan komme til anvendelse også på samarbeid mellom to enheter underlagt kontroll av flere oppdragsgivere.»

Tilsvarende er også lagt til grunn i annen juridisk litteratur.¹³ Av disse grunnene fremstår det som risikabelt å skulle basere tjenesteleverandørens kjøp på utvidet egenregi, også for modell 3b og 3c.

¹³ Arrowsmith s. 503 og 517

5.3 Omorganisering av NHN og AJ

For å bøte på utfordringene som er skissert i punkt 5.2, har det vært skissert en mulig ny modell for organiseringen av NHN og AJ. I korte trekk innebærer denne at AJ eies av kommunene og HOD. AJ eier så en andel i NHN sammen med HOD og, eventuelt, RHF'enes IKT-selskaper og/eller andre offentlige aktører i helsesektoren.

I dette tilfellet vil NHN kun levere tjenester til sine eiere. Kontrollvilkåret vil være oppfylt, jf. over i punkt 4.5.2 om flere eiere. Riktignok vil det også i dette tilfellet være enkelte utfordringer knyttet til at det er mange eiere, men som over anser vi det som overkommelig.

Vi antar også at aktivitetsvilkåret vil være oppfylt i dette tilfellet. Vår vurdering er at en løsning som skissert i dette punktet trolig vil være sikrere når det gjelder oppfyllelsen av aktivitetsvilkåret, i og med at det vil være lettere for NHN å oppfylle vilkåret når alle brukerne av tjenestene deres også er eiere. I den utstrekning NHN leverer tjenester til fastleger, mener vi uansett at denne aktiviteten kan anses å være «for» oppdragsgiverne, jf. det som er sagt over i punkt 4.5.3.

Vår vurdering er derfor at en eventuell omorganisering i tråd med hva som her er foreslått, vil innebære at NHN vil kunne levere tjenester til alle sine eiere, med de forbehold og potensielle usikkerhetsmomentene som er skissert i punkt 4.5.2 og 4.5.3 ovenfor.

5.4 Øvrige grunnlag for AJs kjøp av tjenester fra NHN

5.4.1 Innledning

Som skissert ovenfor, vil det neppe være mulig å benytte omvendt utvidet egenregi som grunnlag for tjenesteleverandørens kjøp i modell 3b og 3c. Det kan imidlertid tenkes at andre grunnlag kan benyttes. Hvilket grunnlag som benyttes, vil avhenge av de nærmere omstendighetene.

5.4.2 Ingen gjensidig bebyrdende kontrakt

Som skissert i punkt 4.2.2, kommer anskaffelsesregelverket kun til anvendelse i tilfeller hvor det inngås en «gjensidig bebyrdende avtale» mellom en oppdragsgiver og en leverandør. Forutsetningen er derfor at begge parter har forpliktelser, og at vederlaget er avhengig av tjenesten som leveres. Dersom tjenestene finansieres gjennom generelle bevilgninger som årlig gis til NHN, og bevilgningene ikke knyttes direkte opp mot tjenestene som skal ytes, vil det ikke være noen sammenheng mellom finansieringen på den ene siden, og de tjenestene som NHN leverer. «Vederlaget», det vil si budsjettfinansieringen, vil da ikke knyttes konkret opp mot innholdet i tjenesteleveransen. I slike tilfeller kan det være forsvarlig å legge til grunn at det ikke inngås noen gjensidig bebyrdende kontrakt mellom tjenesteleverandøren og NHN, og at man derfor er utenfor anskaffelsesregelverket. Det er også en rekke øvrige momenter som kan tenkes å ha betydning i denne vurderingen, blant annet utformingen av dokumenter i forbindelse med tjenesteleveransen. Vi viser for øvrig til hva som er sagt om dette ovenfor i punkt 4.2 hva gjelder tjenesteleverandørens leveranser.

5.4.3 Eneleverandørbetraktninger

Et annet aktuelt grunnlag for tjenesteleverandørens kjøp kan være ulike eneleverandørbetraktninger. I tilfeller hvor det kun er én aktuell leverandør i markedet, vil det ikke være noe poeng å gjennomføre en konkurranse som følge av at det uansett kun vil komme inn ett tilbud. I slike tilfeller følger det av anskaffelsesforskriften § 13-4 bokstav b at oppdragsgivere (tjenesteleverandøren) vil kunne inngå kontrakter direkte med en leverandør (NHN) når konkurranse er umulig av tekniske årsaker.

Vi har ikke detaljert kunnskap om hvilke tjenester NHN eventuelt vil levere til tjenesteleverandøren. Vi vil imidlertid anta at det kan være tjenester som er så tett knyttet til journalløsningen at det i realiteten ikke er andre enn NHN som kan levere tjenestene. Trolig vil det kunne argumenteres godt for at denne typen kjøp kan unntas i medhold av anskaffelsesforskriften § 13-4 bokstav b. Dette må eventuelt vurderes nærmere når det er mer avklart hvilke tjenester AJ kan ha behov for å motta fra NHN.

5.5 Offentlig-offentlig samarbeid

Offentlig-offentlig samarbeid kan også tenkes å være et mulig grunnlag for AJs kjøp av tjenester fra NHN, jf. punkt 4.6 hvor vilkårene er beskrevet. Etter det opplyste vil NHN antakeligvis forvalte alle samhandlingsløsningene, og det vil være avhengigheter mellom samhandlingsløsningene og journalløsningen, både funksjonelt og teknisk. Vi utelukker ikke at vilkårene kan være oppfylt, men vi er noe tvilende til om det vil være tale om et genuint samarbeid i dette tilfellet. Som nevnt i punkt 4.6 ovenfor, må offentlig-offentlig samarbeid avgrenses mot rene tjenesteleveranser. Vi kjenner ikke i detalj til hvilke tjenester NHN vil levere til AJ, men så langt vi har fått beskrevet modellen, synes det primært å være tale om rene tjenesteleveranser fra NHN til AJ, og i mindre grad at AJ har klare forpliktelser til å bidra inn i et samarbeid med NHN. Dette kan imidlertid stille seg annerledes når relasjonen mellom AJ og NHN er avklart i noe mer detalj.

6 KAN STATSFORVALTNINGEN OG RHFENE FORTSATT FORETA KJØP FRA NHN I UTVIDET EGENREGI

Direktoratet har videre bedt oss å vurdere om statsforvaltningen og RHFene fortsatt kan foreta kjøp fra NHN i utvidet egenregi under modell 1 og de tre variantene av modell 3. For ordens skyld er denne problemstillingen ikke aktuell for modell 2 ettersom NHNs virksomhet ikke endres i den modellen.

Når det gjelder modell 1, er denne som nevnt over lite aktuell for kommunenes kjøp av tjenester fra NHN. I tillegg til dette, vil modell 1 kunne medføre utfordringer for statsforvaltningens og RHFenes kjøp av tjenester fra NHN i utvidet egenregi. Dersom modell 1 velges, er det etter vårt syn en risiko for at NHNs omsetning til kommunene vil anses som ekstern omsetning for NHN, og dermed kunne utfordre anvendeligheten av utvidet egenregi for *statsforvaltningens og RHFenes* kjøp av tjenester fra NHN.

Når det gjelder modell 3, kan utvidet egenregi benyttes dersom eieren utøver kontroll over leverandøren, jf. punkt 4.3 over. For det andre må mer enn 80 % av omsetningen til leverandøren være for eieren. Det er heller ikke noen anskaffelsesrettslige hindre for at det er flere eiere av leverandøren.

Vi kan ikke se at det er noen hindre for at statsforvaltningen og RHFene fortsatt kjøper tjenester fra NHN i utvidet egenregi, uavhengig av hvilken modell som velges. I modell 3a vil kommunene bli deleiere. I denne modellen vil derfor aktivitetsvilkåret oppfylles. Videre vil aktivitetsvilkåret også trolig være oppfylt, selv om NHN skulle ha ekstern omsetning mot private helsetjenestetilbydere med avtale som overskrider 20 %-grensen. Som nevnt i punkt 4.5.3, mener vi at denne omsetningen uansett kan anses å være «for» staten, og dermed for oppdragsgiveren.

I modell 3b vil det skilles ut et selskap fra NHN som kommunene og NHN eier sammen. Heller ikke dette kan vi se at skulle medføre at kontroll- og aktivitetsvilkåret ikke er oppfylt. Staten vil fortsatt eie NHN fullt ut. Kontrollvilkåret vil derfor være oppfylt. Når det gjelder aktivitetsvilkåret, vil det kunne tenkes at NHN vil ha noe omsetning mot private helsetjenestetilbydere med avtale, og eventuelt andre. Også på dette punktet mener vi at denne omsetningen uansett kan anses å være «for» staten, og dermed for oppdragsgiveren, jf over.

I modell 3c vil det opprettes et eget selskap eid i fellesskap av HOD og kommunene, som nærmest blir en «halvsøster» av NHN. Vi kan ikke se at denne modellen vil påvirke dagens organisering av NHNs leveranser til statsforvaltningen, da slike fremdeles vil kunne leveres til staten i utvidet egenregi.

7 STATEN SOM MINORITETSEIER - INNFLYTELSE VED VEDTEKTER OG AKSJONÆRAVTALE

Som vi kommer tilbake til i punkt 9 nedenfor, er det en forutsetning for kommunal lånefinansiering i prosjektet at kommunene har bestemmende innflytelse i AJ. Dette betyr normalt en eierandel på mer enn 50 % av aksjene. I vårt prosjekt forstår vi at den statlige eierandelen mest sannsynlig vil være lavere enn 50 %. Med en slik eiersammensetning oppstår spørsmålet om hvordan staten beholder den nødvendige innflytelse og kontroll.

Utgangspunktet i aksjeloven er at en aksjonær som eier mer enn 50 % av aksjene i et aksjeselskap – alminnelig flertall - har kontroll over en hel rekke viktige beslutninger. En annen sentral grense i aksjeselskapsretten er to tredjedels eierskap. Med to tredjedeler av aksjene har aksjonæren blant annet myndighet til å endre selskapets vedtekter, vedta fusjon og fisjon, omdanne selskapet osv. Dersom en aksjonær eier mer enn en tredjedel i et aksjeselskap sier vi gjerne at vedkommende aksjonær har negativ kontroll. Det innebærer at aksjonæren kan blokkere for to-tredjedels-avgjørelser.

En av årsakene til at aksjeselskapsformen benyttes i så stor utstrekning – både i privat og offentlig sektor – er den fleksibiliteten man har til å skreddersy hvilken myndighet den enkelte eier skal ha. Dette kan gjøres i selskapets vedtekter eller ved at det inngås en aksjonæravtale som regulerer styringsprinsippene for det felles eide selskapet. Eksempelvis kan vedtektene inneholde bestemmelser som sier at enkelte typer beslutninger krever enstemmighet eller 90 % av stemmene på generalforsamling.

I praksis og i vårt tilfelle vil vårt råd være at selskapets eiere inngår en aksjonæravtale som regulerer i detalj hvordan selskapet skal bli styrt og hvilken beslutningsmyndighet de enkelte eierne skal ha. En vanlig måte å gjøre dette på er å avtale hvordan selskapets styre skal se ut, hvordan finansiering og kapitalforhøyelser skal foretas og hvilke beslutninger som krever at alle aksjonærene må stemme for, for at beslutninger skal være gyldige. Slike veto-bestemmelser er velegnet for å sikre at aksjonærene må være enige om sentrale veivalg. Det er også vanlig at sentrale bestemmelser i en aksjonæravtale tas inn i selskapets vedtekter.

Andre verktøy for god virksomhetsstyring bør også vurderes. Det er for eksempel vanlig å oppnevne en valgkomite som har ansvar for å legge frem forslag til styrekandidater og styresammensetning. Det samme gjelder instruks for styret og selskapets daglige leder, hvor det settes rammer for hvilken kompetanse styret og daglig leder skal ha, og hvilke beslutninger som skal fattes av generalforsamlingen.

Utarbeidelse og forhandling av selskapets vedtekter og forhandling og inngåelse av aksjonæravtale, samt de nødvendige instruks til valgkomite, styret og daglig leder, er et viktig arbeid. Når en aksjonæravtale er på plass settes det ofte som et vilkår for nye eiere som kommer inn at de tiltrer aksjonæravtalen.

8 STATSTØTTERETTLIGE PROBLEMSTILLINGER

8.1 Innledning

Direktoratet har videre stilt spørsmål om organiseringen av tjenesteleverandøren reiser noen støtterettslige problemstillinger. I utgangspunktet kan vi ikke se at det oppstår noen støtterettslige problemstillinger i relasjonen mellom tjenesteleverandøren og brukerne av løsningene, det vil si kommunene og eventuelt også NHN. Problemstillingen er derfor tilsvarende for alle tre modeller. Det at tjenesteleverandøren leverer eller kjøper tjenester er i seg selv ikke en støtterettslig utfordring. Et generelt spørsmål vil imidlertid være om tjenesteleverandøren vil være å anse som et foretak i støtterettslig forstand, og dermed *mottaker* av statsstøtte. Dersom tjenesteleverandøren ikke er et foretak i statsstøtterettslig forstand, vil det under enhver omstendighet ikke oppstå noen støtterettslige problemstillinger – uavhengig av organisering. Dette behandles derfor særskilt nedenfor.

8.2 Kort om vilkårene i støtteregulverket

EØS-avtalen artikkel 61 (1) oppstiller et prinsipielt forbud mot tildeling av offentlig støtte. Som offentlig støtte regnes tiltak som oppfyller følgende kriterier:

- 1) det må innebære en form for økonomisk fordel for mottakeren (fordelskriteriet),
- 2) det må være gitt av staten eller av statsmidler/offentlige midler (statsmidlerkriteriet),
- 3) mottaker må være et foretak (foretakskriteriet),
- 4) det må begunstige enkelte foretak eller produksjonen av enkelte varer eller tjenester (selektivitetskriteriet),
- 5) det må være egnet til å vri konkurransen (konkurranssevridningskriteriet) og
- 6) det må være egnet til å påvirke samhandelen innenfor EØS-området (samhandelskriteriet).

Samtlige vilkår må være oppfylt for at forbudet skal komme til anvendelse. Vilråene er i praksis tolket svært vidt. Dersom et offentlig tiltak først innebærer en økonomisk fordel for mottakeren, skal det generelt lite til for at de øvrige vilråene også er oppfylt.

8.3 Særlig om foretakskriteriet (med fokus på helsetjenester) og tjenesteleverandøren/NHN

For at forbudet mot offentlig støtte skal komme til anvendelse, må altså støttmottakeren være et *foretak* i EØS-rettslig forstand. Utgangspunktet for vurderingen av om en enhet er et foretak eller ikke, er om enheten kan sies å drive *økonomisk aktivitet*. Vurderingen av om det foreligger økonomisk aktivitet foretas på bakgrunn av aktivitetens art. EU-domstolen uttalte i den såkalte Pavlov-saken at «*any activity consisting in offering goods and services on a given market is an economic activity*». ¹⁴ Vurderingen er om støttmottakeren deltar i et marked. Hvis enheten tilbyr en tjeneste i konkurranse med private eller andre offentlige aktører, vil tjenesten normalt måtte anses for å være økonomisk aktivitet.

I praksis har det generelt sett ikke vært oppstilt noe krav om at virksomheten skal ha til *formål* å drive med fortjeneste for at aktivitetene skal anses for å være økonomiske. Dersom enheten ikke har til formål å oppnå fortjeneste, kan dette likevel være et element som trekker i retning av at enheten ikke kan anses å være et foretak.

Et offentlig organ regnes ikke som et foretak når det utøver offentlig myndighet, eller dersom det offentlige tilbudet er en del av en felles ordning med et utpreget sosialt eller samfunnsnyttig formål. ¹⁵ For utøvelse av offentlig myndighet, må det sondres mellom situasjoner hvor staten opptrer som utøver av offentlig myndighet og tilfeller hvor den utøver økonomisk virksomhet av industriell eller handelsmessig art.

Offentlig sykehusdrift og lignende leveranser av helse- og omsorgstjenester vil i mange sammenhenger anses som ikke-økonomisk aktivitet, særlig hvis aktivitetene utgjør en del av et solidarisk organisert helsevesen som hovedsakelig er offentlig finansiert (eller aktivitetene er sterkt tilknyttet helsevesenet). Vi viser her til Kommissjonens Notion of aid notice, premiss 24-25:

«In some Member States, public hospitals are an integral part of a national health service and are almost entirely based on the principle of solidarity. Such hospitals are directly funded from social security contributions and other State resources and provide their services free of charge on the basis of universal coverage. The Union Courts have confirmed that, where such a structure exists, the relevant organisations do not act as undertakings.

Where that structure exists, even activities that in themselves could be of an economic nature, but are carried out merely for the purpose of providing another non-economic service, are not of an

¹⁴ EU-domstolen forenede saker C-180/98 til C-184/98, *Pavel Pavlov mfl. – Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten*, premiss 75.

¹⁵ EU-domstolens avgjørelse i sak C-309/99 *J. C. J. Wouters, mfl. – Algemene Raad van de Nederlandse Orde van Advocaten*

economic nature. An organisation that purchases goods — even in large quantities — for the purpose of offering a non-economic service does not act as an undertaking simply because it is a purchaser in a given market.»

Dette har ESA også slått fast i en nylig avgjørelse som omhandler deler av NHNs virksomhet.¹⁶ I avgjørelsen uttaler ESA at NHNs virksomhet oppfyller lovfastsatte forpliktelser, og fasiliterer at andre deler av virksomheten kan oppfylle sine forpliktelser etter helselovgivningen. Videre vektlegger ESA at det i begrenset grad eksisterer et marked, og at NHN derfor ikke utøver økonomisk aktivitet.

Etter vårt syn vil ESAs synspunkter i saken ha en viss overføringsverdi til nærværende sak. Tjenesteleverandørens virksomhet vil understøtte kommunenes forpliktelser etter helselovgivningen til å føre journal, og det foreligger ingen direkte konkurrerenter til den rollen tjenesteleverandøren vil ha, det vil si leverandører som kan levere den samme helheten som tjenesteleverandørens leveranser. Allerede av disse grunnene mener vi at tjenesteleverandøren trolig ikke vil være å anse som et foretak i statsstøtterettslig forstand.

I samme avgjørelse slo ESA også fast at virksomheter som utøver økonomisk aktivitet gjennom såkalt «self-supply within the public sector» ikke er å anse som foretak:

“Finally, with regard to the support services described in Section 3.8.3 above, it follows from case law that even activities that by themselves could be considered to be of economic nature, but are carried out merely for the purposes of providing another non-economic service, are not of an economic nature. 34 The Authority has also previously found that genuine self-supply within the public sector does not constitute an economic activity. The public procurement, ICT and archive/document management services that have been entrusted to NHN are exclusively provided to state or state owned entities charged with health administration. These support services cannot be offered on the market in competition with private companies and are only provided to enable and support the provision of public health administration tasks. The services were simply consolidated within NHN as a result of an efficiency-oriented reorganisation of tasks within the public health administration. Therefore, the Authority concludes that these support services constitute a genuine self-supply within the public sector and that, as a consequence, they are of a non-economic nature. This conclusion is not affected by whether, in theory, the aforementioned services could be provided by or purchased from private operators on the market.”

Avgjørelsen nevner ikke egentlig egenregi eller utvidet egenregi eksplisitt. Samtidig er det klart at NHN ikke tilbyr tjenester i egentlig regi som følge av at NHN er et eget rettssubjekt. Forutsetningsvis innebærer dette at virksomheter som tilbyr tjenester i utvidet egenregi, heller ikke er å anse som foretak, forutsatt at det foreligger «*genuine self-supply within the public sector*».

De fleste av tjenestene som ESA behandlet i saken gjaldt tjenester som ble levert direkte til den offentlige helsetjenesten. Tjenesteleverandøren vil levere tjenester også til private helsetjenestetilbydere med avtale, og således levere tjenester som de private helsetjenestetilbyderne i prinsippet kunne kjøpt av markedsaktører. ESA-saken gjaldt imidlertid også helsenettet, som private benytter seg av, uten at ESA problematiserer dette. Etter vårt syn har ESA-saken om NHN derfor overføringsverdi til denne saken, og at det kan legges til grunn at det kan være tale om «*genuine self-supply within the public sector*», også selv om den aktuelle leverandøren leverer tjenester til private helseaktører.

Det kan imidlertid være en viss forskjell mellom nærværende sak og ESA-saken om NHN. Én av tjenestene som ble behandlet av ESA var helsenettet, som er infrastruktur, og som det derfor ikke finnes noen naturlige konkurrerenter til. De øvrige løsningene som ble vurdert av ESA var derimot løsninger som utelukkende ble levert til det offentlige i utvidet egenregi. I denne saken gjelder det journaltjenester som det i prinsippet kan tenkes at markedet vil kunne levere. Vi mener imidlertid at dette ikke har noen særlig betydning i dette

¹⁶ ESAs vedtak i sak 057/19/COL.

tilfellet. Private helsetjenestetilbydere med avtale er i dette tilfellet en integrert del av det offentlige tilbudet av helsetjenester, og vi mener derfor at det er forsvarlig å legge til grunn at det uansett vil være tale om «*genuine self-supply within the public sector*».

Selv om det hefter noe usikkerhet ved denne vurderingen, mener vi at det er forsvarlig å legge til grunn at tjenesteleverandøren ikke er et foretak både på grunn av karakteren av virksomheten, og det faktum at tjenesteleveransene er å anse som «*genuine self-supply within the public sector*». For å skape større rettslig sikkerhet kan ESA kontaktes også om dette.

8.4 Særlig om foretakskriteriet og private helsetjenestetilbydere

Et annet spørsmål er om private helsetjenestetilbydere med avtale utgjør foretak, dersom disse eksempelvis mottar subsidierte journaltjenester. Dette er i seg selv et krevende spørsmål som ikke har fått sin avklaring i praksis. ESA synes imidlertid ikke å ha vurdert at private helsetjenestetilbydere med avtale utgjør foretak i støtterettslig forstand.

8.5 Særlig om fordelskriteriet

Selv om tjenesteleverandøren skulle være å anse som et foretak i støtterettslig forstand, vil det under enhver omstendighet ikke oppstå noen støtterettslige utfordringer dersom alle transaksjoner mellom brukerne av tjenesteleverandørens tjenester og tjenesteleverandøren foretas på markedsmessige vilkår. Dersom brukerne betaler markedspris for tjenestene som tjenesteleverandøren leverer, vil ikke tjenesteleverandøren motta en støtterettslig fordel, og det vil derfor, også av denne grunn, ikke foreligge statsstøtte.

Det må i slike tilfeller fastsettes en markedspris, hvilket kan være utfordrende når tjenesteleveransen ikke vil skje etter en anbudsrunde. Etter det vi forstår vil det også kunne være utfordrende å skulle «benchmark» mot en eventuell markedspris. Vi vil imidlertid anta at en modell basert på kostnadsdekning pluss en rimelig fortjeneste vil kunne være anvendelig.

9 KOMMUNENES ADGANG TIL Å TA OPP LÅN

Vi er bedt om å vurdere den nye kommuneloven § 14-16¹⁷ og dennes betydning for kommunenes eierandel i selskapet som leverer EPJ-tjenesten. De sentrale delene av bestemmelsen lyder:

«Kommuner kan ta opp lån for å finansiere tilskudd til investeringer i varige driftsmidler som eies av en annen kommune, men bare på områder hvor kommunene har et lovpålagt ansvar. Fylkeskommuner kan ta opp lån for å finansiere tilskudd til investeringer i varige driftsmidler som eies av en annen fylkeskommune, men bare på områder hvor fylkeskommunene har et lovpålagt ansvar.»

Kommuner og fylkeskommuner kan ta opp lån for å finansiere tilskudd til investeringer i varige driftsmidler som eies av et selskap hvor kommunen eller fylkeskommunen har en eierandel i selskapet og hvor kommuner eller fylkeskommuner har bestemmende innflytelse, men bare ved investeringer på områder hvor kommunene eller fylkeskommunene har et lovpålagt ansvar. Kommunens eller fylkeskommunens låneopptak etter første punktum kan ikke være større enn eiernes samlede investeringstilskudd justert for kommunens eller fylkeskommunens eierandel i selskapet.»

Spørsmålet er om § 14-16 andre ledd er til hinder for at kommunene kommer inn på eiersiden i et felleseid selskap med staten – det vil si modell 3. Vi legger til grunn at i hvert fall enkelte kommuner vil finansiere

¹⁷ Trår i kraft etter kommunevalget i høst.

kjøpet av journaltjenesten med låneopptak. Det følger av bestemmelsen at kommunene i så fall sammen må ha bestemmende innflytelse på selskapet. Forutsetningsvis innebærer dette at kommunene må eie mer enn 50 % av tjenesteleverandøren. Videre er det et vilkår at det må være tale om investeringer på områder hvor kommunene har et lovpålagt ansvar. Etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3 har kommunene ansvar for å tilby en rekke helsetjenester, jf. også pasientjournalloven § 8. Vi mener derfor at dette vilkåret er oppfylt.

Det er derimot en viss tvil knyttet til om de immaterielle rettigheter som ligger i en ny journalløsning kan sies å utgjøre «varige driftsmidler» i bestemmelsens forstand. Dette avhenger nærmere av den kommunal-regnskapsmessige definisjon av slike midler. Dette fremkommer av forarbeidene til § 14-16.

I følge Prop. 46 L (2017-2018) skal begrepet varige driftsmidler forstås på samme måte som etter § 14-15 første ledd. I kommentaren til denne bestemmelsen defineres varige driftsmidler som alle typer fast eiendom, bygninger, tekniske og fysiske anlegg, inventar, utstyr, transportmidler og maskiner mv. Videre sies det at:

«Begrepet varige driftsmidler omfatter ikke driftsmidler med lav anskaffelseskost og kort levetid som etter god kommunal regnskapsskikk ikke klassifiseres som varige driftsmidler. Nærmere avgrensning av begrepet varige driftsmidler, herunder grenser for anskaffelseskost og økonomisk levetid, følger av god kommunal regnskapsskikk for klassifisering av eiendeler.»

Vi har vært i kontakt med utredningsleder i foreningen for God Kommunal Regnskapsskikk («GKRS») på anonym basis. Han mente at kjøpt programvare eller bruksrettigheter trolig vil regnes som varige driftsmidler såfremt kriteriene for balanseføring er oppfylt. Det vil si når programvaren forventes brukt mer enn en regnskapsperiode (1 år) og når den har en anskaffelseskost på minimum kr 100 000 og har en økonomisk levetid på minst tre år regnet fra anskaffelsestidspunktet. Dette synspunktet er ikke ennå innarbeidet i en regnskapsstandard, men ifølge foreningen for GKRS vil programvare bli omtalt i revidert standard KRS1 (klassifisering av anleggsmidler, omløpsmidler, langsiktig og kortsiktig gjeld). Arbeidet med revidering av denne standarden pågår, men standarden er ennå ikke vedtatt.

Vår konklusjon er at kommunene trolig vil ha adgang til å ta opp lån etter kommuneloven § 14-16 siden den utviklede programvaren vil bli klassifisert som varige driftsmidler, men at vi først kan gi et helt sikkert svar på dette når revidert regnskapsstandard foreligger.

Dataansvar Akson - felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste (Akson journal)

Oppsummering

Prosjektets foreløpige vurderinger:

- Det anbefales en modell der én aktør har dataansvar alene for den nye journalløsningen for den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Akson journal).
- Det bør vurderes å fastsette i forskrift at selskapet som skal forvalte løsningen også er dataansvarlig for behandlingen av person- og helseopplysninger i den felles journalen (Akson journal).
- Virksomhetene vil fortsatt måtte ivareta plikter og rettigheter som innebærer helsefaglige vurderinger.
- Dataansvarlig vil stille krav til virksomhetene for bruk av den felles journalen (Akson journal) bl.a. knyttet til kvalitet på helseopplysningene, informasjonssikkerhet mv.

Det vil gjøres en selvstendig vurdering for løsningen(e) som skal etableres for samhandling.

1. Innledning

I behandling av helseopplysninger skal det være en dataansvarlig. Den dataansvarlige har hovedansvaret for at behandlingen av helseopplysninger er i samsvar med gjeldende regelverk. EUs personvernforordning gir rammer for dataansvaret ved å detaljere en mengde plikter og oppgaver og legger opp til sanksjoner når pliktene ikke overholdes.

Prosjektets skal utrede en én felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste (K7/Akson journal). I KS 1 ble dette definert som et behandlingsrettet helseregister, jf. pasientjournalloven § 2 d). Behandlingsrettede helseregistre er knyttet til dokumentasjonsplikten og skal omfatte helseopplysninger som er nødvendige for å yte helsehjelp, jf. helsepersonelloven §§ 39, 40. I denne vurderingen legges det til grunn at det dreier seg om et felles behandlingsrettet helseregister. Hva Akson journal til slutt defineres som vil tas ned i lovarbeidet. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) vil foreslå lovendring for å etablere rettsgrunnlag for hele Akson.

Akson journal er en ny måte å organisere journalløsninger på i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og det har derfor blitt stilt spørsmål om dataansvaret, bl.a. om det fortsatt vil ligge i virksomhetene. I dag ligger i stor grad journalopplysninger i mange ulike journalsystemer og i ulike virksomheter som hver for seg er selvstendige dataansvarlige.

Dette notatet er ment som et underlag og en start på en vurdering av plassering av dataansvaret for Akson journal. Notatet omhandler:

- Beskrivelse av innholdet i dataansvaret (kapittel 2)
- Vurdering og anbefaling av modell for plassering av dataansvaret (kapittel 3)
- Forslag til plassering av dataansvaret (kapittel 4)

En eventuell beslutning om fastsetting av dataansvaret i lov eller forskrift må tas i Helse- og omsorgsdepartementet. Det kan skje i tilknytning til lovarbeidet med å etablere hjemmel for Akson eller i det senere forskriftsarbeidet.

I dag er det i all hovedsak virksomhetene i kommunal helse- og omsorgstjeneste som er dataansvarlige for behandlingen av person- og helseopplysninger ifm. det å yte, administrere og kvalitetssikre helsehjelp. Dersom dataansvaret skilles fra disse virksomhetene og plasseres hos en virksomhet, blir det behov for å skille mellom pliktene ifm. pasientrettigheter etter helselovgivningen og pliktene til den dataansvarlig. Konsekvensene av dette, og forslag til hvordan det kan håndteres. Dette omtales i kapittel 5.

Videre vil dataansvarlig kunne stille krav til virksomhetene som skal bruke Akson journal, f. eks. knyttet til kvalitet og sikkerhet. Se kapittel 5.

Det må gjøres en selvstendig vurdering av dataansvaret for de(n) nye løsningen(e) som skal etableres for samhandling. Dette kan gjøres når det er beskrevet nærmere hvordan helseopplysningene skal tilgjengeliggjøres i samhandlingsløsningen(e).

2. Nærmere om dataansvaret

Ansvar for behandling av helseopplysninger (dataansvaret) er regulert i EUs personvernforordning, personopplysningsloven og helselovgivningen.

EUs personvernforordning (GDPR) åpner for ulike måter å organisere dataansvaret på; Selvstendig dataansvar eller felles dataansvar. Personvernet kan ivaretas på begge måtene.

GDPR åpner for at flere virksomheter i fellesskap kan ha ansvar for den samme behandlingen av person- og helseopplysninger (*felles dataansvar*). Dersom to eller flere dataansvarlige i fellesskap fastsetter formålene og midlene for behandlingen, vil de være felles dataansvarlige.¹ Denne ordningen kalles ofte "solidarisk dataansvar". Hver virksomhet i fellesskapet vil *sammen og på lik linje* som de andre være ansvarlige for den samme behandlingen. Dette innebærer blant annet at en innbygger kan henvende seg til hvem som helst av de dataansvarlige,² fordi alle de dataansvarlige *de facto* er ansvarlig for all behandling av person- og helseopplysninger. Dette skal også sikre at den registrerte effektivt kan kreve erstatning³, dersom det skulle bli aktuelt. Enhver dataansvarlig som har betalt erstatning til den registrerte, kan deretter gjøre regress gjeldende mot andre dataansvarlige som har vært involvert i den samme behandlingen.⁴

Det er et prinsipp i personvernlovgivningen at dataansvaret ikke kan overføres til andre virksomheter dersom dette betyr *deling* av dataansvaret for den samme behandling av personopplysninger. Felles dataansvar innebærer derfor at det blir flere dataansvarlige for den samme behandlingen, der hver og en har en selvstendig plikt til å oppfylle kravene i personvernregelverket. Dette understreker den grunnleggende forutsetningen om at ansvaret ikke kan delegeres. Selve behandlingen av person- og helseopplysningene og tilknyttede oppgaver kan, i motsetning til ansvaret, delegeres til andre virksomheter, dersom disse virksomhetene behandler person- og helseopplysningene *på vegne av* den dataansvarlig, som en databehandler.

GDPR legger opp til selvstendig dataansvar der enkelte virksomheter er ansvarlig kun for behandling av person- og helseopplysninger de selv har kontroll over. En virksomhet som alene bestemmer formålet og virkemidlene har et selvstendig dataansvar for behandlingen av personopplysningene. Innbygger kan i et slikt tilfelle kun henvende seg til den enkelte virksomheten som har ansvar for den konkrete behandlingen. Et eksempel på dette er DDFL (Digital dialog fastlege) på helsenorge.no der

¹ Jf. GDPR art. 26 (1).

² Se GDPR art. 82 (4), fortalepunkt 146.

³ Jf. GDPR art. 82 (4).

⁴ Jf. GDPR art. 82 (5), fortalepunkt 146.

fastlegen er dataansvarlig for helseopplysninger som lagres i eget system (med hjemmel i journalføringsplikten i helsepersonelloven), mens Direktoratet for e-helse er dataansvarlig for lagringen på helsenorge.no (med hjemmel i samtykke fra innbyggeren). Innbyggeren kan henvende seg til fastlegen dersom henvendelsen gjelder personopplysninger i pasientjournalen, og til direktoratet for den videre behandlingen som skjer på helsenorge.no.

Kriterier for plassering av dataansvar

Kriterier for plassering av dataansvar – enten det gjelder felles dataansvar eller selvstendig dataansvar – er i prinsippet de samme. Dataansvaret bør plasseres slik at den/de som har reell kontroll på utøvelsen av oppgaver og ansvar i behandling av person- og helseopplysninger, enten som følge av loven eller av faktiske forhold for den relevante løsningen, er dataansvarlig.

Utgangspunktet for vurderingen av plassering av dataansvar vil alltid være definisjonen av begrepet "dataansvarlig" i regelverket.

Definisjon av "dataansvarlig" i helselovgivningen viser til GDPR:

*"dataansvarlig: ansvarlig for behandling av helseopplysninger etter personvernforordningen artikkel 4 nr. 7."*⁵

GDPR artikkel 4. nr. 7 definerer "behandlingsansvarlig" som:

"en fysisk eller juridisk person, en offentlig myndighet, en institusjon eller ethvert annet organ som alene eller sammen med andre bestemmer formålet med behandlingen av personopplysninger og hvilke midler som skal benyttes; når formålet med og midlene for behandlingen er fastsatt i unionsretten eller i medlemsstatenes nasjonale rett, kan den behandlingsansvarlige, eller de særlige kriteriene for utpeking av vedkommende, fastsettes i unionsretten eller i medlemsstatenes nasjonale rett,"

Ifølge artikkel 29-arbeidsgruppen for beskyttelse av personopplysninger (Artikkel 29-gruppen) inneholder definisjonen av behandlingsansvarlig tre hovedelementer:

- det personlige aspektet ("den fysiske eller juridiske person, en offentlig myndighet, en institusjon eller ethvert annet organ");
- muligheten for kontroll ("som alene eller sammen med andre"); og
- de essensielle elementene for å skille behandlingsansvarlig fra andre aktører ("bestemmer formålet med behandlingen av personopplysninger og hvilke midler som skal benyttes").

Særlig de to siste punktene gir føringer for hvordan man skiller den dataansvarlige fra andre virksomheter som er direkte eller indirekte involvert i behandlingen av person- og helseopplysninger. Den dataansvarliges faktiske innflytelse og kontroll henger sammen med myndigheten til å bestemme formålet med behandlingen av person- og helseopplysningene og hvilke midler som skal benyttes.

Den dataansvarliges myndighet til å bestemme *formålet* innebærer et ansvar for å sikre at løsningen utvikles i tråd med det besluttede formålet og at all behandling av person- og helseopplysninger i

⁵ Pasientjournalloven § 2 bokstav e.

løsningsen er innenfor dette formålet. Formåletts innhold og omfang vil være bestemmende for hva som bør utvikles (på løsningsnivå/tjenestenivå) for å oppnå formålet. Dette er bakgrunnen for at personvernregelverket legger opp til at den dataansvarlige også har myndighet til å bestemme *hvilke midler* som skal benyttes for å oppnå formålet.

Omfanget av dataansvaret

Både å bestemme formålet og hvilke midler som skal benyttes er strategiske veivalg for dataansvarlig, fordi det vil påvirke hvor stort omfanget av behandling av person- og helseopplysninger vil bli, hva som skal utvikles, endres eller videreutvikles, og hvordan videreutviklingen, forvaltningen og driften av løsningen skal være. Dette gjelder også *prioriteringen* av endringer og videreutvikling. Å bestemme hva som skal prioriteres har betydning for behandlingen av person- og helseopplysninger, og er således en strategisk avgjørelse som naturlig ligger til dataansvaret.

Av dette fremgår at den dataansvarliges myndighet til å bestemme formålet og midlene for behandlingen kan oppsummeres som følger:

- Ansvar for etterlevelse av gjeldende regelverk, standarder, osv.
- Ansvar for informasjonssikkerhet og personvern.
- Ansvar for den faktiske databehandlingen i løsningen.
- Ansvar for anskaffelse, *utvikling*, forvaltning og drift av løsninger.
 - Dette innebærer for eksempel ansvar for taktiske og operasjonelle valg og oppgaver knyttet til løsningen.
- Ansvar for *strategiske valg* som direkte eller indirekte påvirker behandlingen av person- og helseopplysninger i løsningen.
 - Dette innebærer for eksempel ansvar for *prioritering* av endringer og videreutvikling av løsningen som har betydning for behandlingen av person- og helseopplysningene.

Med GDPR har den dataansvarlige fått flere plikter. I realiteten er disse pliktene oppgaver som må utføres. De sentrale pliktene for den dataansvarlige er knyttet til blant annet:

- Behandlingsgrunnlag
 - sikre rettslig grunnlag (GDPR art. 6 og 9)
 - inngå databehandleravtaler når databehandling tjenesteutsettes (GDPR art. 28)
- Tekniske og organisatoriske tiltak
 - etablere internkontroll (GDPR art. 24)
 - ha løsninger med innebygd personvern og personvern som standardinnstilling (GDPR art. 25)
 - sikre personopplysningssikkerhet (GDPR art. 32)
- Protokoll og vurderinger
 - ha oversikt over behandlingen av person- og helseopplysningene (GDPR art. 30)
 - gjennomføre personvernkonsekvensvurderinger (GDPR art. 35)
 - ha forhåndsdrøftinger med Datatilsynet for løsninger som innebærer høy risiko når de planlagte tiltak fra personvernkonsekvensvurderingen ikke reduserer risikoen (GDPR art. 36)
- Håndtering av brudd på personopplysningssikkerheten

- underrette Datatilsynet ved brudd på personopplysningsikkerheten (avviksmelding) (GDPR art. 33)
- melde til den registrerte om brudd på personopplysningsikkerheten der dette er pålagt (GDPR art. 34)
- Ivaretagelse av den registrertes rettigheter, blant annet:
 - gi informasjon til den registrerte (GDPR art. 13 og 14)
 - gi den registrerte innsyn (GDPR art. 15)
 - legge til rette for retting og sletting (GDPR art. 16 og 17)
 - legge til rette for begrensning av behandlingen (GDPR art. 18)
 - legge til rette for dataportabilitet (GDPR art. 21)

Alt ansvar og plikter beskrevet ovenfor vil i *sin helhet* følge den som har rollen som dataansvarlig.

3. Vurdering og anbefaling av modell for plassering av dataansvaret

I KS 1 ble det lagt til grunn at Akson journal (K7) innebærer at det etableres én felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette ble definert som et behandlingsrettet helseregister, jf. pasientjournalloven § 2 d). Behandlingsrettede helseregistre er knyttet til dokumentasjonsplikten og skal omfatte helseopplysninger som er nødvendige for å yte helsehjelp, jf. helsepersonelloven §§ 39, 40. I denne vurderingen legges det til grunn at det dreier seg om et felles behandlingsrettet helseregister. Hva Akson journal til slutt defineres som vil tas ned i lovarbeidet. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) vil foreslå lovendring for å etablere rettsgrunnlag for Akson.

Dette er m.a.o. en vurdering av dataansvar knyttet til behandling av helseopplysninger i den felles journalen (felles behandlingsrettede helseregistre) for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vurderingen omhandler ikke dataansvar ved andre behandlinger av person- og helseopplysninger i en kommune.

Nedenfor vurderes fordeler (+) og ulemper (-) knyttet til to modeller som handler om enten felles dataansvar for alle helsevirksomhetene som bruker løsningen eller at én aktør alene har dataansvaret:

Ulike modeller/Ansvar og plikter	Modell 1: Felles dataansvar for virksomhetene som bruker løsningen. (Samarbeidet reguleres i avtale.)	Modell 2: Dataansvaret for Akson journal plasseres i én virksomhet som da alene har et selvstendig dataansvar
Ansvar for å etterleve personvernlovgivningen	-Alle er sammen ansvarlige og alle må følge opp etterlevelse i forvaltning, drift og videreutvikling. Det vil kreve ressurser og kompetanse hos alle som deltar i behandlingen av personopplysningene.	+ Kun én virksomhet er ansvarlig.
Nærhet til teknisk løsning	-Ingen av virksomhetene som skal bruke Akson journal vil i utgangspunktet ha direkte kjennskap til den tekniske løsningen. Dette er foreslått lagt til et eget selskap.	+ Forutsatt at det dreier seg om virksomheten som er tillagt ansvar for å bl.a. å drifte, forvalte og videreutvikle den tekniske løsningen.

Ivaretagelse av personopplysningsikkerhet	- Alle virksomhetene er ansvarlig for personopplysnings-sikkerheten, tilgangen til helseopplysningene (IAM) mv. - Alle virksomhetene kan stille krav om f.eks. sikkerhetsnivå	+ Kun én virksomhet er ansvarlig, for eks. for å håndtere tilgangen til helseopplysningene (IAM) +Kun en virksomhet beslutter sikkerhetsnivå +Det vil stilles sikkerhetskrav i avtale/regelverk for bruk av løsningen.
Fastsette formål og virkemidler	+ Kan reguleres -Alle virksomhetene er ansvarlige for at behandlingen skjer og utvikles i tråd med formålet, og bestemmer hvilke midler (organisatorisk og tekniske) som skal benyttes for å nå formålet.	+ Kan reguleres + Kun én virksomhet er ansvarlig
Erstatningsansvar	-Alle virksomhetene blir erstatningsansvarlige +Kan kreve regress i hht. avtale	+ Kun én virksomhet er ansvarlig. +Det vil bli stilt krav, med sanksjoner, for bruk av løsningen.
Risiko for sanksjoner etter GDPR	-Bøter kan ilegges alle virksomhetene	+ Kun én virksomhet ilegges bøter
Innbyggers rettigheter	+ Kan gå rett til den virksomheten som har ytt helsehjelpen -Risiko for brudd på rettigheter pga pulverisering av ansvar. Virksomhetene er ikke klar over det ansvaret de har.	+ Mer oversiktlig for innbygger med ett kontaktpunkt for innbyggerhenvendelser. +Ikke risiko for brudd på rettigheter pga pulverisering av ansvar.
Databehandleravtaler	- Kan føre til at flere må være part i avtaler. Avtaleforhold vil kreve mer koordinering og oppfølging fra virksomhetene	+ Kun én virksomhet er part i databehandleravtalene som dataansvarlig.
Avvikshåndtering	-Vil kreve koordinering og samkjøring av rutiner for avvik.	+ Har egen rutine for avvik som brukerne må følge.
Innebygd personvern	-Alle virksomhetene blir ansvarlige for å oppfylle kravet, det må avklares hvem som har beslutningsmyndighet når kravet skal omsettes i praksis.	+ En virksomhet bestemmer hvordan kravet skal omsettes i praksis.
Internkontroll, policy, retningslinjer mv.	-Alle virksomhetene blir ansvarlige for å oppfylle kravet, det må avklares hvem som har beslutningsmyndighet for å håndtere dette i praksis. -Vil kreve mer koordinering mellom virksomhetene.	+ Kun én virksomhet er ansvarlig og stiller krav som brukerne må følge.
Protokoller for behandling av helseopplysninger	-Det må føres og vedlikeholdes protokoll alle stedene.	+ Har en protokoll
DPIA, forhåndsdrøftinger med DT	-Alle ansvarlige. Det betyr mer koordinering og prosess. Ledelsesforankring i alle virksomhetene.	+ Kun én virksomhet er ansvarlig.

Ansvar for å etterleve pasientrettigheter etter helselovgivningen	+Dette må skje i helsevirksomhetene.	-Krav vil måtte viderefremmes til helsevirksomhetene.
---	--------------------------------------	---

Vurdering av de to modellene og anbefaling:

Modell 1 vil stille store krav til prosess, styring og koordinering. Dette kan til en viss grad løses i avtale med en god oppgavefordeling. Journalløsningen vil imidlertid være en stor og kompleks løsning, med store mengder helseopplysninger, og svært mange små og store kommuner, fastleger mv. som skal dele på dataansvaret. Det vil stille krav til at disse virksomhetene har mulighet til å ta et slikt ansvar og til deres deltagelse og kompetanse. Det vil være en utfordring å skulle etablere styringssystemer hvor alle virksomhetene har beslutningskompetanse. Den enkelte virksomhet vil i liten grad kunne påvirke og styre databehandlingen og har i realiteten ikke den muligheten for kontroll som dataansvar forutsetter. Det vil trolig måtte overlates til noen utvalgte virksomheter å håndtere oppgavene knyttet til dataansvaret og pliktene som følger med dette. Dette vil stille store krav til avtaleforvaltning, klarhet rundt ansvarsdeling og kontinuerlig oppfølging av virksomhetene. Dette kan også gjøre det mer krevende å videreutvikle løsningen fordi det er virksomhetene som har beslutningskompetansen. Med så mange aktører er det risiko for at virksomhetene ikke innretter seg på en slik måte at pasientens rettigheter ivaretas, og at ansvaret pulveriseres.

Modell 2 tilrettelegger for tydelig plassering av ansvar, bedre styringsmuligheter og enklere forvaltning av løsningen og den registrertes rettigheter. Det vil da være én tydelige aktør som har ansvar for forvaltning, internkontroll, etterlevelse av krav i regelverket, som det kan gjøres gjeldende sanksjoner mot mv. Denne virksomheten sitter da med dataansvaret for behandlingen av person- og helseopplysninger i Akson journal, har beslutningsmyndighet og kompetanse, følger opp og setter krav til helsevirksomhetene som skal bruke Akson journal og til leverandører. Dette vil gi en mer robust organisering og gir bedre forutberegnelighet for både den registrerte og virksomhetene, som igjen vil legge til rette for etterlevelse av personvernreglene.⁶ Virksomhetene vil i stedet for å ha dataansvar måtte forplikte seg til bruksvilkår som dataansvarlig stiller når de tar i bruk løsningen.

På den bakgrunn anbefaler prosjektet en modell der én aktør alene er dataansvarlig for Akson journal. Det vil bidra til at utførelsen av oppgaver og plikter blir mindre utfordrende, gi en mer helhetlig tilnærming til løsningen, og til bedre ivaretagelse av innbyggers rettigheter. En modell med felles ansvar vil kunne føre til uklarheter rundt rolle og ansvarsdeling og stille store krav til kontinuerlig styring, koordinering og prosess.

4. Forslag til plassering av dataansvaret for Akson-journal

Det neste spørsmålet er hvilken virksomhet er i stand til/kan settes i stand til å ta et slikt ansvar.

Det er foreslått å etablere et selskap som skal ta ansvaret for å forvalte løsningen Akson journal. Dette selskapet vil få ansvar bl.a. for å levere løsningen, inngå nødvendige kontrakter med underleverandører, og å bestemme sourcing, drift, forvaltning og videreutvikling. Det vil være dette selskapet som i realiteten vil ha kontroll over løsningen og behandlingen av journalopplysningene.

⁶ I WP 29 sin opinion 131 fra 2007⁶ om behandling av helseopplysninger i EPJ, skisseres ulike måter å organisere EPJ-løsninger på. Et alternativ er felles sentral lagring av helsedata. Det legges da til grunn at det vil være én dataansvarlig for den felles nasjonale løsningen som er separat fra helsevirksomhetene som sender journalopplysningene til den felles nasjonale løsningen.

Det vil m.a.o. være dette selskapet som er nærmest til å sikre at løsningen utvikles i tråd med formålet, at behandlingen er innenfor formålet og til å vurdere hvordan og på hvilken måte behandlingen bør foregå for å ivareta personvern, informasjonssikkerhet og øvrige hensyn som skal ivaretas av den dataansvarlige. Dette selskapet vil derfor være egnet til å være dataansvarlig for Akson journal, og det kan videre hevdes at dette selskapet ut fra definisjonen i regelverket faktisk vil bli dataansvarlig.

EUs personvernforordning artikkel 4 nr. 7 åpner for at dataansvaret kan utpekes i lov eller forskrift. Det er flere eksempler på at en virksomhet som forvalter fellesløsninger tillegges dataansvar for disse tjenestene i nasjonal rett. Direktoratet for e-helse er tillagt dataansvar for Reseptformidleren og Nasjonal kjernejournal i hhv reseptformidlerforskriften og kjernejournalforskriften.

I oppdragsbrevet fremgår at det skal etableres hjemmel for behandlingen av helseopplysningene i Akson journal i nasjonal rett. HOD vurderer en ny bestemmelse i pasientjournalloven med utdypende bestemmelser i forskrift om bl.a. dataansvaret.

Prosjektets foreløpige vurdering er at dataansvaret plasseres hos virksomheten som får ansvaret for Akson journal. Foreløpige vurderinger i forprosjektet peker i retning av at det bør opprettes et nytt selskap som får ansvaret for å forvalte Akson journal, foreløpig betegnet som "Akson journal AS".

Arbeidet med å etablere hjemmel for Akson journal starter høsten 2019, og prosjektet anbefaler at fastsetting av dataansvaret vurderes i den forbindelse.

5. Konsekvenser for ansvar

Kommunene, fastlegene mv. har i dag ansvar både for å yte forsvarlig helsehjelp og sørge for forsvarlige systemer, og de er dataansvarlige for egen behandling av helseopplysningene. Det er derfor ikke i dag behov for å skille mellom ansvaret ifm. ytelse av forsvarlig helsehjelp og dataansvaret. Dersom "Akson journal AS" blir dataansvarlig, ref. forslaget i punkt 3 og 4 ovenfor, blir det behov for å skille mellom ansvaret for helsehjelpsytelsen (som da fortsatt vi ligge i virksomhetene og hos helsepersonellet) og dataansvar. Dette ble også vurdert i KS1 og i Utredningen.

Mange av pliktene som følger av dataansvaret er også plikter som direkte knytter seg til utøvelsen av helsehjelp, og som gir pasienten rettigheter. Hvordan pliktene og rettighetene etter helselovgivningen skal ivaretas, følger av helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Pliktene og rettighetene innebærer ofte konkrete vurderinger som gjøres av behandlende helsepersonell. For å finne ut om pasienten har rett til for eksempel å få rettet eller slettet opplysninger i henhold til helsepersonelloven §§ 42 og 43, vil helsepersonell måtte foreta en helsefaglig vurdering. Tilsvarende må det gjøres helsefaglige vurderinger mht. innsynsrett i egne helseopplysninger. Dette er plikter som neppe kan ivaretas av en virksomhet som utpekes som dataansvarlig for Akson journal, fordi denne virksomheten ikke vil være ansvarlig for pasientbehandlingen og dermed ikke ha faglig grunnlag for å gjøre slike vurderinger.

Hvordan rettighetene etter de to regelsettene skal innfris, må organiseres på en hensiktsmessig måte mellom den dataansvarlige og de ansvarlige for helsehjelpen (kommunene, fastlegene mv.) Behandlingen av pasientrettigheter etter henholdsvis personvernregelverk og helselovgivning kan vurderes løst ved en to-delt håndtering. Den dataansvarlige må legge til rette praktisk for at for eksempel retting og sletting kan skje, mens det er helsepersonellet som gjør den helsefaglige vurderingen av om vilkårene for retting eller sletting er oppfylt. Slike endringer må altså håndteres i den enkelte helsevirksomhet av ansvarlig helsepersonell, i henhold til reglene som gjelder for retting og sletting etter helselovgivningen. Den som blir dataansvarlig vil imidlertid være ansvarlig for at

pasientens rettigheter kan ivaretas i Akson journal. Dersom det ikke legges til rette for at helsepersonellet selv skal rette og slette, etter å ha vurdert spørsmålet, må helsepersonellet gi den dataansvarlige beskjed om hvordan retting eller sletting skal skje. Dette vil være tilsvarende som for Nasjonal kjernejournal. I kjernejournal er dette løst ved en to-delt håndtering ved at dataansvarlig sørger for at innbygger henvises til primærkilden for å fremme krav som følger av helselovgivningen.

Etableringen av Akson journal og plasseringen av dataansvaret i "Akson journal AS" medfører at det må etableres et tydelig skille mellom dataansvaret for det behandlingsrettede helseregisteret og innbyggerrettigheter som er knyttet til dataansvaret, og de plikter og rettigheter som knytter seg til selve helsehjelpen og som må utøves lokalt hos virksomhetene som yter helsehjelp.

6. Krav til virksomhetene for bruk av Akson

Dersom "Akson journal AS" blir dataansvarlig vil dette selskapet stille krav til virksomhetene og bruken av Akson journal. Innholdet i kravene må gås opp i neste fase i arbeidet med Akson journal. Dette vil blant annet gjelde krav til kvaliteten i helseopplysningene og informasjonssikkerhet, for eksempel stille krav om sikkerhetsnivå for autentisering. Informasjonssikkerheten i løsningen er avhengig av at alle brukere forholder seg til fastsatt policy og retningslinjer. Det kan eksempelvis bli stilt krav om at virksomhetene skal følge, og dokumentere at de følger, Normen og ytterligere krav personvern og informasjonssikkerhet.

Forvaltningen av Akson journal vil kreve administrativ informasjon fra den enkelte virksomhet, for eksempel for å styre tilgangen til helseopplysningene. Det vil kunne bli stilt krav om at helsevirksomhetene melder/tilgjengeliggjør denne typen informasjon for "Akson journal AS". Helsevirksomhetene vil ha ansvaret for at opplysningene som meldes inn er korrekte og oppdaterte til enhver tid.

Virksomhetene vil kunne bruke helseopplysningene innenfor formålet med Akson journal og regler om taushetsplikt. Dette vil bli nærmere omtalt i vedlegg om personvernkonsekvenser.