

Møte i Nasjonalt e-helsestyre		
<i>Møte</i>	3/2019	
<i>Dato</i>	19. juni 2019	
<i>Tid</i>	Kl. 10.00-14.30	
<i>Sted</i>	Radisson Blu, Gardermoen	
<i>Medlemmer</i>	Christine Bergland (Direktoratet for e-helse) Cathrine Lofthus (Helse Sør-Øst RHF) Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF) Lars Vorland (Helse Nord RHF) Herlof Nilssen (Helse Vest RHF) Jan Arild Lyngstad (Helsedirektoratet) Camilla Stoltenberg (Folkehelseinstituttet) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune) Trond Brattland (Tromsø kommune)	Benedicte Løseth (Bergen kommune) Svein Lyngroth (Oslo kommune) Kristin W. Wieland (KS) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Anne-Lise Ryel (Kreftforeningen) Lilly Ann Elvestad (FFO) Steffen Sutorius (DIFI)
<i>Observatører</i>	Håkon Grimstad (Norsk Helsenett SF)	

Sak	Agenda Nasjonalt e-helsestyre	Sakstype
17/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
18/19	Godkjenning av referat fra Nasjonalt e-helsestyre 22. mars 2019	Godkjenning
19/19	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
20/19	Akson	Styringsgruppemøte
21/19	Nasjonal arkitekturstyring og Felles grunnmur	Drøfting
22/19	Nasjonal handlingsplan og nasjonal e-helseportefølje - prioritering av innsatsområder for 2020 og status og utfordringer på pågående prosjektportefølje	Drøfting
23/19	Helsedataprogrammet	Orientering
24/19	Medisinsk avstandsoppfølging	Orientering
25/19	Eventuelt	Orientering

Sak	Tema	Sakstype
17/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjenner innkalling og dagsorden.	
18/19	Godkjenning av referat fra møtet 22. mars 2019	Godkjenning
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjenner referat fra møtet 22. mars 2019.	Vedlegg 1: Referat fra møtet 22. mars 2019
19/19	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
	Direktoratet for e-helse orienterer om aktuelle saker.	Ingen vedlegg
	Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar sakene til orientering.	
20/19	Akson	Styringsgruppemøte
	Det legges frem to saker for Nasjonalt e-helsestyre: 20/19-1 Plan for og organisering av forprosjektet - Tilslutning 20/19-2 Utgangspunkt for videre arbeid - Drøfting	Vedlegg 2: Toppnotat Akson Vedlegg 2A: HOD oppdragsbrev
	Forslag til vedtak: 20/19-1 Nasjonalt e-helsestyre stiller seg bak plan for og organisering av forprosjektet. 20/19-2 Prosjektet tar med seg innspill fra møtet og utarbeider en endelig plan.	

21/19	Nasjonal arkitekturstyring og Felles grunnmur	Drøfting
	<p>Hensikt med saken er følgende:</p> <ol style="list-style-type: none"> Orienterer om status på nasjonal arkitekturstyring Rapportere status, prioritere tiltak og fordele gjennomføringsansvar i videre prosess med etablering av Felles grunnmur. 	<p>Vedlegg 3: Toppnotat Nasjonal arkitekturstyring og Felles grunnmur</p> <p>Vedlegg 3A: Tiltak og mål for Felles grunnmur</p>
	<p>Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar sakens punkt 1 til orientering, og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill fremkommet i møtet i den videre prosessen med å utvikle Nasjonal arkitekturstyring.</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre tar sakens punkt 2 til orientering, og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill fremkommet i møtet i den videre prosessen med å prioritere, sikre eierskap til og finansiering av tiltakene i Felles grunnmur i 2020. Medlemmene i Nasjonalt e-helsestyre følger opp NUITs vedtak 27.mai og går gjennom egen portefølje for å vurdere om de kan ta gjennomføringsansvar for noen av tiltakene i plan for Felles grunnmur.</p>	
22/19	Nasjonal handlingsplan og nasjonal e-helseportefølje	Drøfting
	<p>- prioritering av innsatsområder for 2020 og status og utfordringer på pågående prosjektportefølje</p>	
	<p>Direktoratet for e-helse ønsker i denne saken å drøfte hvilke innsatsområder som bør prioriteres i 2020. Den prioriterte Handlingsplanen vil være førende for prioritering av den nasjonale e-helseporteføljen for 2020. Det presenteres også felles utfordringer knyttet til den pågående porteføljen samt pågående tiltak for å redusere risiko og konsekvenser.</p>	<p>Vedlegg 4: Toppnotat Nasjonal handlingsplan og nasjonal e-helseportefølje</p> <p>Vedlegg 4A: Statusrapport portefølje – april 2019.</p>
	<p>Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre ber Direktoratet for e-helse ta med innspill framkommet i møtet i det videre arbeidet.</p>	
23/19	Helsedataprogrammet	Orientering
	<p>Direktoratet for e-helse vil orientere om den samfunnsøkonomiske analysen av Helseanalyseplattformen som ble gjennomført av Helsedataprogrammet som en del av konseptvalgutredningen våren 2018. Det vil bli orientert om virkningene som ble estimert for registerforvaltningen og hvordan disse bearbeides og følges opp i det videre arbeidet med gevinstrealisering i programmet.</p>	<p>Vedlegg 5: Toppnotat Helsedata-programmet</p>
	<p>Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering og ber Helsedataprogrammet ta innspillene fra møtet med i det videre arbeidet.</p>	
24/19	Medisinsk avstandsoppfølging	Orientering

	<p>Formålet med saken er å svare ut spørsmål som ble trukket frem i Nasjonalt e-helsestyre den 22. mars vedrørende oppdraget på medisinsk avstandsoppfølging (Nasjonal helse- og sykehusplan):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dimensjonering av ressurser i arbeidet • Tekniske forutsetninger i kommunene • Sammenheng i nasjonale satsninger 	<p>Vedlegg 6: Toppnotat</p> <p>Vedlegg 6A: Leveranse HOD nr. 2 medisinsk avstandsoppfølging</p>
	<p>Forslag til vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering.</p>	
25/19	Eventuelt	

Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre

Møte	2/2019	
Dato	22.mars 2019	
Tid	Kl. 10.00 – 15.00	
Sted	Radisson Blu Gardermoen	
Medlemmer		
Til stede	Herlof Nilssen (Helse Vest RHF) Stig Slørdahl (Helse Midt-Norge RHF) Cathrine Lofthus (Helse Sør-Øst RHF) Christine Bergland (Direktoratet for e-helse) Kristin W. Wieland (KS) Trond Brattland (Tromsø kommune) Benedicte Løseth (Bergen kommune) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune) Svein Lyngroth (Oslo kommune)	Jan Arild Lyngstad (Helsedirektoratet) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Lilly Ann Elvestad (FFO) Steffen Sutorius (DIFI) Anne-Lise Ryel (Kreftforeningen) Camilla Stoltenberg (Folkehelseinstituttet)
Ikke til stede	Lars Vorland (Helse Nord RHF)	
Observatører	Håkon Grimstad (Norsk Helsenett SF)	
Direktoratet for e-helse	Inga Nordberg Karl Vestli Bodil Rabben Marianne Bårtvedt van Os (sak 12/19)	Rune Røren (sak 13/19) Siv Ingebrigtsen Sonja T. Brugman Camilla Smaadal

Sak	Tema	Sakstype
6/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
7/19	Godkjenning av referat fra Nasjonalt e-helsestyre 15.februar 2019	Godkjenning
8/19	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
9/19	Internasjonal standardisering	Orientering
10/19	Nasjonal e-helseportefølje	Diskusjon
11/19	Program Kodeverk og terminologi	Orientering
12/19	Velferdsteknologisk knutepunkt	Orientering
13/19	Modernisering av folkeregisteret i helse- og omsorgssektoren	Orientering
14/19	Ny e-helseorganisering	Orientering
15/19	Helseplattformen	Orientering
16/19	Eventuelt	

Sak	Tema
6/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden
	Det kom ingen innspill til innkalling og dagsorden.
	Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjenner innkalling og dagsorden.
7/19	Godkjenning av referat fra møtet 15.februar 2019
	Det kom innspill på formuleringene rundt midlertidig finansiering i sak 4/19 (Ny e-helseorganisering) i referatet.
	Følgende tekst vil bli lagt til og erstatte tidligere avsnitt:
	<i>Det ble i møtet opplyst om at det er uenighet mellom Direktoratet for e-helse og NHN rundt modeller for midlertidig finansiering, og at saken nå ligger hos HOD. Det kom frem i diskusjonen at det foreligger en mer fullstendig rapport enn den NEHS hadde fått tilgang til der drøfting av ulike modeller for finansiering inngår. Flere medlemmer påpekte at siden finansieringsmodeller ikke inngikk i saksunderlaget til møtet, var man ikke beredt til å gå inn</i>

	<p>på en diskusjon og kunne gi anbefalinger om dette viktige og sentrale temaet. Nasjonalt e-helsestyre påpekte viktigheten av at Nasjonal tjenesteleverandør ble sikret finansiering til å løse oppgavene de får ansvar for. Nasjonalt e-helsestyre påpekte videre at sektoren har behov for større påvirkning på dette området.</p>
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre godkjenner referat fra møtet 15.februar 2019 med justert formulering.</p>
8/19	Orientering fra Direktoratet for e-helse
	<p>Karl Vestli, Direktoratet for e-helse, orienterte om følgende saker:</p> <p>Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste Helse og omsorgsdepartementet (HOD) har ambisjon om å behandle konseptvalget i løpet av våren. Direktoratet bistår HOD i saksbehandling og beslutningsprosesser og forbereder et eventuelt oppdrag om forprosjekt. KS opplyste om at Storbynettverket (landets seks største kommuner samt Tromsø) har sendt en felles skriftlig støtte til det foreslåtte konseptvalget.</p> <p>Nasjonalt veikart for nasjonal e-helsestrategi Direktoratet utarbeider prioriteringskriterier for innsatsområdene i strategisk plan. Disse vil ses i sammenheng med prioriteringskriteriene for porteføljen og i dialog med sektoren. Ut fra dette vil det lages et veikart for nasjonal e-helsestrategi.</p> <p>Medisinsk avstandsoppfølging Medisinsk avstandsoppfølging er ett av arbeidssporene i Nasjonal helse- og sykehusplan. Oppdraget er å levere en felles plan for å utrede nødvendige virkemidler for å ta i bruk medisinsk avstandsoppfølging både på kort og lang sikt. Sluttrapport skal leveres i desember.</p> <p>I diskusjonen ble det påpekt at løsningsene som utvikles i forbindelse med dette arbeidet er viktige og nødvendige. Arbeidet drives frem av spesialisthelsetjenesten. Kommunene er bekymret for dimensjoneringen av ressurser i dette prosjektet sett opp mot andre nasjonale satsinger og at det dermed er vanskelig for kommunal sektor å mobilisere for å sikre at prosjektet blir balansert. En er videre bekymret for at de tekniske forutsetninger for å ta tjenesten i bruk ikke er til stede i kommunene. Det ble også uttrykt bekymring for at de ulike nasjonale satsingene ikke sees nok i sammenheng. I mellomtiden er det viktig at man innser og aksepterer at innbyggere vil få ulik tilgang til tjenester. Direktoratet har forståelse for kommunenes bekymring og vil ta det med i det videre arbeidet.</p> <p>Utviklingstrekkrapport 2019 Rapporten ble lansert 1. mars og vil utgis hvert år. Den er et viktig tiltak i direktoratets "følge-med"-funksjon. Arbeidet med neste års rapport er i gang. De nasjonale utvalgene vil bli holdt løpende orientert og oppfordres til å spille inn relevante tema.</p>
	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar sakene til orientering.</p>
9/19	Internasjonal standardisering
	<p>Inga Nordberg, Direktoratet for e-helse, orienterte Nasjonalt e-helsestyre om initiativet til å øke det norske engasjementet i internasjonalt standardiseringsarbeid. Direktoratet ønsker å etablere en nasjonal referansekomite for internasjonalt standardiseringsarbeid som kan bidra til å øke kunnskapen om dette feltet og styrke norske interesser i det internasjonale samarbeidet. Det er ønskelig at komiteen samler de viktigste aktørene. Forslaget er diskutert i NUFA og NUIT som begge støtter tiltaket.</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre mener en felles komite for standardiseringsarbeidet kan bidra positivt i prioriteringsarbeidet og at innføring av nye standarder gjøres på en fornuftig måte. Tiltaket støttes og medlemmene vil bidra med å få utpekt ressurser fra aktørene til referansekomiteen.</p>

	<p>Vedtak: Nasjonalt e-helsestyret tar saken til orientering og ber om at innspill fremkommet i møtet om interesse for deltakelse og tiltak tas med i arbeidet med etablering av referansekomite for internasjonalt standardiseringsarbeid.</p>
<p>10/19</p>	<p>Nasjonal e-helseportefølje</p> <p>Direktoratet for e-helse ved Inga Nordberg og Siv Ingebrigtsen orienterte om status for pågående portefølje og om porteføljedefinering 2020.</p> <p>Prosjekter som eies av KS/kommunene representerer kun 1 prosent av nasjonal e-helseportefølje. Det vil i dialogmøtene med kommunene og KS diskuteres om flere kommunale prosjekter bør inngå i porteføljen for å sikre et bedre helhetsbilde. Det ble påpekt at felles utviklingsprosjekter for kommunesektoren i stor grad allerede inngår som nasjonale utviklingsprosjekter hos Direktoratet for e-helse eller Helsedirektoratet.</p> <p>Mange prosjekter i nasjonal e-helseportefølje vil treffe kommunene fremover, og det vil kreve stor innføringsinnsats fra kommunene. Det ble kommentert at det vil bli vanskelig å innføre så mange prosjekter i kommunene når den grunnleggende infrastrukturen mangler, og at det er behov for å se prosjekter mer i sammenheng. Det kommenteres også at det er et behov for grundigere analyse av avhengigheter, forutsetninger på tvers i porteføljen og en sterkere samordnet styring slik at man får et grunnlag for prioritering og rekkefølgestyring av porteføljen.</p> <p>Innføring av eID og HelseID er felles utfordringer i porteføljen. Det ble kommentert at det er viktig å se eID i sammenheng med de andre identitetsløsningene. For kommunene er det særlig viktig at identitetsløsninger for hele den offentlige sektor sees i sammenheng. Stadig flere tjenester blir mobile, og det må derfor være mulig å identifisere seg på mobilt utstyr også.</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre ønsker å se kostnadene ved å innføre og ta i bruk løsningene. Det ble påpekt at det også løper en kostnad ved å ikke innføre løsningene.</p> <p>Direktoratet for e-helse informerte om at første oversikt over nasjonal e-helseportefølje for 2020 vil bli lagt frem i NUIT 27.mai og for Nasjonalt e-helsestyre 19.juni.</p> <p>Helsedataprogrammet</p> <p>Bodil Rabben i Direktoratet for e-helse ga en status for Helsedataprogrammet, som har som mål å bidra til bedre helseforskning, mer kunnskapsbaserte tjenester og mer involverte innbyggere. Programmet leverte forskerportalen, helsedata.no i mars i fjor, høsten 2018 kom variabelutforskeren og det neste som leveres er et felles søknadsskjema. En felles saksbehandlingsløsning er i anskaffelse nå og det planlegges også for anskaffelse av helseanalyseplattform. Innbyggere har fått innsyn i 2 kvalitetsregistre, og vil få gradvis innsyn i flere fremover. Programmet leverer stegvis og er opptatt av at gevinster tas ut underveis.</p> <p>Det skal i løpet av første halvår 2019 gjennomføres en ekstern kvalitetssikring av arbeidet med å etablere helseanalyseplattformen som et analyseøkosystem, i henhold til metodikken i KS2.Metier har fått dette oppdraget.</p> <p>Det er ønskelig å få se grunnlaget for gevinstberegningene, inkludert investeringsbehovene. Direktoratet for e-helse påpekte at den samfunnsøkonomiske analysen kun er et gevinstpotensial som er beregnet basert på en rekke forutsetninger, og vi vil ikke bruke den eksakte tidsbesparelsen som ble beregnet i analysen når forutsetningene som lå til grunn for analysen endres. Det vil bli satt opp en sak på dette i Nasjonalt e-helsestyre i et senere møte.</p>

	<p>Program for legemiddelområdet</p> <p>Bodil Rabben ga en kort status for Program for legemiddelområdet. Reseptformidlerforskriften er endret fra 1.jan 2019: fra samtykke til reservasjon, det innebærer at helsepersonell ikke lenger må be om samtykke for å få tilgang til pasientens resepter. Det gjør legemiddelbehandlingen tryggere fordi helsepersonell får raskere tilgang til pasientens gyldige resepter. Digitalisering av legemiddelområdet (PLL) er organisert som et program med fire prosjekter: Multidose i e-resept, Legemidler og kjernejournal til sykehjem og hjemmetjenester, Sentral forskrivningsmodul og Pasientens legemiddelliste.</p>
	<p>Vedtak:</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre tar status for nasjonal e-helseportefølje 2019 og informasjon om definering av nasjonal e-helseportefølje 2020 til orientering. Nasjonalt e-helsestyre ber Direktoratet for e-helse ta med innspill framkommet i møtet og ber om at arbeidet for å sikre mer samordnet porteføljestyling inn mot nasjonal e-helseportefølje videreutvikles.</p>
11/19	Program Kodeverk og terminologi
	<p>Direktoratet for e-helse ved Inga Nordberg orienterte om programmets planer for 2019 til 2023.</p> <p>Direktoratet har i oppdrag fra HOD å jobbe tett sammen med Helseplattformen på dette området og samtidig bidra til nasjonal forankring. Frem mot 2023 vil det blant annet arbeides med å etablere grunnlag for felles språk. Dette inkluderer oversettelse og norsk utvidelse av SNOMED CT, kobling til kodeverk og registervariabler. Det blir også viktig å sikre nasjonal forankring og fastsette hvordan SNOMED CT skal benyttes og videreutvikles i sektoren.</p> <p>Det ble løftet en bekymring om for dårlig involvering av fagmiljøene rundt kodeverket ICPC som benyttes i primærhelsetjenesten. Direktoratet for e-helse og Legeforeningen vil ha videre dialog om dette.</p>
	<p>Vedtak:</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre tar programmets planer til orientering. Programmet tar med seg innspillene som fremkom i møtet.</p>
12/19	Velferdsteknologisk knutepunkt
	<p>Marianne Bårtvedt van Os, Direktoratet for e-helse, orienterte om status for utprøvingen av velferdsteknologisk knutepunkt.</p> <p>Direktoratet for e-helse, Norsk Helsenett og Oslo kommune har i 2018/2019 samarbeidet om utprøving av et nasjonalt velferdsteknologisk knutepunkt (VKP). Formålet er å verifisere om et velferdsteknologisk knutepunkt er bærekraftig som nasjonal løsning for overføring av helserelatert informasjon mellom velferdsteknologiske løsninger og kommunenes EPJ. Prosjektet skal gjennomføre en praktisk utprøving av teknisk løsning og utrede sentrale områder som har betydning for om VKP kan anbefales nasjonalt. Prosjektet skal levere endelig anbefaling om nasjonalt knutepunkt til HOD 1.oktober 2019. Hovedårsaken til at utprøving går langsomt, er at EPJ-leverandører har begrenset kapasitet og ikke prioriterer arbeidet med VKP. Det jobbes sammen med KS og kommunene om felles tiltak for å få fremdrift hos EPJ-leverandørene.</p> <p>Det ble påpekt at det er viktig at kommunene samordner seg og utvikler en god leverandørstrategi slik at de kan stille sterkere krav til leverandørene. Spesialisthelsetjenesten har gode erfaringer med denne tilnærmingen.</p> <p>Det er ønskelig å få oversikt over kommunenes IKT-investeringer. Direktoratet for e-helse tar med seg innspillet.</p>
	<p>Vedtak:</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse om å ta med</p>

	innspill i det videre arbeidet med å utarbeide anbefaling om realisering av et nasjonalt knutepunkt for velferdsteknologi.
13/19	Modernisering av folkeregisteret i helse- og omsorgssektoren
	Rune Røren, Direktoratet for e-helse, presenterte saken. Skattedirektoratet moderniserer folkeregisteret og Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å koordinere innføringen av modernisert folkeregister i helsesektoren. Folkeregisteret inngår som en del av grunndata for helsesektoren. Det ble orientert om hvordan meldinger om fødsler og dødsfall skal rapporteres inn elektronisk i nytt folkeregister.
	Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering og programmet tar med innspill inn i det videre arbeidet.
14/19	Ny e-helseorganisering
	Karl Vestli, Direktoratet for e-helse, presenterte saken. Siden forrige orientering i Nasjonalt e-helsestyre er det kommet avklaring på en midlertidig finansieringsløsning som gjør at Norsk Helsenett får midler til drift og forvaltning av løsninger som overføres. I program Ny e-helseorganisering er det etablert to prosjekt: <ul style="list-style-type: none"> - Prosjekt Direktoratet 2.0 som skal tydeliggjøre og styrke direktoratets mandat - Prosjekt NHN 2020 som skal sikre etableringen av nasjonal tjenesteleverandør fra 1.1.2020. Det er laget en fremdriftsplan som viser de viktigste leveransene i programmet. De nasjonale utvalgene vil bli involvert i prosessen.
	Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering.
15/19	Helseplattformen
	Helse Midt-Norge ved Per Olav Skjesol orienterte Nasjonalt e-helsestyre om status for arbeidet med Helseplattformen, etablering av Helseplattformen AS og videre planer for innføring. Programmet går nå fra anskaffelsesfase til implementeringsfase. Nasjonalt e-helsestyre gratulerte Helseplattformen med signert kontrakt om nye pasientjournal med selskapet Epic Systems Corporation. Det ble stilt spørsmål om Helseplattformen vil utarbeide nasjonale standarder for kodeverk i samarbeid med Direktoratet for e-helse eller lage sine egne. Helse Midt-Norge svarte at målet er å bruke nasjonale standarder, men det vil være et stort behov for strukturerte data som kan gjøre det nødvendig å utvikle egne standarder. Det ble stilt spørsmål om Helseplattformen har tenkt å bruke helsefaglig referansegruppe i det videre arbeidet. Helseplattformen svarte at det har vært en styrke med helsefaglig referansegruppe i tidligere arbeid. Den videre organiseringen er ikke landet ennå, men Helse Midt-Norge noterer seg innspillet. Direktoratet for e-helse kommenterte at det er behov for tett samarbeid med Helseplattformen for å videreutvikle grensesnittet på helsenorge.no med tanke på innbyggere og samtykke.
	Vedtak: Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering.
16/19	Eventuelt
	Ny administrerende direktør i Norsk Helsenett Styret i Norsk Helsenett behandlet 21. mars ansettelse av ny administrerende direktør og har

	<p>ansatt Johan Ronæs i stillingen. Ronæs kommer fra stilling som direktør for Skatteetatens IT- og servicepartner.</p> <p>Nasjonalt e-helsestyre evaluerte møtet.</p>
--	--

Til **Møte 3/19**
 Dato **19.06.2019**
 Saksnummer **20/19-1 og 20/19-2**
 Type **Drøfting**

Fra **Christine Bergland**
 Saksbehandler **Anita Lindholt**

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

Denne saken består av to del saker

Sak	Tittel	Sakstype	Vedlegg
20/19-1	Plan for og organisering av forprosjektet	Tilslutning	Vedlegg 2A: HOD oppdragsbrev
20/19-2	Utgangspunkt for videre arbeid	Drøfting	

Sak 20/19-1: Plan for og organisering av forprosjektet

Forslag til vedtak

20/19-1	Nasjonalt e-helsestyre stiller seg bak plan for og organisering av forprosjektet.
20/19-2	Prosjektet tar med seg innspill fra møtet og utarbeider en endelig plan.

Hensikt med saken

Få tilslutning til plan for og organisering av forprosjektet.

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, jf. vedlegg 1. Direktoratet skal innen januar 2020 levere et sentralt styringsdokument (SSD) i tråd med statens prosjektmodell (KS-ordningen). Forprosjektets anbefalinger skal våren 2020 gjennomgå ekstern kvalitetssikring (KS2) før en eventuell investeringsbeslutning og fastsettelse av prosjektets kostnadsramme kan fremmes for Stortinget.

Prosjektet vil i møte kort gjennomgå oppdragets sentrale føringer og rammer.

Plan

Mål og milepæler

Forprosjektets resultatmål er å levere et sentralt styringsdokument innen utgangen av januar 2020 som oppfyller kravene i KS-ordningen og som gir grunnlag for videre beslutningsprosess. Forprosjektets anbefalinger skal gi grunnlag for at en nødvendig andel kommuner kan inngå intensjonserklæringer våren

Figuren under viser planens milepæler og tilhørende møter i prosjektets styringsmodell. Milepælsplanen gir dermed en foreløpig oversikt over hvilke temaer som vil bli behandlet når i de ulike styringsforaene.

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 • Kostnadsestimering 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	tbd		22.1

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

Figur 2 Milepæler og møter i prosjektets styringsmodell

Hovedaktiviteter

Aktivitetene *Overordnede rammer*, *Prosjektstrategi* og *Prosjektstyringsbasis* henviser til hovedkapitler i KS-ordningens metode. Prosjektet har for hvert område identifisert sentrale spørsmål som skal svares ut i arbeidet og vil behandle disse temaene i prosjektets arbeidsgruppe/-møter og i styringsfora. Tabellen under viser et utvalg av sentrale spørsmål som skal behandles.

Område	Utvalg sentrale spørsmål
<i>Styring, organisering og ansvar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvem skal ha ansvar for å gjennomføre anskaffelsen(e) og hvem skal inngå kontrakt(ene)? • Hvem skal ha ansvar for drift og forvaltning av hhv journalløsning og samhandlingsløsning? • Hvem skal være dataansvarlig for hhv. journalløsning og samhandlingsløsning? • Hvordan bør gjennomføringen organiseres, og hvem tar beslutninger i de ulike fasene? • Hvordan håndtere programorganisasjonen i en eventuell mellomperiode hvor virksomheter som skal ha endelig ansvar ikke er etablert?
<i>Finansiering</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan skal kostnadene fordeles mellom aktørene? • Hvordan skal tiltaket finansieres?
<i>Kontraksstrategi</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan bør anskaffelsen(e) struktureres og gjennomføres?
<i>Gjennomføring, innføring og gevinstarbeid</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan kan vi dele opp gjennomføringen (stegvis tilnærming)? • Hvordan bør løsningen innføres? • Hvordan bør gevinstarbeidet organiseres og hvordan skal gevinstene følges opp?
<i>Løsningsomfang og arkitektur</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvilken funksjonalitet bør en journalløsning understøtte? • Hvilken funksjonalitet kan/bør løses utenfor journalløsningen? • Hva skal være ambisjonsnivået for samhandling med spesialisthelsetjenesten? • I hvilken grad kan vi gjenbruke eksisterende nasjonale løsninger? • Hva skal være ambisjonsnivået for samhandling med andre kommunale og statlige tjenester?

	<ul style="list-style-type: none">• Hvordan skal vi forholde oss til velferdsteknologi, avstandsoppfølging o.a. tilgrensende tiltak?• Hvilke integrasjoner med administrative funksjoner i kommunene må løsningen støtte?• Hvilke innbyggertjenester skal løsningen tilby. Hvordan skal grensesnittet mellom disse og helsenorge.no være?• Hvilke behov har vi knyttet til håndtering av identitets- og tilgangsstyring?• Hvilke alternativer har vi for å løse identitets- og tilgangsstyring?
--	---

Tabell 1 Utvalg sentrale spørsmål

Prosjektet har i aktiviteten *Markedsdialog* gjennomført fellesmøte (24. mai 2019) og vil tilby 1:1 møter med leverandører av EPJ- og samhandlingsløsninger samt utvalgte bransjeorganisasjoner. Alle eksisterende leverandører i det norske markedet er invitert. Leverandørene er invitert til å gi innspill på alle sentrale tema som forprosjektet skal behandle. Prosjektet forventer om lag 15-20 1:1 møter og vil i møtet gi en oversikt over foreløpig møteplan.

Prosjektet vil i aktiviteten *Referansebesøk* innhente erfaringer fra et utvalg relevante prosjekter, bl.a. de pågående store journalprosjektene i Danmark, Sverige og Finland. Prosjektet har tidligere i år gjennomført referansebesøk til England. I denne aktiviteten ligger også erfaringsinnhenting fra relevante prosjekter i helsesektoren i Norge og større omstillings- og digitaliseringsprosjekter i andre sektorer. Prosjektet vil i møtet gi en oversikt over gjennomførte og planlagte referansebesøk.

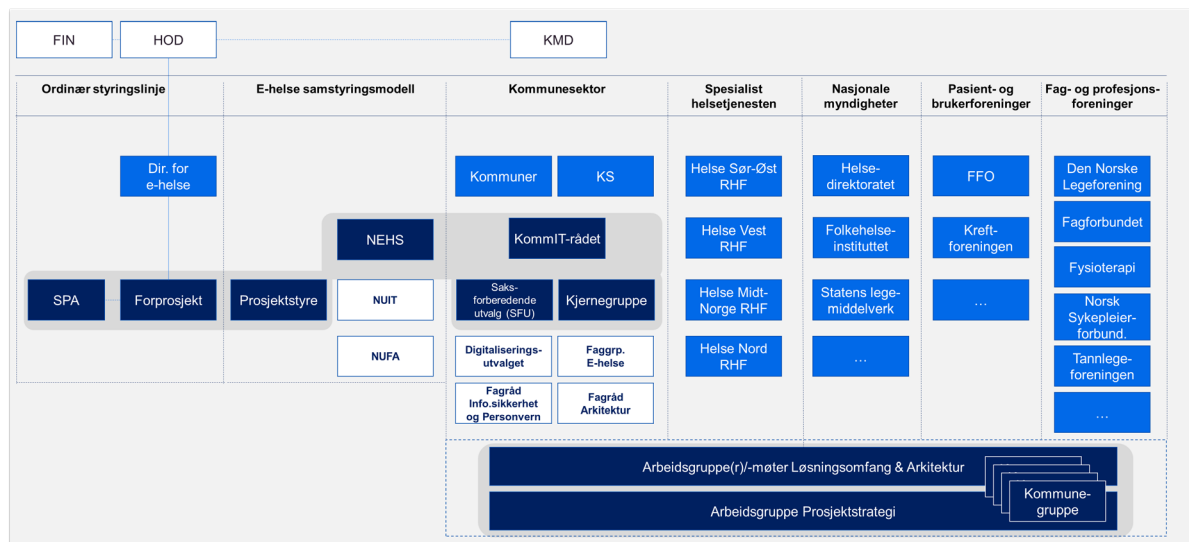
Prosjektet skal legge til grunn erfaringer fra Helseplattformen i Midt-Norge og prosjektet vil i samarbeid med Helseplattformen etablere en egen møteserie og sikre utveksling av relevant dokumentasjon. Prosjektet vil også delta som observatør på utvalgte møter i Helseplattformen knyttet til etablering og innføring av løsning.

I aktiviteten *Øvrige oppgaver i HODs oppdrag* ligger bl.a. oppgaver om vurdering av regelverk og støtte til HOD i arbeidet med finansieringsmodell. Her ligger også oppgaven knyttet til å gjennomføre en tidsbrukskartlegging av enkelte hovedprosesser i utvalgte kommuner og tjenesteområder gjennom referansebesøk/observasjoner. Formålet med dette er å underbygge og kvalitetssikre vurderingene i konseptvalgutredningen og KS1-rapporten. For å sikre god metodikk og kvalitet i kartleggingen vil det i løpet av juni/juli 2019 gjennomføres enkeltobservasjoner i utvalgte tjenester, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste. I tillegg har direktoratet bedt utvalgte fagmiljøer, herunder de fire regionale helseforetakene, KS, Legeforeningen og Sykepleierforbundet, om innspill til hvordan tidskartleggingen kan gjennomføres.

Aktiviteten *Intensjonserklæringer kommune* er knyttet til oppgaven i HODs oppdrag om å inngå intensjonsavtaler med kommuner som representerer omkring halvparten av befolkningen utenfor Midt-Norge før KS2-rapporten ferdigstilles, tentativt innen juni 2020. Prosjektet vil i høst samarbeide tett med KS og kommunesektoren om å utarbeide teksten til intensjonsavtalen og deretter legge en felles plan for hvordan intensjonserklæringene kan inngås etter at forprosjektets anbefalinger er klare.

Organisering

Figuren under illustrerer organiseringen av forprosjektet hvor de mørkeblå boksene er der hvor hovedaktiviteten til prosjektet vil foregå. Planlagt møteaktivitet er vist i illustrasjonen av prosjektplan ovenfor.



Figur 3 Illustrasjon på organisering

Direktoratet for e-helse er ansvarlig for oppdraget og vil jevnlig behandle sentrale spørsmål i ordinære ledermøter og i ukentlige prosjekteiermøter. HOD vil som fag- og eierdepartement ha tett oppfølging av prosjektet. Direktoratet for e-helse har etablert en prosjektorganisasjon for oppdraget, i stor grad som en videreføring av teamet som gjennomførte konseptvalgutredningen.

Prosjektet ønsker å videreføre organiseringen med Nasjonalt e-helsestyre som styringsgruppe og et eget Prosjektstyre. Ordinær saksbehandling vil være at alle sentrale tema som skal til Nasjonalt e-helsestyre først blir behandlet i Prosjektstyret. Foreløpig plan er at endelig SSD skal behandles som tilslutningssak i Nasjonalt e-helsestyre i januar 2020. Prosjektet ønsker også en behandling av sentrale tema i kommunesektorens KommIT-råd. Prosjektet vil så langt det lar seg gjøre gjennomføre drøftinger med NUIT og NUFA i sektorens samstyringsmodell for e-helse og med råd og utvalg underliggende til KommIT-rådet.

Forprosjektet skal beskrive tiltakets løsningsomfang og arkitektur, og beskrive alle sentrale grensesnitt og avhengigheter. Direktoratet har derfor etablert en arbeidsgruppe med representanter fra direktoratets funksjoner for Strategi, Portefølje og Arkitektur (SPA), samt representanter fra eksisterende nasjonale e-helseløsninger og relevante pågående prosjekter. SPA-gruppen skal bl.a. behandle spørsmål i HODs oppdragsbrev knyttet til prioriteringer i e-helseporteføljen og endringer som er hensiktsmessig å gjøre i dagens løsninger før en eventuell innføring av ny journalløsning og investeringer i samhandlingsløsning.

KS og kommunesektoren er invitert til et tett samarbeid som omfatter prosjektledelse, samarbeid om oppgaver i oppdraget og deltakelse i arbeidsgrupper og arbeidsmøter. Prosjektet ønsker å bygge videre på samarbeidet med de fire gruppene av referansekommuner. KS og kommunesektoren har styrket sin programledelse, etablert en egen kjernegruppe med flere, mer dedikerte medarbeidere og etablert et saksforberedende utvalg som skal understøtte saksbehandlingen. KS og Direktoratet for e-helse vil koordinere planer og aktiviteter knyttet til kommunikasjon.

Sektoren vil bli involvert i arbeidsgrupper og arbeidsmøter knyttet til områdene *Prosjektstrategi* og *Løsningsomfang og Arkitektur*. Arbeidsgruppe *Prosjektstrategi* skal gi innspill og råd til prosjektet på

hvordan tiltaket samlet sett skal gjennomføres for å nå sine mål. Arbeidet omfatter delstrategier som *Strategi for styring av usikkerhet*, *Gjennomføringsstrategi*, *Kontraktstrategi*, *Organisering og ansvarsdeling* og *Gevinstarbeid*. Gruppen er under etablering med foreløpig representasjon vist i tabellen under.

<i>Deltager</i>	<i>Virksomhet</i>	<i>Stilling</i>
Ola Eirik Klingen	Trondheim kommune	Rådgiver, Porteføljestyre IT
Morten Svarverud	Bærum kommune	Kommunalsjef PLO
Kjersti Lothe Dahl	Stavanger kommune	Økonomisjef
Aase Synnøve Hobbesland	Grimstad kommune	Kommunalsjef HO
Jan Myrekrok	Vinje kommune	Rådmann
Runar Nygård	Oslo kommune	Etatsdirektør
Kjetil Århus	Bergen kommune	Direktør digitalisering og innovasjon
Arne Myrland	Bodø kommune	Kommunaldirektør
Terje Wistner	KS	Programleder
Rune Bye	KS	Avdelingsleder Kommuneøkonomi
NN	Legeforeningen	
NN	Norsk Helsenett	
NN	Helse Nord RHF	
NN	Helse Midt-Norge RHF	
NN	Helse Vest RHF	
Ole Johan Kvan	Helse Sør-Øst RHF	Spesialrådgiver, Teknologi og e-helse
Karl Vestli	Direktoratet for e-helse	Divisjonsdirektør Strategi
Inga Nordberg	Direktoratet for e-helse	Divisjonsdirektør Styring og standardisering
NN	Helsedirektoratet	

Tabell 2 Medlemmer i arbeidsgruppe Prosjektstrategi (foreløpig)

Som illustrert i prosjektplanen ovenfor vil det bli gjennomført flere arbeidsmøter knyttet til *Løsningsomfang og Arkitektur* og prosjektet vil her bygge videre på samarbeidet med de fire kommunegruppene fra konseptvalgutredningen. En sentral oppgave er å definere ambisjonsnivået for samhandling mellom tjenestenivåene og for dette formålet vil det bli gjennomført felles arbeidsmøter med representanter fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Første fellesmøte knyttet til samhandling er satt til 18. juni.

Tabellen under gir et sammendrag av hvordan sektoren er planlagt involvert i arbeidet.

Aktør	Involvering
KS og kommuner	<ul style="list-style-type: none"> • Representert i Nasjonalt e-helsestyre og Prosjektstyre • KS programledelse og ev. kjernegruppe inviteres inn i prosjektledelsen, markedsdialogen og i arbeidsgruppe og –møter • Prosjektet understøtter saksforberedende utvalg etter behov • Gjennom KS inviteres kommuner til å delta i arbeidsgruppe og –møter knyttet til <i>Prosjektstrategi</i> og <i>Løsningsomfang og Arkitektur</i> • Jevnlig koordinering og oppdatering mellom prosjektet og koordinatorene i kommunegruppene • Prosjektet stiller i KommIT-rådet ved behov og i underliggende råd og utvalg etter behov og når mulig • KS og direktoratet samarbeider om kommunikasjonsplan og -aktiviteter
Spesialisthelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • Representert i Nasjonalt e-helsestyre og Prosjektstyre • Deltar i felles arbeidsmøter med kommunesektoren knyttet til arbeid med <i>Løsningsomfang og Arkitektur</i>. I arbeidet med å etablere ambisjonsnivå for samhandling vil prosjektet kjøre en prosess med RHF-ene Nord/Vest/Sør-Øst og en prosess med Midt-Norge fordi utgangspunktet er forskjellig gitt innføring av Helseplattformen som en felles løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Prosessene vil koordineres slik at ambisjonsbeskrivelsen også omfatter samhandlingen mellom Midt-Norge og resten av landet • Invitert til å delta i arbeidsgruppe for <i>Prosjektstrategi</i> • Møter mellom prosjektet og IKT-ledelsen i RHF-ene for å avklare beskrivelser, vurderinger og anbefalinger
Nasjonale fagmyndigheter	<ul style="list-style-type: none"> • Helse direktoratet og Folkehelseinstituttet er representert i Nasjonalt e-helsestyre og Prosjektstyre • Helse direktoratet inviteres inn på relevant(e) sak(er) i arbeidet med <i>Prosjektstrategi</i>, eksempelvis ved behandling av modeller for helsefaglig standardisering og klinisk IKT forvaltning • Helse direktoratet samarbeider med prosjektet om vurdering av regelverk
Pasient- og brukerforeninger	<ul style="list-style-type: none"> • Kreftforeningen og FFO er representert i Nasjonalt e-helsestyre og Prosjektstyre • Prosjektet inviterer til pasient- og brukerrepresentasjon i arbeidsmøter knyttet til <i>Løsningsomfang og Arkitektur</i> • Bi-laterale møter etter behov
Helsepersonell Fag- og profesjonsforeninger	<ul style="list-style-type: none"> • Deltakere i arbeidsmøter knyttet til <i>Løsningsomfang og Arkitektur</i> er i stor grad utøvende helsepersonell og administrativt personell som representerer ulike tjenesteområder og profesjonsgrupper i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Prosjektet bestiller / gir innspill på hvilke fagområder og funksjoner som bør være representert og virksomheten velger ut sine deltakere • Legeforeningen er representert i Nasjonalt e-helsestyre og er invitert til å delta i arbeidsgruppe knyttet til <i>Prosjektstrategi</i> • Legeforeningen, Sykepleierforbundet, Fagforbundet og Tannlegeforeningen er representert i Prosjektstyre • Prosjektet vil vurdere et eventuelt fellesmøte for fag- og profesjonsforeninger • Bi-laterale møter etter behov

Tabell 3 Sammendrag av sektorinvolvering

Sak 20/19-2: Utgangspunkt for videre arbeid

Forslag til vedtak:

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

Hensikt med saken

Prosjektet ber om Nasjonalt e-helsestyre sine innledende innspill slik at vi sikrer god innretning på videre arbeid.

Kort innledning til sentrale tema

Mulige konsekvenser for eksisterende nasjonale løsninger

Anbefalinger i forprosjektet og eventuell(e) anskaffelse(r) i en gjennomføringsfase kan ha konsekvenser for eksisterende e-helse grunnmurskomponenter og nasjonale e-helseløsninger, bl.a. redusere levetiden på eksisterende investeringer og løsninger.

Prosjektet legger til grunn eksisterende, besluttede planer og prinsippet om å gjenbruke og bygge videre på eksisterende nasjonale løsninger. De endelige valgene om gjenbruk og videreutvikling må kunne begrunnes i en risiko og kost-/nytteberegning. I vurderingene må det også legges til grunn at hver enkelt løsning har en livssyklusplan uavhengig av dette tiltaket og at de fleste IKT-systemer gjennomgår vesentlige plattformoppgraderinger eller moderniseringer.

Prosjektet vil vurdere hvilke arkitektur- og løsningsvalg som bør i forprosjektet (2020), fremfor at de holdes åpne til en anskaffelsesfase (tent. 2022/2023) eller en etableringsfase (tent. 2023/2024).

Prosjektet legger til grunn strategien om Helsenorge.no som felles innbyggerportal for digitale tjenester, men det holdes åpent at funksjonalitet for utvalgte innbyggertjenester kan bli levert av en ny journalløsning.

Eierskapsmodell for tjenesteleverandør

Forprosjektet skal avklare ansvar og organisering for tiltaket i følgende hovedfaser:

- Anskaffelsesfasen
- Etablering- og tilpasningsfasen
- Innføringsfasen
- Forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling (FDVU)

Tiltaket har en lang levetid, beregnet frem til 2040. Valg i tidlige faser kan påvirke kostnader og nytte knyttet til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling (FDVU). Aktøren(e) som er ansvarlig i FDVU-fasen må derfor sikres innflytelse gjennom hele gjennomføringen.

Plassering av ansvaret for løsningen(e) og eierskapet til tjenesteleverandør(er) vil ha betydning for hvilken organisering og ansvarsdeling som vil være hensiktsmessig i foregående faser. Vi mener at det derfor er nødvendig å avklare eierskapet til tjenesteleverandøren(e) i FDVU-fasen før organisering og ansvarsdeling i forutgående faser kan ferdigstilles.

Dette innebærer at følgende spørsmål bør besvares tidlig:

1. Hvem bør eie tjenesteleverandøren som skal ha ansvar for journalløsningen i FDVU-fasen?

2. Hvem bør eie tjenesteleverandøren som skal ha ansvar for samhandlingsløsningen(e) i FDVU-fasen?

Innføring av en felles journalløsning til kommunale helse- og omsorgstjenester innebærer den største endringen fra dagens situasjon. Vi ønsker derfor å drøfte spørsmål vedrørende tjenesteleverandøren som skal ha ansvar for den felles journalløsningen først. Spørsmål knyttet til hvem som bør være tjenesteleverandør for samhandlingsløsningen(e), samt om dette får implikasjoner for hvem som bør eie tjenesteleverandøren for journalløsningen, vil drøftes deretter.

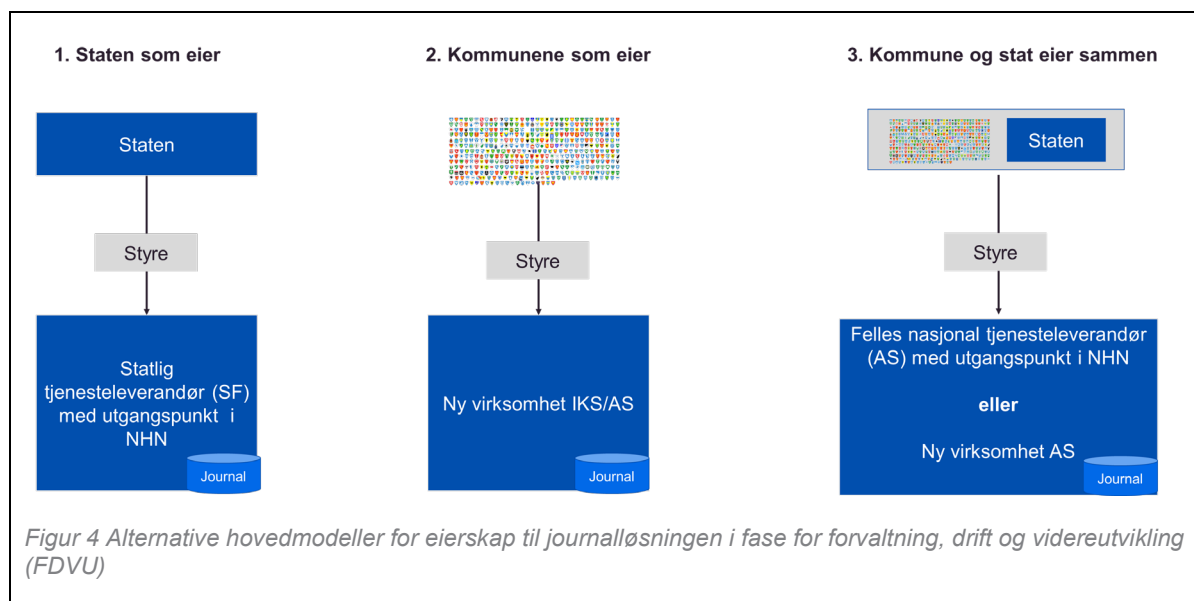
Tjenesteleverandørens ansvar og forholdet til eier og andre aktører

Journalløsningens tjenesteleverandør vil ha som sin primære oppgave å tilby journalløsningen til virksomhetene innen kommunal helse- og omsorgstjeneste, inkludert fastleger, i tråd med de vilkår som etableres for dette.

Ansvaret vil utøves innen rammer og føringer gitt fra eier(ne) av tjenesteleverandøren. Uavhengig av hvor eierskapet plasseres vil tjenesteleverandøren også måtte forholde seg til en rekke andre aktører. Særlig vil tjenesteleverandøren måtte ha en nær relasjon til virksomhetene som utgjør kundesiden. Helsefaglige myndigheter vil være viktige premissgivere. Tjenesteleverandøren for samhandlingsløsningen(e) (hvis dette ikke er samme virksomhet), interessentgrupperinger og nasjonale samstyringsfora er andre aktører som tjenesteleverandøren kan måtte forholde seg til.

Alternative eierskapsmodeller for tjenesteleverandøren for journalløsningen

Vi har så langt identifisert tre mulige hovedmodeller for eierskap til journalløsningen i FDVU-fasen. Alternativene er illustrert i figuren under:



Modell 1 innebærer at staten eier tjenesteleverandøren. Det anses mest naturlig at tjenesteleverandøren da etableres med utgangspunkt i Norsk Helsenett/nasjonalt tjenesteleverandør. Modellen innebærer at staten tar et utvidet ansvar for journalløsningene og vår foreløpige vurdering er at dette er lite realistisk.

Modell 2 innebærer at kommunene eier tjenesteleverandøren. Dette forutsetter at det opprettes en ny heleid kommunal virksomhet i form av et AS eller et IKS.

Modell 3 innebærer at staten og kommunene sammen eier tjenesteleverandøren. Dette kan gjøres på ulike måter. Et alternativ er å ta utgangspunkt i Norsk Helsenett/nasjonal tjenesteleverandør gjennom at kommunene kommer inn på eiersiden der, og at denne organisasjonen gjøres i stand til å ta dette ansvaret. Alternativt at det opprettes en ny felleseid virksomhet i form av et AS. En felleseid nasjonal tjenesteleverandør med utgangspunkt i Norsk Helsenett/nasjonal tjenesteleverandør vil av konkurranserettslige årsaker kunne medføre at Norsk Helsenett/nasjonal tjenesteleverandør må gjøre justeringer i den øvrige tjenesteporteføljen.

Videre prosess for valg av eierskapsmodell

I teorien kan tjenesteleverandørens oppgaver løses like godt uavhengig av hvor eierskapet plasseres. Avtaler, styrings- og incentivmekanismer er i teorien mulig å utforme for å kunne ivareta alle nødvendige hensyn.

Det vil imidlertid kunne være krevende å utforme rammer for tjenesteleverandøren som dekker alle mulige eventualiteter og problemstillinger over tiltakets levetid. Eierskapsmodellen vil derfor også ha betydning. Forhold som ikke er regulert i kontrakter og avtaler, er det normalt eier som rår over. Betydningen av eierskap vil imidlertid modereres av lover, regler og føringer gitt fra myndighetene, samt de avtaler og kontrakter som er inngått med kunder og leverandører.

Forprosjektet vil utarbeide kriterier for valg av eierskapsmodell for tjenesteleverandøren. Dette arbeidet er ikke ferdigstilt, men det er naturlig å se til kriterier som legger til rette for en effektiv forvaltning, drift, vedlikehold og videreutvikling av løsningen, og som balanserer hensynene til kostnader og nytte. Valg av eierstruktur er dermed avhengig av hvilken finansieringsmodell som besluttes for tiltaket. I tillegg bør man blant annet vurdere hvilken modell som best ivaretar innbyggerperspektivet og helsepolitisk måloppnåelse.

Som nevnt innledningsvis er vurderingen av eierskap til journalløsningen første trinn i vurderingen av en samlet eierskapsløsning for tiltaket i FDVU-fasen. Når eierskapet til journalen er landet, vil spørsmål om hvem som bør være tjenesteleverandør for samhandlingsløsningen(e) drøftes. I denne drøftingen vil man blant annet vurdere om det er egenskaper ved tiltaket som gjør at journal- og samhandlingsløsninger bør ligge i samme virksomhet. I tillegg vil man vurdere om det er mest naturlig å ta utgangspunkt i Norsk Helsenett/nasjonal tjenesteleverandør og/eller om det behov for å etablere en ny virksomhet.

De alternative modellene for eierskap til journalløsningen vil bli presentert i møtet. Vi ønsker innledende innspill fra Nasjonalt e-helsestyre på disse modellene.



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Direktoratet for e-helse
Postboks 221 Skøyen
0213 OSLO

Deres ref

Vår ref

Dato

18/5416-18

26. april 2019

Tillegg til tildelingsbrev nr 3 2019 – oppstart av forprosjekt for helhetlig samhandling og felles kommunal journal

Vi viser til tildelingsbrev for 2019 hvor Direktoratet for e-helse ble bedt om å jobbe videre med sikte på å etablere en nasjonal løsning for helhetlig samhandling og en felles kommunal journal. Vi viser også til gjennomført konseptvalgutredning fra 6.7.2018 og tilhørende KS1-rapport fra 20.12.2018.

Helse- og omsorgsdepartementet gir med dette Direktoratet for e-helse i oppdrag å gjennomføre et forprosjekt og utarbeide sentralt styringsdokument i tråd med statens prosjektmodell, jf. Finansdepartementets rundskriv R-108/19 *Krav til utredning, planlegging og kvalitetssikring av store investeringsprosjekter i staten*. Sentralt styringsdokument skal deretter gjennomgå ekstern kvalitetssikring (KS2) før investeringsbeslutning og fastsettelse av prosjektets kostnadsramme kan fremmes for Stortinget.

Bakgrunn

Arbeidet med "Én innbygger - én journal" er delt opp i tre overordnede tiltak: 1) etablering av Helseplattformen i Midt-Norge, 2) videreutvikling av de øvrige regionale helseforetakenes journalsystemer og 3) etablering av løsninger for helhetlig samhandling og felles kommunal journal.

Granavolden-plattformen peker på digitalisering og bruk av nye e-helseløsninger som en forutsetning for å skape pasientens helse- og omsorgstjeneste og gjøre tjenesten bærekraftig for fremtiden. Helse- og omsorgstjenestene i kommunene skal moderniseres og styrkes. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten må bedres for å sikre sammenhengende, trygge tjenester som ivaretar den enkeltes behov. Andelen eldre i befolkningen er økende, og stadig flere har kroniske sykdommer og sammensatte omsorgsbehov. Regjeringen vil realisere "Én

Postadresse
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo
postmottak@hod.dep.no

Kontoradresse
Teatergt. 9
www.hod.dep.no

Telefon*
22 24 90 90
Org.nr.
983 887 406

Avdeling
E-helseavdelingen

Saksbehandler
Tor Eid
22 24 85 37

innbygger – én journal" og en løsning for kommunene og integrasjon med spesialisthelsetjenestens løsninger prioriteres først.

Kommunene har et stort behov for bedre journalløsninger og enklere samhandling med andre aktører i helse- og omsorgssektoren. IKT-systemene er i dag avgrenset til hver enkelt virksomhet, og helseinformasjon deles ikke godt nok mellom ulike deler av helsetjenesten. Dette kan ha konsekvenser for pasientsikkerhet, behandlingsskvalitet og effektiv arbeids- og informasjonsflyt. Særlig ser vi dette på områder der et stort antall aktører har behov for å ha oppdatert informasjon, slik som legemidler og planer for videre pasientbehandling.

Direktoratet for e-helse har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomført en konseptvalgutredning i tett samarbeid med sektoren. Direktoratet anbefalte K7 – løsning for helhetlig samhandling og felles journal i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette konseptet er det alternativet som oppfyller mål og krav best, og som har den største samfunnsøkonomiske nytten. Størstedelen av den beregnede nytten ved tiltaket vil tilfalle kommunesektoren. Det er også det konseptet som fra et innbyggerperspektiv i vesentlig grad vil bidra til mer helhetlig og koordinert helsetjeneste av høyere kvalitet, og vil gi innbyggerne mulighet til å være aktiv i prosesser og beslutninger om egen helse og ivareta sine personvernrettigheter. Den eksterne kvalitetssikringen (KS1) støtter det anbefalte konseptet.

Tiltaket skal ivareta behov knyttet til dokumentasjon og ytelse av helsehjelp i kommunal helse- og omsorgstjeneste samt behov for mer helhetlige pasientforløp mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette omfatter felles journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste utenfor region Midt-Norge og samhandlingsløsning for hele helse- og omsorgssektoren. Tiltaket skal legge til rette for bedre samhandling med innbygger og andre kommunale og statlige tjenesteområder, og bidra til å redusere uønsket klinisk variasjon.

Overordnede rammer og føringer

- Forprosjektet skal igangsettes med utgangspunkt i konsept 7, og gjennomføres i tråd med statens prosjektmodell.
- Direktoratet for e-helse skal lede forprosjektet.
- Kostnadsestimat P50 på 11,4 milliarder kroner skal legges til grunn som styringsmål i forprosjektet. Det skal føres endringslogg gjennom hele forprosjektfasen.
- Sektoren skal involveres i arbeidet.
- Det langsiktige målet er 100 % deltakelse fra aktørene i kommunal helse- og omsorgstjeneste, inklusive fastleger.
- Det legges foreløpig ikke til grunn lovpålegg om obligatorisk innføring av journal-løsningen i innledende faser for kommuner eller fastleger. Forprosjektet utreder om det er rettslig mulig og nødvendig å pålegge plikt til å bruke journalløsning og samhandlingsløsning, samt hvordan dette eventuelt bør gjøres konkret.
- Før KS2-rapporten ferdigstilles bør det, i samarbeid med KS, inngås intensjonsavtaler med kommuner som representerer omkring halvparten av befolkningen utenfor Midt-

Norge. Intensjonsavtalene bør inkludere gevinstrealisering, finansieringsprinsipper og prinsipper for risikodeling.

- Nødvendige forpliktelser fra kommunesetoren må være avklart før kunngjøring av anskaffelsen(e).
- Ansvaret for anskaffelsen(e) bør ikke ligge i statsforvaltningen. Forut for utlysning i markedet må organisatorisk ansvar for anskaffelsesprosessen(e), herunder en forpliktende rolle for kommunal sektor, være avklart.

Innretning og gjennomføring av forprosjektet

Tiltaket innebærer at dokumentasjon av helsehjelp i journalen blir mer strukturert og at arbeidsprosessene blir mer standardiserte. Videre innebærer tiltaket en omlegging av hvordan journaløsninger anskaffes, noe som innebærer at et stort antall kommuner og fastleger skal koordineres inn mot felles beslutninger. Disse forholdene innebærer betydelig risiko for gjennomføringen av tiltaket.

Forprosjektet skal vurdere strategier for stegvis gjennomføring og reduksjon av risiko, kompleksitet og kostnader. Forprosjektet skal videre utrede modeller for organisering og ansvars plassering og se dette i sammenheng med reglene om offentlig støtte og anskaffelser, herunder behov for ev. kommunalt medeierskap eller lovbestemte plikter.

Forprosjektet skal utarbeide en plan som sikrer nødvendig koordinering med Helse- og omsorgsdepartementet og håndtering av tema som departementet ønsker å følge tett eller ha hel- eller delansvar for, f.eks utredning av juridiske forhold og kostnadsfordeling.

IKT-sikkerhet og personvern skal ha høy prioritet i arbeidet.

Prinsipper for kostnadsfordeling

Helse- og omsorgsdepartementet innleder en dialog med KS, de regionale helseforetakene og berørte departementer om prinsipper for fordeling av kostnadene. Forprosjektet skal konkretisere kostnadsfordelingen, gitt overordnede rammer og føringer.

Eventuelle modeller for å avlaste risiko og periodiseringsutfordringer for helseforetak og kommunesektoren skal vurderes. Modellene skal bygge på eksisterende låneordninger for kommunene og de regionale helseforetakene, og ses i sammenheng med vurderingen av om det bør pålegges plikt til å bruke journal- og samhandlingsløsningene.

Delleveranse

- Utrede og levere innspill til departementets dialog med KS og de regionale helseforetakene angående prinsipper for fordeling av kostnader og gevinster mellom de ulike aktørene.

Trinnvis økende involvering og forpliktelse

Forprosjektet skal:

- Utrede om det vil være rettslig mulig og nødvendig å pålegge plikt til å bruke journal-løsningen og samhandlingsløsningen, samt hvordan dette eventuelt bør gjøres konkret.
- Utrede funksjonelle standarder og tekniske krav til journalløsningene for aktører i helse- og omsorgssektoren, inklusiv obligatorisk bruk av felles samhandlingsløsning
- Utrede deltakelse fra fastleger og ev insentiver og sannsynliggjøre hvor stor andel av fastleger som minimum kan forventes å delta.
- Utrede hva som er tilstrekkelig deltakelse for oppstart av anskaffelsen(e), hvilket mål man kan forvente i innledende faser og hvilke konsekvenser dette vil ha for kostnader, risiko og kompleksitet. Utrede hvordan kommunesektoren kan forplikte seg til deltakelse.
- Utrede hvem som skal ha ansvar for å anskaffe, etablere, innføre, drifte og forvalte løsningene, herunder et selskap med kommunalt medeierskap. Organisasjonen(e) som skal ha ansvar for å anskaffe løsningen(e) bør være etablert før kunngjøring av anskaffelsen(e), og en forpliktende rolle for kommunal sektor i anskaffelsesprosessen være avklart. Plan for hvordan etablering, innføring, drift og forvaltning av løsningen(e) skal organiseres må være avklart forut for utlysning.
- Gi innspill til Helse- og omsorgsdepartementets lovarbeid for å sikre rettsgrunnlag for felles journalløsning og samhandlingsløsning.

Forberede anskaffelsen(e)

- Forprosjektet skal vurdere om det skal gjennomføres en markedsdialog i forbindelse med utarbeidelsen av konkurransegrunnlaget. Det skal legges til rette for samfunns-økonomisk effektiv konkurranse og innovasjon i leverandørindustrien for e-helse-løsninger. En må søke løsninger som gir lavest mulig risiko og tilstrekkelig konkurranse.
- 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.
- Erfaringer fra andre nasjonale og internasjonale digitaliseringsprosjekter (både fra helse og andre sektorer) skal benyttes der det er relevant.
- Kontraktstrategien som velges skal understøtte fleksibilitet i gjennomføringen.
- Forprosjektet skal vurdere hvordan anskaffelsen(e) kan brukes for å få demonstrert løsningen(e) for de ulike helseprofesjonene.
- Forprosjektet må ivareta at det kan etableres tilpassede arbeidsflater for de ulike helseprofesjonene slik at de får verktøy som understøtter deres arbeidshverdag på en best mulig måte. Løsningen(e) må tilrettelegge for effektiv drift, og god pasient-behandling i den enkelte virksomhet og i et forløpsperspektiv. Det er videre viktig at

løsninger har fleksibilitet for tilpasning til lokale kliniske behov og andre forhold. Dette må balanseres opp mot mål om å redusere uønsket klinisk variasjon.

- Kontraktstrategien må balansere behovet for tilpasning til lokale arbeidsprosesser og mål om å redusere uønsket klinisk variasjon.
- Løsning(er) for helhetlig samhandling og felles kommunal journal skal ivareta krav til bruk av åpne standarder og definert terminologi. Terminologi skal ivareta behovene til klinisk praksis i hele helsetjenesten.
- Anskaffelsesrettslig tilrettelegge for at alle virksomheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste utenfor Helse Midt-Norge RHF sitt opptaksområde kan ta i bruk journal- og samhandlingsløsningen og at øvrig helsetjeneste i hele landet kan ta i bruk samhandlingsløsningen.
- Vurdere strategier for dekomponering og stegvis gjennomføring for å redusere risiko, kompleksitet og kostnader.

Avhengigheter til andre tiltak

- Forprosjektet må redegjøre for de viktigste avhengighetene til tiltakene i e-helseporteføljen og hvordan programorganisering av tiltaket, trinnvis tilnærming og aktiv porteføljestyring av tilgrensende initiativ kan bidra til best mulig samlet måloppnåelse og ressursbruk.
- Direktoratet for e-helse skal vurdere nødvendige prioriteringer i e-helseporteføljen som resultat av tiltaket, eller der det er myndighetsoppgaver iverksatt som både vil være til nytte for nasjonal kommunal journal og Helseplattformen.
- Forprosjektet må redegjøre nærmere for hvilke endringer som er hensiktsmessige å gjøre i dagens løsninger før en ev. innføring av ny journalløsning og hvordan disse endringene ev. påvirker kostnads- og nyttesiden i prosjektet.

Gevinstrealiseringsplan

- Forprosjektet skal synliggjøre fordelingen av gevinster mellom de ulike aktørene, herunder i størst mulig grad kvantifisere nyttevirksomheter for spesialisthelsetjenesten og innbyggere.
- Forprosjektet skal utarbeide en gevinstrealiseringsplan og klargjøre ansvar for gevinstrealisering. Det er virksomhetene som har ansvar for realiseringen av gevinster. Det må utarbeides en modell for å følge opp gevinstene.
- Forprosjektet skal oppdatere gevinstrealiseringsplaner basert på nye versjoner av funksjonelle beskrivelser, og sikre at dette blir løpende oppdatert gjennom hele gjennomføringsfasen, i tråd med anbefalingene i DFØ-veilederen *Gevinstrealisering – planlegging for å hente ut gevinster av offentlige prosjekter*. Det skal vektlegges god forankring og felles forståelse av gevinstrealiseringspotensiale hos virksomhetene som har ansvar for realisering av gevinstene.

Sentralt styringsdokument

Arbeidet med sentralt styringsdokumentet skal blant annet ta hensyn til:

1. KS1-rapportens behovsbeskrivelse (13 punkter) legges til grunn og samhandling innarbeides.
2. Forprosjektet skal behandle vurderingene gjort i KS1 knyttet til konseptvalg-utredningens beskrivelser av mål og ambisjoner.
3. Behandle og avklare de mulige interessekonfliktene. I den sammenheng kan det være til hjelp å prioritere interessentenes underliggende behov.
4. Å gjøre effektmålene mer verifiserbare.
5. Gjennomføre en prioritering av resultatmål for programmets gjennomføringsfase.
6. Gjennomarbeide kravene for å få en bedre presisjon og sikre at behovene er godt dekket.
7. Nullpunktsmålinger knyttet til tidsbruk bør gjennomføres før innføring i den enkelte kommune for å underbygge og kvalitetssikre tidsbrukseffekter. I forprosjektfasen skal det kartlegges tidsbruk knyttet til enkelte hovedprosesser i utvalgte kommuner og tjenesteområdet gjennom referansebesøk/observasjoner for å verifisere anslagene knyttet til tidsbruk i KVU.
8. At kostnadsberegninger og nytteberegningen holdes oppdatert gjennom hele gjennomføringen. Det skal foreligge en oppdatert samfunnsøkonomisk analyse av tiltaket i forbindelse med KS2
9. Definere hvilke stoppunkter som kan innebære at gjennomføringen av tiltaket må stoppes, eller at det må foretas omfattende endringer i måloppnåelse eller gjennomføring av tiltaket.
10. Legge til rette for en kontinuerlig og tett samhandling med Helseplattformen og arbeidet med videreutvikling av de øvrige regionale helseforetakenes journalsystemer for å fange opp erfaringer og sikre størst mulig grad av harmonisering og koordinering.

Oppfølging og rapportering

Helse- og omsorgsdepartementet vil som fagdepartement ha tett oppfølging av forprosjektet.

Forprosjektet må beskrive en beslutningsrekkefølge fra oppstart av forprosjektet til signering av kontrakt(er) med leverandør(er), og avklare med departementet hvilke beslutningspunkter og delleveranser som bør løftes til departementet.

Det bør være et mål at hver delleveranse har selvstendig verdi om man ev. skulle velge å stoppe prosjektet etter en delleveranse.

Prosessen med å identifisere, vurdere, beslutte, avslå eller implementere ev. endringer skal loggføres. Tiltak for å øke nytteeffekter, redusere kostnader og risiko skal fremgå i endringsloggen. Endringsloggen skal ferdigsstilles ved fullført forprosjekt. Eventuelle vesentlige endringer skal legges fram for Helse- og omsorgsdepartementet.

Plan for forprosjektet skal leveres departementet i mai 2019 og ta utgangspunkt i følgende overordnede tidsplan:

- Grunnlag for nødvendig lovarbeid (behandling i HOD) høst 19
- Grunnlag for finansieringsmodeller (behandling i HOD) høst 19
- Satsningsforslag, november 2019
- Sentralt styringsdokument (SSD) i januar 2020
- Ekstern kvalitetssikring (KS2) gjennomføres februar-juni 2020

Med hilsen

Lars Bjørgan Schrøder (e.f.)
ekspedisjonssjef

Kristian Skauli
avdelingsdirektør

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Kopi

Riksrevisjonen

Til Møte 3/19
Dato 19.06.2019
Saksnummer 21/19
Type Drøfting

Fra Inga Nordberg
Saksbehandler Elin Kindingstad

Nasjonal arkitekturstyring og Felles grunnmur

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre tar sakens punkt 1 til orientering, og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill fremkommet i møtet i den videre prosessen med å utvikle Nasjonal arkitekturstyring.

Nasjonalt e-helsestyre tar sakens punkt 2 til orientering, og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill fremkommet i møtet i den videre prosessen med å prioritere, sikre eierskap til og finansiering av tiltakene i Felles grunnmur i 2020. Medlemmene i Nasjonalt e-helsestyre følger opp NUITs vedtak 27.mai og går gjennom egen portefølje for å vurdere om de kan ta gjennomføringsansvar for noen av tiltakene i plan for Felles grunnmur.

Hensikt med saken

Hensikt med saken er følgende:

1. Orienterer om status på nasjonal arkitekturstyring
2. Rapportere status, prioritere tiltak og fordele gjennomføringsansvar i videre prosess med etablering av Felles grunnmur

1. Status på nasjonal arkitekturstyring

Hensikt med sakens punkt 1 er status og planer for 2019

Hensikten med denne saken er å gi en status for arbeidet med nasjonal arkitekturstyring, og orientere om planene videre i 2019. Det er ønskelig med tilbakemelding på planene som er lagt og innspill til prioritering av den nasjonale arkitekturstyringens innsats.

Bakgrunn

Direktoratet for e-helses hovedinstruks omtaler direktoratets rolle slik:

[Vedlegg 3_Sak 21-19 Toppnotat nasjonal arkitekturstyring og felles grunnmur](#)

- *Direktoratet har nasjonal myndighet og premissgiverrolle på e-helseområdet*
- *Som myndighet skal etaten ivareta en forutsigbar IKT-utvikling gjennom strategisk styring og nasjonal samordning i hele helse- og omsorgssektoren*

I Direktoratet for e-helses tildelingsbrev til Direktoratet i 2018 spesifiseres det at

- Myndighetsrollen skal styrkes innenfor arkitektur

Dette er fulgt opp i Prop. 1 S (2018-19):

- **Myndighetsrolle:** Direktoratet for e-helse har ansvaret for å utrede og foreslå felles nasjonale arkitekturprinsipper, kodeverk, terminologier og standarder på IKT-området i helse- og omsorgssektoren.
- **Nasjonal arkitekturstyring og standardisering:** Direktoratet for e-helse har ansvar for å utarbeide anbefalinger som underlag for å innføre nasjonale krav, og utarbeide nasjonale retningslinjer på e-helseområdet.

På bakgrunn av dette har vi igangsatt et arbeid for å etablere en nasjonal arkitekturstyring med sterk forankring på tvers i helse- og omsorgssektoren. Plan for hvordan Direktoratet for e-helse vil legge opp dette arbeidet har fått innspill fra NUFA i sak 38/18 i 2018. Rapporten "Nasjonal arkitekturstyring i helse- og omsorgssektoren" gir en overordnet beskrivelse av planen og ble publisert i desember 2018. Denne rapporten peker på følgende:

"Nasjonal arkitekturstyring skal integreres i nasjonal styringsmodell for e-helse, understøtte prosessene for strategi, porteføljestyling og forvaltningsstyring, og ha en god involvering og forankring i sektoren.

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

.....

Nasjonal arkitekturstyring skal utøves basert på fastsatte arkitekturprinsipper, referansearkitekturer, standarder, målbilder og veikart og annet nasjonalt styringsgrunnlag. Dette inngår i felles grunnmur for digitale tjenester. Nasjonal arkitekturstyring vil ha ansvar for at relevant styringsgrunnlag utarbeides og forvaltes, samt å gi sektoren informasjon og veiledning i bruk av disse. Arkitekturstyringen skal også bistå med arkitekturvalg på områder der det ikke er fastsatt styringsgrunnlag, eller der det er uenighet om tolkningen av eksisterende styringsgrunnlag.

Arkitekturstyringen skal understøtte strategiprosessen ved å bidra med å se IKT-utviklingen i et helhetlig perspektiv, vurdere hvordan teknologisk utvikling påvirker muligheter og rammer for digitalisering i helsesektoren og identifisere nødvendige tiltaksområder.

Arkitekturstyringen skal understøtte den nasjonale porteføljestylingprosessen ved å bidra til økt nasjonal samordning av løsningsvalg og en mer enhetlig IKT-utvikling i sektoren. Arkitekturstyringen vil ha et spesielt ansvar for å se IKT-utviklingen i et langsiktig perspektiv."

Under vil vi løfte fram noen leveranser fra nasjonal arkitekturstyring så langt i 2019:

- [Styringsgrunnlag](#) er publisert på ehelse.no
- Økt arkitekturdeltagelse i nasjonal porteføljestyingsprosess og strategiprosess
- Gjennomgang av prosjekter i nasjonal portefølje for å vurdere avhengigheter og risiko generelt samt behov og avhengigheter knyttet til Felles grunnmur
- Dialogmøter knyttet til nasjonal arkitekturstyring med Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest er gjennomført. Møter er avtalt med Helse Midt-Norge, Helsedirektoratet, KS og FHI.
- Temasesjoner i NUFA, blant annet "NUFA on FHIR"

Området for nasjonal arkitekturstyring er stort og omfattende, og vi anbefaler at det primære fokus for arkitekturstyringen kommende år er å sikre samhandlingsevnen mellom aktørene i sektor, informasjonsflyten mellom dem og etablering av et nasjonalt veikart.

Sentrale oppgaver videre i 2019 vil være:

- Oppfølging og rapportering rundt pågående utvikling i 2019 (primært arkitekturråd)
- Forvalte planen for Felles grunnmur basert på sektorens behov og prioriteringer
- Utvikle nytt styringsgrunnlag i Felles grunnmur:
 - Felles krav og retningslinjer for dokumentdeling
 - Felles avtalemotell for data- og dokumentdeling
 - Målarkitektur for datadeling, herunder retningslinjer for åpne API
 - Vurdere hvordan DIFIs nye arkitekturprinsipper bør anvendes i helse- og omsorgssektoren
- Tett samarbeid med standardisering rundt internasjonalt arbeid og felles utvikling av styringsgrunnlag.
- Arbeid sammen med ny Nasjonal tjenesteleverandør for å klargjøre nasjonal arkitekturstyring og vårt felles ansvar
- Videreutvikle oversikt over systemlandskapet i sektoren
- Utarbeide leveranseplan for nasjonal e-helseportefølje (i samarbeid med porteføljekontoret)
- Ulike oppdrag fra HOD (blant annet innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan)

2. Felles grunnmur for digitale tjenester i 2019 og 2020

Hensikt med sakens punkt 2 er å rapportere status, prioritere tiltak og fordele gjennomføringsansvar i videre prosess med etablering av Felles grunnmur.

Plan for Felles grunnmur for digitale tjenester ble utarbeidet i 2018, basert på sektorens samlede og felles behov. Planen inneholder tiltak for å utvikle Felles grunnmur i perioden 2019-2023. Det forutsettes i denne at tiltakene vurderes og prioriteres årlig gjennom nasjonal porteføljestyingsprosess og at gjennomføringsansvar fordeles. Direktoratet ønsker å synliggjøre status, konsekvenser av planen og behov for fordeling av tiltaksansvar og finansiering av tiltakene knyttet til Felles grunnmur. Det er ønskelig å drøfte videre prosess slik at framdriften kan sikres og at konsekvensene av prioritering blir belyst.

Om Felles grunnmur for digitale tjenester

Plan for Felles grunnmur for digitale tjenester ble utarbeidet i 2018 basert på sektorens felles behov for samhandling. Felles grunnmur skal gi betydelig raskere, sikrere og mer kostnadseffektiv digitalisering av helse- og omsorgssektoren, og tilrettelegge for enkel og sikker samhandling på tvers av forvaltningsnivåene og bedre muligheter for innovasjon.

Felles grunnmur består av byggeklosser innenfor kodeverk og terminologi, felles grunddata, felleskomponenter, felles krav og retningslinjer og felles infrastruktur. Målet er å løse felles behov én gang.

Plan for Felles grunnmur er et veikart med nødvendige tiltak for å realisere Felles grunnmur. Planen inneholder tiltak for å videreutvikle grunnmuren i perioden 2019-2023.

Planen har følgende resultatmål:

1. **Koordinert utvikling og forvaltning** av byggeklossene er etablert
2. **Dagens samhandling** er styrket på prioriterte områder
3. **Dokumentdeling** er en standardisert samhandlingsform
4. Et rammeverk for **deling av strukturerte data** er etablert
5. **Terminologi** for deling av helsefaglige opplysninger er etablert
6. Det er tilgang på felles **grunddata** med høy kvalitet
7. Tilrettelagt for **innovasjon og næringsutvikling**

Tiltakene understøtter pågående initiativ som Helseplattformen i Helse Midt-Norge, Felles plan for PAS/EPJ i spesialisthelsetjenesten i Sør-Øst, Vest og Nord, Helsedataprogrammet, Pasientens legemiddelliste.

I vedlegget til denne saken er det en mer detaljert beskrivelse av resultatmålene og tiltakene i planen.

Status på gjennomføring 2019 og plan for 2020

Figuren under viser veikartet fra plan for Felles grunnmur. Grønt indikerer at alle tiltakene innenfor milepælen er startet i henhold til plan. Gult indikerer at tiltakene er forsinket sammenlignet med plan. Det er også angitt hvor mange av de planlagte tiltakene som er igangsatt.

Koordinert utvikling og forvaltning		2019	2020	2021	2022	2023
RM1-M1	Koordinert utvikling og forvaltning av byggeklossene i felles grunnmur er innført	2/2				
Meldingsutveksling		2019	2020	2021	2022	2023
RM2-M1	Tjenestebasert adressering, helsefaglig dialog og henvisning 2.0 innført	1/1				
RM2-M2	HelseID er en skalerbar tjeneste (Ny)		1			
Dokumentdeling		2019	2020	2021	2022	2023
RM3-M1	Felles krav og retningslinjer for dokumentdeling er publisert	1/4				
RM3-M2	Felles grunddata for tilgangsstyring på tvers tilgjengelig som tjeneste		1			
RM3-M3	Felleskomponenter for dokumentdeling er satt i produksjon		3			
RM3-M4	Test- og godkjeningsordning for dokumentdeling er etablert		1			
Datadeling		2019	2020	2021	2022	2023
RM4-M1	Felles krav og retningslinjer for datadeling er publisert	1/5				
RM4-M2	Felleskomponenter for datadeling er satt i produksjon		2			
RM4-M3	Test og godkjeningsordning for datadeling er etablert				1	
Grunddata		2019	2020	2021	2022	2023
RM5-M1	Grunndataplattform med høy tilgjengelighet, sikkerhet og kapasitet satt i produksjon	1/1				
RM5-M2	Felles grunddata om person, personell og virksomhet etablert høy kvalitet og støttetjenester	1/5				
RM5-M3	Felles krav og retningslinjer for felles grunddata er publisert		1			
RM5-M4	Akseptabel risiko på dagens grunddataplattform er oppnådd (Ny)		1			
Felles språk		2019	2020	2021	2022	2023
RM6-M1	Systemstøtte satt i produksjon	1/1				
RM6-M2	Felles krav og retningslinjer publisert	1/1				
RM6-M3	Norsk versjon av SNOMED CT med noen relasjoner publisert	1/1				
RM6-M4	Felles språk og forvaltning etablert	1/1				
Tilrettelegge for innovasjon og næringsutvikling		2019	2020	2021	2022	2023
RM7-M1	Felles krav og retningslinjer for publisering og bruk av data		3			
RM7-M2	Videreutvikling av felleskomponenter og testmiljø for tilgjengeliggjøring av data og tjenester satt i produksjon				2	

Direktoratet for e-helse publiserte en målarkitektur for dokumentdeling i mars 2019. Denne satt rammen for prosjektene i Helse Sør-Øst som har som mål å tilgjengeliggjøre journaldokumenter for helsepersonell via Kjernejournal og for innbygger på Helsenorger. Innsyn for innbygger ble satt i produksjon for utvalgte HF i HSØ i juni 2019. Det vil gjennomføres en pilot i løpet av 2020 for deling for helsepersonell gjennom Kjernejournal. Målet er at dokumentdeling skal bli en standardisert samhandlingsform som alle aktører i sektoren kan benytte. Tiltakene beskrevet i veikartet for 2020 støtter opp under dette målet, flere av tiltakene mangler finansiering.

Datadeling på tvers av virksomheter og systemer er en "ny" samhandlingsform i helsesektoren. Direktoratet for e-helse jobber med krav og retningslinjer for datadeling og en målarkitektur for dette. Flere prosjekter og programmer har initiativ knyttet til datadeling, eksempelvis Helseplattformen, Helse-dataprogrammet, Heliks, Velferdsteknologisk knutepunkt, MF Helse og Kodeverk og terminologi. Helseplattformen har et spesifikt behov relatert til tett integrasjon med Kjernejournal for kritisk info. Sammen med sektoren bør det innenfor datadeling besluttes hvilke funksjonelle områder som bør

prioriteres ut fra en vurdering av hva som har høyest nytte og en akseptabel risiko. Tiltakene i 2020 for datadeling bør sees i sammenheng med dokumentdeling.

For å sikre en koordinert og enhetlig utvikling av data- og dokumentdeling er det viktig at krav og retningslinjer blir lagt først. Deretter kan utvikling av felleskomponenter gjennomføres i samarbeid med prosjekter i sektoren som skal ta felleskomponenten i bruk.

Modernisert grunddataplattform og felles tjeneste for Person gjennomføres og finansieres som en del av programmet MF Helse. Det er også behov for å etablere felles tjenester for Personell og Virksomhet. FRESK er et av programmene som har rapportert sterk avhengighet til etablering av enhetlig virksomhetsstruktur. Tiltakene for Personell, Virksomhet og risikoløft har ikke sikret finansiering for 2020.

Tiltakene knyttet til Felles språk er organisert i programmet Program Kodeverk og Terminologi – Felles språk. I 2019 er det etablert IKT-støtte for forvaltning av kodeverk, og en mindre del av SNOMED CT er lansert på norsk. Det samarbeides tett med Helseplattformen for å utforske omfang og prioriterte områder for felles språk. Dette arbeidet forankres i det sektorsammensatte programstyret. Programmet har egen prioriterings- og finansieringsprosess og omtales ikke videre i denne saken.

Plan for prioritering 2020

Veikartet for Felles grunnmur er laget ut fra behovene vi kjenner i sektoren. Planlagt gevinstrealisering av Felles grunnmur forutsetter at den opprinnelige planen opprettholdes. For å opprettholde planen må 25 tiltak gjennomføres i 2020. Fem av disse tiltakene skyldes manglende ressurser til å starte arbeidet i 2019 som anbefalt. Tiltakene er listet opp i vedlegget.

Veikartet for felles grunnmur skal revideres årlig fra og med 2019 i henhold til planen, og følger nasjonal porteføljestyingsprosess. Prosjekter i nasjonal portefølje blir gjennomgått med mål om å avdekke behov og avhengigheter knyttet til Felles grunnmur i samarbeid med arkitekturkontoret.

Det er ikke etablert en finansieringsmodell for tiltak i Felles grunnmur. Mange av tiltakene har en slik karakter at de krever investering i det enkelte prosjekt, dersom du gjennomfører tiltaket nasjonalt. Det er ønskelig å se på hvilke prosjekter i porteføljen som kan ta et gjennomføringsansvar for de ulike tiltakene. Gjennomføringsansvar kan deles inn i 3 hovedkategorier:

- 1) Prosjekter som tar et helhetlig ansvar for gjennomføring og finansiering av grunnmurstiltak.
- 2) Prosjekter som tar ansvar for og finansierer delleveranser av grunnmurstiltak.
- 3) Samarbeidsprosjekter som bidrar med faglig ekspertise, piloterer nasjonalt, etc.

Alle kategoriene er nødvendig og innebærer et samarbeid med Direktoratet for e-helse.

De kostnadsdrivende tiltakene i 2020 er i hovedsak innenfor dokumentdeling, datadeling og felles grunndata (felles tjenester for Personell og Virksomhet). For felles grunndata er det også behov for å gjøre investeringer på dagens plattform for å sikre tilstrekkelig tilgjengelighet og robusthet frem til modernisert grunddataplattform er fullt etablert. Videreutvikling av felleskomponenten HelseID er også et behov som er konkretisert og løftet i 2019.

Foreløpig vurdering er at risikoreduserende tiltak på eksisterende grunddataplattform bør prioriteres høyt. Videre er det viktig å ferdigstille modernisert grunddataplattform og starte utvikling av tjenester for Personell og Virksomhet. For HelseID er det viktig å videreutvikle løsningen for at det skal være raskere og mer effektivt å ta løsningen i bruk, det bør også etableres en modell for styring av identitets- og tilgangsstyring. Innenfor dokumentdeling er det mange anbefalte tiltak, her bør tiltak som tilrettelegger for

effektiv og enhetlig bredding prioriteres. Det er flere og flere initiativer knyttet til datadeling, her bør felles krav og retningslinjer prioriteres, samt dekke felles behov for API management.

Den totale investeringskostnaden for 2020 er estimert til omtrent 200 MNOK. Felles språk/Program kodeverk og terminologi er holdt utenom da det gjennomføres en egen finansieringsprosess for programmet. Finansieringsbehovet er beregnet ut fra estimerte investeringskostnader per tiltak ultimo 2018. Dette må estimeres på nytt av den som tar et gjennomføringsansvar, men gir en indikasjon på behovet. Det antas at investeringen ville måtte gjøres av det enkelte prosjekt dersom man ikke gjør dette nasjonalt.

Konsekvenser dersom milepæler i planen ikke nås

For å dekke samhandlingsbehovene på tvers er det viktig at utviklingen skjer koordinert, og at enkelttiltak blir prioritert i henhold til behovene. Milepælene i plan for Felles grunnmur ble definert slik at de støtter opp under sektorens behov i pågående og planlagte initiativ på de tidspunkt som behovene er forventet å inntreffe. Dersom tiltakene i Felles grunnmur ikke gjennomføres til planlagt tid, vil den enkelte aktør tilpasse sine egne løsninger uten tilstrekkelig hensyn til samhandling på tvers av virksomheter og forvaltningsnivåer. For flere av initiativene, eksempelvis Pasientens legemiddelliste og Helseplattformen, er behovet for realisering tidskritisk.

Uten en felles og koordinert innsats vil utviklingen ta mye lengre tid, koste mer og gi mindre nytte i helsetjenesten. De samlede drifts- og investeringskostnadene vil bli vesentlig høyere og den tekniske gjelden vil øke ytterligere.

Videre prosess

Aktørene oppfordres til å gjennomgå egen portefølje for å vurdere om de kan ta gjennomføringsansvar for noen av tiltakene i plan for Felles grunnmur. Som en del av prosessen for å avdekke behovet for samfinansiering, vil Direktoratet for e-helse ha dialog med de ulike aktørene for å drøfte muligheten for å ta på seg ansvar for tiltak i plan for Felles grunnmur, og få en vurdering av konsekvensene dersom de fastsatte milepælene i planen ikke overholdes.

Vedlegg

Tiltak og mål for Felles grunnmur

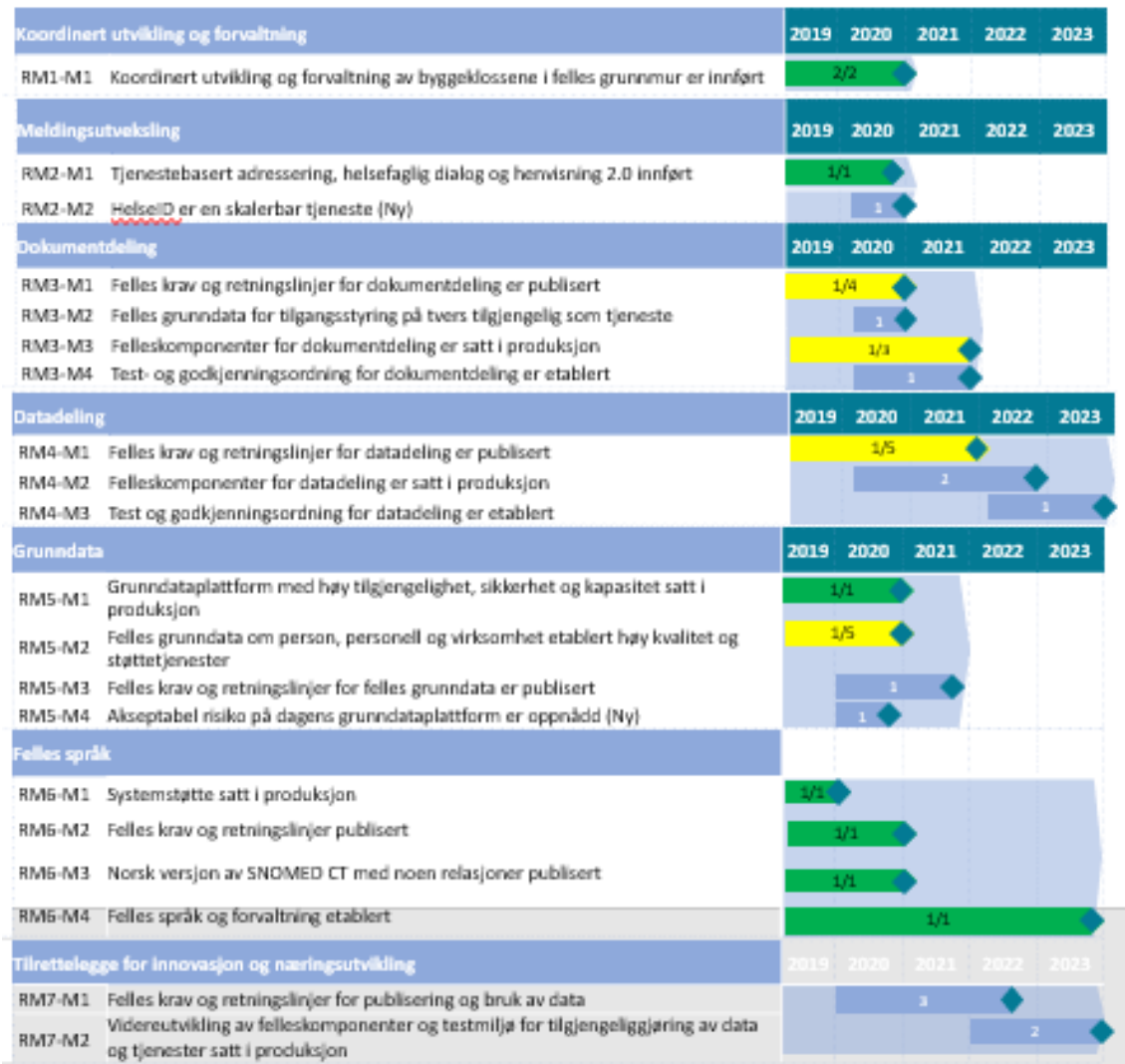
Felles grunnmur for digitale tjenester

Felles grunnmur for digitale tjenester skal legge til rette for effektiv og sikker samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Byggeklosser som inngår i Felles grunnmur skal løse felles behov fra e-helseløsninger, brukere, virksomheter og politiske føringer der det er klare fordeler med å etablere, forvalte og drifte byggeklosser i fellesskap.



Veikart for Felles grunnmur

Veikart for Felles grunnmur med status per milepæl:



Grønt indikerer at alle tiltakene innenfor milepælen er startet i henhold til plan. Gult indikerer at tiltakene er forsinket sammenlignet med plan. Det er også angitt hvor mange av de planlagte tiltakene som er igangsatt.

Det har i løpet av 2019 blitt identifisert behov for ytterligere tiltak i grunnmuren. Dette er:

- **Videreutvikle og bredde HelseID (RM2-T2).** Tiltaket inkluderer videreutvikling av HelseID for å kunne integrere flere identitetstilbydere, gi økt grad av selvbetjening og automatisering samt dekke prosjektspesifikke behov. I tillegg inkluderer tiltaket integrasjon av prosjekter og virksomheter som ønsker å ta i bruk HelseID. Tiltaket er viktig for å redusere forvaltningskostandene og øke kapasiteten for bredding av HelseID.
- **Risikoløft på dagens grunndataplatteform (RM5-T8).** Dagens grunndata er en kritisk løsning med sterke koblinger til sektoren mange løsninger. Tiltak vil bidra til en akseptabel risiko på dagens platteform inntil modernisert grunndataplatteform er utviklet og innført.

Det er noe aktivitet på de to nye tiltakene i 2019, men hovedtyngden av aktivitetene planlegges gjennomført i 2020. De nye aktivitetene er knyttet til de nye milepælene RM2-

M2 HelseID er en skalerbar tjeneste og RM5-M4 Akseptabel risiko på dagens grunndataplattform er oppnådd.

Tiltak for Felles grunnmur i 2020

Under er en beskrivelse av tiltak som er planlagt for Felles grunnmur i 2020. Flere av tiltakene strekker seg over flere år. Noen av tiltakene er revidert basert på oppdatert status. Det er også lagt til nye tiltak, dette gjelder for risikoløft dagens grunndataplattform og tiltak for å videreutvikle og bredde HelseID.

Resultatmål 1: Koordinert utvikling og forvaltning av Felles grunnmur

Følgende tiltak ligger på plan for 2020:

- **RM1-T3 Utarbeide målarkitektur for felleskomponenter og avklare anvendelse av felles arkitekturprinsipper** Det skal utarbeides en felles målarkitektur for felleskomponenter i grunnmuren. Dernest bør det avklares hvordan sektoren skal anvende de nasjonale arkitekturprinsippene og om det i tillegg er behov for egne arkitekturprinsipper for helse- og omsorgssektoren.
- **RM1-T4 Etablere en plan for hvordan internasjonale standarder skal benyttes i forskjellige samhandlingsmodeller og bruksområder** Morgendagens helsetjeneste vil basere samhandlingen på forskjellige teknologier og e-helsestandarder, tilpasset spesifikke behov. Samhandling vil inkludere for eksempel meldingsutveksling, dokumentdeling og datadeling. Utviklingen byr på utfordringer og muligheter, og det er avgjørende at sektoren enes om en felles plan for hvordan standarder skal brukes for forskjellige teknologier. Det må gjennomføres vurderinger av standarder mot ulike samhandlingsmodeller og bruksområder, samt utarbeides retningslinjer for hvilke bruksscenarioer som har nytte av de forskjellige samhandlingsmodellene.

Resultatmål 2: Dagens samhandling er styrket på prioriterte områder

Følgende tiltak ligger på plan for 2020:

- **RM2-T1 Innføre prioriterte e-helsestandarder for å oppnå enhetlig meldingsutveksling.** Det inkluderer innføring av standarder for Tjenestebasert adressering, Henvisning 2.0 og helsefaglig dialog, samt krav om bruk av siste gjeldende versjon av standardene i forskrift.
- **RM2-T2 (NY) Videreutvikle og bredde HelseID.** Tiltaket inkluderer videreutvikling av HelseID for å kunne integrere flere identitetstilbydere, gi økt grad av selvbetjening og automatisering samt dekke prosjektspesifikke behov. I tillegg inkluderer tiltaket integrasjon av prosjekter og virksomheter som ønsker å ta i bruk HelseID. Tiltaket er viktig for å redusere forvaltningskostandene og øke kapasiteten for bredding av HelseID. Tiltaket er inkludert som en del revidering av planen.

Resultatmål 3: Dokumentdeling er en standardisert samhandlingsform

Følgende tiltak ligger på plan for 2020:

- **RM3-T1 Etablere nasjonale krav og retningslinjer for enhetlig innføring av dokumentdeling.** Dokumentdeling er en samhandlingsform som ikke er standardisert. Ved å etablere krav til informasjonssikkerhet, e-helsestandarder, arkitekturprinsipper, veiledere og retningslinjer for praktisk bruk, vil dokumenter deles på en enhetlig og sikker måte. Det er også behov for å utrede om lover og

forskrifter er til hinder for dokumentdeling, eksempelvis når det gjelder forhold rundt innbyggers personvern og medbestemmelsesrett.

- **RM3-T2 Felles modell for tilgangsstyring for dokumentdeling** Data- og dokumentdeling krever Identitets- og tilgangsstyringen for personell og innbygger må håndteres. Det har blitt utredet en modell for tilgangsstyring og det jobbes med en felles avtalemodell for data- og dokumentdeling. Disse modellene må prøves ut, forankres, besluttes og operasjonaliseres. Dette bør gjøres gjennom etablering av et tillitsanker.
- **RM3-T3 Bistand til innføring av dokumentdeling på prioriterte områder** Erfaring fra innføring av meldingsutveksling tilsier at helse- og omsorgssektoren har behov for rådgivning når dokumentdeling skal tas i bruk, selv om innføringsansvaret primært ligger i hver enkelt virksomhet.
- **RM3-T4 Etablere og videreutvikle felleskomponenter for dokumentdeling** Det er behov for å videreutvikle det nasjonale koblingspunktet for felles dokumentdeling med tilhørende komponenter og tjenester. For å sikre at dokumentdeling blir tatt i bruk av alle aktører og få en tjeneste som skalerer er det også identifisert behov for nasjonalt dokumentregister og pasientinformasjonslokalisator.
- **RM3-T5 Standarder og tjenester for logging og logganalyse på tvers av virksomhetsgrenser** Ved utlevering av helseopplysninger til medarbeidere internt i en virksomhet er det klare krav til hva som skal logges og hvordan slik utlevering bør overvåkes. For utlevering av helseopplysninger på tvers av virksomheter blir det vesentlig vanskeligere å oppdage misbruk på tvers av mange virksomheter. Klarere standarder og tjenester for logging og overvåkning av misbruk er derfor kritisk for tilliten til deling mellom virksomheter og for en vellykket innføring av nye samhandlingsformer.
- **RM3-T6 Etablere innholdsstandarder for dokumentdeling** I tillegg til krav og retningslinjer til arkitekturen og tjenestene som skal til for å tilby data- og dokumentdeling, vil det være behov for etablering av innholdsstandarder som brukes til utveksling over disse samhandlingsformene. Det vil være snakk om mange forskjellige innholds- og tjenestetyper. Noen av disse kan standardiseres nasjonalt og noen standarder vil være nært knyttet til enkeltsystemer og leverandører.
- **RM3-T7 Etablere nasjonal personverntjeneste for dokumentdeling** Videreutvikle og innføre personvernkomponenten i hele sektoren som en nasjonal personverntjeneste for å registrere/utlede innbyggers fullmakter, sperringer, samtykker og reservasjoner knyttet til dokumentdeling på tvers av virksomheter. I første omgang må det utredes hvordan personvern skal håndteres ved dokumentdeling.
- **RM3-T8 Gjennomføre grunndataløft for å understøtte tilgangsstyring på tvers** Innføring av dokumentdeling er avhengig av grunndata med høy kvalitet og tilgjengelighet. Grunndataene skal understøtte tilgangsstyring på tvers av virksomhetene, som for eksempel informasjon om helsepersonellens autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven.
- **RM3-T9 Etablere test- og godkjenningsordning for dokumentdeling** En vellykket innføring av dokumentdeling er avhengig av at alle aktører som skal koble seg til hverandre tolker og implementerer standardene likt. Det er store innføringsgevinster knyttet til enklere testløsninger som gjør det mulig for leverandører og andre aktører å teste opp mot hverandre tidlig, enkelt, billig og ofte. Gode test- og godkjenningsordninger vil være et svært viktig tiltak for denne utviklingen.

Resultatmål 4: Dokumentdeling er en standardisert samhandlingsform

Følgende tiltak ligger på plan for 2020:

- **RM4-T1 Etablere nasjonale krav og retningslinjer for enhetlig innføring av datadeling** Dataeling er en samhandlingsform som foreløpig ikke er standardisert. Det er behov for å etablere felles krav og retningslinjer slik at datadeling blir tatt i bruk på en enhetlig og sikker måte. Det er også behov for å utrede om lover og forskrifter understøtter datadeling på en entydig og tilstrekkelig måte.
- **RM4-T4 Etablere felles retningslinjer for enhetlig innføring av internasjonale e-helsestandarder, inkludert utarbeidelse av basisprofiler** Det bør utarbeides veiledninger (beste praksis), retningslinjer for bruk samt grunnleggende profiler av internasjonale standarder (basisprofiler). Tiltaket er startet i 2019 og bør videreføres i 2020.
- **RM4-T5 Etablere og videreutvikle felleskomponenter for datadeling** Effektiv innføring av datadeling krever felles utviklings- og testmiljøer, felles registre og tilgangsstyringskomponenter samt felles forvaltningsregime av API-er og HelseID. For 2020 er en felles API- management løsning den felleskomponenten som bør startes med.

Resultatmål 5: Enkel og sikker tilgang på felles grunndata med høy kvalitet er etablert

Følgende tiltak ligger på plan for 2020:

- **RM5-T1 Modernisert grunddataplattformen for økt sikkerhet, tilgjengelighet og kapasitet** Grunddataplattformen må moderniseres for å støtte økt av bruk tjenestene. I tillegg må tjenestene ha tilstrekkelig tilgjengelighet, kvalitet og sikring. Dette tiltaket gjennomføres som en del av MF Helse og må videreføres i 2020.
- **RM5-T2 Etablere en enhetlig forvaltningsmodell for felles grunndata** Felles grunndata har i dag en komplisert styringsmodell med mange involverte. Tiltaket vil sikre en enhetlig forvaltningsmodell av felles grunndata innenfor områdene person, personell og virksomhet. Tiltaket vil styrke én inngang inn til felles grunndata. Flere aktiviteter gjennomføres i 2019, men må videreføres i 2020.
- **RM5-T3.1 Etablere felles tjeneste for Person, med FHIR-standard og relevante kodeverk** Etablering av felles tjeneste for Person gjennomføres som en del av MF Helse i 2019. Tiltaket må videreføres i 2020.
- **RM5-T3.2 Etablere felles tjeneste for Personell og Virksomhet, med FHIR-standard og relevante kodeverk** Etablering av felles tjeneste for Personell og Virksomhet er ikke påbegynt. En tjeneste for dette er en forutsetning for samhandling på tvers av virksomheter og forvaltningsnivå.
- **RM5-T4 Etablere felles grunndata om virksomheter, inkludert modernisert enhetsregister (enhetlig virksomhetsstruktur)** Det er behov for oppdatert og omforent grunndata for bedrifter, virksomheter, enheter, helsetjenester og fastleger med tilhørende adresseoversikt. Målet med tiltaket er å heve omfanget i eksisterende grunndata til et nivå der de enkelte brukerne ikke vil ha behov for lokalt tilpassede registre og oversikter, slik at felles grunndata blir en sannhetsskilde.
- **RM5-T6 Utrede sektorens behov for utvidelse av grunndata** Når dialogen med sektoren og andre aktuelle aktører øker vil nye og endrede behov for felles grunndata oppstå. Eksempler på dette er behov for historikk i felles grunndata, og sensitive informasjonstjenester som dekker behovet for innbyggers innsynsrett og helhetlig oversikt over deres deltakelse (Oppføringsregisteret) på tvers av nasjonale helseregistre og biobanker. Det kan også være behov for andre informasjonstjenester og eventuelt utvidelse av eksisterende innhold i felles grunndata.
- **RM5-T7 Utarbeide nasjonale krav og retningslinjer for grunndata** I tillegg til nasjonale e-helsestandarder for data- og dokumentdeling, vil det være behov for etablering av nasjonale krav og retningslinjer for grunndata som brukes til de forskjellige samhandlingsformene.
- **RM5-T8 Risikoløft (NY) – dagens grunddataplattform** Dagens grunndata er en kritisk løsning med sterke koblinger til sektoren mange løsninger. Tiltak vil bidra til

en akseptabel risiko på dagens plattform inntil modernisert grunndatapattform er utviklet og innført.

Resultatmål 6: En felles standardisert terminologi for deling av helsefaglige opplysninger er etablert

Tiltakene for kodeverk og terminologi er ikke tatt med i denne saken, da det er en egen finansieringsprosess for Program for kodeverk og terminologi.

Resultatmål 7: Tilrettelagt for innovasjon og næringsutvikling

Følgende tiltak ligger på plan for 2020:

- **RM7-T5 Utrede juridiske hindringer for deling av helseopplysninger mot et økosystem av eksterne aktører og leverandører** Det har blitt gjort et forarbeid rundt eksponering av APIer ut mot leverandørøkosystem. Forarbeidet viser at det er juridiske hindringer i en slik deling da det juridiske grunnlaget for deling avviker på ulike tjenesteområder. En nærmere utredning er nødvendig for å avklare om det er felles juridiske hindringer som må justeres, forklares eller hvordan løsninger må tilpasses lovverket. Tiltaket dekker ikke spesifikke tjenesteområder utenfor Felles grunnmur, men utredningen vil også være nyttig for disse.

Beskrivelse av resultatmål for Felles grunnmur



Tiltakene i plan for utvikling av Felles grunnmur støtter opp under de respektive resultatmålene.

Resultatmål 1: Koordinert utvikling og forvaltning av Felles grunnmur

Byggekløssene i Felles grunnmur har flere eiere og utvikles og forvaltes i dag uavhengig av hverandre. IKT-politiske målsettinger, strategiske tiltak, og behovene til sektor blir da i varierende grad fanget opp og prioritert i et helhetlig perspektiv. Dette bidrar til en fragmentert utvikling av Felles grunnmur der det tar lang tid å gjennomføre nye initiativer og endringer, og hvor utnyttelsen av ressursene er ineffektiv. Med dette som utgangspunkt er det krevende å få på plass effektiv og helhetlig samhandling gjennom hele pasientforløpet, styrke arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern og legge til rette for innovasjon og næringsutvikling. Ved etableringen av Felles grunnmur er det derfor et mål å få på plass et helhetlig og effektivt regime som sikrer en koordinert utvikling og forvaltning av byggeklossene i Felles grunnmur. Etableringen må ta for seg:

- Forholdet til nasjonal styringsmodell for e-helse, herunder portefølje-, arkitektur- og forvaltningsstyring
- Samordning med nasjonale felleskomponenter, prinsipper og føringer (tverrsektorielt)
- Prosessbeskrivelser med tydelige kontakt-, ansvars- og beslutningspunkter
- Krav og forpliktelser ved drift, utvikling og videreutvikling av byggeklossene
- Finansieringsprinsipper

Resultatmålet er nådd når:

- Prosesser, roller og ansvar for utvikling og forvaltning av byggeklossene i Felles grunnmur er etablert og tatt i bruk. Det vil si at sektoren har én kanal for innmelding av behov til Felles grunnmur og at det er etablert prosesser for å prioritere og beslutte endringer.
- Byggekløssene i grunnmur er underlagt et sett med felles prinsipper som samordner og koordinerer endringer på tvers av grunnmuren og behovene i sektoren.
- Felles arkitekturprinsipper for helse- og omsorgssektoren er avklart, målarkitektur for felles komponenter er definert og det er etablert en plan for hvordan internasjonale standarder skal tas i bruk.

Resultatmål 2: Dagens samhandling er styrket på prioriterte områder

Dagens samhandling mellom virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten er i hovedsak basert på meldingsutveksling. Dette er en samhandlingsform som er godt utbredt, blant annet for sending av henvisning og epikrise mellom fastlege og sykehus. For at meldingsutvekslingen skal være effektiv og helhetlig gjennom hele pasientforløpet forutsettes det at virksomheten både kan sende og motta meldinger i henhold til gjeldende e-helsestandarder. Dette er regulert gjennom Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten¹. Per i dag er ikke forskriften oppdatert med tanke på dagens behov og bruk av meldingsstandarder. Hovedutfordringen knyttet til meldingsutveksling er først og fremst å få alle aktørene til å ta i bruk prioriterte standarder, og at manuelle rutiner opprettholdes på tross av at meldingsutvekslingen fungerer nærmest feilfritt.

Resultatmålet er nådd når:

¹ Helse- og omsorgsdepartementet. 2015. *Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten*. FOR-2015-07-01-853² Direktoratet for e-helse. 2015. *Utredningen av Én innbygger – én journal*,

- Tjenestebasert adressering, Henvisning 2.0 og helsefaglig dialog er innført i sektoren. Aktørene i sektoren vil selv stå for implementering og innføring av endringene.

Resultatmål 3: Dokumentdeling er en standardisert samhandlingsform

Gjennom blant annet arbeidet med Én innbygger – én journal² har det kommet frem at helsepersonell ikke har tilstrekkelig tilgang på nødvendige pasient- og brukeropplysninger gjennom pasientforløpet, og at samhandlingen er lite effektiv. Som del av anbefalt etablering av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste er det forutsatt inkludert helhetlig løsning for samhandling som understøtter og styrker evnen til å samarbeide med spesialisthelsetjenesten, andre kommunale tjenesteområder og innbyggeren selv.

For å bidra til mer effektiv og helhetlig samhandling er det nødvendig å ta i bruk nye elektroniske samhandlingsformer. Dokumentdeling er en samhandlingsform som har til hensikt å tilby personell med tjenstlig behov og innbyggere:

- En oppdatert oversikt over utvalgte dokumenter som finnes om pasienten, eksempelvis epikriser, prøvesvar og bilder, og hvor dette er lagret.
- En løsning som gir umiddelbart innsyn i dokumenter om pasienten.

Dokumentdeling tas i bruk på stadig nye områder. Eksempelvis inngår det i helseregionenes felles plan for neste generasjon PAS/EPJ³. Hovedutfordringen i dag er at dokumentdeling tas i bruk på ulike måter. På sikt kan dette føre til at dokumentdelingen ikke vil fungere på en enhetlig måte i sektoren, noen som igjen vil medføre unødvendig store kostnader for å rydde opp i etterkant. For å sikre at dokumentdelingen bidrar til mer effektiv og helhetlig samhandling, er det nødvendig å standardisere dokumentdeling som samhandlingsform i sektoren. Dokumentdeling gjennom kjernejournal skal prøves ut i et samarbeid mellom Direktoratet for e-helse og Helse Sør-Øst RHF i løpet av 2019. Andre aktører, som kommuner og fastleger, har også behov og utfordringer som må kartlegges.

Det er en forutsetning for digitaliseringen at innbyggeren har tillit til at pasient- og brukeropplysninger behandles på en sikker måte. Ivaretagelse av innbyggers personvern og medbestemmelsesrett, samt sikring av informasjon, blir med innføring av alternative samhandlingsformer mer kompleks. Samtidig blir trusselbildet mer krevende i takt med den teknologiske utviklingen. Innbyggeren skal blant annet ha innsyn i hvem som har hatt tilgang til hvilke personopplysninger, og alle e-helseløsninger som behandler denne type opplysninger har innebygd personvern.

Resultatmålet er nådd når:

- Dokumentdeling er etablert som en standardisert samhandlingsform slik at leverandører av e-helseløsninger kan implementere støtte for dette i sine IKT-systemer. Dette betyr at virksomhetene og leverandørene kan utvikle sine løsninger basert på felles krav, retningslinjer og dra nytte av felleskomponenter som løser

² Direktoratet for e-helse. 2015. *Utredningen av Én innbygger – én journal*,

Direktoratet for e-helse. 2017. *Veikart for Én innbygger – én journal*,

Helse- og omsorgsdepartementet. 2012-2013. *Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal*

³ Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF. 2017. *Felles plan neste generasjon PAS/EPJ – Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF v 1.1*, og 2018. *Felles plan – 2018 Neste generasjons PAS/EPJ – Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF v 0.95*

felles behov én gang. I tillegg kan løsningene baseres på en felles modell for tilgangsstyring med felles grunddata.

- Det er tydelig hvordan krav til informasjonssikkerhet og innbyggers personvern og medbestemmelsesrett skal ivaretas i henhold til Normen.
- En test- og godkjenningsordning som sikrer ensartet implementering, effektivisert innføring og redusert sannsynlighet for feil i drift er etablert.

Resultatmål 4: Datadeling er en standardisert samhandlingsform

Datadeling er deling av og samarbeid om strukturerte data gjennom felles ressurser/tjenester. Helseplattformen i Midt-Norge og Pasientens legemiddelliste er eksempler på satsinger som forutsetter at datadeling tas i bruk for å understøtte mer avansert samhandling og deling av strukturerte pasient- og brukeropplysninger mellom IKT-systemene. Deling av kritisk informasjon mellom virksomheter gjennom nasjonal kjernejournal er et eksempel på datadeling. Løsning for helhetlig samhandling knyttet til anbefalt etablering av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste vil også kunne benytte datadeling som en av mekanismene for å oppnå samhandling med spesialisthelsetjenesten, andre kommunale tjenesteområder og innbyggeren selv. Andre eksempler er deling av opplysninger som innbygger selv har produsert (for eksempel fra velferdsteknologisk utstyr og skjema) og samarbeid rundt helseopplysninger som egenbehandlingsplaner.

Felles grunnmur skal tilby et rammeverk for standardisert deling av og samarbeid om strukturerte data som leverandører av e-helseløsninger kan benytte seg av for utvikling av nye tjenester. Det er viktig å forstå at det rettslige grunnlag for datadeling må avklares i hvert enkelt tilfelle, og vil derfor ikke bli adressert gjennom rammeverket.

Resultatmålet er nådd når:

- Det er etablert et felles rammeverk for datadeling som leverandører av e-helseløsninger kan benytte seg av for utvikling av nye tjenester. Rammeverket inkluderer blant annet krav og retningslinjer, tilgangsstyring, felleskomponenter og et forvaltingsregime for APIer.
- Utvikling av tjenester og nye bruksområder basert på datadeling kan skje i e-helseløsningene som ligger utenfor Felles grunnmur.
- Nye aktører og løsninger gjennomgår en test- og godkjenningsordning som sikrer en ensartet implementering, effektivisert innføring og redusert sannsynlighet for feil i drift.

Resultatmål 5: Enkel og sikker tilgang på felles grunddata med høy kvalitet er etablert

For samhandling forutsettes pålitelig tilgang på felles grunddata med høy kvalitet. Eksempler på slike grunddata er Adresseregisteret som er helt grunnleggende for at meldingsutvekslingen skal fungere, og Helsepersonellregisteret som benyttes som kilde for tilgang til kjernejournal. Innføring av mer effektive og helhetlige samhandlingsformer, og styrking av informasjonssikkerhet og personvern, vil sette ytterligere krav til pålitelig tilgang til grunddata med høy kvalitet. Dagens grunddata har ikke gjennomgående tilfredsstillende kvalitet eller tilgjengelighet, og det er behov for å gjennomføre flere tiltak. Målet er å videreutvikle og styrke felles grunddata slik at den blir brukt av virksomhetene. Dette

innebærer å utvide med flere typer data, samt å heve kvaliteten og øke bruken på felles grunndata som allerede finnes i grunndataplattformen.

Resultatmålet er nådd når:

- Felles grunndata leverer tjenester for person, personell og virksomhet med tilstrekkelig tilgjengelighet og kapasitet som gjør at grunndata kan benyttes som felles kilde. Det vil si at det ikke behov for at virksomheter har lokale kopier, med påfølgende behov for vedlikehold, og at grunndata kun oppdateres ett sted.
- Tjenestene har en kvalitet som gjør at de kan benyttes for å understøtte dokument- og datadeling, og at tjenestene kan videreutvikles for å understøtte sektorens behov.

Resultatmål 6: En felles standardisert terminologi for deling av helsefaglige opplysninger er etablert

Helsepersonell og pasienter har behov for tilgang til korrekt, nødvendig og relevant informasjon, uavhengig av hvor pasienten har fått helsehjelp tidligere. Det har tidligere ikke eksistert en felles terminologi for helsesektoren i Norge. Konsekvensen av dette er at ulike enheter benytter separate terminologier og kodeverk. Dette hindrer samhandling. En felles standardisert terminologi kan bidra til å understøtte behovet for økt samhandling og gi bedre kvalitet på helsefaglig dokumentasjon.

Program for kodeverk og terminologi ved Direktoratet for e-helse har utarbeidet et konsept for anvendelse av felles standardisert terminologi, med SNOMED CT som valgt terminologi. Terminologien beskrives som et *felles språk* for å lette kommunikasjonen. Et felles språk, som definerer hvordan de ulike begrepen skal forstås, og hvilke ord som best beskriver begrepet presist for de forskjellige brukerne, vil være et viktig bidrag til å formidle informasjon i helse- og omsorgssektoren. Felles språk vil også bidra til at data bare registreres én gang på et klinisk relevant språk og på riktig nivå, eller innhentes automatisk der det er mulig.

Et felles språk er en helt nødvendig forutsetning for å kunne realisere tverrfaglige behandlingsplaner og strukturert journal, som utviklingen nasjonalt og internasjonalt går mot.

Resultatmålet er nådd når:

- Felles språk er tilgjengelig for bruk i sektoren, støttet av en forvaltningsorganisasjon som kan gi bistand under innføring. Dette vil gi sektoren et sett med byggeklosser som kan tas i bruk i løsninger som benyttes direkte i helsehjelpen, og av løsninger som benyttes til virksomhetsstyring, statistikk, forskning og finansieringsordninger.

Resultatmål 7: Tilrettelagt for innovasjon og næringsutvikling

Resultatmål 1 til 6 etablerer Felles grunnmur som en forutsetning for forbedringer i samhandling mellom aktørene, og legger til rette for en modernisering av dagens samhandling. Stortinget ønsker en innovativ og lønnsom helsenæring som kan bidra til mer effektiv ressursbruk, økt verdiskaping, nye lønnsomme arbeidsplasser i privat sektor og bedre helsepolitisk måloppnåelse gjennom å utnytte mulighetene den teknologiske og medisinske utviklingen gir. Dersom innholdet i grunnmuren og andre e-helseløsninger er godt tilrettelagt for innovatører, kan det være en kilde til økt innovasjon og næringsutvikling. Resultatmål 7 handler om å gjøre byggeklossene i Felles grunnmur tilgjengelige for et bredere utvalg av brukere og aktører, slik at innovasjon i norsk e-helse enklere kan kobles til utviklingen i internasjonal e-helse.

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

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

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

Et levedyktig økosystem må involvere en hel rekke aktører og tjenester, og går derfor utover arbeidet med grunnmuren. Resultatmål 7 dekker prioriterte tiltak i Felles grunnmur for økt innovasjon og næringsutvikling, men tar ikke med alle nødvendige fremtidige tiltak frem til et anvendelig økosystem. Utover resultatmålet må det arbeides videre med insentiver, finansiering, møteplasser for brukermedvirkning og felles styring, samt arrangering av jevnlig utviklersammenkomster, såkalte "hackathons".

Resultatmålet er nådd når:

- Det foreligger tydelige krav og retningslinjer for hvordan leverandører kan bruke byggeklossene i Felles grunnmur.
- Det er lagt til rette for at e-helseløsninger kan gjøre sine data tilgjengelig gjennom en felles API-løsning og det finnes et test- og godkjenningstilgjøringsmiljø der nye og endrede løsninger kan testes sammen med andre. APIene må utvikles og tilgjengeliggjøres av eksterne virksomheter og leverandør av e-helseløsninger.

Til Møte 3/19
Dato 19.06.2019
Saksnummer 22/18
Type Drøfting

Fra Christine Bergland
Saksbehandler Irene Olaussen og Siv Ingebrigtsen

Nasjonal handlingsplan og nasjonal e-helseportefølje

- Prioritering av innsatsområder for 2020 og status og utfordringer for pågående prosjektportefølje

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre ber Direktoratet for e-helse ta med innspill framkommet i møtet i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Direktoratet for e-helse har gjennom den nasjonale styringsmodellen for e-helse etablert en [strategi](#) og [handlingsplan](#) for e-helse i samarbeid med de sentrale aktørene i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet ønsker med denne saken å invitere utvalget til å drøfte hvilke innsatsområder som bør prioriteres for 2020.

Den prioriterte Handlingsplanen vil være førende for prioritering av den nasjonale e-helseporteføljen for 2020. I tillegg til vurderingen av strategisk viktighet vil prosjektenes nytte, risiko og forutsetninger ha betydning for den endelige prioriteringen av porteføljen som vil bli lagt frem for tilslutning i Nasjonalt e-helsestyre i desember.

Denne saken presenterer også felles utfordringer knyttet til den pågående porteføljen samt pågående tiltak for å redusere risiko og konsekvenser. Direktoratet ønsker en drøfting av tiltakene samt om ytterligere tiltak bør iverksettes.

Vedlegg

1. Statusrapport portefølje – april 2019

Bakgrunn

1. Prioritering av innsatsområder

Oppdatert Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 og tilhørende Plan for e-helse 2019-2022 ble presentert NUIT 21. november 2018 ([sak 21/18](#)) og Nasjonalt e-helsestyre 6. desember 2018

(sak 51/18). Utvalgene ga sin tilslutning til strategidokumentene, men etterspurte samtidig en prioritering av innsatsområdene i planen (figur 1) for å gjøre den mer handlingsrettet.



Figur 1: Innsatsområdene i Nasjonal handlingsplan for e-helse.

Direktoratet har i 2019 arbeidet med prioritering og lagt til grunn etablerte faglige kriterier for prioritering i helse- og omsorgssektoren ([Lønning-utvalget](#), [Blankholm-utvalget](#)). Disse vektlegger *Nytte*, *Alvorlighet*, og *Ressurs*. Gjennomgangen av ulike perspektiver på strategisk prioritering har en vektlagt synspunkter knyttet til de to første kriteriene; *Nytte* og *Alvorlighet*. I tillegg er det gjort en vurdering av *Avhengighet* på tvers av innsatsområder. Kriteriet knyttet til *Ressurser* (kost/nytte/gevinst) vurderes i neste fase gjennom arbeidet med den nasjonale porteføljen og prosessen for prioritering og finansiering av konkrete tiltak.

Vi har sett hen til tre kilder for å vurdere hvilke innsatsområder som bør prioriteres i handlingsplanen:

1. Innspill fra sektoren som fremkommet gjennom dialogmøter med NUIT/NUFA medlemmer.
2. Nye (og inneværende) politiske føringer som fremkommer gjennom offentlige dokumenter som er lansert og under arbeid.
3. Relevante utviklingstrekk.

Gjennom en sammenstilling av de ulike kildegrunnlagene, og basert på kriteriene *Nytte*, *Alvorlighet*, og *Avhengigheter*, har Direktoratet utarbeidet et forslag til strategisk prioritering av innsatsområdene i handlingsplanen for 2020 (se figur 1 for forklaring av innsatsområdene):

1. **Legemiddelområdet: 1.2 og 2.2.**
2. **Samhandlingsløsninger: 1.1, 2.1 og 5.1.**
3. **Informasjonssikkerhet: 6.3.**
4. **Gjennomføring/Operasjonalisering: 5.2, 6.1 og 6.2.**
5. **Kvalitet og tjenesteutvikling: 3.1, 3.2, 4.1, 4.2 og 4.3.**

Det ble presentert i NUIT-møtet 27. mai ([sak 22/19](#)). Utvalget stilte seg bak forslaget til prioritering med følgende vedtakstekst:

NUIT støtter forslaget til prioriteringsrekkefølgen fra et klinisk perspektiv, og påpeker at det i fremtidig prioritering også må tas hensyn til andre perspektiv. Direktoratet for e-helse tar med innspill framkommet i møtet i det videre arbeidet.

2. Status for pågående portefølje

Vedlegg 1 gir en utfyllende beskrivelse av status på pågående portefølje. Porteføljen består av 52 prosjekter, og de prosjektene som har rapportert budsjett, har et samlet budsjett i 2019 på 1,5 milliarder. Kvaliteten på de innrapporterte dataene blir stadig bedre, men fremdeles mangler budsjett for 10% av prosjektene i porteføljen, herunder Helseplattformen.

Porteføljen som helhet viser en tilfredsstillende overordnet status, men tre prosjekter melder rød status, hvorav Nasjonal IKT sitt prosjekt SAFEST Realisering er mest kritisk, da flere prosjekter innenfor legemiddelområdet har avhengigheter til dette prosjektet.

Aktørene har også meldt inn nye prosjekter for 2020. Helt overordnet ser det ikke ut til at det blir store endringer i porteføljen fra 2019 til 2020, verken med hensyn til antall prosjekter eller budsjettmessig omfang. Videre prioritering av porteføljen vil baseres på prioritering av innsatsområdene, samt betraktninger rundt risiko, nytte, avhengigheter og forutsetninger.

3. Felles utfordringer i pågående porteføljen

Det er blitt gjennomført en analyse av utfordringsbildet basert på rapportering av status, risiko, avhengigheter og forutsetninger.

Mange av prosjektene i porteføljen er avhengig av leveranser relatert til nasjonale løsninger, felleskomponenter og/eller standarder. Manglende leveransekraft i grunnmursarbeidet undergraver samhandling og videreutvikling av nasjonale e-hesløsningen. Det jobbes med å revidere oversikten over sammenhengen mellom leveranseplanen for porteføljen og plan for grunnmursleveranser og nasjonale løsninger, samt sikre finansiering av de kritiske felleskomponentene. Grunnmurs-avhengighetene som har rød status dreier seg om autentisering med HelseID og RESH som grunnlag for tilgangsstyring. Direktoratet for e-helse har sammen med NHN styrket forvaltning og utvikling av HelseID.

Mange prosjekter rapporterer om utfordringer, eller mulige utfordringer, med å få nødvendig forankring for gjennomføring og innføring. Direktoratet for e-helse har i denne forbindelse innledet et samarbeid med KS for å diskutere tiltak når det gjelder utfordringer med bredding i kommunal sektor, for eksempel bredding av eID som er en forutsetning for flere andre løsninger.

40 % av prosjektene i porteføljen rapporterer om behov for videreutvikling av EPJ-løsningene og mange opplever dette som en flaskehals. Direktoratet jobber med å sikre god informasjonsflyt mellom leverandører, nasjonale prosjekter og brukerrepresentanter, samt å følge med på markedssituasjonen generelt.

Den pågående porteføljens utfordringer ble også behandlet i NUIT ([sak 24/19](#)). *NUIT er spesielt opptatt av koordinering opp mot EPJ-leverandører i kommunal sektor. Kommuner har gitt signaler om at KS skal ta en rolle i dette arbeidet.*

Fastlegene mener de har et fungerende leverandørmarked. EPJ-utviklingen skjer basert på fastlegenes behov. De er bekymret for om dette vil endre seg nå som forprosjekt for felles kommunal journal er vedtatt.

Vedtak på tilsluttende saker

Sak	Tema	Vedtaksformulering
51/18	Nasjonal e-helsestrategi og strategisk plan	Nasjonalt e-helsestyre gir sin tilslutning til oppdatert Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 og Strategisk plan for e-helse 2019-2022 med forbehold om at innspillene fra møtet innarbeides.

Statusrapport

Nasjonal e-helseportefølje

April 2019



Tittel:

Statusrapport nasjonal e-helseportefølje

Utgitt:

Mai 2019

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

nasjonalt.portefoljekontor@ehelse.no

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo

Tlf.: 21 49 50 70

Forord

Nasjonal porteføljestyringsprosess er ett av virkemidlene for å oppfylle nasjonal e-helsestrategi 2017-2022. Denne rapporten gir en oversikt over pågående prosjekter og programmer¹ i nasjonal e-helseportefølje.

Den nasjonale e-helseporteføljen består av prosjekter som understøtter nasjonal e-helsestrategi, har avhengigheter til prosjekter i porteføljen og/eller er avhengig av nasjonal innsats. Prosjekter med høy grad av strategisk tilknytning, høy nytte og akseptabel risiko, prioriteres i porteføljen.

Målet med denne rapporten er å gi aktørene i Nasjonal styringsmodell et helhetsperspektiv og skape en felles forståelse av omfanget og potensialet for gevinstrealisering i den pågående porteføljen. Rapporten skal også gi innsikt i risiko, utfordringer og sentrale avhengigheter, samt forutsetninger for å realisere gevinster. Dette vil være et utgangspunkt for diskusjoner og anbefalinger relatert til nasjonal e-helseportefølje.

Rapporten utarbeides som underlag til NUIT (Prioriteringsutvalget) tre ganger årlig og som orientering til Nasjonalt e-helsestyre og NUFA (Fagutvalget). Denne rapporten baserer seg på innrapportering til nasjonal e-helseportefølje per 12. april 2019.

Underlaget for rapporten er i hovedsak innrapportering fra aktørene og møter med porteføljekontakter hos aktørene. Rapporten utarbeides av nasjonalt porteføljekontor og nasjonalt arkitekturkontor i Direktoratet for e-helse.

Innrapporteringen av prosjekter til porteføljen fra aktørene er samlet [her](#) og oversikt over nasjonal e-helseportefølje (exceloversikt i PDF) er [her](#).

¹ I denne rapporten benyttes "Prosjekt" som en samlebetegnelse for både prosjekt og program.

Innhold

1	Sammendrag	6
2	Porteføljens knytning mot nasjonal e-helsestrategi	8
3	Status for nasjonal e-helseportefølje	11
3.1	Overordnet status.....	11
3.2	Risiko	11
3.3	Porteføljen fordelt på fase i Prosjektveiviseren	12
3.4	Omfang i 2019.....	12
3.5	Prosjektenes total kostnad	15
3.5.1	Totalt prosjektkostnader	16
3.5.2	Årlige forvaltningskostnader	16
4	Gevinster	18
5	Avhengigheter og forutsetninger	21
6	Status på Felles grunnmur	24

1 Sammendrag

Porteføljens omfang øker

Siden forrige rapportering i januar 2019 er det tre prosjekter som har gått ut av porteføljen og fem som har kommet til. Porteføljen består nå av 52 prosjekter med et innrapportert samlet budsjett på 1,5 mrd. 10 % av prosjektene i porteføljen rapporterer ikke inn budsjett, herunder Helseplattformen. Det totale forbruket på e-helse i 2019 er høyere enn det som er rapportert, anslagsvis nærmere 2 mrd. Forskjellen skyldes både at ikke alle prosjektene har rapportert inn budsjett samt at det trolig også er prosjekter som ikke er rapportert til porteføljen.

Mer presise data

Kvaliteten på det som rapporteres inn om prosjektene blir stadig bedre. Det må likevel jobbes videre med å sikre innrapportering av relevante prosjekter og øke kvaliteten på dataene. Aktørene rapporterte denne gang inn på en justert rapporteringsmal. Justeringen var nødvendig for å øke presisjonsnivå på for eksempel på kostnader, gevinster og avhengigheter.

Flere oppgir totale kostnader

Det er positivt at innrapporteringsgraden nå har økt. 4 av 5 prosjekter i porteføljen oppgir totale prosjektkostnader. Dette indikerer at det har vært en modning hos aktørene som gir mer fokus på total kostnader enn tidligere. Det er fortsatt et behov for å øke kjennskapen til hvilke forvaltningskostnader prosjektene vil pådra seg ved fullført leveranse. Dette er viktig for å forstå de totale økonomiske implikasjonene av prosjektene i porteføljen. Det er en positiv trend at andelen som oppgir forvaltningskostnader er økende.

Digitalisering av arbeidsprosesser er fremdeles størst

Med hensyn til omfang innen de strategiske områdene ser vi i denne rapporteringen en ytterligere økning av området *Digitalisering av arbeidsprosesser*. Området er størst med over 50 % av porteføljens omfang og har et budsjett på nesten 800 mill kroner.

Status og utfordringer i porteføljen

Porteføljen som helhet viser en tilfredsstillende overordnet status, men tre prosjekter melder rød status, hvorav Nasjonal IKT sitt prosjekt *SAFEST Realisering* er mest kritisk, da flere prosjekter innenfor legemiddelområdet har avhengigheter til dette prosjektet.

Mange prosjekter rapporterer om utfordringer eller risiko knyttet til forankring av gjennomføring av prosjektene eller realisering av prosjektenes gevinster ved innføring av løsningene.

Prosjektene avhengigheter til andre prosjekter, leveranser, aktører og leverandører påvirker i stor grad prosjektets risiko, da det ofte er knyttet usikkerhet til om avhengigheter blir oppfylt til rett tid og med tilfredsstillende kvalitet. Prosjektene spesifiserer hvilke aktører de forventer skal levere det prosjektet er avhengig av. Flest prosjekter melder avhengighet til Direktoratet for e-helse (grunnmursleveranser og felles nasjonale løsninger), EPJ-leverandørene og Helsedirektoratet. Disse tre aktørene forventes å levere omtrent 50% av alle avhengighetene som er innrapportert. Når avhengighetene ikke innfris, opprettes ofte kompensierende løsninger for å løse prosjektets behov der det er mulig. Kompenserende løsninger kan bidra

til en kompleks arkitektur som er krevende og kostbar å vedlikeholde, og kan være et hinder for felles måloppnåelse.

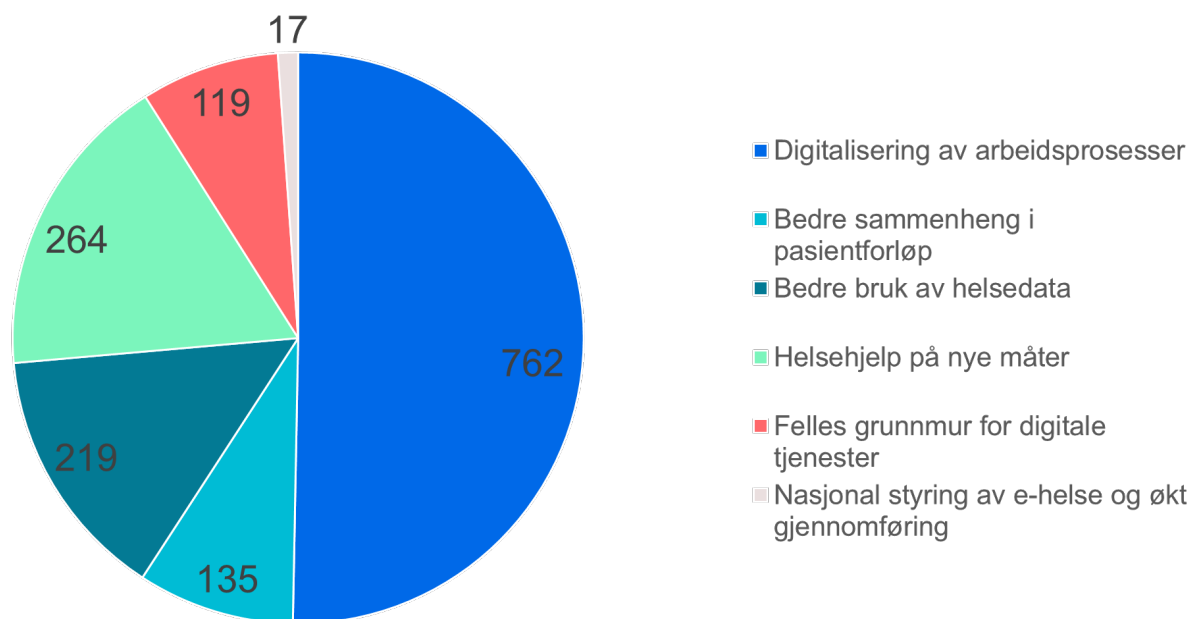
Behov for investeringer i grunnmur

Denne innrapporteringen er den første hvor aktørene melder inn totalkostnader som går med til grunnmursleveranser. Aktørene er også bedt om å melde inn avhengigheter til felles grunnmur. Budsjettet for de viktigste grunnmursprosjektene i 2019 er på 119 mill. Dette utgjør 8 % av nasjonal portefølje. 17 % av avhengighetene som er meldt inn i porteføljen er knyttet til Felles grunnmur. Majoriteten av avhengighetene til Felles grunnmur har høy kritikalitet og må innfris innen starten av 2020.

2 Porteføljens knytning mot nasjonal e-helsestrategi

Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 er et viktig styringsdokument for e-helseutviklingen i helse- og omsorgssektoren. Strategisk tilknytning er et av prioriteringskriteriene for nasjonal e-helseportefølje.

Nasjonal e-helsestrategi er inndelt i seks strategiske områder. Aktørene har selv vurdert hvilket strategisk område prosjektene bidrar sterkest på. Samlet rapportert budsjett på 1,5 mrd. for 2019 fordeler seg slik:




Figur 1: Budsjett 2019 per strategisk område (i mill. kroner)

Det strategiske området *Digitalisering av arbeidsprosesser* har størst innsats i den pågående porteføljen med over 50 % av porteføljens omfang. Strategisk plan detaljerer e-helsestrategien. I planen er innsatsområdet knyttet til mobilisering av innbyggeren som ressurs flyttet fra det strategiske området *Bedre sammenheng i pasientforløp* til det strategiske området *Helsehjelp på nye måter*. Dette fører til at *Bedre sammenheng i pasientforløp*, som ved forrige rapportering hadde et omfang på 22 % av porteføljen, nå har et lavere omfang på 9 %. *Helsehjelp på nye måter*, som tidligere hadde kun 8 % av porteføljen, har nå 17 % og er nest størst i porteføljen.

At porteføljen samlet sett øker i omfang skyldes blant annet at innsatsområdet *Bedre bruk av helsedata* og *Digitalisering av arbeidsprosesser* har blitt større. Førstnevnte øker fra 118 mill. fra forrige rapportering til 219 mill. ved denne rapporteringen. Sistnevnte øker fra 680 mill. til 762 mill.

Prosjektet *Regional EPJ Journalinnsyn* i Helse Sør-Øst, som tidligere inngikk i *Digitalisering av arbeidsprosesser*, inngår nå i *Bedre bruk av helsedata* og er en viktig årsak til økningen der. Økningen totalt sett skyldes hovedsakelig økte budsjetter fra eksisterende prosjekter i porteføljen. Dette gjelder særlig for prosjektene fra Helse Nord RHF som nå rapporterer et budsjett summert til 149 mill. for 2019.

Digitalisering av arbeidsprosesser

Strategisk område	Innsatsområde	Eksempler på prosjekter	Omfang
 <p>Digitalisering av arbeidsprosesser</p>	1.1 Modernisere journal- og samhandlingsløsning	<ul style="list-style-type: none"> Helseplattformen Regional ambulansejournal Regionalt laboratoriesystem 	655
	1.2 Digitalisere legemiddelkjeden innenfor hver virksomhet	<ul style="list-style-type: none"> Regional kurve og medikasjon Medikamentell kreftbehandling 	107


Målet om én gjennomgående og modernisert journalløsning for hele helsetjenesten er den viktigste driveren for dette området. Direktoratet for e-helse sitt prosjekt *Én innbygger – én journal - felles journal- og samhandlingsløsning*, *Helseplattformen* i Helse Midt Norge og RHF-enes prosjekter knyttet til oppgradering til DIPS Arena ved prosjektet *Heliks* i Helse Vest, *FRESK* i Helse Nord-Norge og *Regional EPJ modernisering* i Helse Sør-Øst representerer viktige strategiske prosjekter.

Bedre sammenheng i pasientforløp

 <p>Bedre sammenheng i pasientforløp</p>	2.1 Bidra til plan og kontinuitet i ansvarsoverganger	<ul style="list-style-type: none"> Pakkeforløp hjem - kreft Pakkeforløp Hjerneslag Pakkeforløp psykisk helse og rus 	70
	2.2 Dele oppdaterte legemiddel-opplysninger	<ul style="list-style-type: none"> Digitalisering av legemiddelområdet SAFEST 	65

Direktoratet for e-helse sitt prosjekt *Digitalisering av legemiddelområdet* er størst i omfang innenfor dette området. *Digitalisering av legemiddelområdet* inneholder en rekke prosjekter med mål om å øke pasientsikkerheten.

Bedre bruk av helsedata

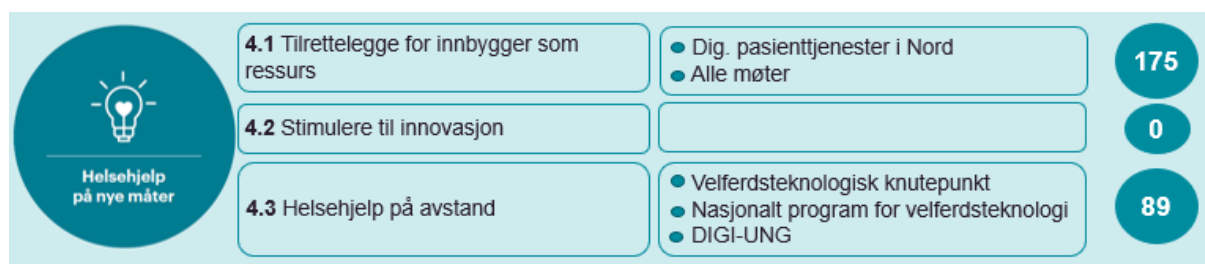
Strategisk område	Innsatsområde	Eksempler på prosjekter	Omfang
 <p>Bedre bruk av helsedata</p>	3.1. Bedre behandling med bedre utnyttelse av helsedata	<ul style="list-style-type: none"> Oppfølgingsteam Regional EPJ Journalinnsyn 	75
	3.2 Bedre bruk av helsedata til sekundærfomål	<ul style="list-style-type: none"> Helsedataprogrammet Modernisering av reseptregisteret Nasjonal laboratoriesdatabase 	144

Helsedataprogrammet som eies av Direktoratet for e-helse er størst innenfor området, og skal gi enklere tilgang og bedre grunnlag for analyse av helsedata.² Øvrige prosjekter er Folkehelseinstituttets sine prosjekter *Modernisering av reseptregisteret*, *Nasjonal*

² *Helsedataprogrammet* finansierer 10 mill. kroner av *Program for kodeverk og terminologi*, disse midlene er satt på det strategiske området *Felles grunnmur for digitale tjenester*. Helsedataprogrammet finansierer også 2 millioner av Helsedirektoratets prosjekt *Innsyn og tilgjengeliggjøring NPR og KPR* som også inngår i innsatsområde 3.2.

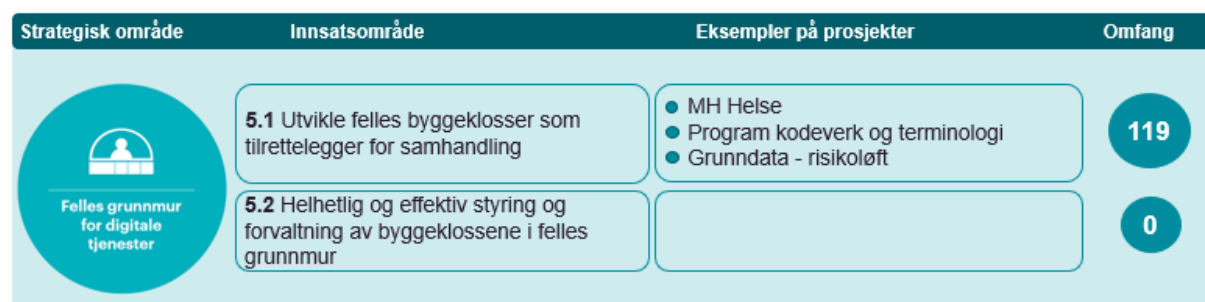
laboratoriedatabase og Nasjonalt infeksjonsregister. Prosjektene har ikke avklart finansiering for 2019.

Helsehjelp på nye måter



Nasjonalt program for velferdsteknologi er driveren på dette området, og skal hjelpe innbyggerne å klare seg selv i eget hjem og bidra til å sikre livskvalitet og trygghet for brukerne. Direktoratet for e-helse har denne gangen rapportert inn *Velferdsteknologisk knutepunkt* som eget prosjekt på dette området, som tidligere ble rapportert inn som en del av *Nasjonalt program for velferdsteknologi*. Dette er for å synliggjøre at prosjektet finansieres og styres av Direktoratet for e-helse. Samarbeidsprosjektet mellom Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet, Statens Vegvesen og Politidirektoratet om *Digital Førerrettsforvaltning* ligger også i dette innsatsområdet.

Felles grunnmur for digitale tjenester



Program for kodeverk og terminologi og *MF Helse* er viktige prosjekter på dette området. *Program for kodeverk og terminologi* har viktige grensesnitt mot øvrige prosjekter i porteføljen, som Helseplattformen. *MF Helse* vil få påvirkning på en stor del av forvaltningen og prosjektene i helsesektoren gjennom å koordinere og gjennomføre helse sin del av det nye folkeregisteret som lanseres av Skatteetaten ved nyttår 2021.

Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne



Prosjektene på området er *Nasjonal e-helsemonitor* (Direktoratet for e-helse), *KPR trinn to* (Helsedirektoratet) og *MSIS-databasen*. Dette strategiske området gjennomføres i liten grad som prosjekter og vil derfor være mindre synlig i porteføljen.

3 Status for nasjonal e-helseportefølje

3.1 Overordnet status

Overordnet status gir en oversikt over hvor godt prosjektene går i forhold til planen.

Porteføljen som helhet viser en tilfredsstillende overordnet status. Noen flere prosjekter i porteføljen melder grønn overordnet status enn gul.³ Tre prosjekter melder rød status.

De tre prosjektene som melder rød status er

- Helse Sør-Øst RHF sitt prosjekt *Regionalt laboratoriesystem*
- Helsedirektoratets sitt prosjekt *Pakkeforløp for psykisk helse og rus*
- Nasjonal IKT sitt prosjekt *SAFEST Realisering*

Førstnevnte er ett år forsinket på grunn av forsinket etablering av regional plattform.

Prosjektet *Pakkeforløp for psykisk helse og rus* har oppgitt at deres løsning for monitorering kan bli forsinket, og at det er en risiko for lav datakvalitet på grunn av usikkerhet til omfang og kvalitet for inndata-leveranse til tjenesten.

SAFEST Realisering rapporterer rødt fordi prosjektet *SAFEST Gjennomføring*⁴ som står for utvikling og leveranse av løsningen, har rapportert et revidert budsjett som er 60 % høyere enn det opprinnelige estimatet. Det er en bekymring for den nasjonale porteføljen at prosjektet *SAFEST Realisering* rapporterer rød status, ettersom en rekke andre prosjekter har avhengigheter til dette prosjektet.

De viktigste årsakene til gul status er forsinkelser, manglende ressurser og manglende finansiering.

3.2 Risiko

Risiko er et av prioriteringskriteriene for nasjonal e-helseportefølje. Aktørene skal sikre at prosjektene de foreslår inn i nasjonal e-helseportefølje har akseptabel risiko.

Fordeling av risiko for Nasjonal e-helseportefølje er relativt uendret siden forrige rapportering. Status for 2019-porteføljen er at 69 % av porteføljen melder medium risiko. Tre prosjekter melder høy risiko og 12 prosjekter melder lav risiko.

Prosjektet *Primærhelseteam* melder rød risiko knyttet til avhengigheten til utvikling hos EPJ-leverandøren Infodoc. Det pågår dialog mellom EPJ-løftet og Infodoc, men avhengigheten er fortsatt ikke løst. Prosjektet meldte også rød risiko ved forrige rapportering.

Prosjektet *Pakkeforløp for psykisk helse og rus* melder rød risiko grunnet manglende forankring, uklare forventninger til hva prosjektet skal oppnå, utfordringer med tilgang på ressurser og usikkerhet om prosjektet vil nå sine mål.

³ Merk at det er stor forskjell på granularitet på statusrapporteringen fra store programmer til små prosjekter

⁴ SLVs prosjekt SAFEST Gjennomføring inngår ikke lenger i porteføljen). Prosjektet står for utvikling og leveranse av løsningen,

Prosjektet *SAFEST Realisering* melder rød risiko knyttet til økonomi som følge av økte kostnadsestimater. Dette kan få konsekvenser knyttet til leveranser, planer og sikring av medvirkning.

Prosjektet *Regionalt laboratoriesystem*, som har rød overordnet status, melder gul risiko på grunn av at prosjektet har etablert en revidert tidsplan. Prosjektet rapporterte rød risiko ved forrige rapportering.

De vanligste årsakene til gul status er manglende leveranseevne hos EPJ-leverandørene og andre leverandører som prosjektene er avhengige av, tilgang til ressurser og finansiering, risiko for manglende ibrukttagelse og prioritering blant interessenter/mottakere av prosjektene og avhengigheter til andre e-helseløsninger og prosjekter. De mange avhengighetene mellom prosjektene i sektoren setter store krav til koordinering på tvers av ulike aktører i en sektor med høy kompleksitet, både organisatorisk og juridisk. Samtidig har prosjektene begrensede virkemidler og må i stor grad basere seg på andre aktørers samarbeid for å få gjennomført prosjektene. Risiko knyttet til markedets evne til å implementere leveranser er også fremtredende.

3.3 Porteføljen fordelt på fase i Prosjektveiviseren

Det forventes at prosjektene i nasjonal e-helseportefølje følger Difi sin prosjektveiviser med faseinndelt prosjektgjennomføring. For program med prosjekter i ulike faser angis fasen hvor hovedtyngden av prosjektene er.



Figur 2: Prosjekter i 2019 fordelt på faser i Prosjektveiviseren

Figur 2 viser at størsteparten av den pågående porteføljen er i gjennomføringsfase. Dette er en naturlig konsekvens av at konsept- og planleggingsfasen er betydelig kortere enn gjennomføringsfasen, og flere prosjekter vil derfor være i gjennomføringsfasen enn i øvrige faser. De 14 prosjektene i konsept- og planleggingsfasen utgjør omtrent 6 % av porteføljens budsjettomfang for 2019.

Avslutningsfasen i prosjektene er normalt kort. Det vil derfor til enhver tid være få prosjekter i avslutningsfasen. Det er ved denne rapporteringen ingen prosjekter i denne fasen.

Nasjonal e-helseportefølje har foreløpig ikke fulgt opp prosjekter i realiseringsfasen. Det forventes at det er virksomhetene som følger opp gevinstuttak etter at prosjektene avsluttes.

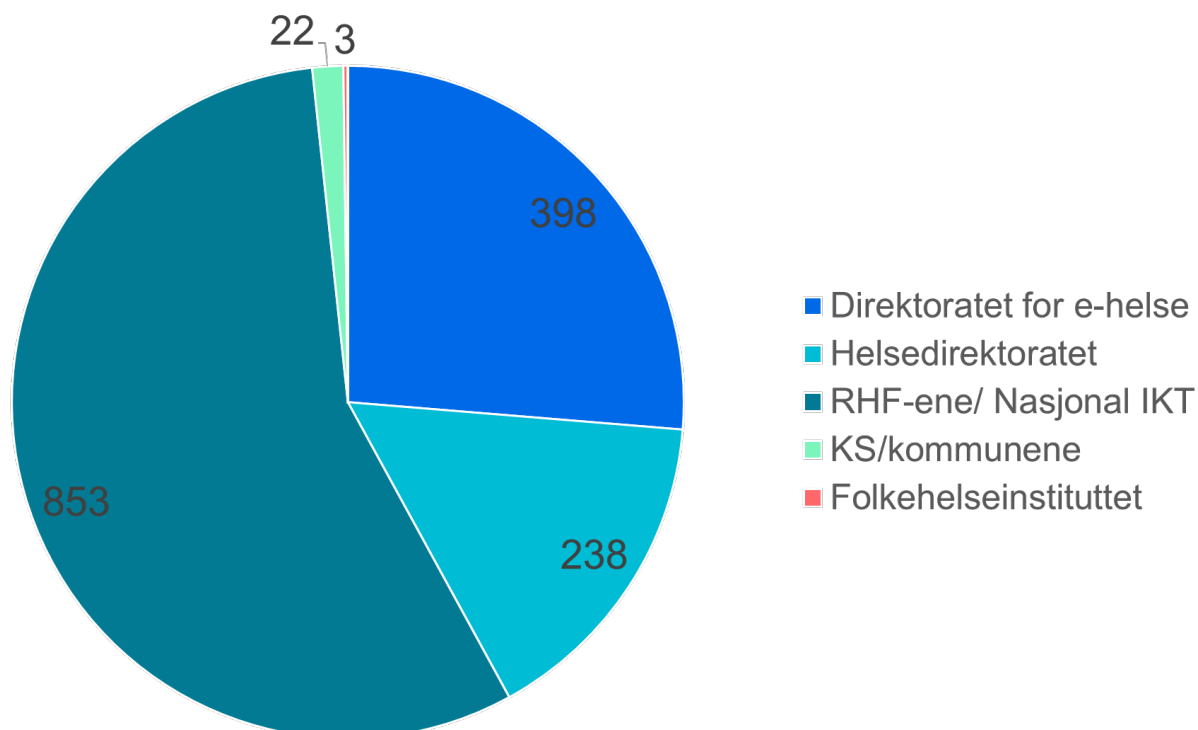
3.4 Omfang i 2019

Nasjonal e-helseportefølje består per januar 2019 av 52 prosjekter med et samlet budsjett på 1,5 mrd.

Samlet innrapportert budsjett i 2019 har økt fra 1,3 mrd. i januar 2019 til 1,5 mrd., som er en økning på omtrent 16 %. Den økende trenden som vi så i 2018 ser dermed ut til å fortsette. Antall prosjekter i porteføljen er svakt økende, men forholder seg noenlunde konstant omkring femti prosjekter (52 ved denne rapporteringen mot 50 ved forrige). Det forventes at

det totale forbruket på e-helse i 2019 er høyere enn det som er rapportert her. Det skyldes at ikke alle prosjektene har rapportert budsjett, samt at det også er prosjekter som ikke er rapportert til porteføljen.

Under vises budsjettet for porteføljen fordelt på hver aktør:



Figur 3: Innrapportert budsjett for 2019 per aktør oppgitt i mill. kroner

Porteføljens omfang er størst i de regionale helseforetakene og Nasjonal IKT, deretter kommer Direktoratet for e-helse og Helse Midt-Norge. Prosjekter som eies av KS/kommunene representerer kun 1,5 % av nasjonal e-helseportefølje. Det foregår likevel mye aktivitet i kommunene som følge av øvrige prosjekter i regi av nasjonale myndigheter, samt prosjekter som ikke er innmeldt til porteføljen.

Omfanget fortsetter å øke for RHF-ene og Nasjonal IKT, som nå ligger 147 mill. høyere i 2019-budsjettet enn ved forrige rapportering i januar 2019⁵. Innrapportert budsjett for 2019 fra RHF-ene/Nasjonale IKT på 853 mill. fordeler seg slik:

- Helse Sør-Øst: 294 mill. (seks prosjekter)
- Helse Vest: 216 mill. (to prosjekter)
- Helse Midt-Norge: 138 mill. (fire prosjekter – to oppgir budsjett)
- Helse Nord: 149 mill. (to prosjekter)
- Nasjonal IKT: 57 mill. (fire prosjekter)

Det er fem **nye** prosjekter i nasjonal e-helseportefølje ved denne rapporteringen.

⁵ Ett større prosjekt/program som ikke har oppgitt budsjett er Helseplattformen (Helse Midt-Norge).

ID	Prosjekt/program	Ansvarlig virksomhet	Budsjett 2019	Kommentar
174	Pakkeforløp kreft	Helsedirektoratet	0,5 mill.	<i>Pakkeforløp hjem for kreftpasienter</i> skal sikre forutsigbarhet for pasientene og kvalitet i utredning og behandling, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste.
175	Pakkeforløp Hjerneslag fase 2	Helsedirektoratet	0,5 mill.	Formålet med <i>Pakkeforløp hjerneslag</i> er at pasienter som rammes av hjerneslag skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp, samt forhindre uønskede tidsavbrudd mellom ulike aktørers oppgave - og ansvarsområder.
178	Grunndata– Risikoløft	Direktoratet for e-helse	7 mill.	Grunndata er en kritisk løsning med sterke koblinger til sektorens mange løsninger. Tiltak rettet mot å redusere risiko skal bidra til en akseptabel risiko på dagens plattform inntil modernisert grunndataplattform er utviklet og innført. Prosjektet gjennomføres nå som et tiltak i forvaltningen.
179	Velferdsteknologisk knutepunkt	Direktoratet for e-helse	16 mill.	Velferdsteknologisk knutepunkt integrerer velferdsteknologiske helseapplikasjoner med de kommunale fagsystemene (EPJ). Prosjektet er en del av Velferdsteknologiprogrammet. Prosjektet er tatt med for å synliggjøre den teknologiske komponenten som mange er avhengig av. Prosjektet har pågått over lengre tid.
180	Nøkkelregister for DSA	Helsedirektoratet	2 mill.	Formålet er forbedret og utvidet datainnhold hos NPR, hyppig og komplett publisering av oversikter for medisinsk strålebruk, og redusert dobbeltregistrering- og rapportering i tjenesten.

Tabell 1: Nye prosjekter i nasjonal e-helseportefølje

Tre prosjekter **går ut** av nasjonal e-helseportefølje.

ID	Prosjekt/program	Ansvarlig virksomhet	Budsjett 2019 (fra februar 2019-rapportering)	Kommentar
64	Fødselsepikrise til helsestasjon	KS	0,1 mill.	Etablere elektronisk meldingsutveksling som kanal for å formidle informasjon om fødsel, barn og mor fra fødeavdeling til helsestasjon. Prosjektet nærmer seg ferdigstillelse og tas derfor ut.
120	Pasientsikkerhetsvarsel til innbygger og fastlege	SLV	-	Etablere en varslingsløsning som målrettet og spesifikt kan varsle pasienter og deres fastleger ved legemiddelrelaterte hendelser som de berøres av, og som kan sette pasientsikkerheten i fare. Prosjektet mangler finansiering og tas derfor ut.
141	Internettassistert behandling for angst og depresjon i kommunen	Helse-direktoratet	6 mill.	Prosjektets formål er å styrke innholdet i behandlingstilbud i kommunale psykisk helsetjenester samt øke kapasitet og tilgjengelighet i kommunale lavterskel behandlingstilbud. Prosjektet mangler finansiering og tas derfor ut.

Tabell 2: Prosjekter som går ut av nasjonal e-helseportefølje

3.5 Prosjektenes totalkostnad

Kunnskap om forventet totalkostnad for et prosjekt er avgjørende for å kunne vurdere om prosjektets gevinster står i forhold til kostnaden. Det er også viktig for å forstå hvilke konsekvenser prosjektet har for kommende budsjetter, og for å forstå forvaltningsforpliktelsene som den enkelte aktør, og sektoren som helhet, pådrar seg.

Aktørene rapporterte for første gang i april 2018 på prosjektenes helhetlige kostnadsbilde, herunder totale prosjektkostnader og forventede årlige forvaltningskostnader. Datagrunnlaget som ble innhentet da var mangelfullt. Dette er ikke lenger situasjonen, da en betydelig andel av prosjektene nå rapporterer forventede totalkostnader av prosjektet.

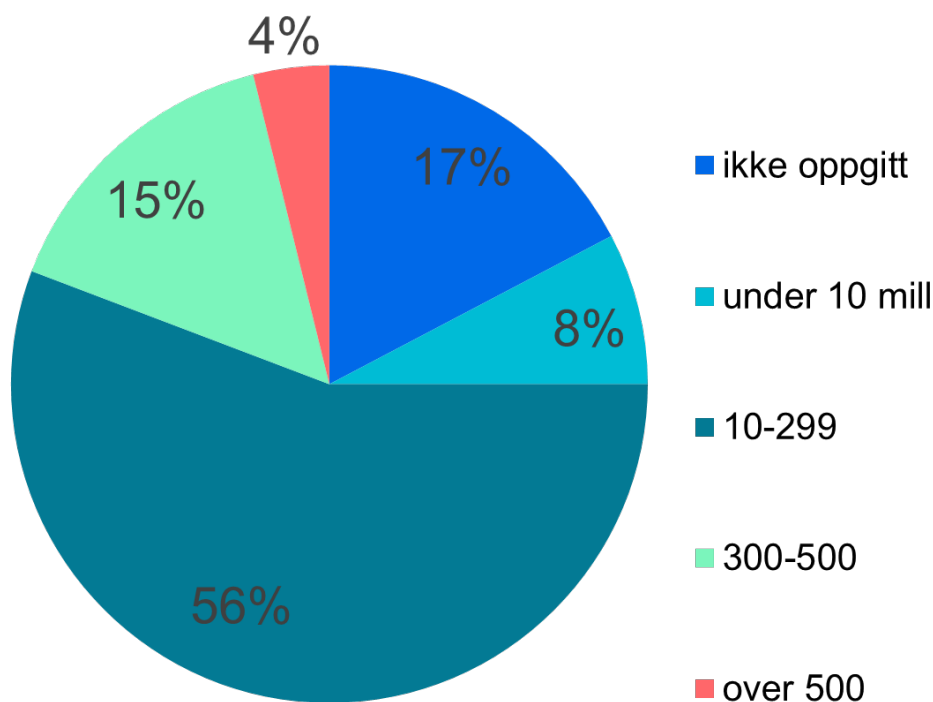
- 17 % av prosjektene har *ikke* rapportert totale prosjektkostnader (24 % i januar 2019)
- 56 % av prosjektene har *ikke* rapportert årlige forvaltningskostnader (64 % i januar)

Det er positivt at innrapporteringsgraden nå har økt såpass mye og at 4 av 5 av prosjektene i porteføljen nå oppgir totale prosjektkostnader. Dette indikerer at det har vært en modning hos aktørene og at det er mer fokus på totalkostnader enn tidligere. Det er fortsatt et behov for å øke kjennskapen til hvilke forvaltningskostnader prosjektene vil pådra seg ved fullført leveranse for å forstå de totale økonomiske implikasjonene av prosjektene i porteføljen. Det er likevel en positiv trend at andelen som ikke oppgir forvaltningskostnader er nedadgående.

3.5.1 Totale prosjektkostnader

Totale prosjektkostnader er definert som summen av påløpte kostnader fra prosjektets start og estimerte kostnader frem til planlagt sluttdato. De totale prosjektkostnadene som er innrapportert er 6 mrd. kroner, omtrent det samme som ble rapportert i januar. Denne størrelsen vil naturlig variere etter hvert som prosjektene får økt kunnskap om økonomiske implikasjoner av sine leveranser og fremtidig aktivitet.

Figur 4 viser at 15 % av prosjektene har totale prosjektkostnader på 300 - 500 mill. og 4 % av prosjektene har totale prosjektkostnader på over 500 mill. Majoriteten av prosjektene befinner seg innenfor intervallet 10-299 mill.



Figur 4: Prosentvis andel prosjekter i intervaller for total kostnad

3.5.2 Årlige forvaltningskostnader

Økt digitalisering gir økning i årlige forvaltningskostnader av e-helseløsningene. Det er viktig å kunne predikere denne utviklingen og å planlegge for den. Årlige forvaltningskostnader for den pågående porteføljen summerer seg til 269 mill., noe som er en nedgang siden forrige rapportering.⁶ Ettersom flere av prosjektene ikke har rapportert forvaltningskostnader, forventes det at forvaltningskostnadene i realiteten vil være betydelig høyere enn det som oppgis her.

Rapporteringen viser at flere prosjekter ikke har estimert årlige forvaltningskostnader. Dette kan skyldes at det kan være vanskelig å estimere dette eksakt når man ikke ennå vet

⁶ Dette skyldes blant annet at prosjekter som *Regional kurve og medikasjon* (Helse Sør-Øst RHF) ved denne rapporteringen ikke oppgir forventede årlige forvaltningskostnader, og at prosjektet *HELIKS* (Helse Vest RHF) var feilført ved forrige rapportering på området.

implikasjonene og det endelige omfanget som leveres i prosjektene. Det er uansett viktig å sannsynliggjøre et forventningsnivå på forvaltningskostnader av prosjektene. Det vil kunne gi beslutningstakere best mulig informasjon om de faktiske totalkostnadene av prosjekter som blir besluttet å starte opp.

4 Gevinster

Prosjektets samfunnsøkonomiske nytte er et av prioriteringskriteriene for å velge prosjekter til nasjonal e-helseportefølje. Her skal det tas hensyn til både positive og negative nytteeffekter, samt prosjektets totale kostnader, fremtidige forvaltningskostnader og løsningsenes levetid.

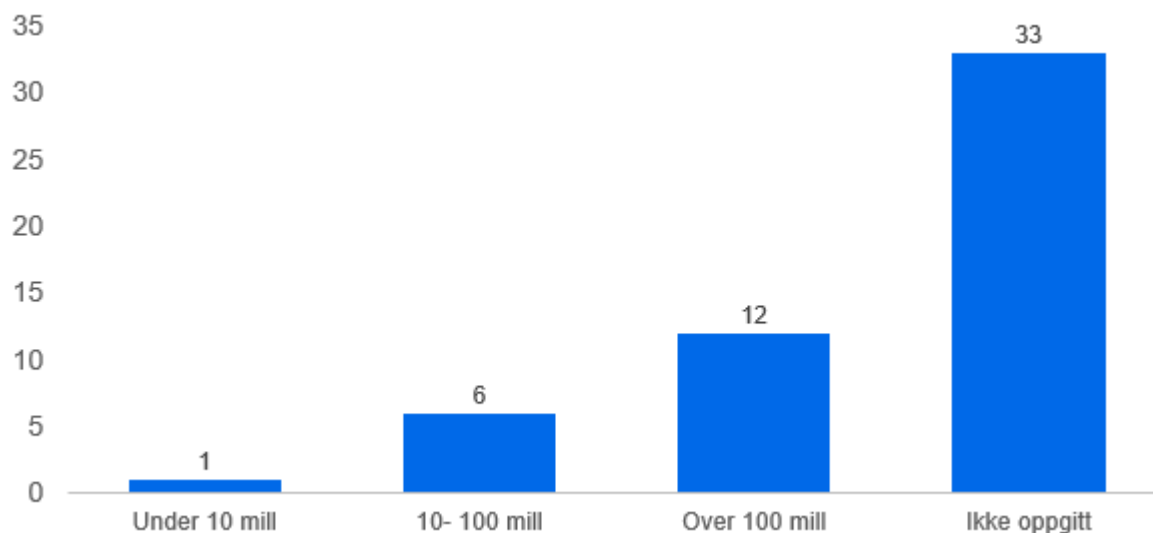
En sentral del av videreutvikling av nasjonal porteføljestyling, er økt fokus på gevinstene som porteføljens prosjekter skal bidra til å realisere og forutsetninger for dette. Data-grunnlaget har blitt betydelig bedre i løpet av de siste årene, og man forventer også her en videre forbedring. Det er av ulike grunner fremdeles en underrapportering av gevinster, særlig kvantifiserbare gevinster.

Nasjonalt porteføljekontor har definert gevinstmodenhet som et mål på hvor stor grad det arbeides med gevinstrealisering i prosjektene. Gevinstmodenhet er knyttet til følgende spørsmål:

- Er prosjektbegrunnelse og gevinstplan etablert?
- Er gevinstansvarlig og gevinster definert?
- Pågår gevinstrealisering?

Nesten alle prosjektene i plan- og gjennomføringsfase rapporterer middels til høy gevinstmodenhet.⁷ Dette tyder på at prosjektene arbeider strukturert med gevinster. Trenden med få prosjekter med lav gevinstmodenhet har vært konstant ved de siste rapporteringene, men vi ser ved denne rapporteringen at flere prosjekter går fra middels til høy gevinstmodenhet. Som tidligere nevnt, er det fortsatt potensiale for å følge opp porteføljens nytteverdi bedre, blant annet gjennom mer kvantifisering av gevinster i prosjektene.

⁷ Det er totalt 44 prosjekter som befinner seg i planleggingsfasen eller gjennomføringsfasen. Prosjekter får en lav, middels eller høy score på gevinstmodenhet avhengig om de har identifisert gevinstansvarlige, om det finnes en prosjektbegrunnelse, om gevinster er identifisert, om det finnes en gevinstplan og om det pågår gevinstrealiseringsaktiviteter.



Figur 5: Prosjektene fordelt i forhold til spesifiserte gevinstkategorier

Figur 6 viser at 19 prosjekter (37 %) i porteføljen rapporterer kvantifiserbare gevinster. De resterende 33 prosjektene (63 %) oppgir ikke gevinster eller oppgir ikke-kvantifiserbare gevinster eller at andre prosjekter må ta ut gevinsten fra prosjektet. Som tidligere skrevet, indikerer dette en umodenhet i kvantifisering av gevinster.

I justert rapporteringsmal er det flere felter til å spesifisere gevinster. Dette gir aktørene mulighet til å detaljere gevinstbildet mer enn tidligere. Tidligere ble aktørene bedt om å velge mellom kvantifiserbare og ikke-kvantifiserbare gevinster. Nå har malen separate felt for:

- kvantifiserbare gevinster
- ikke-kvantifiserbare gevinster
- spesifisering av ev. andre prosjekter som tar ut prosjektets gevinster

Justeringen gjør det mulig å sammenstille porteføljens gevinster på tvers av gevinstkategorier. Inntrykket er at det foregår et grundig gevinstarbeid i prosjektene som oppgir kvantifiserbare gevinster. Ikke-kvantifiserbare gevinster og identifisering av andre prosjekter som tar ut prosjektets gevinster inkluderes i dette arbeidet:

- 39 prosjekter oppgir og spesifiserer ikke-kvantifiserbare gevinster. Av disse prosjektene har 18 oppgitt kvantifiserbare gevinster i tillegg.
- Tilsvarende oppgir 21 prosjekter at andre prosjekter tar ut prosjektets gevinster, og 12 av disse har også kvantifiserbare gevinster.

Eksempler på ikke-kvantifiserbare gevinster:

- *Positiv effekt på samlet arbeidsbelastning for fastleger, færre pasienter på venterommet og mer effektiv kommunikasjon mellom pasient og legekontor* (Prosjekt 3 Digital dialog fastlege).
- *Bedre pasientinvolvering og pasientopplevelser via et bedre tilbud til pasientene med gode kommunikasjonsløsninger, digitale tjenester og god intern organisering. Forenklet hverdag for våre medarbeidere* (Prosjekt 51 Alle møter).

- *Reduksjon i antall tilfeller av feilmedisinering, økt kvalitet i pasientbehandlingen og redusert fare for pasientskader og dødsfall relatert til feilmedisinering (Prosjekt 102 SAFEST realisering).*

Det antas at gevinstpotensialet i porteføljen samlet sett er stort og det er trolig at de kvantifiserbare gevinstene overstiger de samlede kostnadene av porteføljen. 12 prosjekter, 23 % av porteføljen, oppgir en gevinst på mer enn 100 mill. Det er grunn til å tro at det er flere prosjekter i porteføljen som har gevinstpotensial på over 100 mill., men som av ulike grunner ikke rapporterer dette inn til nasjonal portefølje.

Prosjektene som rapporterer inn over 100 mill. i gevinster er:

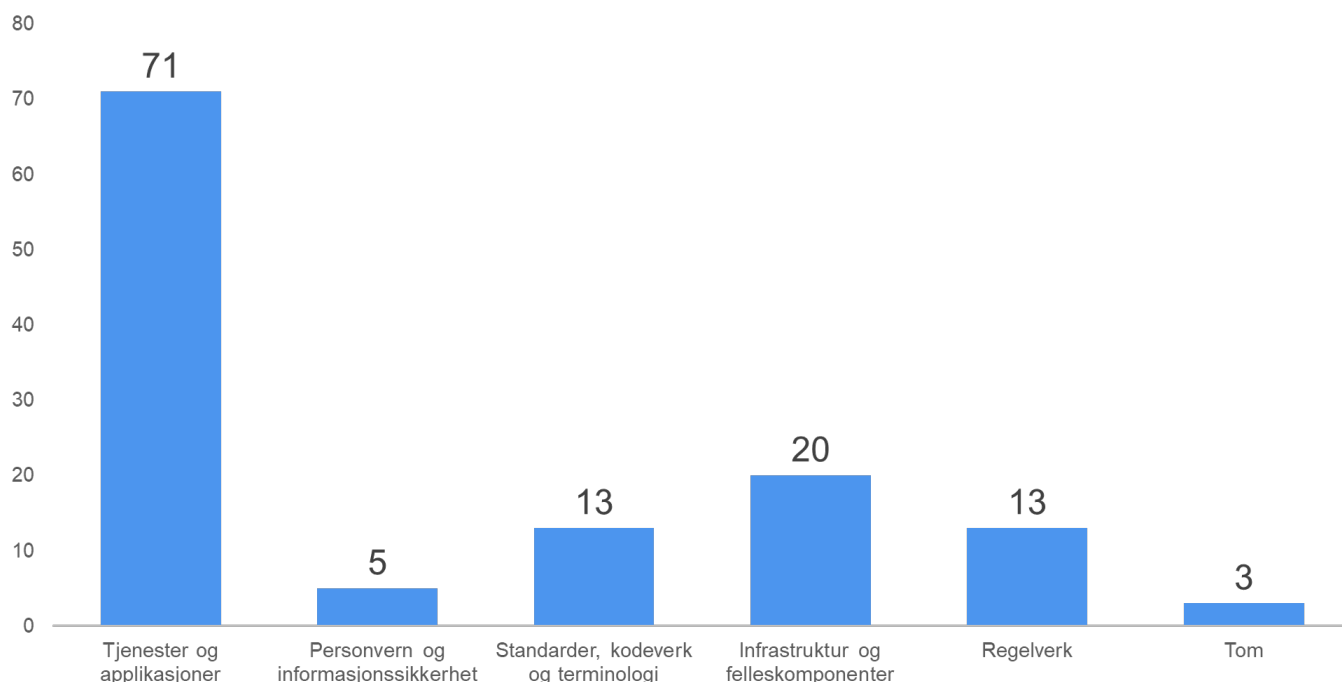
- Regional EPJ-Journalinnsyn (Helse Sør-Øst)
- Regional kurve og medikasjon (Helse Sør-Øst)
- Alle møter (Helse Vest RHF)
- DigiHelsestasjon (Oslo kommune)
- DigiUNG (Helsedirektoratet)
- Enklere digitale tjenester (Helsedirektoratet)
- Program for kodeverk og terminologi (Direktoratet for e-helse)
- Digitalisering av legemiddelområdet (Direktoratet for e-helse)
- Digital Førerrettsforvaltning (Direktoratet for e-helse)
- Kjernejournal – Innsyn for helsepersonell på tvers (Direktoratet for e-helse)
- Helsedataprogrammet (Direktoratet for e-helse)
- FRESK (Helse Nord RHF)

5 Avhengigheter og forutsetninger

Porteføljens prosjekter skal bidra til å realisere gevinster gjennom sine leveranser. Mange prosjekter har forutsetninger og avhengigheter til andre aktører eller prosjekter for å kunne levere, og at skisserte gevinster kan realiseres.

Avhengigheter påvirker i stor grad prosjektets risiko da det ofte er knyttet usikkerhet til om avhengigheter blir oppfylt til rett tid og kvalitet. Det er rapportert inn 125 avhengigheter i porteføljen, mot 114 ved forrige rapportering. Økningen antas å være en modning og dermed høyere bevissthet knyttet til avhengigheter hos aktørene. 75 av 125 avhengighetene som er rapportert inn er angitt med høy kritikalitet. Dette betyr at prosjektene i utgangspunktet ikke kan levere uten at avhengigheten innfris. Hvis avhengighetene ikke innfris, opprettes ofte kompensierende løsninger for å løse prosjekts behov. Dette er ikke ønskelig da det kan bidra til en kompleks, dyr og uhensiktsmessig teknisk arkitektur, og ikke til felles måloppnåelse.

Avhengighetene totalt er fordelt i kategorier som vist i figur 8.



Figur 6: Fordeling av avhengigheter i kategorier (totalt 125 avhengigheter)

Figuren viser at over 50 % av avhengighetene i pågående portefølje er relatert til *Tjenester og applikasjoner*. De resterende avhengighetene kategoriseres innen kategoriene *Personvern og informasjonssikkerhet*, *Standarder, kodeverk og terminologi*, *Infrastruktur og felleskomponenter* og *Regelverk*.

Det er rapportert inn 11 avhengigheter med rød status, det vil si at de er uavklarte. Disse avhengighetene er knyttet til:

1. Tilpasning av EPJ-systemer, ev. fagsystemer – 4 stk.
2. Nasjonale løsninger – 5 stk.
 - a. HelselD – 2 stk.

- b. Helsenorge – 1 stk.
 - c. Grunndata (RESH) – 1 stk.
 - d. Samhandling (Smart on FHIR) – 1 stk.
3. Kodeverk i NPR – 2 stk.

Behov for tilpasninger i EPJ-systemer, HelseID og grunndata (RESH) ble omtalt i statusrapporten tilgjengeliggjort i februar 2019. Under beskrives de andre uavklarte avhengighetene:

- **Helsenorge.no**
Helsedirektoratets prosjekt *Velg behandlingssted avtalespesialist* rapporterer at prosjektet trenger oppdateringer på helsenorge.no. Det er usikkerhet knyttet til arbeid og finansiering som må gjøres på Velg behandlingssted ved oppgradering av helsenorge.no. Avtalespesialistene vil ikke legges på Velg behandlingssted før Velg behandlingssted er oppgradert. Fristen på avhengigheten er satt til april 2019.
- **Samhandling (Smart on FHIR)**
Helsedirektoratets prosjekt *En vei inn* rapporterer at prosjektet på sikt trenger Smart on FHIR for å integrere med EPJ-systemene. Fristen for å innfri avhengigheten er satt til 2021, og gir dermed tid til å arbeide videre med å avklare avhengigheten.
- **Kodeverk i NPR**
Helsedirektoratets prosjekter *Pakkeforløp hjerneslag* og *Pakkeforløp psykisk helse og rus* trenger at nye koder og kodeverk som etableres gjennom pakkeforløpene etableres i NPR/KPR og at inndata fra tjenesten basert på kodeverkene holder rett kvalitet. *Pakkeforløp psykisk helse og rus* har satt frist til mai 2019 for å få på plass denne avhengigheten.

I justert rapporteringsmal er felt for innrapportering av avhengigheter endret. Målet er å få tydeligere beskrivelse av hva avhengighetene er og hvem som anses som ansvarlig for å levere avhengigheten. Avhengighetene skal nå spesifiseres med følgende informasjon:

- Hvem er prosjektet avhengig av?
- Hva er prosjektet avhengig av?
- Hva skal avhengigheten brukes til?

På bakgrunn av denne justeringen fremstår porteføljens avhengigheter tydeligere. De tre aktørene som flest prosjekter melder avhengighet til, tilsvarer ca. 50% av alle avhengighetene rapportert:

1. Direktoratet for e-helse: 25 %, totalt 33 avhengigheter hvorav 15 avhengigheter er knyttet til grunnmur, 13 er knyttet til nasjonale fellesløsninger og de resterende er kategorisert som annet.
2. EPJ-leverandørene: 13 % (16 avhengigheter)
3. Helsedirektoratet: 12 % (15 avhengigheter)

21 prosjekter rapporterer at de i høy grad forutsetter tilpasning i EPJ-systemer, i fastlegens EPJ, i kommunens EPJ eller i spesialisthelsetjenestens EPJ. Tabellen nedenfor lister opp disse prosjektene.

Prosjekt i nasjonal portefølje (Nr- Navn)	Krever i høy grad EPJ-utvikling hos fastlege	Krever i høy grad EPJ-utvikling i kommunen	Krever i høy grad EPJ-utvikling i spesialist-helsetjenesten
11- EPJ-løftet	x		
117- Enklere digitale tjenester	x		x
124- Pakkeforløp psykisk helse og rus	x		x
174- Pakkeforløp hjem - kreft	x	x	x
175- Pakkeforløp Hjerneslag - fase 2	x	x	x
160- Digitalisering av legemiddelområdet	x	x	x
169- KPR trinn to	x	x	x
178- Grunndata - Risikoløft	x		x
5- Nasjonalt program for velferdsteknologi		x	
179- Velferdsteknologisk knutepunkt		x	
100- MF Helse - Felles samarbeidsprogram for modernisering av Folkeregister i helse- og omsorgssektoren		x	x
123- DIGI-UNG		x	
145- DigiHelsestasjon		x	
172- DigiHelse fase 2		x	
51- Alle møter			x
161- Heliks			x
83- DIS – Digitale innbyggertjenester for spesialisthelsetjenesten			x
102- SAFEST realisering			x
114- Digital patologi			x
138- Oppfølgingsteam			x
168- Digitale pasienttjenester i Nord			x

Figur 7: Prosjekter som i høy grad forutsetter tilpasning av EPJ for at gevinstene skal realiseres

Leverandørenes evne til å gjøre tilpasninger i EPJ-er hos kommuner og fastleger er en viktig suksessfaktor for at planlagte gevinster fra porteføljen realiseres. Direktoratet for e-helse er bevisst på denne problemstillingen og har gjennom de siste årene hatt fokus på åpne prosesser og tett dialog med EPJ-leverandørmarkedet.

Det er nylig besluttet at Direktoratet for e-helse skal gjennomføre et forprosjekt på Nasjonal kommunal løsning (NKL). Leverandørene er allerede godt kjent med prosessen rundt målbildet Én innbygger – én journal, gjennom informasjonsmøter der forventninger og planer er lagt frem. Leverandørene er innforstått med det som skjer og har tatt dette med i sine strategier og vurderinger. Markedet har god evne til å tilpasse seg de rammebetingelsene som er gitt. Det er vesentlig at det fortsatt er en åpen og tett dialog, og at NKL er tydelig på sitt omfang og innhold i løsningen som skal anskaffes. En plan for involvering av markedet er allerede lagt. Videre vil Direktoratet for e-helse også koordinere innførings- og utviklingsaktiviteter hos fastleger gjennom EPJ-løftet og bidra til koordinering i kommunesektoren for innføring av nasjonale tiltak

6 Status på Felles grunnmur

Felles grunnmur skal benyttes på tvers av e-helseløsninger for å skape enkel og sikker elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren. Grunnmuren tilbyr kodeverk og terminologi, felles grunndata, felleskomponenter, felles krav og retningslinjer og felles infrastruktur.

I rapporteringen følges grunnmursutviklingen gjennom prosjektenes tilhørighet til innsatsområde 5.1 *Utvikle felles byggeklosser som tilrettelegger for samhandling*, prosjektenes innrapporterte totalkostnader som går med til grunnmursleveranser og avhengighet til grunnmur.

De prosjektene i porteføljen som i hovedsak bidrar til grunnmuren i 2019 er:

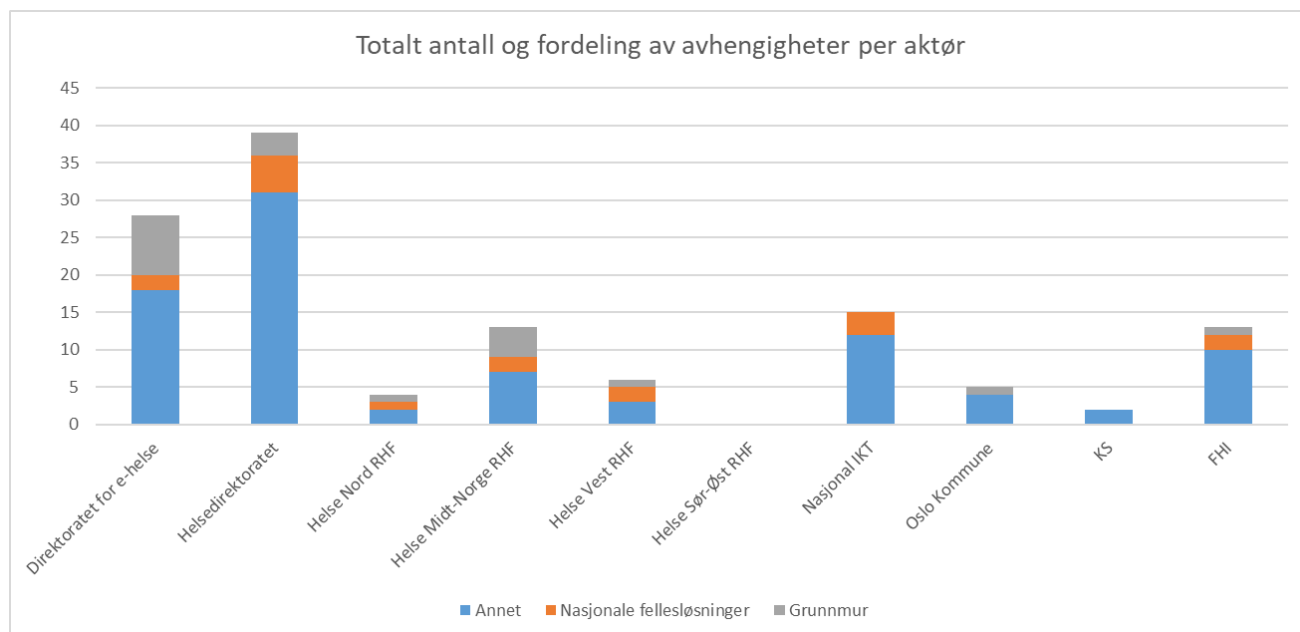
- 47 – Program for kodeverk og terminologi
- 100 – MF Helse – Felles samarbeidsprogram for modernisering av Folkeregisteret
- 101 – Robust mobilt helsenett
- 178 – Grunndata – Risikoløft

Budsjettet for disse prosjektene er 119 mill. i 2019. Dette utgjør 8 % av nasjonal portefølje. Totalkostnaden på disse grunnmursprosjektene er 690 mill.

Det gjennomføres ytterligere grunnmurstiltak som linjeaktiviteter i Direktoratet for e-helse for eksempel tiltak knyttet til meldingsutveksling, data- og dokumentdeling, grunndata, Normen, HelseID og en modell for koordinert utvikling og forvaltning av grunnmuren.

17 % av avhengighetene som er meldt inn i porteføljen er knyttet til Felles grunnmur. Majoriteten av avhengighetene til Felles grunnmur har høy kritikalitet, og må innfris innen starten av 2020.

Figuren nedenfor viser fordelingen av innmeldte avhengigheter. De grå områdene angir avhengigheter til grunnmur.



Figur 9: Antall avhengigheter per aktør

Status på grunnmuren

Det er nå aktivitet på følgende tiltak i grunnmuren:

ID	Tiltak
Resultatmål 1: Koordinert utvikling og forvaltning av byggeklossene i Felles grunnmur er etablert med prosesser, roller og ansvar	
RM1-T1	Utarbeide prosesser, roller og ansvar for utvikling og forvaltning av byggeklossene
RM1-T4	Etablere en plan for hvordan internasjonale standarder skal benyttes i forskjellige samhandlingsmodeller og bruksområder
Resultatmål 2: Dagens samhandling er styrket på prioriterte områder	
RM2-T1	Innføre prioriterte e-helsestandarder for å oppnå enhetlig meldingsutveksling
RM2-T2*	Videreutvikle og bredde HelselID
Resultatmål 3: Dokumentdeling er en standardisert samhandlingsform	
RM3-T1	Etablere nasjonale krav og retningslinjer for enhetlig innføring av dokumentdeling
Resultatmål 4: Et felles rammeverk for standardisering deling av og samarbeid om strukturerte data er etablert	
RM4-T1	Etablere nasjonale krav og retningslinjer for enhetlig innføring av datadeling
RM4-T5*	Etablere og videreutvikle felleskomponenter for datadeling
Resultatmål 5: Det er enkel og sikker tilgang på felles grunndata med høy kvalitet	
RM5-T1	Utvikle grunndataplattformen for økt sikkerhet, tilgjengelighet og kapasitet
RM5-T2	Etablere en enhetlig forvaltningsmodell for felles grunndata

ID	Tiltak
RM5-T3	Etablere felles tjeneste for virksomhet, person og personell, med FHIR-standard og relevante kodeverk
RM5-T4	Etablere felles grunndata om virksomheter, inkludert modernisert enhetsregister (enhetlig virksomhetsstruktur)
RM5-T8*	Risikoløft på dagens grunndataplattform
Resultatmål 6: En felles standardisert terminologi for deling av helsefaglige opplysninger er tilgjengelig for bruk i sektoren	
RM6-T1	Etablere grunnlag for felles språk
RM6-T2	Etablere forvaltning av felles språk

Det har i løpet av 2019 blitt identifisert behov for ytterligere tiltak i grunnmuren. Dette er:

- **Videreutvikle og bredde HelseID (RM2-T2).** Tiltaket inkluderer videreutvikling av HelseID for å kunne integrere flere identitetstilbydere, gi økt grad av selvbetjening og automatisering samt dekke prosjektspesifikke behov. I tillegg inkluderer tiltaket integrasjon av prosjekter og virksomheter som ønsker å ta i bruk HelseID. Tiltaket er viktig for å redusere forvaltningskostandene og øke kapasiteten for bredding av HelseID.
- **Risikoløft på dagens grunndataplattform (RM5-T8).** Dagens grunndata er en kritisk løsning med sterke koblinger til sektoren mange løsninger. Tiltak vil bidra til en akseptabel risiko på dagens plattform inntil modernisert grunndataplattform er utviklet og innført.

Det er noe aktivitet på disse tiltakene i 2019, men hovedtyngden av aktivitetene planlegges gjennomført i 2020.

Direktoratet for e-helse har igangsatt noe aktivitet knyttet til API-management på tiltak RM4-T5.

Til Møte 3/19
Dato 19.06.2019
Saksnummer 23/19
Type Orientering

Fra Bodil Rabben
Saksbehandler Marianne Braaten

Helsedataprogrammet - Samfunnsøkonomisk analyse av Helseanalyseplattformen

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering og ber Helsedataprogrammet ta innspillene fra møtet med i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Orientere om den samfunnsøkonomiske analysen av Helseanalyseplattformen som ble gjennomført av Helsedataprogrammet som en del av konseptvalgutredningen våren 2018, herunder orientere om virkningene som ble estimert for registerforvaltningen og hvordan disse bearbeides og følges opp i det videre arbeidet med gevinstrealisering i programmet.

Bakgrunn

Direktoratet for e-helse gjennomførte i regi av Helsedataprogrammet våren 2018 en konseptvalgutredning der fire alternative konsepter for Helseanalyseplattformen ble sammenliknet med en videreføring av dagens situasjon.

Som en del av utredningen ble de fire konseptene bearbeidet i en samfunnsøkonomisk analyse som belyste hvordan ulike grupper i samfunnet berøres av innføringen av Helseanalyseplattformen. Den samfunnsøkonomiske analysen viste at konsept 7 – Analyseøkosystemet - er det samfunnsøkonomisk mest lønnsomme konseptet. Konseptet vil i størst grad bidra til mer helseforskning, innovasjon og næringsutvikling, og vil også gi størst nytte for myndigheter og helsepersonell i form av bedre styringsdata og bedre beslutningsstøtte. Målt i samfunnsøkonomisk lønnsomhet¹ ble de prissatte virkningene av konsept 7 over 15 år, fra 2018 til 2032, verdsatt til en nåverdi på 7,6 milliarder kroner. Samlet bidrar også de ikke-prissatte virkningene positivt til konseptets samfunnsøkonomiske lønnsomhet.

Verdien av Helseanalyseplattformen strekker seg imidlertid langt utover det som ble verdsatt i den samfunnsøkonomiske analysen. Enklere tilgang til helsedata, kombinert med den avanserte analysefunksjonaliteten som etableres på plattformen, gjør det mulig å drive ny og grensesprengende

¹ Samfunnsøkonomisk lønnsomhet er målt som nytte for samfunnet fratrukket kostnader til etablering og drift av plattformen

forskning, oppdage nye sammenhenger og utvikle nye legemidler og medisinsk utstyr som på ulike måter bidrar til økt kvalitet i helsetjenesten.

Verdsetting av virkninger

Den samfunnsøkonomiske analysen av Helseanalyseplattformen ble gjennomført i henhold til DFØs veileder i samfunnsøkonomiske analyser, og følger prinsipper og krav fastsatt i Finansdepartementets rundskriv R-109/2014 om utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser. Virkninger av Helseanalyseplattformen er definert som alle positive og negative effekter (gevinster og kostnader) som oppstår som følge av at plattformen etableres. I den samfunnsøkonomiske analysen skilles det mellom prissatte og ikke-prissatte virkninger, der prissatte virkninger verdsettes i kroner mens ikke-prissatte virkninger vurderes kvalitativt.

For noen virkninger kan kjeden av årsaker og virkninger være lang. Selv om de potensielle helsegevinstene av Helseanalyseplattformen er enorme, er dette virkninger som kommer som et resultat av helseforskning, legemiddelutvikling eller kvalitetsforbedringer i helsetjenesten. For å unngå dobbelttelling av virkninger er det som hovedregel kun ett ledd i virkningskjeden som skal inkluderes i en samfunnsøkonomisk analyse. Tilnærmingen i den samfunnsøkonomiske analysen av Helseanalyseplattformen har derfor vært å se på de direkte virkningene av innføringen av plattformen og forvaltningsorganisasjonen for berørte grupper i samfunnet. En slik tilnærming gir et mer forsiktig anslag og er enklere å tilbakeføre til plattformen enn virkninger lenger ut i virkningskjeden.

Virkninger for registerforvaltningen

Ett av Helsedataprogrammets effektmål er «mer effektiv registerforvaltning». Én av virkningene som ble identifisert i konseptvalgutredningen er muligheten for å effektivisere saksbehandlingen hos registrene ved innføring av et felles søknadsskjema, felles saksbehandlingssystem og felles tjenester for tilgjengeliggjøring av helsedata. Det anbefalte konseptet innebar en antakelse om at saksbehandlingen av søknader om tilgang til data, inkludert klargjøring og tilgjengeliggjøring av dataene, i hovedsak ble overført fra registrene til tilgangsføreren (nå kalt Helsedataservice). For å verdsette tidsbesparelsene for registerforvaltningen ble det derfor tatt utgangspunkt i antall årsverk som er tilknyttet disse oppgavene i dag².

Totalt ble det lagt til grunn en årlig tidsbesparelse tilsvarende 50 årsverk; 40 årsverk fra de sentrale registrene, 4 årsverk fra de medisinske kvalitetsregistrene og 5,5 årsverk fra SKDE. Virkningen for registerforvaltningen ble periodisert basert på realiseringsstrategien for plattformen, noe som innebar en gradvis opptrapping fra 2019 til maksimal realisering (50 årsverk) fra 2024. I verdsetting av tidsbesparelser benyttes brutto reallønn; lønn inklusive skatt, arbeidsgiveravgift og sosiale kostnader, som kalkulasjonspris på arbeidskraft. Samlet utgjorde dette en nåverdi på 374 millioner kroner over 15 år.

Bearbeiding av den samfunnsøkonomiske analysen

Den samfunnsøkonomiske analysen ble gjennomført for å identifisere og synliggjøre virkninger av Helseanalyseplattformen og vurdere forskjellen i samfunnsøkonomisk lønnsomhet mellom de fire konseptene. Formålet med analysen var å synliggjøre et gevinstpotensial, uten å beskrive hvordan eventuelle besparelser skal hentes ut. For videre arbeid med gevinster gir analysen likevel verdifull informasjon om forutsetninger for at gevinstene skal realiseres og usikkerheten forbundet med størrelsen på gevinstene.

I en konseptvalgutredning vil det alltid være vesentlig usikkerhet knyttet til estimatene fordi innholdet i konseptene ikke er detaljert og beskrevet. Det anbefalte konseptet innebærer også en teknologisk og organisatorisk kompleksitet som gjør at forutsetningene som er lagt til grunn for beregningene vil endres underveis og i etterkant av programperioden. Dette medfører at gevinstene og størrelsen på disse

² Antall årsverk knyttet til de ulike arbeidsoppgavene er hentet fra spørreundersøkelsen i Nasjonalt helseregisterprosjekt, Riksrevisjonens undersøkelse av helseregistre som virkemiddel for å nå helsepolitiske mål og registrenes årsrapporter.

forventes å avvike fra de opprinnelige beregningene, og derfor ikke kan benyttes direkte i en gevinstrealiseringsplan.

Målbildet for det anbefalte konseptet vil realiseres gjennom en stegvis prosess der hver tjeneste som utvikles i programmet gir en egenverdi. I arbeidet med utviklingen av Helseanalyseplattformen vil det derfor være nødvendig å stykke opp og detaljere gevinstberegningene per tjeneste før det kan legges operative gevinstrealiseringsplaner.

Først gjennom detaljering og utprøving av løsningene vil det være mulig å utarbeide operative gevinstrealiseringsplaner der det beskrives hvordan, når og av hvem gevinstene skal hentes ut. Siden Helsedataprogrammet utvikler og innfører løsninger som andre virksomheter og brukere skal høste gevinster av, må virksomhetene og deres eiere selv involveres i hvordan gevinstene skal realiseres.

Realisering av faktiske gevinster

I etterkant av konseptvalgutredningen har programmet jobbet videre med å kartlegge gevinster, bearbeide den samfunnsøkonomiske analysen og justere forutsetningene for det valgte konseptet. Dette vil gjøres jevnlig ved oppdatering av sentrale forutsetninger, veivalg i programmet og detaljering av tjenestene. Som en del av gevinstarbeidet gjennomfører også de største aktørene i registerforvaltningen en nullpunktsmålning av innkomne søknader og saksbehandling gjennom hele 2019. Målingene vil bidra til å danne et mer nyansert bilde av dagens situasjon, og gjøre det mulig å detaljere gevinstberegningene ytterligere. Parallelt med dette gjør programmet andre nullpunktsmålninger for å kunne nyansere estimatene.

Basert på den samfunnsøkonomiske analysen og øvrig gevinstkartlegging i programmet er det utarbeidet en gevinstoversikt som gir oversikt over programmets sentrale, potensielle gevinster, indikatorer som gjør det mulig å måle om gevinstene er realisert og forslag til gjennomføring av målinger. Oversikten vil detaljeres ytterligere med gevinster av den enkelte tjeneste etter hvert som disse utformes og utvikles. Programmets gevinstoversikt danner grunnlaget for utarbeidelse av operative gevinstrealiseringsplaner som senere skal benyttes i oppfølgingen av programmets resultater.

I 2019 har de regionale helseforetakene, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å «utarbeide en plan for innføring og gevinstrealisering av filoverføringstjenesten, metadatatjenesten, felles saksbehandlingsløsning, søknadstjenesten på helsedata.no og innbyggertjenester på helsenorge.no». I dette arbeidet ønsker Helsedataprogrammet å bistå registrene med rammer for innføring og gevinstrealisering. En del av dette vil være å presentere de justerte gevinstanslagene og bruke dette som utgangspunkt for å diskutere registrenes egne gevinster og deres rolle i å muliggjøre gevinster for brukerne.

Realisering av gevinster er en iterativ og involverende prosess som omfatter både program- og gevinsteiende virksomhet. Estimering av gevinster er bare én av mange aktiviteter i denne prosessen. Helsedataprogrammets viktigste ansvar ligger i å gjennomføre de riktige prosjektene og aktivitetene som muliggjør uttak av gevinster, og samtidig støtte virksomhetene i arbeidet med innføring og gevinstrealisering. Ansvaret for realisering av gevinstene ligger hos virksomhetene selv.

Til Møte 3/19
Dato 19.06.2019
Saksnummer 24/19
Type Orientering

Fra Karl Vestli og Kristin Mehre
Saksbehandler Marianne Bårtvedt van Os

Medisinsk avstandsoppfølging (Nasjonal helse- og sykehusplan)

Forslag til vedtak

Nasjonalt e-helsestyre tar saken til orientering.

Hensikt med saken

Formålet med saken er å svare ut spørsmål som ble trukket frem i Nasjonalt e-helsestyre den 22. mars vedrørende oppdraget på medisinsk avstandsoppfølging (Nasjonal helse- og sykehusplan):

- Dimensjonering av ressurser i arbeidet
- Tekniske forutsetninger i kommunene
- Sammenheng i nasjonale satsninger

I tillegg orienteres det om spørsmål om endret oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåene.

Bakgrunn

Medisinsk avstandsoppfølging er ett av arbeidssporene i Nasjonal helse- og sykehusplan. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt et samlet oppdrag til Statens legemiddelverk, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet om å vurdere behov for nasjonal tilrettelegging for å legge til rette for økt bruk av medisinsk avstandsoppfølging i helse- og omsorgstjenestene, i et kortsiktig (2023) og et langsiktig (2035) perspektiv. Arbeidet har flere delrapporter som er bidrag inn til NHSP, og en sluttrapport skal leveres i desember.

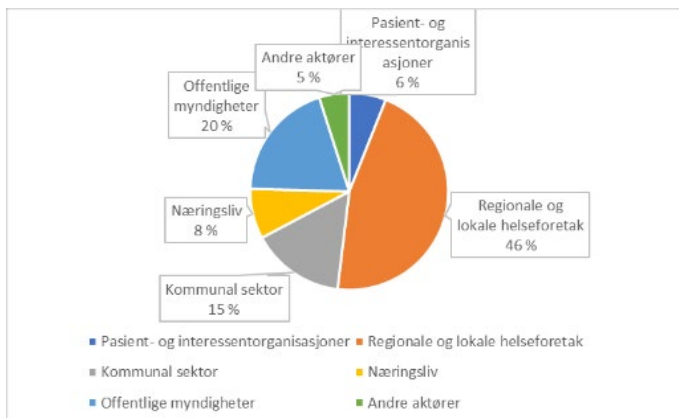
Orientering

Dimensjonering av ressurser

I arbeidet har det vært stor interesse fra mange aktør- og interessegrupper. Ressursgruppen teller over 200 personer, og i tillegg er det større pågang for å bidra inn i arbeidsgruppene enn det organiseringen kan håndtere. Ultimo april var ressursgruppen sammensatt slik det framgår av figur 1 under.

Isolert sett er det relativt god deltakelse fra kommuner i ressursgruppen, men det oppstår skjevfordeling mellom kommunal sektor og helseforetak som skyldes forholdsmessig større deltakelse fra helseforetakene.

I styringsgruppen har KS to representanter, mens det er en representant fra hvert RHF. I tillegg er Norsk forening for allmennmedisin og Folkehelseinstituttet representert.



Figur 1: Sammensetning av ressursgruppen

Det er per tid forholdsvis lav deltakelse fra kommunal sektor i arbeidspakkene i utredningen. KS har vært forespurt om ressursbidrag. Direktoratene vurderer den lave deltakelsen fra kommunene som en risiko for resultater i utredningen.

Sammensetningen i arbeidspakkene er for tiden slik det fremgår av tabell 1 under. Arbeidspakken om finansieringsmekanismer kjøres som et innledende internt prosjekt i Helsedirektoratet til over sommeren, før det da åpnes opp for representasjon fra tjenestene. I tillegg vil arbeidspakken om mulighetsanalyse og realisering starte til høsten.

Tabell 1. Sammensetning i arbeidspakker per tid

Arbeidspakke	Kommunal sektor	Helseforetak
Arbeidsdeling og samhandling (Hdir)	5	5
Informasjonsflyt (E-helse)	1	6
Informasjonssikkerhet og personvern (E-helse)	1	6
Teknisk utstyr (Hdir)	4	8
Finansieringsmekanismer (Hdir)	0	0
Mulighetsanalyse og realisering (Hdir)	0	0

Tekniske forutsetninger i kommunene

Inntrykket så langt er at det har vært gjennomført, gjennomføres og planlegges gjennomført en rekke anskaffelser i kommunene for å etablere løsninger for medisinsk avstandsoppfølging.

Når det gjelder tekniske forutsetninger for å etablere medisinsk avstandsoppfølging så er det noe utredningen skal svare ut. Her er det viktig at kommunene formidler hva som oppleves som utfordringer.

Sammenheng i nasjonale satsninger

Medisinsk avstandsoppfølging har en rekke koblinger til andre pågående løp. Fra Direktoratet for e-helse sitt ståsted er det særlig løp gjennom de nasjonale plattformene, helsenorge.no og kjernejournal, Velferdsteknologisk knutepunkt, Nasjonalt Velferdsteknologiprogram, samt forprosjekt for en felles kommunal journal- og samhandlingsløsning (AKSON) som arbeidet må avstemmes mot. Det er etablert dialog med de nevnte prosjektene for å koordinere. Utredningen skal bidra til å plassere medisinsk avstandsoppfølging inn i de etablerte satsningene.

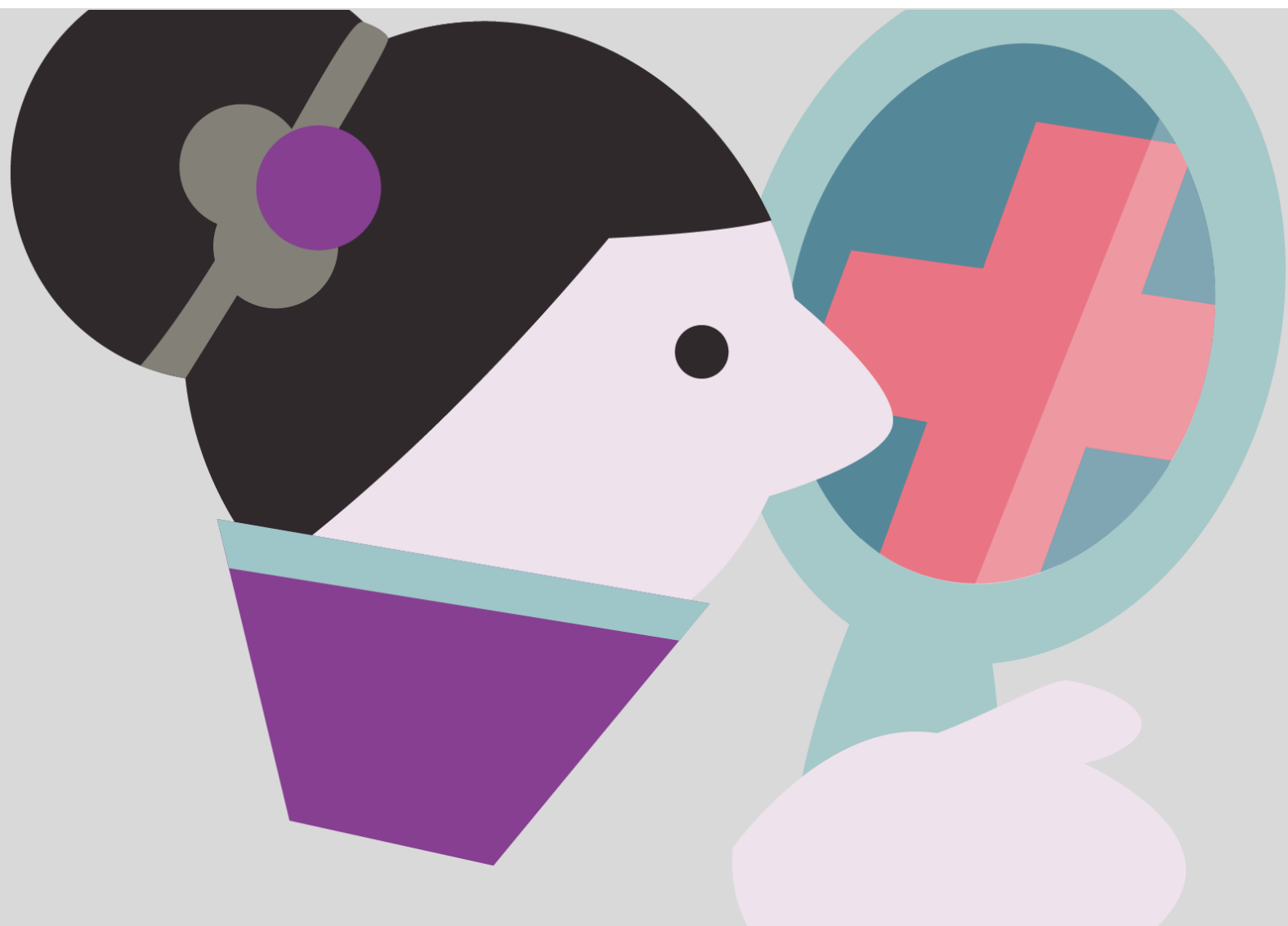
Spørsmål om endret oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåene

Utredningen tar utgangspunkt i dagens oppgavefordeling mellom nivåene, men vil samtidig måtte forholde seg til en dynamisk utvikling av sørge-for-ansvaret innenfor et frivillig samarbeid mellom nivåene med utgangspunkt i de lovpålagte samarbeidsavtalene. Helsedirektoratet vil i arbeidet rette særlig oppmerksomhet på finansielle utfordringer ved nye arbeidsdelinger på tvers av nivåene. Det er initiert en forberedende koordinering av arbeidet mellom ulike finansieringsmekanismer internt i Helsedirektoratet, slik at en oppnår en bedre koordinert utvikling av finansieringssystemene. I tillegg skal utredningen særlig se på de finansielle konsekvensene av medisinsk avstandsoppfølging for kommuner og fastleger. Helsedirektoratets utgangspunkt er at det på lokalt nivå bør etableres samarbeid innenfor medisinsk avstandsoppfølging som sikrer interesser og en god arbeids- og informasjonsdeling mellom kommuner, fastleger og helseforetak.

Medisinsk avstandsoppfølging – bruk av teknologi for å levere helsetjenester på nye måter

Status for området og konkretisering av utredningsoppdraget 2019

Rapport
IS-2814



Innhold

Sammendrag	3
1. Arbeidet med oppdraget	5
1.1 Oppdraget	5
1.2 Rammer og tilnærming	6
1.3 Begrepet "bruk av teknologi for å levere helsetjenester på nye måter"	6
1.4 Endring: Fra aktiviteter til arbeidspakker	7
1.5 Hva denne leveransen skal gi svar på	9
2.Gjennomføringsplan for utredningsarbeidet 2019	11
2.1 Samarbeid og involvering	11
2.2 Organisering av arbeidet	11
2.3 Risikobildet for oppdraget	12
2.4 Rammer og avgrensninger	13
2.5 Anbefalte prioriteringer	14
2.6 Leveranseplan L3 og L4 (2019)	15
3.Status, innspill og konkretisering av innholdet i utredningen	17
A1. Kartlegging av aktivitet knyttet til medisinsk avstandsoppfølging	18
A2. Kunnskapsoppsummering om effekter av medisinsk avstandsoppfølging	20
A3. Spesifisering av rammer for utredningsarbeidet.	24
A4. Arbeidsdeling og samhandling i medisinsk avstandsoppfølging	24
A5. Informasjonsflyt i tjenestemodeller for medisinsk avstandsoppfølging	26
A6. Informasjonssikkerhet og personvern i tekniske løsninger for medisinsk avstandsoppfølging	34
A7. Teknisk utstyr for medisinsk avstandsoppfølging	38
A8. Digital deling av helseopplysninger fra egeninnkjøpte forbrukerløsninger utenfor et pågående pasientforløp	43
A9.Finansieringsmekanismer i medisinsk avstandsoppfølging	45
A10.Mulighetsanalyse og realisering av medisinsk avstandsoppfølging	47
Vedlegg 1: Utdypende tekst om arbeidspakke 9 – Finansieringsmekanismer i medisinsk avstandsoppfølging	53
Vedlegg 2: Nærmere om nye EU forordninger og konsekvenser for helsetjenestene	63

Vedlegg 3: Avhengigheters relasjon til utredningens arbeidspakker 67

Sammendrag

Statens legemiddelverk, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet mottok i september 2018 et oppdrag om å utrede tiltak for nasjonal tilrettelegging med formål å støtte opp under implementering og spredning av medisinsk avstandsoppfølging i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Arbeidet koordineres av Helsedirektoratet. De regionale helseforetakene og KS deltar i arbeidet.

Utredningsarbeidet vil pågå ut 2019 og det vil bli gitt anbefalinger og skissert gjennomføringsløp for nasjonal tilrettelegging bygget på eksisterende aktiviteter og utviklingsplanene 2019-2035 for de regionale helseforetakene, samt kommuners planer og eksisterende arbeid knyttet til medisinsk avstandsoppfølging.

Denne leveransen til Helse- og omsorgsdepartementet gir en utdypning av hva som oppfattes av sentrale problemstillinger for å nasjonalt legge til rette for implementering og spredning av medisinsk avstandsoppfølging. Denne leveransen skal også skissere hvilke problemstillinger som fanges opp av andre pågående løp, og hva som bør inngå i dette utredningsarbeidet.

Det er gjennomført en kartlegging av pågående og gjennomførte prosjekter, samt en kartlegging av kunnskapsgrunnlaget for medisinsk avstandsoppfølging. Det registreres en rekke prosjekter, men disse er gjennomgående små og har i varierende grad dokumentasjon av effekter og gevinster. Kartleggingen av kunnskapsgrunnlaget identifiserer et bredt kunnskapsgrunnlag, med flere systematiske kunnskapsoppsummeringer. Det er ikke grunnlag for å gi en generell nasjonal anbefaling eller retningslinje for medisinsk avstandsoppfølging, men innenfor spesifikke diagnosegrupper og fagområder kan det ikke utelukkes at det eksisterer et kunnskapsgrunnlag, som kan gi grunnlag for anbefalinger om nasjonal implementering og spredning. Denne leveransen gir to anbefalinger:

1. Det bør gjennomføres en systematisk gjennomgang og analyse av eksisterende kunnskapsgrunnlag med formål å avklare modenhet og effekter for nasjonal implementering av visse typer av medisinsk avstandsoppfølging.
2. Medisinsk avstandsoppfølging bør vurderes når nasjonale faglige retningslinjer og veiledere utarbeides

Det videre utredningsarbeidet foreslås delt inn i seks arbeidspakker, der den siste arbeidspakken har som formål å samle opp leveransene fra alle arbeidspakker til en samlet vurdering og anbefaling,

samt skissere et videre tilretteleggings- og utredningsløp etter 2019. De seks arbeidspakkene har følgende hovedtematikker:

- Arbeidsdeling og samhandling i medisinsk avstandsoppfølging
- Informasjonsflyt i tjenestemodeller for medisinsk avstandsoppfølging
- Informasjonssikkerhet og personvern i tekniske løsninger for medisinsk avstandsoppfølging
- Teknisk utstyr for medisinsk avstandsoppfølging
- Finansieringsmekanismer i medisinsk avstandsoppfølging
- Mulighetsanalyse og realisering av medisinsk avstandsoppfølging

Følgende temaområde omtales i denne rapporten men anbefales tatt ut av den videre utredningen:

- Digital deling av helseopplysninger fra egeninnkjøpte forbrukerløsninger utenfor et pågående pasientforløp

Utredningsarbeidet har en noe høyere risiko enn normalt for slike oppdrag. Årsaken er dels kompleksiteten i problemstillingene, dels at det legges opp til åpne involveringsprosesser, dels at det er mange overlapp til mer enn 23 andre pågående løp, samt at de tre oppdragsvirksomhetene har ressursmessige utfordringer, som vil kunne påvirke gjennomføringsevnen av utredningsarbeidet.

1. Arbeidet med oppdraget

Det gis i dette kapittelet en omtale av oppdraget, hvilken forståelse av oppdraget som er lagt til grunn for arbeidet, samt en status for arbeidet per primo april 2019.

1.1 Oppdraget

Helse- og omsorgsdepartementet ga den 28. september et felles oppdrag til Statens legemiddelverk, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet knyttet til medisinsk avstandsoppfølging. Med utgangspunkt i tjenestenes planer om og behov for medisinsk avstandsoppfølging i et kortsiktig (2020-2023) og langsiktig (2035) perspektiv skal

Helsedirektoratet utrede:

- Hvordan Helsedirektoratet bør tilpasse sitt arbeid med faglige retningslinjer for å understøtte denne utviklingen.
- Hvordan finansieringsordningene, herunder systemet for egenandeler og innsatsstyrt finansiering, bør videreutvikles for å understøtte denne utviklingen, og samtidig sikre god samhandling med den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder fastlegene.
- Hvilke endringer i regelverket og/eller regelverksfortolkning som er nødvendige eller ønskelige.

Direktoratet for e-helse utrede:

- Hvilke tekniske forutsetninger som kreves for å understøtte medisinsk avstandsoppfølging; herunder IKT-infrastrukturer, arkitekturer, felleskomponenter, tekniske standarder etc. Denne vurderingen skal ta utgangspunkt i planer/behov som RHF og kommuner har for innføring av medisinsk avstandsoppfølging på kort og lang sikt.
- Hvilke eventuelle endringer i dagens regelverk som er nødvendige for å understøtte innføring og bruk av medisinsk avstandsoppfølging i helse- og omsorgssektoren.
- Hvordan krav til informasjonssikkerhet og personvern ifm. anskaffelse og bruk av løsninger for medisinsk avstandsoppfølging bør ivaretas. Dette gjelder særlig behovet for nasjonal veiledning til virksomheter og leverandører, jf. blant annet Norm for personvern og informasjonssikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Andre virkemidler for å ivareta informasjonssikkerhet og personvern bør også vurderes.

Helsedirektoratet er gitt koordinerende rolle. Det ble i desember levert en felles plan for oppdraget (IS-2770). Leveransen i desember omfattet også en vurdering av eventuelt behov for å justere

forvaltningen av regelverk og veiledning knyttet til medisinsk utstyr. Det ble konkludert med at det på nåværende tidspunkt ikke er behov for endringer.

I tildelingsbrevene for 2019 og i protokoll fra RHF foretaksmøter 15.01.2019 er oppdraget benevnt som "bruk av teknologi for å levere helsetjenester på nye måter".

1.2 Rammer og tilnærming

Tilnærmingen i denne fasen av utredningen har vært å trekke opp vide rammer og få bredde i innspill på behov knyttet til implementering av medisinsk avstandsoppfølging i sektoren.

I denne fasen har det ikke vært gjennomført en normativ analyse som tar utgangspunkt i overordnede politiske mål, lover og forskrifter med drøfting av samfunnsbehov i lys av underoppfyllelse av disse. I stedet har det vært prioritert å kartlegge tjenestenes behov slik oppdragsteksten legger opp til.

For det videre løp legges opp til en tilnærming hvor en tar utgangspunkt i noen utvalgte tjenestemodeller som er under implementering i sektoren. Det vil kunne gi en større grad av konkretisering av behovene enn åpne innspill.

Det gjøres rede for rammer og avgrensninger i videre arbeid i kapittel 2.

1.3 Begrepet "bruk av teknologi for å levere helsetjenester på nye måter"

Opprinnelig tildelingsbrev benyttet begrepet "medisinsk avstandsoppfølging", mens i tildelingsbrevene for 2019 er oppdraget knyttet til "bruk av teknologi for å levere helsetjenester på nye måter". Det legges til grunn at dette ikke medfører endringer i omfang og innretning av oppdraget. Utredningsarbeidets generiske tilnærming vil kunne medføre at tiltak for nasjonal tilrettelegging vil gi positive effekter, ikke bare for medisinsk avstandsoppfølging, men for et videre spekter av digitale helsetjenester.

Utredningen vil, som forutsatt i IS-2770, omfatte helsetjenester som ytes helt eller delvis på avstand ved hjelp av teknologi. I dette inngår løsninger der¹:

- Teknologi brukes **av** pasienten
- Teknologi brukes **sammen med** pasienten
- Teknologi brukes **på** pasienten

Når tjenestene utformer sine tjenestetilbud, vil ulike tjenestemodeller kunne omfatte flere typer teknologier. Eksempler på tjenestemodeller er:

¹ Inndelingen er hentet fra Gibson G, Newton L, Pritchard G, Finch T, Brittain K, & Robinson L. (2016): *The provision of assistive technology products and services for people with dementia in the United Kingdom*. Vol. 15 (4), s. 681-701. Dementia.

- Avstandsoppfølgingstjeneste av personer med kroniske sykdommer med egenmonitorering, som kan bestå av teknologiske løsninger med digitale spørreskjema, chattefunksjon, videokonsultasjon, data fra måleutstyr som pasienten selv håndterer mv.
- Digitale egenmestringstjenester med ulik grad av supplerende konsultasjoner, f.eks. E-meistring.
- Fjernmonitoreringstjenester, der helsetjenesten på avstand monitorerer utstyr, f.eks. pacemakere.
- Brukerstyrte poliklinikker der en rekke digitale tjenester er satt sammen til en enhetlig tjeneste.

I denne leveransen benyttes begrepet "medisinsk avstandsoppfølging" i betydningen "bruk av teknologi for å levere helsetjenester på nye måter". Begrepet er det opprinnelige som er benyttet i tildelingsbrevet, og er kjent både i primærhelsetjenestene og spesialisthelsetjenestene. Det er vurdert å bruke begreper som "Helsetjenester på nye måter med bruk av teknologi" og "Arenafleksible helsetjenester", men disse er generelle begreper som gir liten indikasjon på hva slags helsetjenester denne utredningen vil berøre.

1.4 Endring: Fra aktiviteter til arbeidspakker

I IS-2770 ble det skissert ti aktiviteter for utredningsarbeidet. Basert på innspill fra tjenestene og andre, har en funnet det mest formålstjenlig å gå fra aktiviteter til arbeidspakker. I tillegg foreslås noen endringer i inndelingen. Endringene er som følger:

Aktiviteter i IS-2770	Endring
1. Kartlegging av gjennomført og pågående arbeid knyttet til medisinsk avstandsoppfølging, herunder dokumenterte erfaringer og effekter	Ingen endring, men nytt navn: "Kartlegging av aktivitet knyttet til medisinsk avstandsoppfølging"
2. Kunnskapsoppsummering for å avdekke kunnskaps-grunnlaget for medisinsk avstandsoppfølging og gi grunnlag for normering	Ingen endring, men nytt navn "Kunnskapsoppsummering om effekter av medisinsk avstandsoppfølging"
3. Gjennomføre et analyse- og forankringsarbeid for å spesifisere rammene for utredningsarbeidet.	Ingen endring, men endret navn til "Spesifisering av rammer for utredningsarbeidet".
4. Det gjennomføres en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) for medisinsk avstandsoppfølging	Utgår som egen aktivitet, da ROS-analyse heller gjennomføres i relevante arbeidspakker.
5. Vurdere behov for tiltak for å sikre flyt, lagring, dokumentasjon og forsvarlig håndtering av helseopplysninger knyttet til medisinsk avstandsoppfølging	Aktiviteten videreføres som to arbeidspakker: <ul style="list-style-type: none"> - Informasjonsflyt i tjenestemodeller for medisinsk avstandsoppfølging - Informasjonssikkerhet og personvern tekniske løsninger for medisinsk avstandsoppfølging

	Begge arbeidspakkene inneholder problemstillinger knyttet til personvern.
6. En vurdering og evt. beskrivelse av behov for nasjonal koordinert innsats for juridisk veiledning til kommuner og RHF, for å redusere ulikheter i lovforståelsen, øke kunnskapen om regelverket og synliggjøre mulighetsrommet som ligger i eksisterende regelverk	Gjennomføres ikke som en egen aktivitet. Hele sakskomplekset berøres av regelverk og det er ønskelig å integrere det juridiske arbeidet som integrert del av alle arbeidspakker.
7. Med utgangspunkt i gjeldende regelverk vurdere hvordan helsetjenesten bør håndtere målinger pasienter selv gjør med eget innkjøpt utstyr	Ingen endringer i tema, men endrer navn til "Digital deling av helseopplysninger fra egeninnkjøpte forbrukerløsninger utenfor et pågående pasientforløp "
8. Utredning knyttet til gråsoner mellom medisinsk utstyr, IoT og e-helseløsninger som anskaffes av helsetjenesten	Ingen endringer, men endrer navn til "Teknisk utstyr for medisinsk avstandsoppfølging"
9. Utrede tilpasninger i betalings- og finansieringsmekanismer for å understøtte medisinsk avstandsoppfølging	Ingen endring, men endrer navn til "Finansieringsmekanismer i medisinsk avstandsoppfølging"
10. Mulighets- og konsekvens-analyse for bred innføring av medisinsk avstandsoppfølging	Det gjøres en tydeliggjøring om at arbeidspakken skal oppsummere arbeidet, herunder ROS-analyser, og danne grunnlag for sluttrapporten i desember 2019. Videre legges det større vekt på implementerings- og gevinstrealiseringsaspekter. I tillegg skal arbeidspakken inkludere behovet for helsekompetanse, digital helsekompetanse og behov for nasjonale initiativ for å møte behovet til personer med særlige behov og pasienter som ikke kan nyttiggjøre seg medisinsk avstandsoppfølging. Arbeidspakken endrer navn til "Mulighetsanalyse og realisering av medisinsk avstandsoppfølging".

I tillegg er det ønskelig å etablere én ny arbeidspakke:

- Arbeidsdeling og samhandling i medisinsk avstandsoppfølging

Med ovenskisserte endringer, legges det nedenfor opp til følgende inndeling i arbeidspakker:

- A1. Kartlegge aktivitet knyttet til medisinsk avstandsoppfølging
- A2. Kunnskapsoppsummering om effekter av medisinsk avstandsoppfølging
- A3. Spesifisere rammene for utredningsarbeidet
- A4. Arbeidsdeling og samhandling i medisinsk avstandsoppfølging
- A5. Informasjonsflyt i tjenestemodeller for medisinsk avstandsoppfølging
- A6. Informasjonssikkerhet og personvern i tekniske løsninger for medisinsk avstandsoppfølging
- A7. Teknisk løsninger for medisinsk avstandsoppfølging
- A8. Digital deling av helseopplysninger fra egeninnkjøpte forbrukerløsninger utenfor et pågående pasientforløp
- A9. Finansieringsmekanismer i medisinsk avstandsoppfølging
- A10. Mulighetsanalyse og realisering av medisinsk avstandsoppfølging

Det vil være avhengigheter mellom arbeidspakkene. Beskrivelse av utvalgte tjenestemodeller i A4 vil være et sentralt utgangspunkt for flere av arbeidspakkene, blant annet A5, A6 og A7.

1.5 Hva denne leveransen skal gi svar på

Hensikten med denne leveransen er å ta utgangspunkt i IS-2770 og spesifisere hvilke problemstillinger som det er nødvendig å utrede for å gi svar på problemstillingene i oppdraget medisinsk avstandsoppfølging.

Gjennom en innspillprosess er tjenestenes oppfatninger av sentrale behov kartlagt. Disse er så vurdert og det gis anbefalinger om hvilke veilednings- og utredningsaktiviteter som bør iverksettes.

Denne leveransen skal synliggjøre hvilke problemstillinger som vil bli fulgt opp gjennom andre pågående utrednings- og utviklingsarbeid, samt hva som bør inngå i denne utredningen, dvs. innenfor dette oppdrags tidsramme ut 2019.

I tillegg til å gi en plan for utredningsarbeidet som anbefales, skal denne rapporten også svare ut tre aktiviteter i IS-2770 og gi vurdering av Helsedirektoratets bruk av nasjonale retningslinjer mv. for å støtte opp om medisinsk avstandsoppfølging.

1.5.1 Arbeidet med denne leveransen

Utredningsarbeidet skal baseres på de behov og planer som eksisterer i primær- og spesialisthelsetjenesten, samt de behov tjenestene ser vil komme i den nære fremtid. Det er derfor

lagt til grunn arbeidsmetodikk

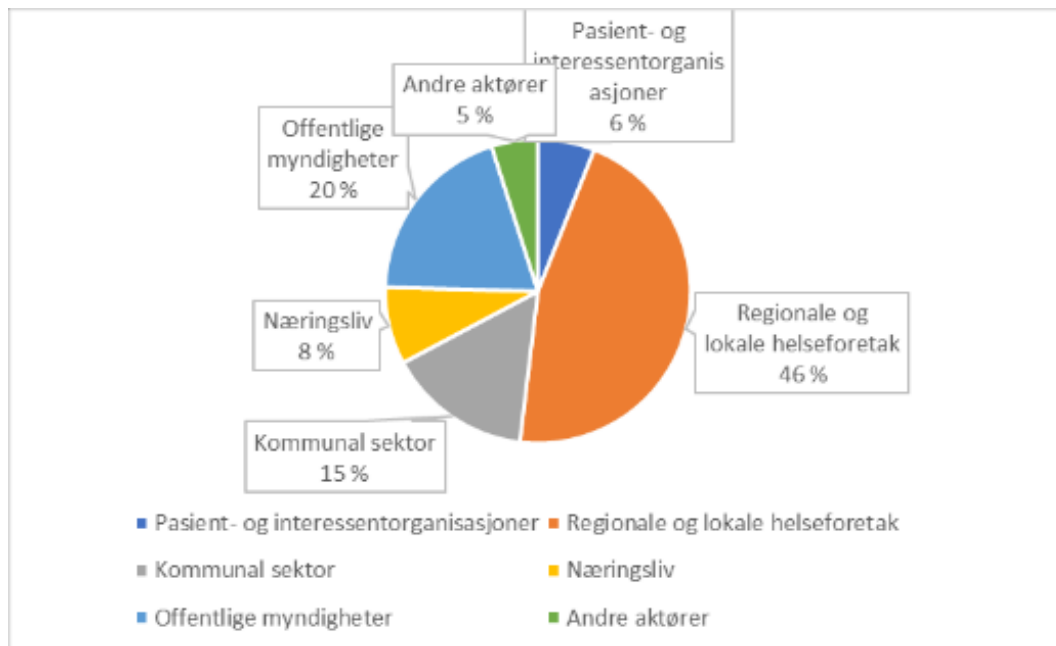
som skal sikre bred involvering av tjenestene. Det er

blant annet etablert en ressursgruppe med over 190 medlemmer. Det

arbeides for å bedre sikre kommunenes interesser inn i

arbeidet. Mer enn 220 personer har deltatt på innspillaktiviteter,

som danner grunnlaget for denne leveransen.



Utover en rekke innspillmøter, benyttes nye involveringsmåter og det tas sikte på fremover å benytte digitale løsninger i arbeidet. Det er gjennomført en to-dagers samling for ressursgruppen i innledende fase av arbeidet. På e-helseområdet har det vært gjennomført et eget heldagsmøte, og den nasjonale styringsmodellen for e-helse er involvert.

Det er tatt utgangspunkt i de regionale utviklingsplaner 2019-2035 for de fire regionale helseforetakene, samt utprøvningsaktiviteten innen medisinsk avstandsoppfølging i nasjonalt velferdsteknologiprogram. Det vises videre til innspillet til ny helse- og sykehusplan fra de regionale helseforetakene, som ble vedtatt i AD møtet 25. februar 2019.

Denne leveransen er linjegendkjent i Statens legemiddelverk, Direktoratet for E-helse og Helsedirektoratet.

2. Gjennomføringsplan for utredningsarbeidet 2019

Det gis nedenfor en presentasjon av tilnærmingene for det videre arbeidet.

2.1 Samarbeid og involvering

Det er etablert en styringsgruppe for oppdraget, som består av representanter fra Statens legemiddelverk, Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, KS og de fire regionale helseforetakene. Det er etablert en koordineringsgruppe for å samordne aktiviteten mellom de ulike aktørene. Utredningsoppdraget koordineres av Helsedirektoratet.

Utredningsarbeidet legger til grunn en åpen og bred prosess, der det er etablert en ressursgruppe som f.t. omfatter ca. 190 personer. Kommunale tjenester er underrepresentert og det arbeides med å sikre kommuneperspektivet inn i arbeidet. Det inviteres ikke til store fellesmøter/høringsmøter, men ressurspersonene vil bli involvert i det videre arbeidet på delområder ut fra deres interesse- og kompetanseområder.

Innspill til kommende leveranser vil bli innhentet gjennom den etablerte prosjektorganisasjonen.

Videre vil det bli tatt initiativ for å involvere brukerrådene i de regionale helseforetakene, samt Helsedirektoratets brukerråd.

2.2 Organisering av arbeidet

Den etablerte prosjektorganisasjonen videreføres, men arbeidet omstruktureres for å møte behovene i denne fasen av utredningsarbeidet. Det defineres "arbeidspakker" med dedikerte ansvarlige knyttet til hver arbeidspakke. Dette for å sikre håndterbarhet og riktig kompetanse på hvert temaområde.

Den videre utredningen er anbefalt delt inn i følgende arbeidspakker:

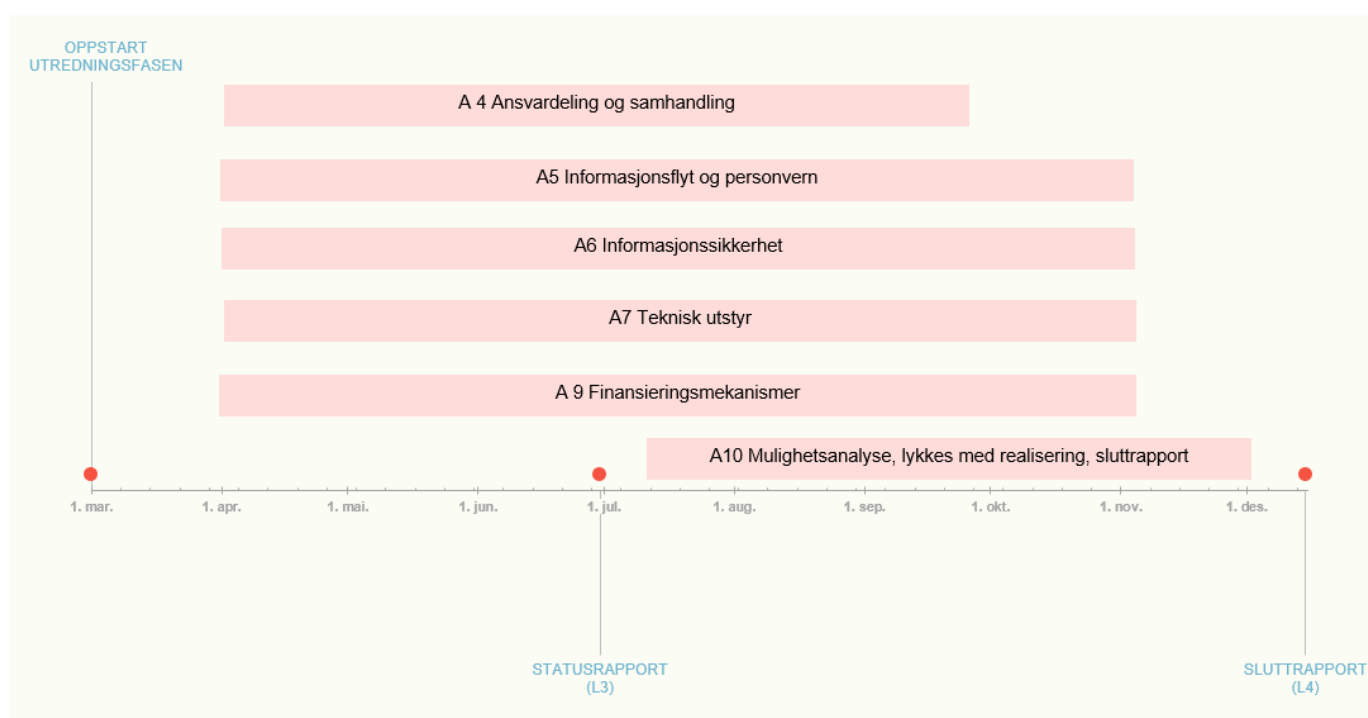
- A4 Ansvarsdeling og samhandling i medisinsk avstandsoppfølging
- A5 Informasjonsflyt i tjenestemodeller for medisinsk avstandsoppfølging
- A6 Informasjonssikkerhet og personvern i tekniske løsninger for medisinsk avstandsoppfølging
- A7 Tekniske løsninger for medisinsk avstandsoppfølging
- A8 Digital deling av helseopplysninger fra egeninnkjøpte forbrukerløsninger utenfor et pågående behandlingsforløp

- A9 Finansieringsmekanismer
- A10 Mulighetsanalyse og realisering

Arbeidspakkene vil ha ulikt tidsperspektiv og omfang. På nåværende tidspunkt ser vi at behov som er skissert innenfor temaområdene finansieringsmekanismer i hovedsak blir håndtert i allerede pågående aktiviteter utenfor denne leveransen. Temaområdene informasjonsflyt, informasjonssikkerhet og personvern og tekniske løsninger er krevende med flere avhengigheter seg imellom og forutsetninger knyttet til temaområdet ansvarsdeling og samhandling.

Arbeidet med de ulike temaområdene (arbeidspakker) vil bli forankret i Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. Det vil bli tilrettelagt for bred involvering av de berørte instanser i alle arbeidspakker. Statens legemiddelverk deltar aktivt inn i arbeidet, der det er behov for dette.

Det legges til grunn følgende fremdrift i et perspektiv ut 2019:



2.3 Risikobildet for oppdraget

- Som del av planleggingen av denne leveransen, er det gjennomført en risikovurdering for oppdraget. Utredningen har en høyere gjennomføringsrisiko enn normalt for utredningsoppdrag. Årsaken er til dels avhengigheter til andre pågående utredningsoppdrag og implementeringsløp, samt ønske om et bredt og åpent innspills- og forankringsarbeid. Det vurderes fortløpende tiltak for å redusere risikoen i utredningsarbeidet. Blant de mest fremtredende risikoene er manglende ressurstillgang. De tre statlige aktørene som er gitt oppdraget, har alle ressursmessige utfordringer. Utfordringene er særlig knyttet til

- Direktoratet for e-helse: Manglende personellressurser og riktig kompetanse som kan dedikeres til utredningsarbeidet. Det er avgitt ressurser til koordineringsfunksjon og noe utredningskapasitet frem til og med L3.
- Statens legemiddelverk: Manglende personellressurser som kan dedikeres til utredningsarbeidet. Det er frigitt ressurser til koordineringsfunksjon og juridisk innspill, men det er begrensede muligheter til å bidra mer aktivt inn i selve utredningsarbeidet. Dette vil ramme muligheter for deltagelse i alle arbeidspakker og vil spesielt være negativt for arbeidspakkene knyttet til teknisk utstyr.
- Helsedirektoratet: Det er frigitt personellressurser til utredningsarbeidet fra aktuelle fagavdelinger. Det har ikke vært mulig å finansiere nødvendige fellesaktiviteter. Koordineringsfunksjonen kan opprettholdes ut året, men aktivitetsnivået må reduseres. Det arbeides med tiltak for å frigi midler til utredningen.

2.4 Rammer og avgrensninger

Det videre utredningsarbeidet vil forholde seg til følgende rammer og avgrensninger:

- A. **"Sørge for" ansvaret**: Utredningen legger til grunn helse- og omsorgstjenestens ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen, dvs. dagens "sørge for"-ansvar.
- B. **Dagens finansieringsprinsipper og rammer**: Utredningen skal ikke initiere tiltak som vil gi økt ressursbehov i tjenestene, men kan foreslå endringer som betinges av en mer fleksibel oppgavefordeling på tvers av nivåene, som ikke fanges opp i dagens finansieringssystemer.
- C. **Gjeldende rett**: Utredningen legger til grunn videreføring av hovedprinsippene i personvern- og helselovgivningen, men kan foreslå mindre endringer.
- D. **Elektroniske kommunikasjonsnett**: Oppfølging av identifiserte behov knyttet til elektroniske kommunikasjonsnett ivaretas utenfor utredningen.
- E. **Pågående utredningsaktivitet**: Problemstillinger som ivaretas gjennom andre pågående løp, herunder kunstig intelligens, persontilpasset medisin og sekundærbruk av helseopplysninger, vil falle utenfor denne utredningen. Dog skal det synliggjøres i hvilken grad og hvordan andre pågående oppdrag ivaretar relevante problemstillinger, og etableres samarbeid med relevante prosjekter.
- F. **Teknisk utstyr og applikasjoner**: Utredningen vil kun omfatte teknisk utstyr som er relevante for medisinsk avstandsoppfølging. Medisinsk utstyr som ikke er aktuelt for medisinsk avstandsoppfølging er utenfor omfanget av utredningen, men her kan det være avhengigheter når det kommer til forvaltningsproblematikk.

- G. **Nasjonal kommunal journalløsning:** Rammebetingelser er gitt av eksisterende løsninger, plattformer, infrastrukturer og regelverk, samt påstartede utviklings- og implementeringsløp. Arbeidet med nasjonal journal- og samhandlingsløsning i kommunale helse- og omsorgstjenester er i en kvalitetssikringsprosess. En etablering av en slik løsning vil endre rammebetingelsene for hvordan delingsbehovet kan løses. Det foreslås å ta utgangspunkt i eksisterende rammebetingelser, og fortløpende vurdere behov for å endre disse basert på fremdrift i planene om en nasjonal journal- og samhandlingsløsning.
- H. **Samhandlingsløsninger:** Tjenestemodeller for medisinsk avstandsoppfølging er i ansvarsovergang avhengig av deling av opplysninger i EPJ. Utredningen vil i utgangspunktet ikke favne om det generelle behovet for tilgang til opplysninger i journal, men fokusere på de mest spesifikke behovene, eksempelvis data fra teknisk utstyr og tilhørende applikasjoner.

2.5 Anbefalte prioriteringer

Problemstillingene ovenfor er basert på innspill fra tjenestene og andre aktører. De kan derfor sees på som en oppsummering av utfordringsbildet tjenestene opplever som mest sentrale knyttet til medisinsk avstandsoppfølging.

Enkelte av problemstillingene kan løses gjennom en tydeliggjøring og økt veiledning om dagens regelverk. *En slik tydeliggjøring blir sentral for leveransen i juni (L3).* De utfordringer og behov som krever andre virkemidler vil derfor ikke bli klarlagt før ved neste leveranse.

Arbeidet i arbeidspakkene legges opp slik at arbeid med problemstillinger, som anses som viktige hindringer for implementering og spredning av medisinsk avstandsoppfølging, gis prioritet. Mindre viktige flaskehalses skyves ut i utredningsforløpet. For arbeidspakke nr. fem vil det frem til sommeren gjøres en dypere realitetsvurdering av hva Direktoratet for e-helse vil kunne levere i 2019.

De tre statlige aktørene som er gitt utredningsoppdraget har alle ressursmessige utfordringer. Dette er omtalt under risikobildet ovenfor. Det kan derfor bli behov for å avgrense arbeidet i arbeidspakkene. Dette vil medføre at alle problemstillinger ikke vil bli belyst fullt ut. Videre vil noe av arbeidet ikke kunne avsluttes i 2019. Det vil derfor trolig i sluttleveransen (L4) bli gitt anbefalinger om et videre utredningsløp etter 2019. Avgrensningene for hva som vil bli fanget opp i L3 og L4 fremkommer under punkt 2.6.

Med utgangspunkt i ovenstående ser en to alternative løp for det videre utredningsarbeidet:

Alternativ 1

Direktoratet for e-helse, Legemiddelverket og Helsedirektoratet gis våren 2019 et særskilt oppdrag om å videreføre utredningsarbeidet på definerte områder i 2019 med øremerkede midler til formålet. Oppdraget kan omfatte hele eller deler av det som anbefales i denne leveransen, og som er skissert i L4 (se nedenfor).

Alternativ 2

Arbeidet videreføres i den grad det er mulig ut 2019. Direktoratet for e-helse har budsjettmessig dekning frem til sommeren. Dette medfører at arbeidspakke nr. fem stilles i bero etter leveransen i juni (L3).

Helsedirektoratets budsjettmessige utfordringer med midler til nødvendige fellesaktiviteter i utredningen, vil medføre at arbeidspakke nr. åtte ikke påstartes. Det kan i 2020 gis et særlig oppdrag om å gjennomføre denne arbeidspakken.

Videre vil arbeidspakke nr. 10 få et begrenset omfang.

2.6 Leveranseplan L3 og L4 (2019)

Leveranseplanen knyttes til de ulike arbeidspakkene i henhold til opprinnelig plan for L3 og L4.

Hvis utredningen gis økte ressurser og kan vedvare ut 2019, vil opprinnelig leveranseplan opprettholdes. Som et risikoreducerende tiltak foreslås det at juni leveransen avleveres 30. juni og ikke 15. juni, slik det er skissert i IS-2770. Leveransene vil da bli:

Aktivitet	Leveranse (L3) 30. juni 2019	Sluttrapport (L4) 15. desember 2019
A4 Arbeidsdeling og samhandling i medisinsk avstandsoppfølging	Arbeidet er påstartet og det gis vurdering om hvordan frivillig samarbeid kan stimuleres, herunder vurdering av veiledningsmaterialet til samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak.	Alle problemstillinger er belyst. Eventuelle endringer i nasjonalt veiledningsmaterieell initiert. Det gis anbefalinger for implementeringsløp og gevinstrealisering.
A5 Informasjonsflyt i tjenestemodeller for medisinsk avstandsoppfølging	Arbeidet er påstartet, og spisses videre mot områder som ikke er godt nok ivaretatt av pågående løp. Behov fra utvalgte tjenestemodeller skal være vurdert og hovedgrunnlaget for tiltaksidentifisering skal være klart	De foreslåtte problemstillingene er utredet, med mulig unntak for økonomisk-administrative analyser.
A6 Informasjonssikkerhet og personvern i tekniske løsninger for medisinsk avstandsoppfølging	Arbeidet er påstartet, og det gis en vurdering til hvordan behov for veiledning bør ivaretas.	Problemstillingene er vurdert. Endringsbehov i nasjonal veiledning, spesielt om risikovurdering, tiltak til

	Herunder om behov for oppdatering av Normens veiledningsmateriell, samt behov for nye krav i Normen.	redusering av risiko i teknisk utstyr, praktisk implementering av sikkerhetstiltak er skissert.
A7 Teknisk utstyr for medisinsk avstandsoppfølging	Det gis anbefaling om hvordan helse- og omsorgssektorens behov for veiledning bør ivaretas, samt gjennomført en vurdering av håndteringsforskriften.	Alle problemstillinger er utredet.
A8 Digital deling av helseopplysninger fra egeninnkjøpt forbrukerløsning utenfor et pågående behandlingsforløp	Anbefales ikke omfattet av denne utredningen.	Anbefales ikke omfattet av denne utredningen.
A9 Finansieringsmekanismer	Koordinering mellom pågående løp er initiert. Informasjon om behovet for effektmålinger som grunnlag for endringer i finansieringsordninger er kommunisert.	Alle problemstillinger er vurdert. Løpende koordinering mellom pågående finansieringsløp iverksatt. Det er igangsatt vurderinger av effekter av samspill på tvers av nivåene, samt hvordan en kan sikre bedre datagrunnlag for dette fremover gjennom nasjonalt velferdsteknologiprograms pågående utprøvningsaktivitet.
A10 Mulighetsanalyse og realisering av medisinsk avstandsoppfølging	Ikke påstartet	Det er gjennomført en mulighetsanalyse på kort (2023) og lang sikt (2035), det gis anbefalinger på hvordan sentrale myndigheter kan tilrettelegge for raske implementerings-, sprednings- og gevinstrealiseringsløp. Samlet ROS analyse presenteres. Samlet oppsummering av utredningens arbeid, anbefalinger og videre løp gis i sluttrapporten. I arbeidet inngår vurdering av nasjonale tiltak for å ivareta helsekompetanse, digital helsekompetanse ved implementering av medisinsk avstandsoppfølging, samt hvordan pasienter som ikke kan nyttiggjøre seg medisinsk avstandsoppfølging eller har andre særlige behov kan ivaretas. Alle problemstillinger er besvart.

3. Status, innspill og konkretisering av innholdet i utredningen

Det gis nedenfor en beskrivelse av status for de ulike arbeidspakkene, mottatte innspill og en konkretisering av innholdet i utredningsarbeidet ut 2019.

Inndelingen i arbeidspakker skal sikre ivaretagelse av alle elementer i oppdraget. Arbeidspakke 1, 2 og 3 slutføres gjennom denne leveransen. Oppdragets ulike elementer er fanget opp slik i arbeidspakkene:

Elementer i tildelingsbrevet 28/9-18	Dekkes i følgende arbeidspakker:
Utgangspunktet skal være tjenestenes konkrete planer om, og behov for å ta i bruk medisinsk avstandsoppfølging	1 og 3
Helsedirektoratet skal utrede hvordan arbeid med faglige retningslinjer bør tilpasses for å understøtte utviklingen	2
Helsedirektoratet skal utrede hvordan finansieringsordningene, herunder systemet for egenandeler og innsatsstyrt finansiering, bør videreutvikles og understøtte utviklingen, herunder god samhandling med den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder fastleger	4 og 9
Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse skal utrede hvilke endringer i regelverk og/eller regelverksfortolkninger som er nødvendig eller ønskelig	4, 5, 6, 7, 8 og 9
Direktoratet for e-helse skal utrede hvilke tekniske forutsetninger som kreves for å understøtte medisinsk avstandsoppfølging; herunder IKT-infrastruktur, arkitektur, felleskomponenter, tekniske standarder etc.	5, 6 og 7
Direktoratet skal utrede hvordan krav til informasjonssikkerhet og personvern ifm. anskaffelse og bruk av løsninger for medisinsk avstandsoppfølging bør ivaretas.	6 og 7
Statens legemiddelverk skal vurdere om det er behov for å justere Legemiddelverkets forvaltning av sitt ansvar for regelverk og veiledning knyttet til medisinsk utstyr	Ble besvart i IS-2770
Utrednings- og implementeringsarbeidet skal ha et helhetlig perspektiv og ivareta behovet for samhandling og faglig riktig oppgavefordeling mellom sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder fastleger. Nasjonale rammer og systemer skal understøtte samhandlingen mellom tjenestenivåene slik at pasienten opplever en mest mulig sømløs helsetjeneste.	4, 5, 6, 7, 9 og 10
Evt. konsekvenser av innføring av medisinsk avstandsoppfølging i spesialisthelsetjenesten for ressursbruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder fastleger, skal synliggjøres	9
Hvordan innbyggere som av ulike årsaker ikke kan benytte seg av det digitale tjenestetilbudet skal ivaretas, skal være en integrert del av utredningsarbeidet.	10

Arbeidspakke

1

A1. Kartlegging av aktivitet knyttet til medisinsk avstandsoppfølging

I IS-2770 ble aktiviteten beskrevet slik: "Kartlegging av gjennomført og pågående arbeid knyttet til medisinsk avstandsoppfølging, herunder dokumenterte erfaringer og effekter. I tillegg bør utvalgte kommuners og de regionale helseforetaks planer innenfor medisinsk avstandsoppfølging kartlegges. Som del av utredningsarbeidet er det også ønskelig å hente inn kunnskap om erfaringer og tilnærminger for medisinsk avstandsoppfølging fra utlandet, særlig Danmark og land som ligger i forkant i utprøving og implementering av medisinsk avstandsoppfølging".

Status

Avsluttet



Nasjonalt senter for e-helseforskning har levert en kartlegging av gjennomførte og pågående prosjekter. Det vil i det videre utredningsarbeidet sikres innspill av erfaringer fra Danmark og andre land.

Leveranse 1 - Kartlegging av gjennomført og pågående arbeid knyttet til medisinsk avstandsoppfølging

Nasjonalt senter for e-helseforskning har på oppdrag fra Helsedirektoratet, gjennomført en kartlegging av gjennomførte og pågående prosjekter innen medisinsk avstandsoppfølging. Det er tatt utgangspunkt i en definisjon av medisinsk avstandsoppfølging som inkluderer at det er helsetjenester som ytes på avstand med bruk av teknologi. Kartleggingen har registrert en mangeartet forståelse av begrepet medisinsk avstandsoppfølging i helsetjenestene. Det er derfor inkludert prosjekter som er i grenselandet mellom medisinsk avstandsoppfølging og telemedisin.

De aller fleste prosjekter har en behandler (helsepersonell) i den aktive rollen, ikke pasienten. Med dette menes at tjenesten i hovedsak er initiert av helsetilbydere, der medisinsk avstandsoppfølging forstås som behandlerstyrte helsetjenester.

Det er kartlagt 176 prosjekter, der 89 (51%) har eller gjennomfører effektstudier. Av prosjektene er 142 (80%) drevet av helseforetak, 24 (14%) er kommunedrevet og 10 (6%) drevet av andre (universitet, fastleger, private helsetilbydere, regionale helseforetak mv.). Det er registrert prosjekter i alle helseregioner – både med helseforetak og kommuner som prosjektdriver.

Prosjektene som er kartlagt har stort sett en diagnosetilnærming. En rekke ulike diagnoser og medisinske tilstander er inkludert, men der omfanget er særlig stort innen KOLS, psykisk helse/psykiatri/rus, hjerte/kar diabetes, kreft og hjemmedialyse. Disse gruppene peker seg særlig ut mht. prosjektenes geografiske utbredelse, forskning og modenhet i teknologi. De fleste prosjektene inkluderer en eller annen form for videotjeneste.

KOLS: Prosjekter er spredt over hele landet og initiert både av helseforetak og kommuner. Enkelte prosjekter er etablert i samarbeid mellom helseforetak og kommuner. Noen prosjekter viser ingen målbare effekter, mens andre har gitt positive kliniske effekter, der medisinsk avstandsoppfølging av personer med KOLS, bidrar til å dempe angst, depresjon, gir økt livskvalitet og bedre evne til å mestre egen sykdom. Enkelte studier har påvist reduksjon i sykehusinnleggelse, reduksjon i reinnleggelser og reduksjon i akutte hendelser. Enkelte steder er tjenesten satt i drift.

Psykisk helse/psykiatri/rus: Dette er det området med flest prosjekter. De fleste er helseforetaksdrevet. Flere tjenester er satt i drift. Opplevde nytteverdier er blant annet økt tilgjengelighet til fagpersonell i spesialisthelsetjenesten, enklere hverdag for brukerne, kompetansegevinster gjennom samarbeidsmøter i forbindelse med utskrivninger og veiledning/oppfølging av pasienter. Prosjekter knyttet til e-meistring og nettbasert terapi viser økning i behandlingsskapasitet med tre ganger i forhold til tradisjonell oppfølging. Prosjekter viser også at pasienter er positive til tilbudet, at de opplever tryggere rammer for å bo i egen bolig, at det er enklere å ta opp vanskelige temaer i trygg setting.

Hjerte/kar: Prosjektene med effektmålinger viser tilsvarende funn, som for medisinsk avstandsoppfølging av andre kroniske sykdommer – dvs. økt opplevelse av trygghet og egenmestring hos pasienter, behov for færre konsultasjoner med legere tid mellom fysiske konsultasjoner. Videre har prosjektene indikasjoner på at feil ved implantat og intervensjoner tidligere fanges opp. Enklere å justere medisinerer for pasienter som er rytmemessig stabile.

Diabetes: Flere prosjekter for oppfølging av diabetiske fotsår. Resultater viser liten forskjell i sår-tilhelingstiden, men færre amputasjoner hos de som fikk telemedisinsk oppfølging. Gjennom medisinsk avstandsoppfølging ble forandringer i sår tidligere fanget opp av helsetjenesten.

Kreft: Flere effektstudier er under gjennomføring.

Hjemmedialyse: Flere prosjekter er gjennomført. Effekter er blant annet økt pasienttilfredshet og tidsbesparelser for helsepersonell i helseforetak.

I tillegg fremheves arbeidet ved Sunnaas sykehus HF med bruk av videokonsultasjoner i oppfølging og rehabilitering av pasienter.

A2. Kunnskapsoppsummering om effekter av medisinsk avstandsoppfølging

I IS-2770 ble aktiviteten beskrevet slik: "Kunnskapsoppsummering for å avdekke kunnskapsgrunnlaget for medisinsk avstandsoppfølging og gi grunnlag for normering. Kunnskapsoppsummeringen (review²) skal gi grunnlag for utredningsarbeidet som helhet og særlig gi støtte i vurderingen knyttet til nasjonale anbefalinger på området. Sammen med kartleggingen av erfaringer og effekter fra norsk utprøving og bruk av medisinsk avstandsoppfølging (jf. ovenfor), vil dette gi et tilstrekkelig grunnlag for å gi anbefalinger om hvordan økt bruk av medisinsk avstandsoppfølging kan stimuleres gjennom nasjonale føringer. Det har kommet innspill om at medisinsk avstandsoppfølging bør vurderes i arbeidet med nasjonale standardiserte pakkeforløp".

Status

Avsluttet



Kunnskapsoppsummeringen er levert av Nasjonalt senter for e-helseforskning og oppsummeres nedenfor. Videre er funn fra en litteraturstudie gjennomført som ledd i følgeforskningen av første utprøvingfase av medisinsk avstandsoppfølging, i regi av Nasjonalt velferdsteknologiprogram, trukket inn i arbeidet med denne aktiviteten.

Leveranse 2 - Kunnskapsgrunnlaget for medisinsk avstandsoppfølging

Aktiviteten er besvart dels gjennom en egen leveranse fra Nasjonalt senter for e-helseforskning og dels gjennom arbeid i regi av Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

Hurtigoversikt over kunnskapsgrunnlaget for medisinsk avstandsoppfølging

Nasjonalt senter for e-helseforskning har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en hurtigoversikt over forskningsbasert kunnskap om effekter av medisinsk avstandsoppfølging. Formålet er å få et bilde av omfanget av forskning om effekter, herunder omfanget av systematiske litteraturstudier.

Det er gjort en avgrensning av begrepet medisinsk avstandsoppfølging, der en kun har sett på studier der helsepersonell følger opp pasienter på avstand ved hjelp av teknologi, samt studier som har belyst ulike former for digital interaksjon mellom helsepersonell og pasient. Begrepet effekter er forstått som målbare endringer. Studier som kun ser på erfaringer eller opplevd endring som brukertilfredshet, betingelser/utfordringer for digital interaksjon, endringer av arbeidsprosesser eller evaluering av en teknisk løsning er ikke inkludert i hurtigoversikten. Studiene som er inkludert har i

² Her menes en hurtigoversikt av å sammenfatte forskningsbasert kunnskap med kort tidsfrist og med mindre omfattende metode enn ved en systematisk oversikt. Det gjøres ingen gradering av studiekvaliteten.

hovedsak utgangspunkt i medisinsk/naturvitenskapelig tilnærming og i liten grad en samfunnsforskningstilnærming.

Sammendrag fra 43 studier er inkludert i hurtigoversikten. Av disse er 11 reviews, hvorav åtte systematiske, og 32 er originalstudier. Av de åtte systematiske kunnskapsoppsummeringene er én av oppsummeringene meta-review, som tar utgangspunkt i 35 systematiske kunnskapsoppsummeringer (544 originalstudier). Samlet sett legger hurtigoversikten vekt på å gi en oversikt og tilgang til vitenskapelig litteratur på området, og har ikke hatt som formål å analysere innholdet eller vurdere kvaliteten på studiene.

Et gjennomgående trekk med studiene er at de bygger på små utvalg og er knyttet til diagnoser. Diagnosene som omfattes er diabetes, kreft, kols, urologi, hud, hjerte, HIV, mage/tarm, psykisk helse og kronisk sykdom mer generelt.

Tre av de systematiske kunnskapsoversiktene belyser kost-nytte effekter og 10 studier belyser medisinsk avstandsoppfølging for å støtte pasienters egenmestring (self-management).

Kartleggingen viser at forskningen er fragmentert og at kunnskapen på området ikke er entydig. Hurtiggjennomgangen viser at en per i dag ikke kan si noe sikkert om effektene av medisinsk avstandsoppfølging på et generelt grunnlag. Dette utelukker ikke at det på diagnosenivå kan vises til positive effekter med bruk av medisinsk avstandsoppfølging. Hurtigoversikten har ikke vurdert funnene på diagnosenivå.

Erfaringer fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram

Nasjonal utprøving av medisinsk avstandsoppfølging i regi av Nasjonalt velferdsteknologiprogram, startet i 2015. Fase I (2015-2018) omfattet fire kommuner og 822 pasienter. Fase II (2018-2021) omfatter seks kommuner, ca. 100 fastleger og ca. 600 pasienter. Målet for fase II er å ta frem tilstrekkelig kunnskap for nasjonale anbefalinger, der involvering av fastleger og sammenhengende tjenester på tvers av tjenestenivåene står sentralt, i tillegg til å se effekt på forbruk av helsetjenester.

Følgforskningen fra første utprøvningsfase (2015-2018), viser at brukerne følelse av økt oppfølging, trygghet og kontroll over egen helse ble markant bedret ved bruk av medisinsk avstandsoppfølging. Særlig økte opplevelsen av trygghet blant brukerne. Brukerne opplevde økt kontroll over egen helse og økt forståelse for kroppens signaler og symptomer ved egen sykdom.

[Litteraturstudie utført i innledende fase av følgforskningen i Nasjonalt velferdsteknologiprogram](#)

Som del av følgforskningen ble det gjennomført en litteraturstudie³ knyttet til effekter av medisinsk avstandsoppfølging. Totalt ble 33 studier vurdert. Studien ble gjennomført av Intro International AS og konkluderte med at⁴:

³ Intro International A.S. (2018): "[Effekter av avstandsoppfølging. Følgforskning av medisinsk avstandsoppfølging i delprosjektene VIS, Mestry, GodhelseHjemme og HelsaMi+](#)". Sluttrapport til Helsedirektoratet 17.10.2018

⁴ Helsedirektoratet (2019): "[Oppsummering underveis. Om utprøving av medisinsk avstandsoppfølging i primærhelsetjenesten](#)".

- Litteratur rundt gevinstene av avstandsteknologi er allsidig og lite konkluderende.
- Reduksjon i antall liggedøgn, innleggelse og polikliniske konsultasjoner er den mest fremtredende effekten av avstandsoppfølging innen litteraturen
- Forskningen knyttet til kostnader blir av artikkelforfattere ofte omtalt som mangelfull

Forskerne oppsummerer videre med at litteraturen indikerer at skreddersøm av telemedisinske løsninger til den populasjonen i målgruppene som er tyngst belastet med sin sykdom synes å gi de mest kostnadseffektive tiltakene. Videre syntes litteraturen å vise at små studier kan vise til positive økonomiske resultater, mens slike resultater er mindre vanlig i større RCT-studier.

I Skottlands tilnærming til avstandsoppfølging⁵ er det også gjort vurderinger av mulige kostnadsbesparelser. I sin strategi⁶ og anbefaling for implementering av avstandsoppfølging står det avslutningsvis (HMHM = Home & Mobile Health Monitoring):

"Firm conclusions that can be drawn from the evidence are that HMHM has the ability to be beneficial for citizens and that it can be a cost-effective means of delivering these benefits. However, cost-effectiveness depends greatly on how the HMHM activity is implemented. This includes choices about the technology used and the design of services".

Det refereres videre til resultater fra den britiske studien «The Whole System Demonstrator Programme» der ett av syv punkter som er trukket frem handler om betydningen av lav-kost-løsninger for å lykkes med å oppnå kostnadsreduksjoner per pasient. Studien viste til gode resultater på gevinstsiden, blant annet i form av kostnadsreduksjoner knyttet til lavere helsetjenesteforbruk, men at studien ikke kunne vise til tilsvarende gode resultater når det gjaldt kostnadseffektivitet (netto nytte). Dette forklares blant annet med manglende oppmerksomhet på kostnadsvariabler; for dyrt utstyr og teknologi og manglende evne til å endre arbeidsprosesser i form av å *avvikle* noe arbeidsinnsats parallelt med at økt arbeidsinnsats kommer i nye former.

Den skotske strategien peker på to kriterier i målretting av avstandsoppfølging for å oppnå kostnadseffektivitet:

- Påviselige tidsbesparende fordeler på kort sikt (reduerte kontakter og reiser)
- Grupper og tilstander hvor avstandsoppfølging virker etterspørselsreducerende (bedre tilgang til rettidig tjenester, overholdelse av behandlinger og langsiktig tilstandskontroll)

ANBEFALINGER

Helsedirektoratet er i tildelingsbrevet gitt særlig oppdrag om å vurdere "*Hvordan Helsedirektoratet bør tilpasse sitt arbeid med faglige retningslinjer*". Helsedirektoratet har i denne sammenheng vurdert ulike virkemidler, slik som faglige retningslinjer, faglige råd, veiledere til lov og forskrift og pakkeforløp.

⁵ Helsedirektoratet (2017): Svar på oppdrag om videre innretning av medisinsk avstandsoppfølging. Levert HOD 1. november 2017

⁶ A National Service Model for Home and Mobile Health Monitoring. Scottish Centre for Telehealth & Telecare. November 2016

ANBEFALING 1

Det bør gjennomføres en systematisk gjennomgang og analyse av eksisterende kunnskapsgrunnlag med formål å avklare modenhet og effekter for nasjonal implementering av visse typer av medisinsk avstandsoppfølging.

Gjennomførte kartlegginger og kunnskapsoppsummeringer utført av Nasjonalt senter for e-helseforskning og via aktiviteten i Nasjonalt velferdsteknologiprogram synliggjør bred aktivitet og et etablert kunnskapsgrunnlag. Spesielt omfanget av systematiske kunnskapsoppsummeringer underbygger dette. De fleste prosjekter og studier er knyttet til

spesifikke diagnosegrupper. Fragmenteringen av studiene gir ikke grunnlag for å trekke generelle konklusjoner av effekter med medisinsk avstandsoppfølging. Det er kartlagt et stort antall originalartikler og kunnskapsoppsummeringer. En systematisk gjennomgang og analyse av dette materialet, vil kunne gi et godt beslutningsgrunnlag for å initiere implementering av medisinsk avstandsoppfølging. Det anses essensielt at en bygger på etablert kunnskap og ikke setter i gang mange nye overlappende utprøvningsprosjekter. Der det foreligger tilstrekkelig kunnskap, bør det heller initieres et implementerings- og gevinstrealiseringsprosjekt på tvers av tjenestenivåene. Det anbefales derfor at det gjennomføres en systematisk gjennomgang og analyse av eksisterende kunnskapsgrunnlag med henblikk på å avklare modenhet for, effekter av, og opplevde pasient- og kliniske erfaringer med bruk av medisinsk avstandsoppfølging. En slik gjennomgang kan også danne grunnlag for initiativ for å vurdere behov for nasjonale faglige råd og anbefalinger. Anbefalingen forutsetter at det gis eget oppdrag med finansiering.

ANBEFALING 2

Medisinsk avstandsoppfølging bør vurderes når nasjonale faglige retningslinjer og veiledere utarbeides.

Det synes derfor ikke være grunnlag for å initiere et arbeid med å ta frem en ny nasjonal faglig retningslinje for medisinsk avstandsoppfølging. Dette er trolig heller ikke hensiktsmessig. Det anbefales en tilnærming der en på diagnosnivå

og oppgavenivå vurderer om det er et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å anbefale bruk av teknologiske løsninger for deler av pasientoppfølgingen. Det bør innarbeides en tilnærming der medisinsk avstandsoppfølging, vurderes når nasjonale faglige retningslinjer og veiledere utarbeides. Det kan her nevnes at nasjonale faglige retningslinjer og veiledere utvikles på utvalgte fagområder og problemstillinger der det, etter en vurdering av gitte kriterier, foreligger et behov for nasjonal normering. Helsedirektoratet vil i juni leveransen (L3) synliggjøre hvordan denne anbefalingen er fulgt opp og operasjonalisert.

Arbeidspakke

3

A3. Spesifisering av rammer for utredningsarbeidet.

I IS-2770 ble aktiviteten beskrevet slik: "Med utgangspunkt i aktivitet 1 og 2, gjennomføres det et analyse- og forankringsarbeid for å skape felles forståelse av hvilke behov som utredningsarbeidet bør ivareta. Et slikt arbeid bør sikres gjennom bred deltakelse og som innledende aktivitet i utredningsfasen. Arbeidet vil bl.a. ha fokus på:

- Tjenstedesign, dvs. hva er behovene i tjenestene og hos pasientene, samt hvordan påvirker dette organiseringen av helsetjenesten. Medisinsk avstandsoppfølging skal være en integrert del av tjenesteutviklingen.
- Informasjonsflyt, dvs. hvilken informasjon er det behov for i samhandlingen, hvordan informasjon skal deles og hvem deler med hvem.
- Tekniske forutsetninger, dvs. hva kreves av offentlig infrastruktur, felleskomponenter, standarder mv. for at medisinsk avstandsoppfølging skal fungere som integrert del av helsetjenesten.
- Realisering, dvs. hva må tilrettelegges nasjonalt for at pasienter og tjenestene kan ta medisinsk avstandsoppfølging bredt i bruk. Det er her viktig å ha en bred inngang og inkludere alt fra regelverk, organisatoriske forhold, kompetanse, finansiering, verktøy som støtter spredning mv."

Status

Avsluttet



Aktiviteten har vært grunnlaget for denne leveransen, med konkretiseringen av innholdet i utredningsarbeidet. Det har vært gjennomført en bred prosess med over 220 deltakere.

Arbeidspakke

4

A4. Arbeidsdeling og samhandling i medisinsk avstandsoppfølging

Aktiviteten er ny og ikke beskrevet i IS-2770.

I pasientens helsetjeneste skal pasientens behov være styrende for hvordan og av hvem pasienten følges opp. Medisinsk avstandsoppfølging bør vurderes i tilknytning til forebygging, diagnostisering, behandling og oppfølging. Disse forholdene forutsetter en fleksibel helsetjeneste. Det legges derfor til grunn at det bør tilstrebes en fleksibel arbeidsdeling mellom helseforetak, avtalespesialister, fastleger og andre kommunale helse- og omsorgstjenester som avklares lokalt og vil variere over tid. I tillegg bør mulighetsrommet for private helsetjenesteleverandører belyses.

Status

I rute



Planlagt aktivitet er gjennom anbefalingene i denne rapporten avgrenset. Det tas forbehold om at det under utredningsarbeidet kan dukke opp nye problemstillinger som bør inkluderes i utredningen.

4.1 Innhold og omfang av utredningsarbeidet

Det anbefales følgende innhold i utredningsarbeidet:

Hvordan bør behovet for samhandling og faglig riktig oppgavedeling ivaretas og utvikles i medisinsk avstandsoppfølging?



Pågående arbeid: Problemstillingen berøres i noen grad i utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging som nå gjennomføres i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Flere prosjekter innenfor finansiering har i seg elementer av økt fleksibilitet. Utredningsarbeidet knyttet til fastlegeordningen har i seg problemstillinger knyttet til bærekraftige helsetjenester. Utredningen vil ha samstemmigheter med nasjonal utprøving av primærhelseteam og arbeidet med individuell plan, behandlingsplaner og individuelle behandlingsplaner i Helsedirektoratet. På systemnivå vil utredningsarbeidet ha berøringspunkter og mulig overlapp til Folkehelseinstituttets arbeid med bl.a. mini-metode-vurderinger. Kommende EU-regelverk innenfor HTA, samt nye EU- forordninger vedrørende sporbarhet i medisinsk utstyr vil berøre utredningsarbeidet.



Denne utredningen: Det anbefales at problemstillingen inngår i denne utredningen. Utredningen vil blant annet omfatte:

- Vurdere behovet for nasjonale anbefalinger og faglige råd til hvordan samhandling og faglig riktig oppgavefordeling for medisinsk avstandsoppfølging kan utvikles og etableres. Herunder å vurdere veiledningsmaterialet til de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak, samt eksisterende faglige retningslinjer, faglige råd og anbefalinger.
- Beskrive noen utvalgte tjenestemodeller, basert på pågående utprøvinger
- Vurdere sentrale risikofaktorer for problemstillingen (ROS-analyse)

4.2 Mottatte innspill

Medisinsk avstandsoppfølging er under utprøving både i kommuner, hos fastleger, avtalespesialister og i spesialisthelsetjenesten. I et visst omfang er samme type løsninger under utprøving både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Flere har fremhevet at dagens prosjekter i liten grad går på tvers av nivåene og legger til grunn en fleksibel og helhetlig arbeidsdeling mellom aktørene, som ivaretar pasientens samlede tjenestebehov. Det bør unngås at uklare ansvars- og arbeidsdelinger medfører at pasientens behov ikke tilstrekkelig ivaretas, eller at det oppstår konkurranse om pasienter mellom helseforetak, fastleger og kommuner. Medisinsk avstandsoppfølging muliggjør også at pasienter kan følges opp av andre aktører enn tradisjonelle helsetjenester. Dette vil kunne utfordre dagens ansvars- og arbeidsdeling.

4.3 Utfordring som bør utredes

Digitale løsninger innenfor helse forventes å utvikles raskt og en ser i dag kun konturene av de muligheter som åpnes opp for medisinsk avstandsoppfølging. Blant annet ser en at etablering av virtuelle sykehus (sykehus uten senger der aktiviteten skjer på avstand) åpner opp uante muligheter for avanserte lokale diagnostiserings-, behandlings- og oppfølgingstjenester. Samtidig vil dette betinge organisatoriske grep, endre samhandlingsformer og arbeidsprosesser med større fleksibilitet og endret innhold i kommunale helsetjenester, lokalmedisinske sentre, sykestuer og sykehus. Utredningsarbeidet vil ta utgangspunkt i nye typer tjenestemodeller som er skissert direkte og indirekte i utviklingsplanene til de regionale helseforetakene, samt de planer som kommuner i front utreder eller fattet vedtak om.

Samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten preges i dag av at det er parter og ikke partnere som skal samhandle om å yte tjenester. Fremtidens samhandling mellom nivåer og på tvers innad i tjenestenivåene bør ta utgangspunkt i prinsippene for helhetlige pasientforløp, der en gjennom samarbeid og partnerskap legger til rette for nye former for medisinsk avstandsoppfølging. Utredningsarbeidet bør ta utgangspunkt i tjenesteforløpsbeskrivelser og tjenestemodeller som er under utprøving gjennom nasjonalt velferdsteknologiprogram og i helseforetak, samt de tjenestemodeller som skisseres i utviklingsplanene til de regionale helseforetakene 2019-2035.



A5. Informasjonsflyt i tjenestemodeller for medisinsk avstandsoppfølging


Aktiviteten i IS-2770 er splittet i to arbeidspakker. Denne arbeidspakken gis ny omtale:

Arbeidspakken skal vurdere behov for tiltak for flyt, lagring, dokumentasjon og forsvarlig håndtering av helseopplysninger knyttet til medisinsk avstandsoppfølging. Utgangspunktet er digitale tjenester og tekniske løsninger som inngår i fastlegers, og andre kommunale og spesialisthelsetjenestens tjenestetilbud. På grunnlag av kartlagte behov utredes behov for nasjonal tilrettelegging.

Arbeidspakken trekker opp vide rammer, og det vil være behov for å avklare avhengigheter til pågående utredninger. Det må løpende vurderes hva som kan inkluderes i andre pågående oppdrag og hva som bør fanges opp av dette oppdraget.

Utredningen vil kartlegge og behandle behovet for digitale tjenester for å understøtte tjenestemodeller for medisinsk avstandsoppfølging. Videre vil underliggende behov for tilgjengelighet, dataforvaltning og felleskomponenter mm. vurderes. I denne arbeidspakken gjøres det ikke vurderinger vedrørende kravet om likeverdige helsetjenester, pasienters ulike forutsetninger for å bruke teknologi

Status

I rute  Det tas forbehold om at det under utredningsarbeidet kan dukke opp nye problemstillinger som bør inkluderes i utredningen. Tilnærmingen i denne fasen har vært å motta innspill fra sektoren for å få en bred oversikt over ønsker og behov. I arbeidet har det også vært gjennomført møter med pågående utredningsløp for å identifisere grenseoppganger. Det knytter seg imidlertid noe usikkerhet til omfang i pågående løp som gjør at det vil være behov for videre koordinering.

I denne leveransen er det dokumentert en liste av informasjonsflytbehov basert på dagens kjennskap til mulige tjenestemodeller. Flere av disse behovene blir ivaretatt i større eller mindre grad av igangsatte implementeringsløp, og det vil være behov for videre undersøkelse av utredningsbehovet. Detaljerte behov for informasjonsflyt vil være knyttet til de ulike tjenestemodellene. Tjenestemodeller vil være i kontinuerlig utvikling ettersom ny teknologi skaper nye muligheter. Det er derfor ikke mulig å fastslå nå det totale behovet for informasjonsflyt, men det må heller fokuseres på å lage fleksible modeller som kan tilpasses etter hvert som behovene utvikles.

Arbeidspakken har avhengigheter til andre arbeidspakker i utredningen. De viktigste er:

- Beskrivelse av tjenestemodeller som uttrykker behov for digitale tjenester (A4)
- Avhengighet til forvaltningsgrensesnittet mellom IKT og teknisk utstyr (A7)
- Vurdering av pasientens adgang til digitalt å kunne dele av helseopplysninger med helsetjenesten utenfor et pågående behandlingsforløp, deling fra forbrukerprodukter som pasienten selv har anskaffet på eget initiativ (A8)
- Skytjenester, personvern og informasjonssikkerhet (A6)

For å understøtte helsetjenester utenfor egne lokaler, og systemer, er det behov for å etablere IKT-løsninger som understøtter deling av data og kommunikasjon uavhengig av hvor pasienten befinner seg. Det innebærer at:


- Infrastrukturer og databehandling må fungere i alle ledd av verdikjedene.
- Applikasjonene må understøtte nye funksjonelle behov, nye type data og datastrømmer i alle endepunktene.
- Dataene må lagres og prosesseres på en måte som ivaretar hensyn til pasientsikkerhet, kvalitet og personvern.


En viktig forutsetning for medisinsk avstandsoppfølging er at det finnes muligheter for utveksling av informasjon mellom innbygger og helsetjenesten, og mellom aktører i helsetjenesten, som tilfredsstiller krav satt i lovverket for informasjonssikkerhet og personvern.

5.1 Utfordringer som bør utredes

Det anbefales følgende innhold i utredningsarbeidet:


Hvordan kan myndighetene legge til rette for at pasienten skal kunne samhandle med helsetjenesten uten å måtte fysisk oppsøke den? Hvordan kan myndighetene legge til rette for at helsepersonell kan samhandle i tjenestemodeller for medisinsk avstandsoppfølging?

 **Pågående arbeid:** E-konsultasjonsoppdraget svarer ut behov for nasjonal tilrettelegging for videokommunikasjon for fastleger og legevakt. Når det gjelder implementering av digitale tjenester er det igangsatt flere løp på Helsenorge. Det finnes også kommersielle løsninger i markedet som er tatt i bruk av aktørene. Primærhelseteamoppdraget svarer ut behov for nasjonal tilrettelegging for primærhelseteammodellen og behov for behandlingsplan. Det vil være behov for løpende koordinering med arbeidet med prosjekt én innbygger, én journal, da en beslutning om etablering av en felles journal- og samhandlingsløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste kan få betydning for rammebetingelser innenfor medisinsk avstandsoppfølging. Velferdsteknologiprogrammet har utredet og jobber med relevante problemstillinger knyttet til blant annet integrasjon og medisinsk avstandsoppfølging i kommunehelsetjenesten. Det igangsatt flere aktiviteter under paraplyen "digital grunnmur", herunder referanse- og målarkitekturer og standardiseringsaktiviteter.


 **Denne utredningen:** Utredningen skal behandle de identifiserte behovene. I det videre løp legges det opp til å ta utgangspunkt i behov fra de utvalgte tjenestemodellene som kartlegges og beskrives i A4.

- a) Utrede behov og krav til informasjonsflyt knyttet til utvalgte tjenestemodeller
- b) Svare ut i hvilken grad igangsatte tiltak og kommersielle løsninger dekker de identifiserte behovene, og om det er nødvendig å iverksette ytterligere nasjonale tiltak for at behovene skal løses
- c) Beskrive eventuelle nye nasjonale tiltak for å dekke behovene som ikke dekkes av allerede igangsatte aktiviteter
- d) Evaluere alternative forslag til tiltak, og gi anbefaling om gjennomføring
- e) Kartlegge nærmere de opplevde utfordringene vedrørende dataansvar og behandling av helseopplysninger i dialog med tjenestene, for å avdekke om det er reelle helse- eller personvernrettslige utredningsbehov. I tillegg vil målet være å gi veiledning til tjenestene om regelverket og operasjonalisering av dette, slik at de selv kan anvende regelverket på de tjenestemodellene-/forløpene de utvikler
- f) Evaluere Continua- anbefalingen fra 2014

Hvordan kan myndighetene legge til rette for nødvendig tilgjengelighet i verdikjedene? Behov for nett og driftskvalitet

 **Pågående arbeid:** Utover arbeid med nødkommunikasjon og mobil kommunikasjon i akuttmedisinsk tjeneste er det ikke identifisert utredning av behov for robuste e-kom nett i

medisinsk avstandsoppfølging. Det er heller ikke identifisert utredning av behov knyttet til driftskvalitet.

 **Denne utredningen:** Utredningen skal behandle de identifiserte behovene knyttet til tilgjengelighet. Behov for tilrettelegging av E-kom nettene håndteres videre utenfor utredningen. I det videre løp legges det opp til å ta utgangspunkt i behov fra de prioriterte tjenestemodellene som kartlegges og beskrives i A4.

- a) Utredningen skal gjennomføre en risiko- og sårbarhetsanalyse knyttet til teknisk tilgjengelighet (nettverk og komponenter) i de utvalgte tjenestemodellene.
- b) Utredningen skal foreslå kvalitetskrav ut i fra et forsvarlighetsprinsipp knyttet til teknisk tilgjengelighet for de utvalgte tjenestemodellene (eksempelvis oppetid, bredbåndsdekning, feilhåndtering).

5.2 Mottatte innspill

Mottatte innspill er sortert under perspektivene: Pasient, helsetjeneste, arkitektur og infrastruktur, samt tilgjengelighet.

Innspill knyttet til pasientens bruk av helsetjenester

De fleste innspillene vedrørende pasientens behov dreier seg om å muligheten for direkte kommunikasjon, og ved behov kunne dele egne helseopplysninger med helsetjenesten både i og utenfor pågående pasientforløp.

Som følge av at større datamengder høstes fra pasientene, meldes det om et forsterket behov for å oppleve kontroll over hvem som får tilgang til egne helseopplysninger.

Det er i kontekst av medisinsk avstandsoppfølging, basert på innspillene, identifisert behov for at pasienten kan:

- Kommunisere sikkert med helsetjenesten i digitale kanaler, eksempelvis digital dialog, chat og video
- Dele sine helseopplysninger digitalt
- Få digitalt innsyn i egne journalopplysninger og kunne håndtere pasientadministrative forhold på nett
- Gi pårørende digital tilgang til egne helseopplysninger og digitale tjenester
- Ha tilstrekkelig kontroll over hvem som får tilgang til egne helseopplysninger

Helsetjenestens behov

Innspill vedrørende helsetjenestens behov dreier seg i hovedsak om tilgang til digitale tjenester som det er behov for i tjenestemodeller for medisinsk avstandsoppfølging. Flere av innspillene går på behov for integrasjon av tekniske løsninger for medisinsk avstandsoppfølging med bakenforliggende journalsystemer. Andre innspill går på å kunne dele data i tekniske løsninger på tvers av virksomheter og forvaltningsnivåer når nye behandlingssteder overtar ansvar for helsehjelpen. I denne sammenheng meldes det også om behov for egenbehandlingsplan/

behandlingsplan for å knytte sammen tiltak, observasjoner, pasientrapporterte data, vurderinger, og for å koordinere helsehjelpen. I tillegg er det spilt inn behov for effektiv og sikker direktekommunikasjon med annet helsepersonell og pasienten.

Det meldes om behov for klarere retningslinjer for hvordan en skal gå frem for å avgjøre hva som faller inn under dokumentasjonsplikten og hvordan dataene skal forvaltes.

I flere av innspillene er det etterlyst en avklaring av hvem som er "eier" av helseopplysninger som befinner seg på ulike steder i en verdikjede. Et eksempel er spørsmål om hvordan en forholder seg til helseopplysninger "med flere eiere". Det er fremsatt ønske om at pasienten i større grad kan stå som "eier" av egne helseopplysninger, samtidig som det er uttrykt bekymring for at pasienten, som "eier" av egne helseopplysninger, skal kunne gå inn og slette og endre opplysninger i en pasientjournal.

Det er spilt inn at det er behov for å bruke de store datamengdene som samles som grunnlag for operative analyser for å yte helsetjenester på nye måter. Videre ytres det behov for å kunne avgi data til kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

Det er i kontekst av medisinsk avstandsoppfølging identifisert behov for at helsetjensten kan:

- Integrere data mellom tekniske løsninger for medisinsk avstandsoppfølging (som beskrevet i A7) med virksomhetenes hovedjournalssystemer, og forvalte dataene i henhold til helse- og personvernrettslige krav.
- Dele virksomhetens data i tekniske løsninger for medisinsk avstandsoppfølging med andre behandlere når behandlingsansvar flyttes eller flere helsetjenester er koblet på i parallell.
- Kunne kommunisere sikkert med annet helsepersonell i digitale kanaler, herunder tekstlige meldinger, bilder og video.
- Innhente skjemaopplysninger fra pasient
- Følge opp helsehjelpen gjennom egenbehandlingsplan og behandlingsplaner
- Kunne utlevere innsamlede data til kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

Arkitektur og infrastruktur

Det er spilt inn at det er behov for en infrastruktur for deling av data med åpne og sikre grensesnitt, som gjør det mulig for forskjellige leverandører og helsepersonell å få tilgang til data og videreformidle helsefaglige vurderinger av helseinformasjonen. I tillegg fremkommer det ønske om at det bør utvikles kravspesifikasjoner knyttet til nasjonale plattformer som leverandører og virksomheter må forplikte seg til. Fra kommunalt hold er det spilt inn at krav til integrasjon med felleskomponenter og fellesløsninger kan forenkle anskaffelser.

Behov for egnet e-ID og komponenter for tilgangsstyring for deling av opplysninger trekkes frem i flere av innspillene.

Tilgjengelighetsbehov (tilgang til robust nett og stabil drift)

For tjenestemodeller innenfor medisinsk avstandsoppfølging meldes det om behov for at digitale tjenester skal være tilgjengelige uavhengig av tid og sted. Tilgang til internett er en forutsetning for medisinsk avstandsoppfølging. De ulike tekniske løsningene og tjenestemodellene stiller forskjellige krav til tilgjengelighet og integritet for å sikre pasientsikkerhet og produktivitet i medisinsk avstandsoppfølging.

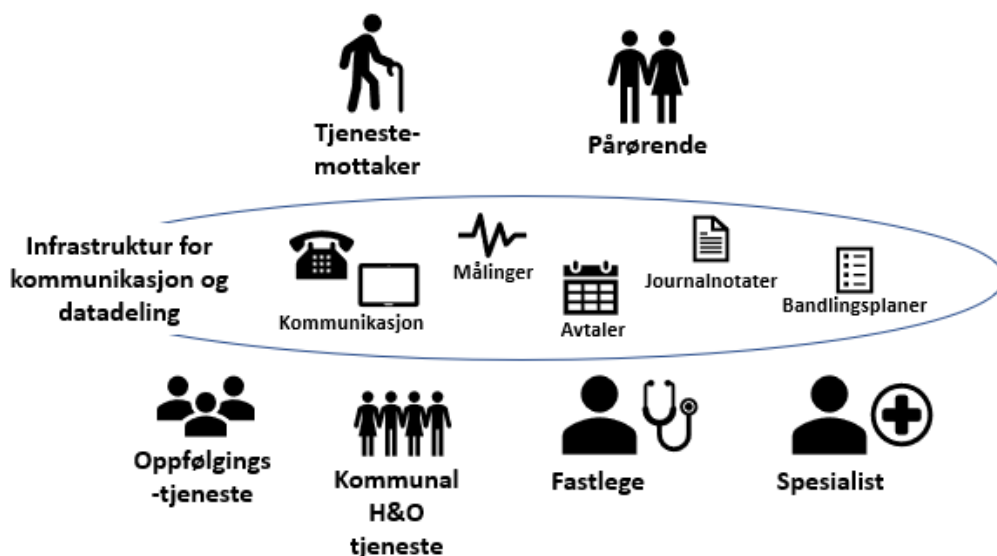
Det meldes om at telekomleverandører starter overgangen fra kobber til fiber og mobil, og en bekymring for at pasienter mister internett ved at de gamle linjene slutter å virke i mangel av vedlikehold. I tillegg meldes det om dårlig/ingen mobildekning i flere "grisgrendte" strøk i Norge. Mister pasientene internettlinjen risikerer de å miste tilgang til internett dersom de ikke har 4G/5G -dekning.

Fra telekomindustrien har det blitt spilt inn at det er behov for større samarbeid om å synliggjøre behovene til helsetjenesten knyttet til utvikling av abonnementsløsninger.

Virksomhetene melder utfordringer ved uønskede hendelser i de tekniske løsningene, og at det ikke er tilgjengelig brukerstøtte eller forvaltning til å rette opp i feil innen rimelig tid. Videre at dette kan påvirke kvaliteten og tilliten til tjenestene.

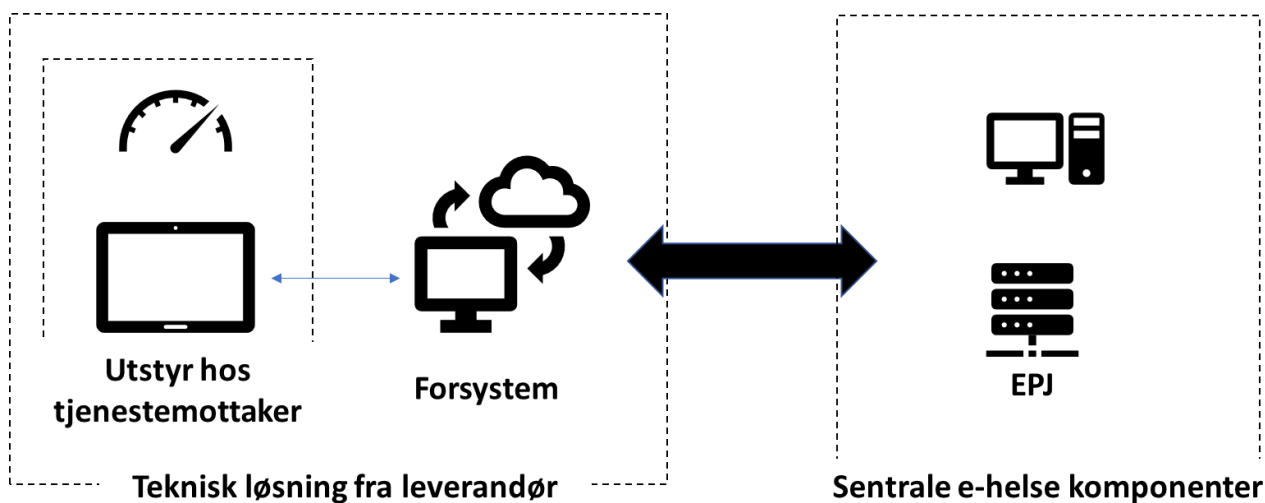
5.3 Utfordringer som bør utredes

Innenfor medisinsk avstandsoppfølging kan det være stort behov for samhandling mellom helsetjenesten og pasienten, og innad i helsetjenesten. En del av dette vil være generelle behov for tilgang til helseopplysninger, for eksempel i ansvarsoverganger i pasientforløp. I vurderingene under vektlegges behov som er av spesiell betydning for medisinsk avstandsoppfølging.



Figur 2: Samhandling i medisinsk avstandsoppfølging

Basert på innspillene vil det være behov for å videre undersøke behov for samspill mellom leverandørenes løsninger for medisinsk avstandsoppfølging med virksomhetenes hovedjournalssystemer og sentrale e-helsekomponenter (se Figur 3). Dette skal lede frem til krav til arkitekturen.



Figur 3: Samspill mellom markedsløsninger for medisinsk avstandsoppfølging, hovedjournalssystemer og sentrale e-helsekomponenter

Når det gjelder den usikkerheten og de spørsmålene som er spilt inn når det gjelder "eierskap til data" og samspillet mellom juss og teknologi med tanke på blant annet informasjonsflyt og behandling av helseopplysninger, er vi noe usikre på om direktoratet har forstått de innspillene fullt ut, herunder hva som menes med "eierskap" til opplysninger. Det er imidlertid vår vurdering at spørsmålet om "eierskap" til opplysninger ikke er interessant i denne sammenhengen. Det sentrale er kravet om et behandlingsgrunnlag for å kunne behandle person-/helseopplysninger, på hvilke vilkår person-/helseopplysninger kan eller skal behandles, og etter hvilke nærmere regler behandling skal og kan skje.

Innenfor helse- og omsorgstjenestens gir dokumentasjonsplikten i helsepersonelloven behandlingsgrunnlag for nødvendige og relevante helseopplysninger. For disse opplysningene foreligger det ikke bare en rett til behandling, men også en plikt i form av dokumentasjonsplikten, og det er gitt utførlige regler om behandlingen av opplysningene i helsepersonelloven og pasientjournalloven, for blant annet å ivareta personvernet og formålet med behandlingen. Herunder er opplysningen omfattet av en streng taushetsplikt, og det er gitt regler for utlevering og annen bruk.

For opplysninger som ikke er nødvendige og relevante for helsehjelpen, gir ikke helselovgivningen noe alminnelig behandlingsgrunnlag. Helsepersonell kan derfor ikke nedtegne andre opplysninger i journalen enn det dokumentasjonsplikten setter rammer for. Dersom det skal behandles opplysninger som ikke er omfattet av dokumentasjonsplikten, må dette skje utenfor journalsystemet, og baseres på et samtykke som tilfredsstillende personvernforordningens krav.

Personvernforordningen fastsetter regler om dataansvar og den dataansvarliges plikter og ansvar når person-/ helseopplysninger skal behandles. Dette ansvaret kan helsetjenesten ikke organisere seg bort ifra.

Mange av innspillene som gjelder behandling av helseopplysninger, behandlingsgrunnlag og dataansvar vitner etter prosjektgruppens syn om et behov for veiledning om ovennevnte regelverk, og dette vil inngå i det videre arbeidet. Eventuelle utredningsbehov som måtte fremkomme vil bli håndtert når det blir aktuelt.

Spørsmålet om bedre bruk av innsamlede data i en populasjon, for eksempel til risikostratifisering og "population health management", tas ikke inn i videre løp, da dette bør sees på i en bredere kontekst enn medisinsk avstandsoppfølging.

Oppfølging av behov knyttet til robuste elektroniske kommunikasjonsnett (e-kom nett) tas ikke med videre i utredningen, da også dette bør sees på i en bredere kontekst enn medisinsk avstandsoppfølging. Utredningen vil derimot vurdere hvilke behov medisinsk avstandsoppfølging setter til e-kom nettet. Dette kan for eksempel omfatte driftskvalitet, herunder oppetid og tilgang til brukerstøtte og dekning. Det foreslås at det gjennomføres en risiko- og sårbarhetsanalyse knyttet til teknisk tilgjengelighet (nettverk og komponenter), ut i fra et forsvarlighetsprinsipp. Det tas utgangspunkt i de utvalgte tjenestemodellene som beskrives i A4.

En realisering av informasjonsflytbehovene må søkes gjennomført i størst mulig grad i henhold til den nasjonale e-helse arkitekturen og ved bruk av felleskomponenter. Identifiserte behov må derfor resultere i tydelige krav til arbeidet som gjøres i nasjonal e-helse arkitektur og grunnmur. En helhetlig e-helse arkitektur, som inkluderer behovene fra medisinsk avstandsoppfølging må tas frem. Oppdatert erfaring og kunnskap på feltet og spesialisthelsetjenestens behov må være en del av grunnlaget. Det skal utarbeides interoperabilitetskrav til tekniske løsninger for medisinsk avstandsoppfølging som kan følges opp av forvaltningsprosesser som er beskrevet i A7.

Continua-rammeverket (et internasjonalt standardiseringsrammeverk for velferdsteknologi som forvaltes av Personal Connected Health Alliance) ble tilrådet av Regjeringen i 2014, var tiltenkt å gi rammer for å sikre interoperabilitet mellom velferdsteknologiske løsningskomponenter. Imidlertid har rammeverket vært lite anvendt blant leverandører i perioden frem til nå. Det er derfor behov for å evaluere tilråden fra 2014.

Innovasjonsperspektivet har vært viktig innenfor velferdsteknologi med tilrettelegging for tjenestetilbydere og leverandører basert på åpen plattform og API- management. Det bør gjøres en evaluering av status på området.

Når det gjelder behovet for felleskomponenter og felles byggeklosser vil dette knyttes til behovet for datalagring, datadeling og tilgangsstyring. Dette vurderes i et nasjonalt arkitekturperspektiv knyttet til nasjonal e-helsestrategi og arbeid med grunnmur for digitale tjenester.

I utredningen legges det opp til å vurdere om det er behov for ytterligere tilrettelegging eller innsats på integrasjonskapabilitet i nasjonal regi.



A6. Informasjonssikkerhet og personvern i tekniske løsninger for medisinsk avstandsoppfølging

Arbeidspakken er delvis beskrevet i IS-2770, men skilles nå ut som ny egen arbeidspakke.

Den økte digitaliseringen av helsesektoren fører med seg nye sårbarheter hvor pasientsikkerheten blir mer og mer avhengig av god informasjonssikkerhet.

Status

I rute



Planlagt aktivitet er gjennom anbefalingene i denne rapporten avgrenset. Det tas forbehold om at det under utredningsarbeidet kan dukke opp nye problemstillinger som bør inkluderes i utredningen.

6.1 Innhold og omfang av utredningsarbeidet

Det anbefales følgende innhold i utredningsarbeidet:

Hvordan og på hvilken måte kan nasjonale myndigheter bidra til bedre metodiske tilnærminger for risikovurderinger knyttet til informasjonssikkerhet i teknisk utstyr og applikasjoner, herunder i hvilken grad kan virksomheter støtte seg på tidligere gjennomførte ROS for tilsvarende løsninger utført av andre?



Pågående arbeid: Normen har pågående arbeid om kravstilling og veiledning til sektoren på informasjonssikkerhet. Normen har eget veiledningsmaterieell for risikovurderinger, medisinsk utstyr, bruk av velferdsteknologi, samt bruk av skytjenester. Det pågår konkrete vurderinger av risiko og sikkerhetstiltak knyttet til konkrete prosjekter for avstandsoppfølging i sektoren det bør være mulig å høste erfaringer fra. I tillegg er det pågående forskning på sikkerhet rundt IoT.



Denne utredningen: Det anbefales at dette arbeidet utreder behov for endring i rammer og virkemidler for sikkerhet:

- Kartlegge pågående sikkerhetsarbeid knyttet mot IoT og ut fra dette formulere krav og anbefalinger knyttet til tekniske løsninger som skal benyttes i medisinsk avstandsoppfølging
- Hvordan kan risikoen reduseres knyttet til informasjonssikkerheten i teknisk utstyr og ulike applikasjoner som er teknisk koblet opp i pasientens hjem?
- Hvordan kan virksomhetene i helse og omsorgssektoren støttes av myndigheter/ HelseCERT i praktisk implementering av sikkerhetstiltak? Dette kan være f.eks. gjennom sikkerhetsoppdateringer som sikrer interne systemer som er eksponert på internett og andre sårbarheter som utgjør en risiko for dem?
- Hvordan kan myndigheter veilede virksomheter i helse og omsorgssektoren til å gjennomføre gode og dekkende risikovurderinger? Det gjennomføres ulike risikovurderinger på samme løsninger som skal innføres. Hva slags perspektiver må

tas med i en ROS, og hvor detaljerte må vurderingene være før en ROS er god nok? I hvilken grad kan en støtte seg til tidligere gjennomførte ROS for tilsvarende løsninger? Kan det opprettes en "ROS bank" basert på en del typiske bruksscenarier for avstandsoppfølging hvor virksomheter kan hente ut ulike scenarier samt dele risikomomenter med andre? Det er viktig at risikovurderingene ivaretar både konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet, og også avveininger der informasjonssikkerhetstiltak kan påvirke pasientsikkerhet (f.eks autentisering som ikke oppleves brukervennlig nok eller er tilpasset pasientgruppen).

- e) Hvordan kan myndigheter veilede virksomheter i helse- og omsorgssektoren å iverta informasjonssikkerheten og personvernet ved bruk av skytjenester?
- f) Som del av utredningsarbeidet vil det bli initiert en prosess med de regionale sikkerhetsfaglige rådene knyttet til forståelse av dagens regelverk. Formålet er å sikre en større enhetlig forvaltning av gjeldende regelverk.
- g) Hva er sentrale risikofaktorer (ROS-analyse)?

6.2 Mottatte innspill

Flere av de som har gitt innspill til arbeidet opplever utfordringer med risikovurderinger av utstyr og tjenester. Dette er knyttet til hvilke metodikker for gjennomføring av risikovurderinger som gir gode resultater, hva slags perspektiver som bør inkluderes, og hvor detaljerte vurderingene må være før de er gode nok. Generelt sett er det mottatt mange problemstillinger som ligger i grenselandet mellom personvern og informasjonssikkerhet. Det er også gitt innspill på anskaffelser og bruk av skytjenester. Problemstillinger knyttet til anskaffelser og leverandøroppfølging av teknisk løsninger adresseres i arbeidspakke A7.

Fra sykehusene rapporteres det om at applikasjoner tilknyttet medisinsk utstyr gjerne tas i bruk og forvaltes direkte fra klinikknivå uten at organisasjonenes IKT-forvaltning i særlig grad er involvert. Løsningene kan være skybaserte, og det kan oppstå spørsmål, eksempelvis knyttet til dataansvar, når pasienten skal overføres til annet behandlingssted og aktivt medisinsk utstyr og tilhørende applikasjoner også skal følge med. I dialog med tjenestene kan det virke som det kan forekomme lite samhandling mellom klinikk og IKT- forvaltning når det gjelder forvaltning av applikasjoner knyttet til medisinsk utstyr som klinikkene anskaffer eller gjør avrop på.

Pasienter har i flere tilfeller mulighet til å legge til funksjoner "add-ons" eller på eget initiativ overføre tilleggsdata i de utstyrene helsesektoren gir gjennom ytelse av helsehjelp. Pasienter kan for eksempel koble utstyret til skytjenester, hvor en ekstern leverandør samler inn helse- og personopplysninger uten slettefunksjoner. Hvis pasienten selv ikke sletter opplysningene, og utstyret senere lånes ut til nye pasienter, kan de nye pasientene få tilgang til opplysninger om tidligere brukere av utstyret. Utstyret er ofte utenfor virksomhetens kontroll. Ansvar knyttet til data og databehandling oppleves uklart.

Siden applikasjoner knyttet til aktivt medisinsk utstyr skjer som en del av anskaffelsen utstyret, vil det være behov for å gå nærmere inn i innkjøps- og forvaltningsforholdene for dette utstyret. Innkjøp og forvaltning behandles i arbeidspakke A7. Det vil også være behov for å vurdere personvernproblemstillinger, og bruk av nasjonale virkemidler for å adressere disse.

Leveransemodeller for skytjenester

Den allmenne skyen (Public cloud) er skytjenester som blir solgt i det åpne markedet – det vil si standardiserte løsninger som stort sett er like for alle kunder. De største og mest kjente leverandørene er Google, Amazon og Microsoft.

Den allmenne skya kan òg være en del av arkitekturen til programvareleverandører – òg norske – som tilbyr programvaren sin levert over internett. En sluttkunde kan dermed være bruker av den allmenne skyen uten selv å ha kjøpt en slik infrastrukturteneste.

En *privat sky* (Private cloud) er en lukket skytjeneste som er avgrenset til ei virksomhet, eller til ei gruppe virksomheter (oftest omtalt som *gruppesky*). Her vil miljøet som skytjenesten blir levert fra blir avsett til den enkelte kunden eller kundegruppa. En virksomhet kan òg drifte sin egen sky, men dersom virksomheter ikke er veldig stor, vil en ikke oppnå de samme stordriftsfordelene som en får med å bruke en allmenn sky. Samtidig vil en heller ikke være utsett for de same risikoene.

Dersom en virksomhet bruker en kombinasjon av den allmenne skyen og tradisjonelle lokalt driftede IKT-system, ei privat sky eller ei gruppesky, benevnes det *hybrid sky*.

Kilde: Nasjonal strategi for bruk av skytenester

Programvare som er knyttet til medisinsk utstyr kan være basert på allmenn sky, altså tjenester som blir levert over nett fra leverandøren eller underleverandører i markedet. Programvare som tjeneste⁷ innebærer at virksomheten slipper å kjøpe, installere, oppdatere og vedlikeholde programvare lokalt. Brukeren kjører programmet gjennom en nettleser eller annen tynn klient. Det gjør at klinikkene i mindre grad er avhengige av IKT- forvaltningsmiljøene. IKT- forvaltningen i sykehus bruker for øvrig i liten grad allmenne skytjenester⁸.

6.3 Utfordring som bør utredes

Skytjenester kan gi fordeler som høyere grad av sikkerhet gjennom profesjonell drift og sikkerhetsadministrasjon, økt skalerbarhet og enkel tilgang til data og applikasjoner uavhengig av lokalisering. Skytjenester kan i tillegg være økonomisk gunstig. Helseopplysninger i skyen introduserer nye trusler. Det kan være av teknisk art, utfordringer rundt mellomagring av helseopplysninger hos leverandør, omfattende bruksvilkår, overføring av data til andre formål/ og tredjeparter, lagring av data og manglende sletting, krav til at pasient oppretter egne brukerkontoer (spesielt knyttet til pasients bruk av tilleggsfunksjonalitet). Disse aspektene bør inkluderes i

⁷ Software as a Service (SaaS)

⁸ IE-1043 Ressursbruk på IKT i helse- og omsorgstjenesten i 2017

utredningen. Bestillerkompetanse varierer hos aktørene, og det er en risiko at skyløsninger anskaffes uten at nødvendige sikkerhetskrav stilles og følges opp.

Når virksomheter anskaffer løsninger som behandler helse- og personopplysninger, er en lovpålagt til å opptre i samsvar personvernforordningen og kravene til innebygd personvern ved utvikling av nye løsninger. I mange tilfeller behandler medisinsk utstyr helse- og personopplysninger. Det er gjort kjent at det er utfordringer å ivareta kravene til informasjonssikkerhet og personvern i medisinsk utstyr.

Mange av de tekniske løsningene som benyttes innen medisinsk avstandsoppfølging går under kategorien Internet of Things (IoT). IoT er under sterk utbredelse innenfor mange sektorer. En stor utbredelse tiltrekker seg dessverre også mange som vil hacke og tappe data fra løsningene eller overta styringen av dem. Sikkerhetssvakheter kan omfatte blant annet for svak sikring mot uautorisert tilgang og få muligheter for sikkerhetsoppdateringer. Det arbeides mye med å få sterkere kontroll over sikkerheten innen IoT. Utredningen må følge med på dette arbeidet og videre arbeid knyttet til dette hos myndighetene må harmoniseres med dette.

Et angrep kan ramme utstyret (og pasienten) i seg selv, men utstyret kan også bli et brohode inn mot annen infrastruktur ved for eksempel et virusangrep. Både nasjonalt og internasjonalt er det flere eksempler på at teknisk utstyr brukes på denne måten. Internasjonalt er det økende oppmerksomhet på sårbarheter i teknisk utstyr. Andre utfordringer ved nettilkoblet teknisk utstyr er blant annet:

- Utstyr som er plassert i pasientens hjem eller mobilt på pasienten innebærer at det stilles krav om sikring av helse- og personopplysninger på flere steder og nivåer innen en og samme tjeneste
- Medisinsk avstandsoppfølging involverer ofte en kjede av leverandører og forskjellige skyløsninger
- Det kan genereres mye informasjon som det ikke er behov for og det er en utfordring å sortere ut informasjonen virksomheten har behov for og overskuddsinformasjon som må slettes
- Flere av løsningene innen medisinsk avstandsoppfølging kan medføre bevisst/ ubevisst kontroll (overvåking) av bruker og dette kan oppleves som krenkende for den enkelte. Dette er komplekse problemstillinger som det krever bevissthet om utfordringene og god kompetanse for å håndtere

Andre problemstillinger kan omfatte blant annet om underliggende infrastruktur i eller fram til pasientens/ brukerens hjem er sikker og robust nok, og avveininger knyttet til sikker nok autentisering opp mot enkle nok autentiseringsløsninger.



A7. Teknisk utstyr for medisinsk avstandsoppfølging

Denne arbeidspakken gis ny omtale: *Arbeidspakken skal vurdere behov for tiltak knyttet til sammenhengende forvaltning av teknisk utstyr som anskaffes og tas i bruk innenfor medisinsk avstandsoppfølging. Målet er at helsetjenesten anvender teknisk utstyr som ivaretar behov for forsvarlighet⁹, pasientsikkerhet, personvern, kvalitet og kontinuitet i helsehjelpen på tvers av virksomheter og forvaltningsnivåer.*

Status

I rute



Planlagt aktivitet er gjennom anbefalingene i denne rapporten avgrenset. Det tas forbehold om at det under utredningsarbeidet kan dukke opp nye problemstillinger som bør inkluderes i utredningen.

I det videre arbeidet legges det opp til å ta utgangspunkt i de utvalgte tjenestemodellene som vil beskrives i A4.

7.1 Innhold og omfang av utredningsarbeidet

Det anbefales følgende innhold i utredningsarbeidet:

Hvordan kan myndighetene legge til rette for at tjenestene anskaffer og tar i bruk forsvarlige, teknisk utstyr i medisinsk avstandsoppfølging? Hvordan kan helsetjenesten bedre tilrettelegge sin forvaltning av teknisk utstyr i tjenestemodeller for medisinsk avstandsoppfølging som går på tvers av virksomheter og tjenestenivåer?

Pågående arbeid: Det er ikke registrert noen pågående prosjekter som ivaretar problemstillingen fullt ut.

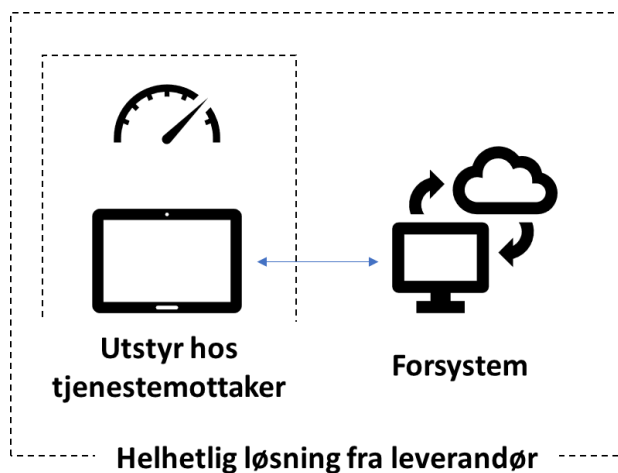
Denne utredningen: Det anbefales at problemstillingen inngår i denne utredningen. Utredningen vil blant annet omfatte:

- a) Forsvarlighet i teknisk utstyr: Ut i fra de utvalgte tjenestemodellene vurdere behov for regulering, faglig normering, veiledning og sertifisering av sammensatte, teknisk utstyr, og deres tekniske komponenter (fysiske enheter og programvare).
- b) Sammenhengende forvaltning: Basert på tjenestemodeller som beskrives i A4, vurdere behov for samordning av forvaltning av teknisk utstyr. Elementer som inngår i dette er:
 - a. Behovskartlegging og prioritering
 - b. Anskaffelse

⁹ Begrepet forsvarlighet er en rettslig standard, en dynamisk vurderingsnorm, hvor innholdet endres i tråd med faglig utvikling, gjeldende verdioppfatninger o.l. Innholdet bestemmes av gjeldende medisinskfaglige normer, etikk og lovbestemte krav.

- c. *Klargjøring, utlevering og pasientopplæring*
 - d. *Teknisk forvaltning og leverandøroppfølging*
 - e. *Utstyradministrasjon*
 - f. *Finansiering av utstyr som benyttes på tvers av nivåene*
- c) *Håndteringsforskriften*

En samlet løsning fra en eller flere leverandører omfatter ofte flere tekniske komponenter. Ofte vil disse bestå av fysisk enhet, kommunikasjonsprogramvare med eller uten enhet som den kjører på, et forsystem og tilhørende programvare. Den fysiske enheten og kommunikasjonsprogramvaren settes gjerne opp der pasientens oppholder seg, mens forsystemet ofte kjøres i en allmenn sky eller er i et driftsmiljø hos tjenesteyter. Kommunikasjonsprogramvaren gjør at den fysiske enheten kan kommunisere med forsystemet over internettet. Ofte vil kommunikasjonsprogramvaren kjøre på en generell brukerklient (nettbrett, smart-telefon, PC, som kan eies av bruker eller behandler), eventuelt på en spesialprodusert enhet med eller uten brukergrensesnitt. Når spesialproduserte enheter brukes vil disse gjerne inngå i den samlede løsningen som anskaffes. For øvrig vil pasienten måtte ha tilgang til internett og en eID for å kunne autentisere seg.



I noen anskaffelser er alle de tekniske komponentene klassifisert og merket som medisinsk utstyr. Mens i andre anskaffelser kan deler eller ingen av komponentene være merket som medisinsk utstyr. Et eksempel er at fysisk måleutstyr er merket som medisinsk utstyr, men hvor medfølgende programvare ikke er merket. For å sikre faglig forsvarlig helsehjelp er det behov for at de tekniske løsningene er kvalitetssikret, og ikke utgjør en uforsvarlig risiko i forhold til pasientsikkerhet eller personvern.

Konsekvenser knyttet til implementering av nye forordninger for medisinsk utstyr (produktregelverket) omtales i vedlegg.

7.2 Mottatte innspill

Både regionale og lokale helseforetak, samt kommuner har fremholdt at det er vanskelig å vite, i mangel av retningslinjer mm, hvordan en skal forholde seg til sammensatte teknisk utstyr som samlet sett ikke er klassifisert som medisinsk utstyr, eller at enkelte komponenter (fysiske enheter og programvare) ikke er merket som medisinsk utstyr. For løsninger der ikke-medisinsk utstyr inngår, eksisterer det usikkerhet omkring hvorvidt medisinsk forsvarlighet ivaretas av utstyret, og hvordan ansvaret for dette fordeler seg mellom leverandører som tilbyr løsningene, virksomhet som

anskaffer og virksomhet som tar dette i bruk. Det etterlyses kunnskapsbyggende tiltak og veiledning fra nasjonale myndigheter.

Svært mange fremhever usikkerhet i håndteringen av det sterkt økende tilbudet av apper for helsehjelp som ikke er merket som medisinsk utstyr. For slikt utstyr har det kommet innspill om behov for sertifiseringsordninger og veiledning for å sikre faglig forsvarlig helsehjelp og dokumentasjon på at metodebruken har effekt.

Regionale og lokale helseforetak, kommuner og næringsliv har gjennom ressursgruppen for utredningsarbeidet fremmet ønske om at utredningen bør omfatte problemstillinger knyttet til forvaltningen av de tekniske løsningene som benyttes i medisinsk avstandsoppfølging. I hovedsak går dette på behov for samordning av forvaltning på tvers av virksomheter og forvaltningsnivåer, herunder anskaffelsesforhold, finansiering, samt teknisk og administrativ forvaltning av fysiske enheter. Det ytres at det ikke bør etableres modeller som medfører at pasienter får ulikt utstyr fra helsetjenesten for å følge opp samme sykdomsbilde. Videre meldes det om at det bør tilstrebes løsninger som dekker flere sykdomsbilder, slik at antall enheter av utstyr og programvare som pasienten må forholde seg er overkommelig. En av erfaringene er at når pasienten flytter mellom sykehus og kommune, byttes de tekniske løsningene. Konsekvensen er at pasientene blir sittende med flere sett av teknisk utstyr alt etter hvor pasienten er i systemet.

Fra kommunene som deltar i Nasjonalt velferdsteknologiprograms utprøving av medisinsk avstandsoppfølging, har det kommet innspill, som kan oppsummeres slik: Det uttrykkes at det bør legges til rette for et samarbeid der det inngås rammeavtaler for utstyr/programvare som kan brukes både i spesialist- og primærhelsetjenesten, enten regionalt eller nasjonalt. *"Det er ikke bærekraftig at små kommuner selv må gjøre anskaffelser. Det kan bidra til unødige brudd i et pasientforløp og motvirke gode løsninger i den nye helsetjenesten."*

Fra klinikerhold er det spilt inn behov for at implantater, blant annet Pacemakere, registreres i et felles register for å sikre sporbarhet. Eksempelvis slik at spesifikke typer av implantater kan spores opp hvis det skulle oppdages feil eller svakheter i disse.

Både kommuner og helseforetak fremhever at det i anskaffelser kan være problematisk å vite hvilke generelle krav som tjenesten bør stille til de tekniske løsningene og hvordan vurdere ulike leverandører og utstyr. Hva slags sikkerhetsdokumentasjon som bør etterspørres fremheves som særlig problematisk.

Det er ytret at de tekniske komponentene må ivareta krav til personvern, informasjonssikkerhet og interoperabilitet, og at dette må ivaretas i anskaffelse, oppsett, implementering, forvaltning og avslutning av de tekniske løsningene.

7.3 Utfordring som bør utredes

Krav til informasjonsflyt, personvern og informasjonssikkerhet ivaretas i arbeidspakke A5 og A6.

Behov knyttet til forsvarlighet i de tekniske løsningene

Når det gjelder forsvarlighet i de tekniske løsningene som anskaffes og tas i bruk, er det behov for å tydeliggjøre ansvarsforhold mellom produktleverandører, tredjepartsleverandører, innkjøpsorganisasjoner, tjenesteleverandører og den helseytende virksomheten.

Helse- og omsorgstjenesten har plikt til å sikre at de tjenestene som tilbys og ytes er forsvarlige. På systemnivå følger dette av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 første punktum. Videre har også det enkelte helsepersonell plikt til å sikre at den helsehjelpen de yter er forsvarlig, jf. helsepersonelloven § 4, og virksomhetene er pålagt å organisere seg slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde denne forpliktelsen. Dette kommer til uttrykk i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 andre punktum og helsepersonelloven § 16.

Ovennevnte regelverk innebærer i praksis at virksomheten skal sørge for tilstrekkelige personalressurser med nødvendige kvalifikasjoner, tilstrekkelig og adekvat utstyr, tydelig fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, nødvendige instruksjoner, rutiner og prosedyrer for de ulike oppgavene. Det vil si organisatoriske elementer som tilrettelegger for at helsepersonell kan utføre sine oppgaver i tråd med lovpålagte plikter og faglig forsvarlighet, og som for øvrig sikrer at de tjenestene som tilbys og ytes er forsvarlige. Virksomheten skal videre organisere helsehjelpen på en måte som ivaretar effektiv og forsvarlig bruk av personellressurser

For å legge til rette at de pliktene som ut fra det ovenstående påhviler virksomheter og personell innenfor helse- og omsorgstjenesten kan bli overholdt ved medisinsk avstandsoppfølging, bør det vurderes behov for regulering, faglig normering, veiledning og sertifisering av sammensatte, teknisk utstyr, og deres tekniske komponenter (fysiske enheter og programvare).

Når det gjelder medisinsk utstyr som brukes til medisinsk avstandsoppfølging er forskrift om håndtering av medisinsk utstyr helt avgjørende. Forskriften presiserer forsvarlighetskravet og skal sikre at medisinsk utstyr til enhver tid er sikkert, vedlikeholdes korrekt og brukes forsvarlig i samsvar med sitt formål.

Behov for en sammenhengende forvaltning av teknisk utstyr

For å legge opp til god kontinuitet i helsetjenestene på tvers av virksomheter og forvaltningsnivåer, er det behov for en sammenhengende forvaltning av teknisk utstyr for medisinsk avstandsoppfølging¹⁰. Dette griper inn i etablerte forvaltningssystemer for aktivt medisinsk utstyr, behandlingshjelpemidler og IKT- løsninger i sektoren.

I spesialisthelsetjenesten er anskaffelser og forvaltning fordelt på Sykehusinnkjøp HF, RHFenes IKT-tjenesteleverandører og de enkelte helseforetakene. I kommunehelsetjenesten anskaffer den enkelte kommune de tekniske løsningene. I varierende grad gjør leverandørene teknisk forvaltning. Utredningens bør både ha fokus på forvaltningsmodeller for teknisk utstyr på tvers av virksomheter

¹⁰ Hjelpemidler fra NAV faller utenfor utredningen

og nivåer. Det er sentralt med bedre integrering mellom innkjøpskompetanse, IKT-kompetanse, miljøer for medisinsk teknisk utstyr og miljøer for behandlingshjelpemidler mv.

Utredningen bør vurdere hvordan virksomhetene kan støttes av myndighetene med bedre leverandøroppfølging og bestillerkompetanse, samt om det bør gis nasjonale anbefalinger som kan underlette virksomhetenes arbeid med kravspesifikasjoner og anskaffelsesprosesser.

Basert på innspillene bør det undersøkes nærmere hvilke muligheter som finnes for å oppnå større grad av samordning og styrking av mindre virksomheter ved innkjøp av teknisk utstyr knyttet til medisinsk avstandsoppfølging. Videre bør det undersøkes på hvilken måte kravstilling, kompetansebruk, risikovurderinger av teknisk utstyr og gjennomføring av anskaffelser kan samordnes på tvers av virksomheter og forvaltningsnivåer.

For den videre forvaltningen er det behov for å se på potensialet for samordning av klargjøring, utlevering, pasientopplæring i og vedlikehold at de fysiske enhetene og tilhørende programvare. Et eksempel på en problemstilling kan være om en kommune kan overta den tekniske løsningen, som pasienten og sykehuset har tatt i bruk, når pasienten tilbakeføres til kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er ikke identifisert at det i dag eksisterer forretnings- eller finansieringsmodeller for dette.

Basert på innspillene bør det foreslås en hensiktsmessig løsning av behovene som er knyttet til teknisk forvaltning av løsningene. Eksempelvis hvordan sikre at det fysiske utstyret får sin programvare (firmware) oppdatert gjennom sin levetid. Likeledes hvordan behov for at oppdatering av løsningenes forsystemer og programvare, samt operativsystemer og annen programvare på brukerutstyr og andre perifere enheter løses. Det finnes per i dag ikke systemer for å sikre kontinuitet i teknisk forvaltning på tvers av virksomheter og forvaltningsnivåer.

Med utstyrsadministrasjon menes det å ha kontroll på tilstanden og sporbarhet til de tekniske komponentene ute hos pasienten gjennom livsløpet. For eksempel hvor en fysisk enhet befinner seg, hvilken versjon av programvare den har eller om den er klargjort til ny bruker. Per i dag finnes det ikke systemer i bruk for å ha oversikt over enhetsadministrasjon på tvers av virksomheter eller forvaltningsnivåer. Det er behov for å foreslå en hensiktsmessig løsning av behovet for utstyrsadministrasjon. Nye EU- forordninger om medisinsk utstyr stiller krav til sporbarhet på medisinsk utstyr, men ikke til utstyr som ikke er merket.

[Finansiering av teknisk utstyr](#)

Helsedirektoratet, Statens legemiddelverk og de regionale helseforetakene utreder for tiden et bedre system for fordeling av finansieringsansvar knyttet til medisinsk utstyr brukt utenfor sykehus. Det utredes et system for fordeling av finansieringsansvaret som ivaretar prinsippet om at "finansieringsansvaret skal følge behandlingsansvaret". Utredningen skal foreslå kriterier for avklaring av behandlings- og finansieringsansvar. Utredningen skal i tillegg avklare hvilke teknisk utstyr, herunder oppgjørsordninger og ikt-systemer som er nødvendige. Systemet som foreslås skal ta høyde for at samme medisinske utstyr kan bli brukt av pasienter i samhandling med ulike

tjenesteleverandører, herunder den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det bemerkes at utredningen avgrenses av folketrygden kapittel fem (Helfo-finansiering) versus spesialisthelsetjenestens sørge-for-ansvar (behandlingshjelpemidler). Det betyr at kommunenes og NAV sitt finansieringsansvar (folketrygden kapittel 10) kun er kartlagt og ikke blir drøftet i utredningen.

I denne utredningen vil en se på konsekvenser av et forvaltningsregime på tvers av nivåene og hva dette vil bety for forretningsmodeller med finansiering av teknisk utstyr.



A8. Digital deling av helseopplysninger fra egeninnkjøpte forbrukerløsninger utenfor et pågående pasientforløp

Denne arbeidspakken gis ny omtale: Den sterke økningen i tilbudet av og bruken av forbrukerorienterte IoT¹¹- løsninger på helseområdet, utfordrer helsetjenesten gjennom økte forventninger i befolkningen til å kunne få vurdert data fra disse løsningene. Dette er en utvikling som helsetjenesten i økende grad må ta stilling til. Det er behov for å vurdere om det i helsetjenesten bør legges til rette for at pasientene kan sende data fra slike løsninger til helsetjenesten utenfor et pasientforløp.

Status

I rute



Arbeidet er i rute og via denne rapporten er det gitt anbefalinger om fremtidig innretning av aktiviteten.

8.3 Innhold og omfang av utredningsarbeidet

Det anbefales følgende innhold i utredningsarbeidet:

I hvilken grad skal helsetjenesten tilrettelegge for å motta, vurdere og behandle helseopplysninger fra tekniske løsninger som pasienten selv har anskaffet, når dette ikke er en del av et pågående pasientforløp?



Pågående arbeid: Utredningsarbeidet om bruk av personlig helsearkiv og implementeringsløp på digital dialog knyttet til helsenorge.no berører noe av problemstillingen. Pågående utredningsarbeid knyttet til behandlingshjelpemidler berører delvis problemstillingen.



Denne utredningen: Det anbefales at problemstillingen ikke inngår i denne utredningen. Problemstillingen er relevant, men ansees å ligge utenfor dette oppdraget. Det anbefales at temaet tas opp i et særskilt oppdrag der blant annet følgende bør vurderes:

¹¹ Internet of Things – tingenes internett

- a) Utrede om helsetjenesten bør legge til rette for at innbygger digitalt kan sende sine data fra forbrukerelektronikk til helsetjenesten og få disse vurdert når det ikke foreligger et pågående pasientforløp.
- b) Beskrive eventuelle nye nasjonale tiltak
- c) Evaluere alternative forslag til tiltak, og gi anbefaling om gjennomføring

8.2 Mottatte innspill

Det registreres ulike oppfatninger om helsetjenestene bør åpne opp for at pasienter skal kunne dele informasjon fra egeninnkjøpte forbrukerløsninger digitalt med tjenestene. Det har kommet innspill om at det bør gjennomføres en vurdering om det bør åpnes opp for en slik mulighet. Noe av skepsisen går på om en kan stole på kvaliteten på dataene, i hvilken grad helsepersonell blir forpliktet til å ta stilling til disse dataene og at det kan ha en negativ effekt på produktiviteten i tjenestene. Andre innspill går ut på at helsetjenesten må åpne seg opp og i større grad tilrettelegge for at pasienter tar initiativ og selv følger opp egen helse, både i et forebyggings- og mestringsperspektiv, selv når dette ikke inngår i et oppfølgingsløp initiert av helsetjenestene.

8.3 Utfordring som bør utredes

Spørsmålet om en bør legge til rette for at innbygger digitalt kan sende sine data fra forbrukerelektronikk til helsetjenesten og få disse vurdert er en sammensatt problemstilling. Først og fremst handler det om å svare på hvilken helsemessig effekt dette kan gi og hvilke uønskede effekter som kan oppstå, for eksempel over- eller underdiagnostisering. I tillegg handler det om riktig ressursbruk og hvilken samfunnsgevinst dette kan gi. Det kan også handle om i hvilken grad innbyggere heller vil velge private helseleverandører enn den offentlige helsetjenesten.

At dataene er til å stole på vil ofte bety mye for hvilken medisinsk betydning de vil blir tillagt. I så måte vil kvaliteten i de tekniske løsningene som innbygger har kjøpt være en viktig faktor.

Som en del av utredningen av spørsmålet bør det vurderes å gjennomføre et kartleggings- og innsiktsarbeid av pågående og gjennomførte EU aktiviteter på området.

Det må i denne sammenheng understrekes at innbyggernes kjøp av utstyr og bruk av utstyr innenfor den private sfære faller utenfor det offentliges "sørge for ansvar". Det er kun når helseopplysninger deles med helsetjenesten at problemstillinger utløses. Det legges til grunn en forutsetning om at



A9. Finansieringsmekanismer i medisinsk avstandsoppfølging

I IS-2770 ble aktiviteten beskrevet slik "Utviklingsplanene til de regionale helseforetakene 2019-2035 legger alle til grunn behovet for en mer fleksibel, dynamisk og pasientsentrert samhandling på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Utviklingen av nye digitale tjenestetilbud bør aktivt støttes gjennom finansieringssystemer som utfyller hverandre, slik at finansieringsmekanismene ikke blir et hinder eller forsinkende ledd i omstillingen av helsetjenestene. Utredningen vil bygge på dagens finansieringssystemer for tjenester og utstyr.

Gjennom innsiktsarbeidet med kartlegging av behov i tjenestene, vil en trolig avdekke forhold som ikke omfattes av pågående og planlagt arbeid. Utredningsarbeidet vil ha som hensikt å avdekke slike forhold og det vil i mars-leveransen bli gitt en oversikt over elementer som enten bør inkluderes i pågående arbeid med finansieringsordninger, eller initieres gjennom eget utviklingsarbeid. Vurderingen bør også omfatte behov for incentivordninger for å aktivt stimulere implementering av medisinsk avstandsoppfølging på områder der gevinster i form av økt pasientfornøydhet, tjenestekvalitet og bedre ressursutnyttelse er dokumentert. Det presiseres at aktiviteten kun omfatter medisinsk avstandsoppfølging".

Status

I rute



Arbeidet er i rute og i denne rapporten gis det anbefalinger om tilnæringsmåte og omfang av aktiviteten.

Det gis nedenfor en oppsummering av arbeidspakken. En mer utfyllende presentasjon gis i vedlegg 3.


9.1 Innhold og omfang av utredningsarbeidet

Det anbefales følgende innhold i utredningsarbeidet:

Hvordan og hva skal til for å tilrettelegge finansieringsmekanismer for helseforetak, avtalespesialister og andre private tilbydere av spesialisthelsetjenester, avtalefysioterapeuter, logopeder, fastleger og andre kommunale tjenester slik at medisinsk avstandsoppfølging implementeres bredt i tjenestene?



Pågående arbeid: Problemstillingen antas i hovedsak å kunne ivaretas i de pågående løp med aktivitetsbasert finansiering, men med behov for å bedre samordne utviklingsarbeid, synkronisere takster og likestille de ulike finansieringsmodellene.

 **Denne utredningen:** Finansieringsmekanismer der oppgaveløsningen går på tvers av nivåene dekkes ikke fullt ut av pågående utvikling av eksisterende finansieringsmodeller. En annen grunnleggende utfordring synes å være at RHF/ HF vurderer nye metoder og tiltak uten tilstrekkelig blikk for hvilke konsekvenser dette vil ha for kommunene. Utredningen vil derfor blant annet omfatte:

- a. Initiativ for å synkronisere pågående utviklingsløp av aktivitetsbasert finansiering og initiere større likhet i omfang og hastighet for å tilrettelegge for medisinsk avstandsoppfølging.
- b. Påvirke og eventuelt initiere tjenesteutviklingsprosjekter med medisinsk avstandsoppfølging slik at disse tar inn følgeforskning med vurdering av gevinstpotensial og samfunnsøkonomiske effekter, slik at en tidlig kan tilrettelegge for vurdering opp mot endringer i ordningene for aktivitetsbasert finansiering. Dette kan gjøres gjennom anmodning til de regionale helseforetakene og kommunene med tydeliggjøring av hva som skal til for å legge til rette for raskere endringsløp i eksisterende finansieringsordninger.
- c. Basert på de tjenestemodeller som arbeidspakke nr. 4 tar frem og juridisk rammeverk, vurdere hvordan finansiering av medisinsk avstandsoppfølging på tvers av ulike aktører og nivåer bør initieres og tilrettelegges.
- d. Det utredes konsekvenser og mulige tilnærminger for finansierings-mekanismer for tekniske løsninger for medisinsk avstandsoppfølging, der tjenesten ytes på tvers av aktører og tjenestenivåer.
- e. Vurdere sentrale risikofaktorer (ROS-analyse).

Finansieringsmekanismer for utstyr omhandles i arbeidspakke nr. 7

9.2 Mottatte innspill

Nær samtlige av de som har gitt innspill til denne leveransen, har fremhevet finansiering som viktig fokusområde for utredningen. Det er fremmet ønsker om bedre finansielle incentiver både knyttet til utviklingsløp, implementering og spredning av medisinsk avstandsoppfølging. Dette omfatter både selve tjenesten, teknisk utstyr og at det bør bygges videre på erfaringer fra bl.a. KomUT arbeidet. Spesielt fremheves behovet for nye finansieringsmekanismer for tjenester som skal gå på tvers av tjenestenivåene. Bedre samsvar i utviklingen av de ulike aktivitetsbaserte finansieringsordningene etterlyses også.

9.3 Utfordring som bør utredes

Det pågår et arbeid med å tilpasse eksisterende finansieringsordninger. Det forventes at dette arbeidet vil møte de fleste endringsbehov som er spilt inn til utredningen. I det videre arbeidet legges det til grunn en tilnærming der det for:

- **Finansieringsmekanismer for utvikling av medisinsk avstandsoppfølging** finnes mekanismer som kan ivareta et eventuelt behov og ønske om å intensivere incentivbruken for utvikling av nye tjenestemodeller og løsninger for medisinsk avstandsoppfølging. Det

anses ikke behov for å inkludere dette i utredningen. En vurdering av incentivbehovet for utviklingsfasen blir vurdert som del av arbeidspakke nr. 10.

- **Finansieringsmekanismer for teknisk implementering av medisinsk avstandsoppfølging** etterlyses og vil bli vurdert som del av arbeidspakke nr. 10. Det anses ikke behov for å utrede nye systemer, men det legges til grunn at incentiver bør bygge på erfaringer og eksisterende finansieringsregimer.
- **Finansieringsmekanismer for drift av medisinsk avstandsoppfølging** fanges opp ulikt av pågående utviklingsløp for de aktivitetsbaserte finansieringsordningene. Det bør initieres et arbeid med å etablere større samstemmighet i disse utviklingsløpene. Utredningen bør initiere et arbeid med å vurdere hvordan finansieringsmekanismer bedre kan fange opp en fleksibel arbeidsdeling mellom nivåene. Dette arbeidet vil bygge på de tjenestemodeller og tilrådninger som gis som del av arbeidspakke nr. 4. Det er videre ønskelig å gjennomføre en aktivitet rettet mot tjenestene, der en klargjør hvilke erfaringer og økonomiske beregninger som bør foreligge fra tjenestene for å tilrettelegge for raskere endringsløp inn mot de aktivitetsbaserte finansieringsordningene.



A10. Mulighetsanalyse og realisering av medisinsk avstandsoppfølging

I IS-2770 ble aktiviteten beskrevet slik: "Gjennom en mulighets- og konsekvensanalyse er det ønskelig å avdekke mulige effekter av medisinsk avstandsoppfølging og synliggjøre mulighetsrommet som dette verktøyet kan gi

helsetjenestene frem mot 2035. Analysen vil bl.a. omfatte mulige endringer i oppgavefordelingen mellom helseaktørene, effekter for samhandlingen mellom pasient, pårørende og tjenestene. Videre forhold som ulikheter i helse, pasienttilfredshet, realisering av sømløse helsetjenester, ressursforskyvning, gevinstpotensialer og mulige samfunnsøkonomiske effekter. Tiltaket vil ivareta oppdragets punkt om å synliggjøre mulige effekter mellom nivåene og helseaktører".

Det anbefales at arbeidspakken utvides med følgende:

Videre vil arbeidspakken omfatte utredning av nasjonale tilrettelegginger for å stimulere implementering og spredning av medisinsk avstandsoppfølging. I dette inngår økt pasientmedvirkning, samt tilrettelegge for digital helsekompetanse hos pasienter, pårørende og helsepersonell. Med utgangspunkt i gjennomført og pågående utredningsarbeid vil en trekke medisinsk avstandsoppfølging i vurderinger hva som bør initieres nasjonalt for å motvirke økte sosiale forskjeller, møte behov hos personer med en samisk kulturbakgrunn, innvandrerbakgrunn og pasienter som ikke kan nyttiggjøre seg medisinsk avstandsoppfølging.

Status

Planlagt senere
oppstart



Aktiviteten er planlagt for oppstart sommeren 2019 og vil trekke sammen trådene fra alle aktiviteter til en samlet fremstilling, inkludert en samlet ROS-analyse. Leveranse skjer i sluttrapporten – dvs. desember 2019.

10.1 Innhold og omfang av utredningsarbeidet

Det anbefales følgende innhold i utredningsarbeidet:

Gjennom en samlet mulighets- og risikoanalyse vurdere behovet for og eventuell innretning på nasjonal tilrettelegging for implementering, spredning og gevinstrealisering av medisinsk avstandsoppfølging.



Pågående arbeid: Det er ikke identifisert overlappende oppdrag utover at det pågår en rekke aktiviteter knyttet til kompetansebygging og utvikling av verktøy i helsetjenesten og ved høyskoler/universitet/KS/private tilbydere. Utredningen må sikre at relevante aktiviteter med overlapp kartlegges og initiativ til samarbeid ivaretas. Overlapp til nasjonalt velferdsteknologiprogram. Videre vil pågående prosess med rullering av læreplaner for 19 helsefaglige grunnutdanninger ha relevans for problemstillingen. Arbeidet må også knyttes til pågående WHO arbeid knyttet til Health Literacy, der Helsedirektoratet ivaretar norsk deltakelse. Sosial ulikhet inngår i "følge-med-aktiviteten" i Folkehelseinstituttet og i Helsedirektoratet. Det arbeides bredt med universell utforming, bl.a. gjennom regjeringens handlingsplan for universell utforming 2015-2019. Helsedirektoratet har et eget oppdrag om digitalt utenforskap. Arbeidet med generisk funksjonsvurderingsverktøy i Helsedirektoratet berører arbeidspakken. Folkehelseinstituttets arbeid med forskning og sammenstilling av registerdata har overlapp til denne utredningen.



Denne utredningen: Det anbefales at problemstillingen inngår i denne utredningen. Utredningen vil blant annet omfatte:

- Avdekke behov i tjenestene for nasjonale initiativ knyttet til implementerings- sprednings- og gevinstrealiseringsfasen av medisinsk avstandsoppfølging, herunder hva slags initiativ som tjenestene ønsker og vil ha behov for. I dette inngår tilrettelegging for økt pasientmedvirkning og ivaretagelse av pårørendes behov og pårørende som en ressurs i medisinsk avstandsoppfølging.
- Særlig vurdere behov for nasjonale initiativ knyttet til ivaretagelse av personer med samisk kulturbakgrunn, innvandrerbakgrunn og pasienter som ikke kan nyttiggjøre seg medisinsk avstandsoppfølging.
- Utredningen skal vurdere om det er behov for nasjonal tilrettelegging når det gjelder utfordringer for personer i digitalt utenforskap.
- Særlig vurdere behov for nasjonale initiativ for å sikre tilstrekkelig helsekompetanse, særlig digital helsekompetanse, knyttet til medisinsk avstandsoppfølging for pasienter, pårørende og helsepersonell. I dette inngår arbeid med å stimulere kompetansebygging i tjenestene på kort og lang sikt, herunder tilbud gjennom fagskoler, høyskoler/universitet, kursaktivitet i regi av interesse- og arbeidstakerorganisasjoner til å bygge inn kompetanseelementer i grunnutdanninger og videreutdanninger som er viktig for å realisere medisinsk avstandsoppfølging.

- Behov for helsekompetanse går på tvers av profesjonsutdanninger og også omfatte andre utdanninger innen teknologi, design, logistikk mv.
- e) Hvordan sikre og eventuelt nasjonalt legge til rette for gevinstrealisering i tjenestene, herunder måling av effekter og erfaringer på aggregert nivå, basert på de registre som er etablert og gjennom videreutvikling av etablert aktivitet med å måle ressursbruk, omstillingsevne og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene.
 - f) Vurdere mulige tilnærminger for å ivareta mer effektive metodevurderinger knyttet til bruk av tekniske løsninger for medisinsk avstandsoppfølging (Health Technology Assessments)
 - g) Gjennomføre en mulighets- og risikoanalyse som oppsummering av utredningsarbeidet. For arbeidspakkene 4 – 9 vil det gjennomføres et ROS-arbeid som grunnlagt for en samlet mulighets- og risikoanalyse.

10.2 Mottatte innspill

Tilrettelegging for implementering, spredning og gevinstrealisering fremheves av mange som viktig og der tjenestene til nå ikke har lyktes i tilstrekkelig grad. Flere interessenter har fremhevet behov for nasjonale tiltak for å tilrettelegge for enkle implementerings- og spredningsprosesser med gevinstrealisering. Mange fremhever behovet for finansielle initiativ og incentiver for nasjonal implementering av e-helseløsninger. Meldte behov i tjenestene omfatter også ønsker om felles verktøy, standarder og anbefalinger for å understøtte implementerings- og gevinstrealiseringsprosessene.

Flere av de som har gitt innspill til denne leveransen fremhever at medisinsk avstandsoppfølging ikke må føre til økt ulikhet i innbyggernes mulighet til å ivareta egen helse og nyttiggjøre seg av nye typer helsetjenester. Samtidig kan bruk av teknologi gi muligheter for å redusere sosiale ulikheter i helse, bl.a. knyttet til kommunikasjonsutfordringer for pasienter, pårørende og helsepersonell. En omstilling av helsetjenestene til økt bruk av digitale helsetjenester må samtidig sikres gjennom bygging av økt helsekunnskap, særlig digital helsekunnskap, i befolkningen generelt, men spesielt hos pasienter, pårørende og helsepersonell.

Digitalt utenforskap er meldt som et problem, da en viss andel av befolkningen, særlig blant eldre og fattige, ikke har innlagt internettlinje, mobiltelefon, andre digitale verktøy og abonnement som en ofte forventer at hele befolkningen har. Det vil da innebære en kostnad når disse skal følges opp ved hjelp av digitale tjenester. Helsedirektoratet har pågående et arbeid knyttet til digitalt utenforskap i helse- og omsorgstjenester. Denne problemstillingen blir derfor ikke videre behandlet i denne utredningen.

Det har også kommet innspill med behov for å tydeliggjøre hvilke krav tjenestene bør stille til løsninger som tilfredsstiller krav til universell utforming og ønske om råd om hvordan pasienter og pårørende aktivt kan bidra inn i tjenesteutviklingsprosesser.

10.3 Utfordring som bør utredes

Arbeidspakken vil berøre to sentrale områder – medisinsk avstandsoppfølging som redskap for omstilling og bærekraftighet, samt pasientmedvirkning, utenforskap og helsekompetanse.

[Medisinsk avstandsoppfølging som redskap for omstilling og bærekraftighet](#)

Meld St. nr. 29 (2016-2017) *Perspektivmeldingen 2017* gir et bilde av omstillingsbehovet fremover. Med utgangspunkt i dette utfordringsbildet og den tid omstillings- og endringsprosesser tar i helsetjenestene, er det trolig tilrådelig å ta nasjonale grep for å tilrettelegge for gode og effektive implementerings- og gevinstrealiseringsprosesser i tjenestene. Dette støttes av erfaringer fra det nasjonale velferdsteknologiprogrammets implementeringsprosjekt av trygghetsskapende teknologier i kommunale helse- og omsorgstjenester. Nasjonal tilrettelegging med stimulering av samarbeid mellom kommuner og utvikling av anbefalinger til kravspesifikasjoner, verktøy, opplæringspakker, prosessveiledning, tilskudd, nettverksarbeid mv. anses som forutsetning for at en har lykket med å ha nådd opp i over 320 aktive implementeringskommuner i løpet av kun to år. Det må i denne sammenheng også bemerkes at det nasjonale velferdsteknologiprogrammets har en strategisk tilnærming, der det på bakgrunn av koordinert nasjonal utprøving, gis nasjonale anbefalinger og der disse anbefalingene legges til grunn for implementerings- og spredningsaktivitet i tjenestene.

Tidlig, vedvarende og tilstrekkelig endringsledelse, kompetanseheving og kulturendring hos helsepersonell og annet støttepersonell anses som et av de viktigste elementene i implementeringsarbeid. Særlig er dette viktig for medisinsk avstandsoppfølging der det også må innføres helt nye måter å utøve fagprofesjoner på. Behovet for nye arbeidsrutiner, helsekompetanse, veilednings- og samhandlingskompetanse mv. vil være lik på tvers av helseforetak, fastleger og andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette kan tyde på at det kan foreligge et gevinstpotensial for nasjonale initiativ og tilrettelegging av kompetansehevende tiltak på kort sikt. Kompetanse som medisinsk avstandsoppfølging forutsetter, bør bygges inn i grunn- og videreutdanninger i fagskoler, høyskoler og universitet. Det er i dag få kompetansemiljøer innen medisinsk utstyr og det bør særlig vurderes etablert miljøer ved universitet og høyskoler innen helseteknologi med tverrfaglige tilnærminger. I tillegg bør tematikker bygges inn i interesse- og arbeidstakerorganisasjonenes kurstilbud. Pågående arbeid med rullering av læreplaner for helseutdanninger på bachelor og profesjonsnivå vil trolig inkludere økt digital kompetanse om kunnskap om endrings- og innovasjonsprosesser. Noe av dette vil bli fanget opp i pågående prosess med rullering av læreplaner for helseutdanninger på bachelor og profesjonsnivå, der det forventes at læreplanene vil ta inn økt digital kompetanse og kunnskap om endrings- og innovasjonsprosesser. Dette vil likevel ikke fange opp behovet for spesialkompetanse på masternivå.

Det bør vurderes etablert et løpende analysearbeid med å se på effekter av medisinsk avstandsoppfølging og hvordan dette omstiller helsetjenestene. I denne sammenheng pekes det spesielt på Folkehelseinstituttets arbeid med forskning og sammenstilling av registerdata. Det bør vurderes initiert tiltak som sikrer tilgang til gode registerdata for medisinsk avstandsoppfølging, basert på dagens registre.

Gjennomføringen av en risiko- og sårbarhetsanalyse forankres i utredningsinstruksen og vil for denne leveransen utvides til å være en mulighets- og risikoanalyse.

Utredningsarbeidet vil ha fokus mot hele helseverdikjeden fra å benytte medisinsk avstandsoppfølging fra primærforebyggende helsearbeid og gjennom sekundærforebygging til diagnostisering, behandling og oppfølging over tid. I dette ligger også bruk av data fra medisinsk avstandsoppfølging inn i triagering og logistikk- og kapasitetsanalytisk arbeid.

Utredningsarbeidet vil bl.a. se hen til målsetningene i Meld. St. 18 (2018-2019) *Helsenæringen – Sammen om verdiskaping og bedre tjenester*.

I utredningen bør det også inngå utredning av mulige tilnærminger for å ivareta mer effektive metodevurderinger knyttet til teknisk utstyr. Det vises her spesielt til Nye Metoder og kommende EU-regelverk for Health Technology Assessments (HTA).

Pasientmedvirkning, utenforskap og helsekompetanse

Innspillene er på generelt grunnlag berørt i Helsedirektoratets sin Folkehelsepolitiske rapport¹² og i Folkehelseinstituttets rapport¹³ om helsetilstand i Norge. Disse rapportene viser tydelig sosiale ulikheter i de sykdommene som har størst betydning for dødelighet, for helsetap og for livskvalitet.. Medisinsk avstandsoppfølging kan ha betydning for sosiale helseforskjeller. Samtidig kan den teknologiske utviklingen bygge ned forskjellene gjennom bedre tilgjengelighet på tilrettelagt informasjon, opplæring og oppfølging

Medisinsk avstandsoppfølging, bør som helse- og omsorgstjenester generelt, bygge på et prinsipp om likeverdighet, uavhengig av bosted, kjønn, økonomi, sosioøkonomisk status, kulturell bakgrunn osv. Likeverdige helse- og omsorgstjenester er definert¹⁴ som tjenester der det er: 1) lik tilgang til tilgjengelige tjenester for likt behov, 2) lik bruk av tjenester for likt behov og 3) lik tjeneste- og behandlingskvalitet for likt behov. Med andre ord, alle med like medisinske behov skal tildeles likeverdige helsetjenester som sikrer resultatlikhet.

Medisinsk avstandsoppfølging kan gi nye muligheter for økt pasientinvolvering gjennom digitale spørreskjemaer, både knyttet til egenvurderinger og f.eks. gi tilbakemeldinger på opplevelser av mottatte tjenester. Det pågår et arbeid med utvikling av generisk funksjonsvurderingsverktøy for rehabiliteringstjenesten. Prosjektet har som mål å i løpet av 2020 levere et utprøvd digitalt verktøy integrert i helsenorge.no. Løsningen kan enkelt utvides til andre fagområder og danne grunnlaget for

¹² Helsedirektoratet (2018): *Folkehelsepolitisk rapport – Indikatorene for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet*. Rapport IS-2698

¹³ Folkehelseinstituttet (2018): *Helsetilstanden i Norge 2018*. Nettversjon

¹⁴ Kfr. Helse- og omsorgsdepartementet (2007):. *St. Meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Og Helse- og omsorgsdepartementet (2013): *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle*. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017.

en systematisk PROMs¹⁵ oppfølging av pasienter på avstand. Dette kan legge grunnlaget for en rask implementering av slike løsninger i tjenestene.

Økt bruk av teknologiske løsninger for bedre å legge til rette for mestring av helse og eget liv, forutsetter helsekompetanse. Begrepet helsekompetanse (Health Literacy - HL) handler om den enkeltes evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å fremme egen helse, forebygge utvikling av sykdom og foreta informerte beslutninger vedrørende helserelaterte problemstillinger. WHO arbeidet knyttet til HL blir viktig for tilrettelegging av økt helsekompetanse knyttet til medisinsk avstandsoppfølging. Ungdom, eldre og innvandrere er pekt på som sårbare grupper i denne sammenheng, men kunnskapsgrunnlaget er lite om dette. Det er viktig å se problemstillingen pasientmedvirkning i sammenheng med prosjektet om HL. Digitalt utenforskap er en del av HL. Helsedirektoratet har pågående et arbeid knyttet til digitalt utenforskap.

En står i startfasen av implementering av medisinsk avstandsoppfølging. I en slik sammenheng er det viktig å avdekke sentrale suksessfaktorer knyttet til økt brukermedvirkning, motvirke digitalt utenforskap og sosiale forskjeller, samt hvilke tiltak anses viktige for å bygge helsekunnskap og digital helsekunnskap hos pasienter, pårørende og helsepersonell.

Det presiseres at det her ikke legges opp til en omfattende utredning. De ulike ovennevnte tematikker har alle vært gjenstand for utredninger og utprøvinger. Det iverksettes et begrenset arbeid med erfarings- og kunnskapsinnhenting for å bringe kjent kunnskap inn i en ramme omkring medisinsk avstandsoppfølging. Hovedinnsatsen i utredningsarbeidet rettes mot behovet for digital helsekompetanse hos pasienter, pårørende og helsepersonell.

¹⁵ Patient Reported Outcome Measures (PROM) er et skjema som måler hvordan pasientene opplever forhold knyttet til helse og sykdom og behandlingseffekter. Patient Reported Experience Measures (PREM) er et mål på pasientens sin opplevelse og tilfredshet med helsetjenesten. Se mer her: <https://www.kvalitetsregistre.no/pasientrapporterte-data>

Vedlegg 1: Utdypende tekst om arbeidspakke 9 – Finansieringsmekanismer i medisinsk avstandsoppfølging

Det gis her en utdypende tekst, som danner grunnlaget for oppsummeringen som er beskrevet under arbeidspakke 9 ovenfor.



A9. Finansieringsmekanismer i medisinsk avstandsoppfølging

I IS-2770 ble aktiviteten beskrevet slik "Utviklingsplanene til de regionale helseforetakene 2019-2035 legger alle til grunn behovet for en mer fleksibel, dynamisk og pasientsentrert samhandling på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Utviklingen av nye digitale tjenestetilbud bør aktivt støttes gjennom finansieringssystemer som utfyller hverandre, slik at finansieringsmekanismene ikke blir et hinder eller forsinkende ledd i omstillingen av helsetjenestene. Utredningen vil bygge på dagens finansieringssystemer for tjenester og utstyr.

Gjennom innsiktsarbeidet med kartlegging av behov i tjenestene, vil en trolig avdekke forhold som ikke omfattes av pågående og planlagt arbeid. Utredningsarbeidet vil ha som hensikt å avdekke slike forhold og det vil i mars-leveransen bli gitt en oversikt over elementer som enten bør inkluderes i pågående arbeid med finansieringsordninger, eller initieres gjennom eget utviklingsarbeid. Vurderingen bør også omfatte behov for incentivordninger for å aktivt stimulere implementering av medisinsk avstandsoppfølging på områder der gevinster i form av økt pasientfornøydhets, tjenestekvalitet og bedre ressursutnyttelse er dokumentert. Det presiseres at aktiviteten kun omfatter medisinsk avstandsoppfølging.

Status

I rute



Arbeidet er i rute og i denne rapporten gis det anbefalinger om tilnæringsmåte og omfang av aktiviteten.

9.1 Mottatte innspill

Nær samtlige av de som har gitt innspill til denne leveransen, har fremhevet ulike sider ved finansiering som et viktig fokusområde for denne utredningen. Utfordringen er at endringer i regelverk, finansieringsmekanismer og andre regulative virkemidler ofte ligger i etterkant av innovasjons- og tjenesteutviklingsprosesser. De fremheves også som en utfordring av utviklingen i de ulike finansieringssystemene ikke er koordinert. Hvis det skal etableres fleksible tjenester med vekslende arbeidsdeling mellom nivåene, bør finansieringssystemene også være fleksible og ikke gi hindringer til hvordan primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten velger å organisere tjenestene lokalt. Flere av de som har gitt innspill har pekt på viktigheten av at digitale tjenester bør sidestilles med mer tradisjonelle måter å yte helsetjenester på gitt samme utbytte for pasienten. Finansiering av teknisk utstyr er av mange fremhevet som særlig utfordrende. Teknisk utstyr omtales under arbeidspakke syv.

Flere innspill etterlyser nasjonale initiativ og finansielle incentiver for implementering og spredning av e-helseløsninger for medisinsk avstandsoppfølging. Flere viser til gode erfaringer med KomUT. Innspillene går blant annet ut på at erfaringer fra f.eks. FUNNKe/KomUT viser stor nytte av samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenestene. Nettverkene som ble etablert på tvers av sykehus, kommuner og fastleger skapte forståelse for hverandres utfordringer, og bidro til at utfordringer kunne løses på bærekraftig vis. Faste møtepunkter med informasjonsutveksling og opplæring.

9.2 Utfordring som bør utredes

Det pågår et arbeid med å tilpasse eksisterende finansieringsordninger. Det forventes at dette arbeidet vil møte de fleste endringsbehov som er spilt inn til utredningen.

Det gis nedenfor en oppdeling av finansieringsmekanismer i henholdsvis utvikling og teknisk implementering og for finansieringen av selve helsehjelpen. Det bemerkes at finansiering av teknisk utstyr omtales under arbeidspakke syv.

For problemstillinger som gjelder finansieringsmekanismene for selve helsehjelpen som utføres med nye metoder ved hjelp av teknologi pågår det flere utredningsoppdrag.

[Finansieringsmekanismer for utvikling av medisinsk avstandsoppfølging](#)

Tjenesteinnovasjons- og utviklingsarbeid er i hovedsak finansiert gjennom rammefinansieringen av kommuner og regionale helseforetak. Kommunal sektor har også tilgang på støtteordninger gjennom bl.a. kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd, som forvaltes av fylkesmannsembetene og gjennom ulike tilskuddsordninger knyttet til nasjonale satsinger, som

forvaltes av Helsedirektoratet. Enkelte statlig finansieringsordninger av forskningsprosjekter kan omfatte tjenesteutviklingsaspekter.

Helsedirektoratet gjennomførte i 2017 et innsikts- og innspillarbeid knyttet til økt innovasjons- og omstillingsevne for å legge til rette for bærekraftige helse- og omsorgstjenester i fremtiden. Det er i rapporten¹⁶ til helse- og omsorgsdepartementet gitt flere anbefalinger. En av anbefalingene er knyttet til finansiering av tjenesteinnovasjons- og utviklingsarbeid. Det anbefales etablert et felles incentivsystem for helseforetak og kommunale helse- og omsorgstjenester. Et felles system bør være en videreutvikling av informasjonssystemet for måling av innovasjonsaktivitet og innovasjonsnytte i helseforetakene, som er bestilt av helse- og omsorgsdepartementet. Arbeidet har vært utført av de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Sør-Øst og i samarbeid med bl.a. NIFU. Det er utviklet to innovasjonsindikatorer som måler:

- Innovasjonsaktiviteten, dvs. hvor mange innovasjonsprosjekter helseforetakene arbeider på i de ulike utviklingsfasene.
- Innovasjonsnytt, dvs. nytteverdien av de innovasjonsprosjektene helseforetakene arbeider på i de ulike utviklingsfasene basert på pasientnytte, økonomisk nytte og organisatorisk nytte.

Arbeidet med informasjonssystemet kan ivareta behovet for en dreining av virkemidler fra et stort antall fragmenterte prosjekter til større prosjekter og at godt utviklingsarbeid gis rammer for å bli implementert og spredt i tjenestene, slik at gevinster kan bli realisert. En slik dreining er bygget inn i informasjonssystemet ved bruk av et poengsystem. Informasjonssystemets oppbygning, slik Helsedirektoratet ble gitt innsyn i januar 2018, kan videreutvikles til også å omfatte økonomiske incentiver og tilpasses kommunale helse- og omsorgstjenester, samt tjenesteutvikling på tvers av nivåene. Et incentivsystem med finansiering og måleindikatorer kan etableres innenfor eksisterende økonomiske rammer.

De regionale helseforetakene har gjort et betydelig og godt utviklingsarbeid, som vil kunne møte behovet for et bedre finansieringssystem for tjenesteinnovasjon- og utviklingsarbeid generelt og særlig omstillingsarbeid knyttet til medisinsk avstandsoppfølging. Det vurderes derfor ikke nødvendig å initiere en ny utredning på dette området, men det er behov for en videreutvikling av systemet til også å omfatte kommunale helse- og omsorgstjenester, samt tjenester på tvers av nivåene. I tillegg må økonomiske incentiver bygges inn i systemet.

Etter initiativ fra Innovasjon Norge og Norges forskningsråd har Helse- og omsorgsdepartementet i brev til de regionale helseforetakenes strategigruppe for forskning¹⁷ varslet at det skal igangsettes et arbeid med å vurdere en Pilot-Helse. Initiativet er gitt i forbindelse med den varslede

¹⁶ Helsedirektoratet (2018): Helhetlig system for innovasjon i helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratets anbefalinger til organisering og tiltak for økt innovasjonsevne og innovasjonskapasitet. IS-2672

¹⁷ Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 25. februar 2019 til RHFenes strategigruppe for forskning: "Helhetlig virkemiddelkjede innenfor helseinnovasjon – Pilot-Helse"

stortingsmeldingen om Helsenæringen. En slikt virkemiddel vil i hovedsak omfatte næringslivsdrivet- og forskningsdrivet innovasjon, og kun i begrenset grad ivareta behovet for tjenesteinnovasjon. Det er derfor ønskelig å supplere et slikt initiativ med et tjenesteinnovasjonsvirkemiddel for medisinsk avstandsoppfølging, slik Helsedirektoratet har anbefalt i IS-2672.

Det konkluderes med at det eksisterer finansieringsmekanismer som kan benyttes for å stimulere utvikling av nye typer helsetjenester og løsninger for medisinsk avstandsoppfølging. Behov for økte incentiver vurderes som del av arbeidspakke nr. 10.

[Nasjonale incentiver for å implementere tekniske løsninger for medisinsk avstandsoppfølging](#)

Gjennomgående etterlyser tjenestene nasjonale initiativer for implementering og spredning av tekniske løsninger for medisinsk avstandsoppfølging, som en del av tjenesteutviklingen. I anbefaling nr. 1 foreslås det gjennomført et analysearbeid med siktemål å avdekke medisinsk avstandsoppfølging der det eksisterer et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for raskt å gå i gang med nasjonal implementering og spredning. Gjennom arbeidspakke nr. 10 vil behov for nasjonale initiativ for å understøtte implementerings-, sprednings- og gevinstrealiseringsprosesser bli vurdert. For incentiver knyttet til nasjonale tekniske løsninger må dette ses opp mot de større nasjonale e-helseprosjektene og de implementeringsløp som er eller vil bli initiert.

[Finansieringsmekanismer for medisinsk avstandsoppfølging](#)

Dagens finansieringsmekanismer er i hovedsak basert på en rammefinansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester med tilskudd til særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester, en aktivitetsbasert finansiering av fastleger, private fysioterapeuter, private logopeder og en kombinasjon av ramme- og aktivitetsbasert finansiering for spesialisthelsetjenesten.

Kommunale helse- og omsorgstjenester

Det pågår for tiden en utprøving av statlig finansiering av omsorgstjenesten, basert på en aktivitetsbasert finansieringsmodell. Utprøvingen omfatter bl.a. trygghetsskapende velferdsteknologi. Det er for tiden ingen av deltagende kommuner som har etablert tilbud om medisinsk avstandsoppfølging, som ledd i pågående statlig prosjekt. Utprøvingen skal utvides med nye kommuner fra og med 2019 og vil vare ut 2022. Det er således utviklet et rammeverk for aktivitetsbasert finansiering av kommunale omsorgstjenester, som også omfatter hjemmesykepleie, dagtilbud og sykehjem. Helsestasjon- og skolehelsetjenesten, fysio- og ergoterapitjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er ikke omfattet av utprøvingen.

Innspillene fra kommunal sektor fremhever behovet for nye finansieringsmodeller for tjenester som går på tvers av nivåene og der det forutsettes nye arbeidsdelinger mellom helseforetak, fastleger og andre kommunale helsetjenester. Spesielt er dette sentralt for medisinsk avstandsoppfølging, der det ikke alltid er samme aktør som både får gevinster og kostnader. Mange understreker at aktivt bruk av medisinsk avstandsoppfølging kan gi som resultat at gevinster oppstår i helseforetak, men

der kommuner gis økte kostnader gjennom nye typer oppfølgingstjenester. I tillegg kan fastlegenes mulighet til å ivareta sitt ansvar som medisinsk faglig koordinator for innbyggere på egen liste utfordres, ved at arbeidsbelastningen økes. På den annen side er det fra spesialisthelsetjenesten fremhevet at medisinsk avstandsoppfølging, kan medføre at gevinster oppstår i kommunale helse- og omsorgstjenester, fastleger får redusert belastning, men der spesialisthelsetjenesten gis merkostnader. Videre er det å anta at det også vil bli implementert helsetjenester på nye måter som gir gevinster hos alle aktører. Utviklingen med å ta frem og implementere medisinsk avstandsoppfølging, bør følges av en helhetlig effektforskning, slik at samfunnsøkonomiske gevinster og andre effekter for pasienter, pårørende, spesialisthelsetjenesten, fastleger og andre kommunale tjenester synliggjøres på et aggregert nivå.

Det vurderes å ligge utenfor denne utredningen å nærmere vurdere nye eller større endringer i dagens finansieringsmekanismer for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det eksisterer i dag et rammefinansieringssystem og det er under utvikling et rammeverk for en aktivitetsbasert finansiering som kan utvikles til å omfatte medisinsk avstandsoppfølging. På sikt kan det vurderes igangsatt et utredningsarbeid knyttet til finansiering av pasientforløp som omfatter både spesialist- og primærhelsetjenesten, inkludert omsorgstjenesten. Innretningen på et slikt utredningsarbeid bør ha et bredere perspektiv enn medisinsk avstandsoppfølging.

Med bakgrunn i ovenstående anbefales det ikke igangsatt nytt utredningsarbeid knyttet til finansieringsmodeller for kommunale helse- og omsorgstjenester som er knyttet til finansiering av medisinsk avstandsoppfølging innenfor kommunenes sørge-for-ansvar. Når det gjelder finansieringsmodell(er) for *tjenesteforløp som går på tvers av nivåene*, omtales dette mer i detalj nedenfor under punktet "*Finansiering av medisinsk avstandsoppfølging på tvers av aktører og nivåer*". Finansiering av utstyr omtales ovenfor under arbeidspakke nr. syv "*Teknisk utstyr i medisinsk avstandsoppfølging*".

Fastleger

KS/Oslo kommune, Legeforeningen og Helse- og omsorgsdepartementet v/Helsedirektoratet (Trepertssamarbeidet for fastlegeordningen) har nedsatt en arbeidsgruppe for å utrede alternative finansieringsmodeller for fastlegeordningen. En del av mandatet er å se på finansiering av nye arbeidsformer og ny teknologi, og legge til rette for tjenesteutvikling og innovasjon. Mandatet viser også til arbeidet med utprøving av medisinsk avstandsoppfølging. Frist for utredningen er 1. september 2019. Eksisterende takstsystem for fastleger er under utvikling for å tilpasses digitale helsetjenester, slik som e-konsultasjon, web-baserte løsninger for timebestilling, reseptfornyelse og annen kontakt.

E-konsultasjon innebærer at medisinsk vurdering skjer gjennom elektronisk kommunikasjon mellom pasient og fastlege. Det anbefales å utrede nærmere økonomiske og juridiske virkemidler. Det kan være endringer i stønadsforskriften som innebærer f.eks. splitting av takst for tekst og video, tillate takst-kombinasjoner, fjerne særkrav i takst og etablering av ny takst som kan utløses en gang. I

tillegg kan det også vurderes om det skal etableres en tilskuddsordning for kommunene. Videreutvikling av takstsystemet knyttet til e-konsultasjon vil bli ivaretatt av eventuelle oppdrag på bakgrunn av IS-2801¹⁸ og vil ikke bli omfattet av denne utredningen. Helsedirektoratet arbeider for tiden med et oppdrag knyttet til vurdering av på hvilken måte digitale verktøy for triagering kan understøtte riktig bruk av e-konsultasjon hos fastleger.

Flere av de som har gitt innspill til denne rapporten, fremhever at digitale fastlegetjenester bør likestilles med fysiske konsultasjoner som et grunnleggende prinsipp fremover. Dette vil forutsette en endring i innretningen av dagens takstsystem. I en overgangsfase bør det vurderes incentiver som fremmer økt bruk av medisinsk avstandsoppfølging. Videre bør regelverk harmoniseres for å legge til rette for medisinsk avstandsoppfølging, der fastlegens faglige skjønn må avgjøre om konsultasjoner skal gjennomføres fysisk eller digitalt. Dette gjelder også i forhold til folketrygdlovens bestemmelser.

På lik linje som for annet helsepersonell som omfattes av aktivitetsbasert finansiering, bør også systemene for fastleger tilpasses og aktivt tilrettelegges for medisinsk avstandsoppfølging, også for andre løsninger enn e-konsultasjon.

Private fysioterapeuter og logopeder

Medisinsk avstandsoppfølging forventes også å omfatte tjenester ytt av private fysioterapeuter og logopeder. Det eksisterer i dag digitale løsninger for trening, koordinering av øvelser mv. Videre kan disse tjenestene også nyttiggjøre seg av e-konsultasjon.

Takstsystemet for fysioterapeuter omfatter en takst som benyttes for e-konsultasjon. Videre har fysioterapeuter takster for å kompensere for utgifter til å være tilknyttet helsenettet.

Logopeder har ingen finansiering av elektronisk kommunikasjon. Helsedirektoratet arbeider for tiden med et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, der en skal gjennomgå regelverk og takster. Det vil i denne sammenheng være naturlig å vurdere finansiering av e-konsultasjon. Det er imidlertid en utfordring at logopeder ikke er tilknyttet sikre kommunikasjonskanaler. Frist for oppdraget vil trolig bli høsten 2019.

På lik linje som for annet helsepersonell som omfattes av aktivitetsbasert finansiering, bør også systemene for avtale fysioterapeuter og logopeder tilpasses og aktivt tilrettelegges for medisinsk avstandsoppfølging, også for andre løsninger enn e-konsultasjon.

Regionale og lokale helseforetak

Den aktivitetsbaserte finansieringsordningen (Innsatsstyrtefinansiering - ISF) av de regionale helseforetakene er under endring, der det aktivt gjøres tilpasninger for å ivareta medisinsk

¹⁸ Helsedirektoratet (2019): E-konsultasjon hos fastlege og legevakt. IS-2801

avstandsoppfølging. I Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2019 er det gitt oppdrag om å utvikle finansieringsordningen slik at den bedre understøtter sammenhengende forløp, bruk av ny teknologi, innovasjon i tjenesteutformingen og andre nye og effektive måter å organisere tjenestetilbud på. Dette innebærer at det gjennom ISF skal legges til rette for at tjenester med samme utbytte for pasientene finansieres så likt som mulig, uavhengig av teknologi, organisering, hvilket personell som utfører tjenestene, eller hvor de finner sted ("lik finansiering for likt tjenesteinnhold").

Et sentralt hensyn i utviklingen av ISF er ivaretagelse av endringsbehov som gjør seg gjeldende i tjenestene, samt å legge til rette for pasientens helsetjeneste. Innretningen av ISF vil naturlig ligge i etterkant av tjenesteinnovasjonen, men det tilstrebes at ISF i raskere grad tilpasser seg etableringen av medisinsk avstandsoppfølging. Det er også viktig å understreke at løsningene også i fremtiden skal understøtte kommunikasjon basert på direkte, mellommenneskelig kontakt. Det vil være en styrke for utvikling av finansieringssystemet, at det gjennom tjenesteinnovasjon og utviklingsarbeid av medisinsk avstandsoppfølging sikres at tiltak som implementeres er metodevurdert og der potensial for gevinstrealisering og estimering av samfunnsøkonomiske konsekvenser eller andre kost/nytte betraktninger er foretatt.

Det pågår et arbeid med å videreutvikle ISF til et mer forløpsbasert system. Dette for å gi større fleksibilitet med tanke på ulike måter å behandle eller følge opp pasientene på, basert på pasientens kjennetegn og/eller egne preferanser. Et forløpsbasert system vil dessuten kunne gi økte insentiver til mer effektiv behandling gjennom at det ikke lenger vil være enkelthendelser som finansieres, men et mer helhetlig tilbud. Det er en forutsetning for finansiering at den aktuelle helsehjelpen kan telles og måles, både hva gjelder aktiviteter og kostnader. En slik omlegning av ISF vil blant annet kunne stimulere til etablering og spredning av medisinsk avstandsoppfølging, der tjenestekjeder sees mer i sammenheng. Helsedirektoratet har utarbeidet tre rapporter som danner grunnlag for utvikling av ISF blant annet gjennom et mer forløpsbasert finansieringssystem (17/4033-3¹⁹, 17/38403-1²⁰ og IS-2788²¹). I finansieringssammenheng ses forløp på som et alternativ til dagens oppholdsfinansiering, og vil representere en ny måte å telle og måle aktivitet på. Finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten favner allerede i dag bredere enn kun å finansiere enkeltopphold eller enkelttiltak.

Det er å forvente at mer fleksible arbeids- og organisasjonsformer for medisinsk avstandsoppfølging kan komme til å påvirke dagens aktivitetsoppfølging og fordelingssystem i de regionale helseforetakene, ved at finansieringen endres fra opphold til finansiering per pasient, tjenesteforløp eller behandlingsperiode. Dette innebærer at behandlingen med tilhørende finansiering vil kunne gå på tvers av regionale helseforetak eller helseforetak. Dette vil også kunne berøre gjestepasientoppgjør mellom de regionale helseforetakene.

¹⁹ Helsedirektoratet (2017): Finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten – Langsiktige utviklingsbehov. Referansenr. 17/4033-3

²⁰ Helsedirektoratet (2017): Forløpsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten – Vurdering av endringer i ISF-ordningen for 2019. Referansenr. 17/38403-1

²¹ Helsedirektoratet (2018): Tjenesteforløp som grunnlag for Innsatsstyrt finansiering – Beskrivelse av videre arbeid. Rapport IS-2788

Avtalespesialister

Spesialister med driftsavtale med de regionale helseforetak er i begrenset grad omfattet av takster som aktivt fremmer og legger til rette for medisinsk avstandsoppfølging. Psykologer med driftsavtale er gitt takst for e-konsultasjon. Disse har også et forhøyet driftstilskudd for å kompensere for utgifter til å være tilknyttet helsenettet.

På lik linje med annet helsepersonell som omfattes av aktivitetsbasert finansiering, bør også systemene for avtalespesialister tilpasses og aktivt tilrettelegges for medisinsk avstandsoppfølging, utover bruk av e-konsultasjon.

Egenandeler

Medisinsk avstandsoppfølging vil, sammen med tilpasninger av aktivitetsbaserte finansieringsordninger til i større grad å dekke forløpsperspektivet samt nye samarbeid- og arbeidsdelingsmodeller, endre det grunnlag som regler om egenandeler er bygget på. Nye former for digital kontakt med tjenestene, nye arbeidsmodeller som endrer hvem pasienten er i kontakt med vil sammen med endringer i finansieringsmodellene tilsi at dagens egenandelssystem bør tas opp til vurdering.

En vurdering av egenandelssystemet bør være helhetlig og omfatte både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester samt private tjenesteytere innenfor den offentlig finansierte helsetjenesten. Et multiprofesjonsbasert forløpsperspektiv på tvers av nivåene bør også ivaretas. Vurderingen bør også omfatte forhold omkring utstyr som benyttes av pasienter for å følge opp egen helse og livssituasjon og som er omfattet av ordningen med behandlingshjelpemidler eller inngår i medisinsk avstandsoppfølging.

En slik vurdering bør gjennomføres før medisinsk avstandsoppfølging gis bred spredning i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Det anses å ligge utenfor mandatet til denne utredningen å initiere en slik utredning.

Finansiering av medisinsk avstandsoppfølging på tvers av aktører og nivåer

Medisinsk avstandsoppfølging vil utfordre dagens finansieringsmekanismer, men samtidig bør dagens aktivitetsbaserte finansieringsmodeller med pågående utviklingstiltak være tilstrekkelig for å møte behovet for finansieringsordninger for medisinsk avstandsoppfølging. Dog med ett unntak. Unntaket er knyttet til helsetjenester som etableres med nye former for arbeidsdeling og samspill på tvers av profesjoner og på tvers av nivåer. Finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten utgjør ikke et direkte hinder for samhandling i seg selv, men asymmetri med finansieringsmodellen for kommunale helse- og omsorgstjenester skaper utfordringer.

Nye måter å yte helsetjenester på med bruk av teknologi kan ivaretas med tilpasninger i eksisterende aktivitetsbaserte finansieringssystemer. Samtidig bør det stimuleres til raskere tilpasninger, slik at

aktivitetsbaserte finansieringssystemer kan virke stimulerende på implementering av medisinsk avstandsoppfølging. Videre bør det initieres bedre samspill mellom utviklingen av de ulike finansieringsmodellene, slik at de utvikles samlet og at det for alle profesjoner likestiller tradisjonelle helsetjenester med medisinsk avstandsoppfølging. Dette er i noen grad beskrevet i rapporten om langsiktige utviklingsbehov i finansieringsordningene²² (dokument 17/4033-3) som svar på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2017. Samtidig bør det initieres et arbeid med å vurdere finansielle konsekvenser for kommunene.

Medisinsk avstandsoppfølging må også følges opp med systemer som registrerer og rapporterer aktivitet. Dette er en forutsetning for aktivitetsbasert finansiering. Den aktivitetsbaserte finansieringen baserer seg på aktivitet- og kostnadsdata som rapporteres inn til Norsk pasientregister eller Kommunalt pasient- og brukerregister. En omlegging til andre måter å yte helsetjenester på kan innebære behov for tilrettelegging av systemer for aktivitets- og kostnadsregistrering ute i tjenestene, og også ved selve innrapporteringen og dataprosesseringen i Norsk pasientregister. Det er ikke gitt at dette kan ivaretas gjennom eksisterende systemer. Det bør gjennomføres en konsekvensanalyse, der en også vurderer behovet for nasjonal styringsinformasjon om medisinsk avstandsoppfølging.

9.3 Innhold og omfang av utredningsarbeidet

Det anbefales følgende innhold i utredningsarbeidet:

Hvordan og hva skal til for å tilrettelegge finansieringsmekanismer for helseforetak, avtalespesialister og andre private tilbydere av spesialisthelsetjenester, avtalefysioterapeuter, logopeder, fastleger og andre kommunale tjenester slik at medisinsk avstandsoppfølging kan gis implementering og spredning?



Pågående arbeid: Problemstillingen antas i hovedsak å kunne ivaretas i de pågående løp med aktivitetsbasert finansiering, men med behov for å bedre samordne utviklingsarbeid, synkronisere takster og likestille de ulike finansieringsmodellene.



Denne utredningen: Finansieringsmekanismer der oppgaveløsningen går på tvers av nivåene dekkes ikke fullt ut av pågående utvikling av eksisterende finansieringsmodeller. En annen grunnleggende utfordring synes å være at RHF/ HF vurderer nye metoder og tiltak uten tilstrekkelig blick for hvilke konsekvenser dette vil ha for kommunene. Utredningen vil derfor blant annet omfatte:

- a. Initiativ for å synkronisere pågående utviklingsløp av aktivitetsbasert finansiering og initiere større likhet i omfang og hastighet for å tilrettelegge for medisinsk avstandsoppfølging.
- b. Påvirke og eventuelt initiere tjenesteutviklingsprosjekter med medisinsk avstandsoppfølging slik at disse tar inn følgeforskning med vurdering av gevinstpotensial og samfunnsøkonomiske effekter, slik at en tidlig kan tilrettelegge for vurdering opp mot endringer i ordningene for aktivitetsbasert finansiering. Dette kan gjøres gjennom anmodning til de regionale helseforetakene og kommunene med

²² Helsedirektoratet (2017): Finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten – Langsiktige utviklingsbehov. Referansenr.. 17/4033-3

tydeliggjøring av hva som skal til for å legge til rette for raskere endringsløp i eksisterende finansieringsordninger.

- c. Basert på de tjenestemodeller som arbeidspakke nr. 4 tar frem og juridisk rammeverk, vurdere hvordan finansiering av medisinsk avstandsoppfølging på tvers av ulike aktører og nivåer bør initieres og tilrettelegges.
- d. Det utredes konsekvenser og mulige tilnærminger for finansieringsmekanismer for tekniske løsninger for medisinsk avstandsoppfølging, der tjenesten ytes på tvers av aktører og tjenestenivåer
- e. Vurdere sentrale risikofaktorer (ROS-analyse).

Finansieringsmekanismer for utstyr omhandles i arbeidspakke nr. 7

Vedlegg 2: Nærmere om nye EU forordninger og konsekvenser for helsetjenestene

På medisinsk utstyrsområdet er rolleforståelsen sentral for å forstå hvilke forpliktelser de ulike aktørene skal følge. For det første må det skilles mellom medisinsk utstyr (som er basert på et fullharmonisert EU- regelverk) og produkter som ikke er medisinsk utstyr. Så må det skilles mellom kravene som stilles før et produkt kommer på markedet og kravene knyttet til håndtering og bruk etter at utstyret er plassert på markedet.

Aktørene må være bevisst på forskjellene i regelverket når de produserer og designer et medisinsk utstyr og når de bruker utstyret som ledd i ytelse av helsehjelp i helsetjenesten. Dette gjenspeiles også i gjeldende rett hvor produktregelverket, som Legemiddelverket er fag- og tilsynsmyndighet for, er regulert i lov om medisinsk utstyr og forskrift om medisinsk utstyr.

For helsetjenesten gjelder forskrift om håndtering av medisinsk utstyr (samt offentlig og privat virksomhet for elektromedisinsk utstyr). Forskriften håndheves hovedsakelig av Statens helsetilsyn og DSB.

Når det gjelder medisinsk utstyr som brukes til medisinsk avstandsoppfølging må det tas hensyn til både nytt produktregelverk fra EU og gjeldende forskrift om håndtering av medisinsk utstyr. Samtidig må det tas hensyn til at utstyr både kan falle innenfor definisjonen av medisinsk utstyr eller helt utenfor og omfattes av et annet produktregelverk.

[Nye forordninger om medisinsk utstyr \(produktregelverket\)](#)

I EU har man siden 2008 arbeidet med utarbeidelse av nytt produktregelverk for medisinsk utstyr. Forordning (EU) 2017/745 om medisinsk utstyr (MDR) og (EU) 2017/746 om in vitro-diagnostisk medisinsk utstyr (IVDR) trådte i kraft 26. mai 2017.²³ Forordningene gjelder direkte i alle EUs medlemsstater fra 26. mai 2020 for medisinsk utstyr og 26. mai 2022 for in vitro-diagnostisk medisinsk utstyr.

²³ MDR erstatter direktiv 93/42/EØF om øvrig medisinsk utstyr og direktiv 90/385/EØF om aktivt implanterbart medisinsk utstyr. IVDR erstatter direktiv 98/79/EF om in vitro-diagnostisk medisinsk utstyr.

Forordningene gjelder for produksjon og omsetning av medisinsk utstyr og er rettet mot produsenter, autoriserte representanter, distributører, importører og sponsor som er ansvarlig for en klinisk utprøving.

Forordningens innledning²⁴ presiserer at rettsakten ikke inneholder noen krav til videre bruk av medisinsk utstyr i helsetjenesten. Dette er regler som medlemsstatene selv står fritt til å regulere og forordningen er ikke til hinder for at medlemsstatene kan begrense bruken av utstyr som ikke er omfattet av forordningene.²⁵

Forordningene gjelder heller ikke for nasjonal lovgivning om organisering, finansiering av eller tilbud om nasjonale helsetjenester og medisinsk behandling f.eks. krav om at visse typer utstyr kun skal leveres på resept, krav om at helsepersonell eller helseinstitusjoner kun skal bruke en bestemt type utstyr eller at bruken skal følges av konkret faglig rådgivning.²⁶

Aktuelle områder i de nye forordningene som har betydning for helsetjenesten

Det er enkelte regler i forordningene som vil ha direkte betydning for helsetjenesten/helsepersonell og som tjenestene må innrette seg etter og forberede seg på.

1) Sporbarhet

Det stilles økte krav til identifikasjon og sporbarhet av medisinsk utstyr i produksjon, - og omsetningskjeden. Markedsaktørene skal kunne spore utstyret. Hvem de har fått utstyret fra (f.eks. fra produsent til distributør) og hvem de leverer utstyret til (f.eks. fra distributør til sykehus). Det etableres et eget sporbarhetssystem (UDI-systemet). Utstyret leveres med en unik utstyrs (UDI-DI) og produksjonsidentifikasjonskode (UDI-PI). UDI-koden skal fremgå på selve utstyret eller på emballasjen.

Forordningene gir også at helseinstitusjoner skal lagre og oppbevare UDI'en for implanterbart medisinsk utstyr i klasse III (høyrisikoutstyr) som de har utlevert eller som de har mottatt. For annet utstyr enn implanterbart medisinsk utstyr i klasse III kan medlemsstatene enten oppfordre til eller kreve at helseinstitusjoner evt. helsepersonell skal lagre og oppbevare UDI'en.

Sporbarhetskravet i virksomheter, som eksempelvis helseinstitusjoner som sykehus, pleie- og sykehjem, klinikker, legekontorer, tannlegekontorer, hjelpemiddelsentraler og kommuner o.l. vil både ha administrative og økonomiske konsekvenser for helsetjenesten. En tenker da spesielt på lagring av UDI-koden og vurderinger av hvilke tilgjengelige systemløsninger/databaser som kan brukes.

2) Implantatkort

Produsenten av implanterbart medisinsk utstyr skal utlevere et implantatkort sammen med utstyret. Kortet identifiserer utstyret og inneholder nødvendige advarsler/forholdsregler, herunder utstyrets forventede levetid. Helseinstitusjoner skal gi pasientene hurtig adgang til den aktuelle informasjonen om utstyret.

²⁴ (fortale punkt 3)

²⁵ MDR artikkel 1 punkt 14

²⁶ jf. MDR artikkel 1 punkt 15

3) IN-house produksjon og bruk av medisinsk utstyr i én helseinstitusjon

Visse former for produksjon og bruk av medisinsk utstyr internt i en helseinstitusjon er gitt et unntak. Helseinstitusjoner skal kunne produsere og bruke utstyr internt for å dekke et spesifikt behov til en pasient/pasientgruppe. Det er flere vilkår som må være oppfylt før utstyret kan produseres og brukes «IN-house». Det gjelder kun for utstyr som produseres og brukes internt i selve helseinstitusjon, til helseinstitusjonens ordinære arbeidsoppgaver, og uten at utstyret i seg selv utnyttes kommersielt. Aktiviteten skal ikke gjøres i industriell målestokk og det forutsettes at det ikke finnes tilsvarende CE-merket utstyr på markedet som kan oppfylle behovet.

4) Reprosessering av medisinsk engangsutstyr

Medisinsk utstyr merket engangsutstyr skal ikke reprosesseres i helsetjenesten. Det skal brukes på en individuell pasient etter en nøyaktig prosedyre og så kasseres etter produsentens anvisninger. Produsenten har ikke tatt høyde for at utstyret skal kunne reprosesseres og gjenbrukes. Etter de nye forordningene skal helseinstitusjon som reprosesserer engangsutstyr har de samme rettslige forpliktelsene som den opprinnelige produsent av utstyret. Selve prosessen med rengjøring og re-sterilisering kan medføre at produktet endrer styrke, form eller andre egenskaper.

5) EUDAMED og transparens (åpenhet)

Ett nøkkelaspekt for å oppfylle formålene med forordningene er videreutvikling og forvaltning av den felles europeiske databasen for medisinsk utstyr (EUDAMED). Med de nye forordningene skal databasen integrere de forskjellige elektroniske systemene for innsamling og behandling av opplysninger om utstyr på markedet og om aktuelle markedsaktører, dvs. opplysninger om samsvarsvurderinger, tekniske kontrollorgan, sertifikater, kliniske utprøvinger og markedsovervåking.

Rapporter og sammendrag fra kliniske utprøvinger for medisinsk utstyr og ytelsesstudier for in vitro medisinsk utstyr skal bli offentlig tilgjengelige. Helsepersonell og allmennheten skal gis nivåmessig tilgang til rapporter om svikt i medisinsk utstyr. Nasjonale myndigheter skal i tillegg gjennomføre målrettede opplysningskampanjer for å oppfordre helsepersonell, brukere og pasienter til å melde om mulige alvorlige hendelser.

[Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr](#)

Når det gjelder medisinsk utstyr som brukes til medisinsk avstandsoppfølging er forskrift om håndtering av medisinsk utstyr helt avgjørende. Forskriften gjelder for helse- og omsorgstjenestens håndtering (forsvarlig bruk) av medisinsk utstyr. Den gjelder for anskaffelse, opplæring, plassering/tilkobling, bruk, vedlikehold/repasjoner, oppbevaring/lagring, kassasjon av medisinsk utstyr. I tillegg omfattes også meldeplikten om uønskede hendelser.

Forskriften presiserer forsvarlighetskravet og skal sikre at medisinsk utstyr til enhver tid er sikkert, vedlikeholdes korrekt og brukes forsvarlig i samsvar med sitt formål. Forskriften er en systemforskrift, tilpasset forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Når det for eksempel gjelder innkjøp av medisinsk utstyr gis det at virksomheten er ansvarlig for å anskaffe medisinsk utstyr som samsvarer med sikkerhetskravene i forskrift om medisinsk utstyr (produktregelverket) og som er egnet for det tiltenkte bruksområdet. I veilederen til forskriften er det gitt at virksomheten bør sette sammen en gruppe bestående av medisinsk og teknisk personell for vurdering av hvorvidt utstyret er egnet til formålet, og om de løsninger produsenten har valgt teknisk og sikkerhetsmessig samsvarer med tiltenkt bruk.

Vedlegg 3: Avhengigheters relasjon til utredningens arbeidspakker

Det gis nedenfor en oversikt over identifiserte avhengigheters relasjon til utredningens arbeidspakker.

Det tas utgangspunkt i de avhengigheter som er identifisert i IS-2770, der det ble registrert 22 overlapp.. Antall overlapp er nå endret til 25. Endringen er dels at ni nye avhengigheter er identifisert:

- Helsedirektoratets arbeid med å etablere et generisk funksjonsvurderingsverktøy
- Helsedirektoratets arbeid knyttet til digitalt utenforskap
- Helsenorge.no – DIS: Digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten
- Helsenorge.no - DigiHelse
- Helsenorge.no – Digi Helsestasjon
- Innsyn i behandlingsplan via kjernejournal
- Oppdrag i Direktoratet for e-helse knyttet til "Felles språk"
- Nye metoder – arbeid i regi av Folkehelseinstituttet
- Pasientsentrerte helsetjeneste team (PSHT) – Universitetssykehuset i Nord-Norge

Videre er vurderingen at det for fem løp ikke lengre ansees å være direkte avhengigheter. Dette gjelder:

- Pasientens legemiddelliste
- Innføring av kjernejournal i pleie- og omsorgstjenestene
- Helsedataprogrammet
- Nasjonal e-helsemonitor
- Nødnett

Inndelingen av arbeidspakker er slik:

A4: Arbeidsdeling og samhandling i medisinsk avstandsoppfølging

A5: Informasjonsflyt i tjenestemodeller for i medisinsk avstandsoppfølging

A6: Informasjonssikkerhet og personvern for medisinsk avstandsoppfølging

A7: Teknisk løsninger for medisinsk avstandsoppfølging

A8: Digital deling av helseopplysninger fra egeninnkjøpte forbrukerløsninger utenfor et pågående pasientforløp

A9: Finansieringsmekanismer i medisinsk avstandsoppfølging

A10: Mulighetsanalyse og realisering av medisinsk avstandsoppfølging

ID	Avhengighet	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10
1	Nasjonalt velferdsteknologiprogram: Aktiviteten i utprøvningsprosjektet for medisinsk avstandsoppfølging vil berøre mange av de temaene som bør omfattes av utredningsarbeidet. Erfaringer fra utprøvnings- og spredningsarbeidet knyttet til trygghetsskapende velferdsteknologi vil også være viktig for medisinsk avstandsoppfølging. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet (prosjekteier), Direktoratet for e-helse og KS.	X	X	X	X		X	X
2	Primærhelseteam: Forsøksordning i åtte kommuner, der målet er å teste om primærhelseteam i fastlegepraksiser gir et bedre tilbud til pasientene enn den vanlige fastlegepraksisen. Primærhelseteam er team bestående av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer som skal tilby et bedre helsetilbud til enkeltpasienter som per i dag ikke får god nok oppfølging. Tre av kommunene deltar også i utprøving av medisinsk avstandsoppfølging i regi av nasjonalt velferdsteknologiprogram.	X	X				X	X
3	Oppfølgingsteam: I september d.å. startet et pilotprosjekt med oppfølgingsteam i seks kommuner. Formålet er å prøve ut strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam for tjenesteyting og koordinering ut fra pasientens individuelle behov. Kommunale helse- og omsorgstjenester, fastleger, spesialisthelsetjenesten og andre sektorer er alle viktige aktører. Et hovedfokus i piloten er å få på plass strukturer og system som sikrer tidlig identifisering av behov, tverrfaglig utredning og bruk av oppfølgingsteam som en arbeidsform. Kommunene anbefales til å ta i bruk velferdsteknologi for å fremme selvstendighet og økt mestring. Som en del av pilot skal det testes ut et nytt elektronisk verktøy for risikokartlegging av personer med risiko for å utvikle sykdom og funksjonsfall.	X					X	X
4	Pasientsikkerhetsprogrammet: Medisinsk avstandsoppfølging er i dag ikke et definert satsingsområde til pasientsikkerhetsprogrammet, men et nasjonalt program for bedre å ivareta pasientsikkerhet, vil indirekte ha innvirkning på en ROS-analyse for pasientsikkerhet knyttet til medisinsk avstandsoppfølging.							X
5	M-POHL (forkortelse for WHO-EHII Action Network on <i>Measuring Population and Organizational Health Literacy</i>): er tilknyttet paraplyorganisasjonen <i>WHO European Health Information Initiatives (EHII)</i> . Health Literacy (HL) omtales som <u>helserelatert informasjonskompetanse</u> , og som i korte trekk	X				X		X

	handler om den enkeltes evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon (inkludert evne til navigering og orientering i helsesystemet) for å fremme egen helse, forebygge utvikling av sykdom og foreta informerte beslutninger vedrørende helserelaterte problemstillinger. Samarbeidet omfatter også digital helse (e-health literacy). Hvis Norge går inn i samarbeidet, vil det kunne få overlapp til medisinsk avstandsoppfølging.							
6	E-konsultasjon hos fastlege: Tekniske muligheter for og konsekvenser av å innføre krav om at fastleger skal tilby e-konsultasjon (video, tekst, bilde) skal utredes. Det skal også vurderes i hvilken grad de tekniske løsningene også kan brukes i digital dialog mellom tjenesteytere. Sluttrapport leveres HOD 1. desember 2018. Direktoratet for e-helse viser til oppdraget til Helsedirektoratet om e-konsultasjon hos fastlege og legevakt i samme periode. Direktoratene svarer ut oppdragene i felles rapport.	X	X	X			X	X
7	Modeller for registre knyttet til ventetid: Modeller for hvordan regelverket for pasienters helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og tilknyttede registreringer av ventetid bør innrettes og reguleres. I arbeidet er det vektlagt at forslag til modeller skal ivareta pasientenes rettigheter i møte med helsetjenesten, enkel administrasjon, og bidra til å minske fare for uønsket variasjon. Sluttrapport er levert.	X	X	X				X
8	Helseplattformen Helse Midt skal etablere en regional fellesløsning for pasientadministrasjon og dokumentasjon av helsehjelp på tvers av kommunal helse- og omsorgstjeneste, inkludert fastlegene, og spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Programmet Helseplattformen gjennomføres som et regionalt utprøvningsprogram for det nasjonale målbildet «En innbygger - én journal». Helseplattformen finansieres, styres og gjennomføres i henhold til avtaler og fullmakter inngått mellom selvstendige virksomheter i Midt-Norge. Arbeidet vil være relevant å vurdere i sammenheng med medisinsk avstandsoppfølging.		X	X		X		
9	Knutepunkt velferdsteknologi: Oppdrag knyttet til å gjennomføre utprøving av en nasjonal løsning (knutepunkt) for datautveksling mellom velferdsteknologiske løsninger og relevante fagsystemer. Utprøvingen skal skje i samarbeid med Helsedirektoratet, Norsk Helsenett SF og aktuelle kommuner. Det er utarbeidet en rapport basert på erfaringene som gir anbefaling om videre arbeid.		X					
10	«En innbygger, én journal»: Direktoratet for e-helse overleverte i juli 2018 konseptvalgutredning til Helse- og omsorgsdepartementet med anbefaling om etablering av en felles journal- og samhandlingsløsning for kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert nasjonal løsning for samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre kommunale og statlige tjenesteområder. Utredningen har vært underlagt Finansdepartementets ordning for kvalitetssikring av		X	X		X		

	store statlige investeringer (KS1). Ekstern kvalitets sikrer leverte sin rapport desember 2018 og støtter direktoratets anbefaling. Konseptvalgutredningen og kvalitetssikringsrapporten er underlag for videre behandling i Helse- og omsorgsdepartementet og et eventuelt oppdrag om å igangsette forprosjekt. Tiltakene er relevant å vurdere i sammenheng med medisinsk avstandsoppfølging.							
11	Informasjonssikkerhetsområdet: Normens veileder om personvern og informasjonssikkerhet – medisinsk utstyr oppdateres våren 2019. Dette arbeidet kan få direkte relevans for utredningen. Det er også planlagt oppdatering av Normens veileder i informasjonssikkerhet ved bruk av teknologi.		X	X	X	X		
12	Oppdrag knyttet til plan for utvikling av felles grunnmur for digitale tjenester som omfatter arkitektur, tekniske standarder, helsefaglig terminologi og kodeverk og grunndata.		X					
13	Arbeid med robust mobilt helsenett vil være relevant med hensyn til behov for mobilt nett i tjenestene.		X					
14	Forløpsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten: Helsedirektoratet skal vurdere endringer i ISF-ordningen for 2019 og leverte i november d.å. en rapport som beskriver videre utviklingsarbeid knyttet til forløpsbasert finansiering. Oppdraget fokuserer i første rekke på de forløp som finnes innenfor spesialisthelsetjenesten, selv om forløp også kan gå på tvers av nivå og der spesialisthelsetjenesten samhandler med kommunehelsetjenesten om pasientene. I arbeidsmøter mellom RHF/HF og Helsedirektoratet har det framkommet støtte til den utvikling som ses rundt forløp slik vi hittil har implementert det, og med økt fokus på medisinsk avstandsoppfølging. Det er også utredet og foreslått forløp innenfor andre områder. Med finansiering av det som benevnes som tjenesteforløp vil det kunne legges bedre til rette for mer fleksibilitet i pasientbehandlingen ved at oppfølging i større grad skjer på pasientens premisser og behov. Gjerne gjennom at større deler av oppfølging og behandling skjer uten at pasienten trenger fysisk oppmøte i sykehuset.						X	
15	Finansieringsmodeller for fastlegeordningen: "KS/Oslo kommune, Legeforeningen og HOD (Trepanttssamarbeidet for fastlegeordningen) har besluttet å nedsette en arbeidsgruppe for å utrede alternative finansieringsmodeller for fastlegeordningen. [...] Det vises i denne sammenheng til regjeringsplattformen. Der fremgår det blant annet at regjeringen vil digitalisere flere helsetjenester og etablere pasientens netthelsetjeneste. Det vises også til pågående arbeid med å prøve ut nye arbeidsformer, organisering av og finansiering i fastlegeordningen, dvs. piloten med primærhelseteam, ny pilot med avstandsoppfølging og anskaffelse av elektroniske verktøy for praksisprofil og risikostratifisering. Det vises videre til regjeringens mål om å innføre krav om at fastleger skal tilby e-konsultasjon kan gjennomføres, samt målet om å inkludere flere yrkesgrupper i primærhelseteamene." Frist for utredningen er 1. september						X	

	2019. (Helsedirektoratet representerer HOD i trepartssamarbeidet).								
16	E-konsultasjoner i primærhelsetjenesten: Oppdraget er formulert slik: "gjøre en vurdering av hvilke typer konsultasjoner hos fastlege og legevakt som kan gjøres ved videokonsultasjon på en faglig forsvarlig måte, herunder hvordan tjenestene må innrettes for å sikre forsvarlighet. Det skal også gjøres en vurdering av hvor stor andel dette kan utgjøre av det samlede konsultasjonsvolumet. Som del av oppdraget bør Helsedirektoratet vurdere å innhente en oppsummering av kunnskap om dette. [...] HOD ber Helsedirektoratet utvide dette oppdraget til å gjelde e-konsultasjon generelt (video, tekst, bilde). Videre bes direktoratet om også å vurdere hvilke typer e-konsultasjoner og kontakter mellom tjenesteytere (eks fastlege og sykehuslege), med eller uten pasient tilstede, som det er faglig ønskelig å kunne gjennomføre. [...] Helsedirektoratet bes samarbeide tett med Direktoratet for e-helse i dette arbeidet, og at oppdraget ses i relasjon til tilleggsoppdrag gitt til Direktoratet for e-helse om e-konsultasjon. Internasjonal erfaringsinnhenting gjøres i samarbeid med Direktoratet for e-helse. [...] Helsedirektoratet bes som fagmyndighet om å utrede økonomiske og administrative konsekvenser e-konsultasjon vil ha i virksomhetene."	X	X					X	
17	Finansieringsansvar knyttet til medisinsk utstyr: Fra oppdragsbrevet: "Helsedirektoratet skal legge fram forslag til et bedre system for fordeling av finansieringsansvar knyttet til medisinsk utstyr brukt utenfor sykehus. Utredningen skal ikke inkludere formidling og finansiering av høreapparater og ortopediske hjelpemidler". Oppdraget omfatter grensesnittet mellom Folketrygden kapittel 5 og RHF-enes (behandlingshjelpemidler) ansvar, og skal utarbeide prinsipper for finansieringsansvar som skal ta utgangspunkt i at dette følger behandleransvar. Prosjektet startet med en kartlegging, som også omfattet kommunenes og NAVs (Folketrygdlovens kapittel 10) ansvar. I det videre arbeidet er prosjektet begrenset til ansvaret mellom RHF-ene og Folketrygden kapittel 5. Dette medfører at primærhelsetjenesten ikke direkte omfattes av utredningen. Utredningen omfatter behandlingshjelpemidler generelt, og kan omfatte utstyr til medisinsk ansvarsoppfølging. Frem til påske 2019 arbeides det med kriterier, og deretter egenbetaling og IKT-løsninger. Frist for oppdraget er desember 2019.				X			X	
18	Generisk funksjonsvurderingsverktøy i rehabilitering i spesialisthelsetjenesten: Prosjekt Generisk funksjonsvurderingsverktøy for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er opprettet med bakgrunn i		X	X	X			X	X

	<p>Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). Planen sier at "det skal velges ut minst ett generisk funksjonsvurderingsverktøy som kan innføres i rehabiliteringstjenestene i HF og private rehabiliteringsinstitusjoner". Verktøyet som er besluttet innført er et internasjonalt standardisert spørreskjema (EQ-5D) hvor pasientene skal fylle ut sin opplevelse av egen helse ved oppstart og avslutning av behandling.</p> <p>Innføringen skal legge til rette for mer kunnskap om hvilke resultater som oppnås for bruker/pasient, som følge av rehabiliteringsinnsatsen som ytes i den private og offentlige spesialisthelsetjeneste. Det legges allerede ned en god del arbeid knyttet til å dokumentere erfaringer og effekter av behandling i dagens rehabiliteringstjenester, men dette gjøres på lokalt initiativ og datagrunnlaget samles ikke for videre nasjonal bearbeiding og analyse. Et bedre nasjonalt statistikkgrunnlag er derfor nødvendig, slik at aktiviteten og kvaliteten på rehabiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenesten kan følges opp og vurderes på lokalt, nasjonalt og regionalt nivå.</p> <p><u>Hva skal leveres innenfor mandatet?</u></p> <p>Løsning som skal piloteres og innføres i perioden 2019 – 2020 tilrettelegges slik at den enkelt også kan benyttes til håndtering av andre type skjemaer. Løsningen vil benytte Helse Midt-Norge IT (HEMIT) sin løsning for utsendelse av skjema og registrering av data. Den er basert på felleskomponenter fra Direktoratet for e-helse for digitale skjemaer via helsenorge.no og den generelle skjemaløsningen til HEMIT. Løsningen er en sikker løsning som i dag blant annet er i bruk av Norsk hjerteinfarktregister og Norsk tonsilleregister. For rehabiliteringsdataene vil et nasjonalt register opprettes enten under NPR eller som et medisinsk kvalitetsregister.</p>							
19	<p>Digitalt utenforskap: HelseDirektoratet har pågående et arbeid knyttet til digitalt utenforskap i helse- og omsorgstjenester. Oppfølging av personer som faller utenfor muligheten til å nyttiggjøre seg digitale helsetjenester, hvordan disse bør følges opp og forhold som kan redusere digitalt utenforskap er sentrale problemstillinger i utredningen.</p>							X
20	<p>Helsenorge -DIS- Digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten</p> <p>De regionale helseforetakene har via Nasjonal IKT HF over flere år hatt en felles satsing på digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten (DIS).</p> <p>Målet med DIS 2019 er å videreføre arbeidet med å forankre og utvikle nasjonale tjenester for spesialisthelsetjenesten via helsenorge.no, og dermed bidra til realiseringen av målbildet for én felles digital kanal for innbygger mot primær- og spesialisthelsetjenesten.</p>	X	X			X	X	

	Digitale skjema-Realisere utvalgt funksjonalitet for å støtte styringsmodellen. Realisere støtte for skjema utvikling i EPJ Realisere funksjonalitet for skjema med enkel skåring/beregninger. Utarbeide kravspesifikasjon for skjema utviklingsverktøy. Realisere infrastruktur for mottak og lagring av pasientgenererte data på Helsenorge (egenrapportering)							
21	<p>Helsenorge.no – DigiHelse</p> <p>DigiHelse prosjektet har levert en nasjonal tjeneste for timeadministrasjon og meldingsutveksling til brukerne av hjemmetjenesten i kommunene. Tjenestene fungerer slik at brukere og pårørende får tilgang til sin helsekalender og dialog med helsekontakter i kommunen via helsenorge.no, mens helsepersonell jobber i journalsystemet.</p> <p>Det er etablert digital, sikker meldingstjeneste mellom pleie- og omsorgstjenestene i kommunen og innbyggerne, en kalender med mulighet for å se og avbestille avtaler og hjemmebesøk, varslings om utførte besøk. Kommuner ser på muligheter for å utvide med mulighet for videobesøk. Innbyggere bruker helsenorge.no som er integrert med EPJ-løsningene i kommunene.</p>	X	X			X	X	
22	<p>Innsyn i behandlingsplan via kjernejournal</p> <p>Hesledirektoratet har overfor Direktoratet for e-helse initiert et samarbeid om utvikling av behandlingsplan i kjernejournal og helsenorge.no.</p>		X					
23	<p>Oppdrag Felles språk</p> <p>Direktoratet for e-helse har fått tildelt et spesielt oppdrag om å "ivareta nasjonal forvaltning av felles språk (SNOMED CT) og understøtte aktørenes bruk av SNOMED CT, herunder bistå Helseplattformen i utprøving og innføring". Det utarbeides et "Målbilde og veikart for kodeverk og terminologi i helse- og omsorgssektoren" dette er under arbeid og er tenkt ferdigstill sommeren 2019. Involvement og forankring i sektor har vært og vil være avgjørende for å sikre ønsket måloppnåelse. Prosjektet har beskrevet ønsket målbilde for Felles språk, og beskriver blant annet at: "SNOMED CT benyttes for implantater og medisinsk teknisk utstyr (MTU) i bruk av pasienten" og "målinger fra integrert medisinsk teknisk utstyr (MTU) er mappet med SNOMED CT begreper. Dokumentasjon av type MTU blir gjort med SNOMED CT begreper". Tiltakene som beskrives i "målbilde og veikart for helse - og omsorgssektoren" er relevant å vurdere i sammenheng med medisinsk avstandsoppfølging.</p>		X		X			
24	<p>Nye metoder - arbeid i regi av Folkehelseinstituttet: Pilotprosjekt mellom Bergen kommune, 10 omegnskommuner og FHI</p> <p>Mens det i spesialisthelsetjenesten er etablert et system for prioriteringer når det gjelder beslutning om innføring av nye metoder og utfasing eksisterende (uvirksomme) metoder, er det i dag ingen systemer for å støtte kommunene med forskningsbasert underlag for beslutninger og prioriteringer. FHI har etablert et samarbeid med «Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest» for å gjennomføre et pilotprosjekt for bestilling, levering og bruk av kunnskapsopsummeringer og</p>	X		X	X		X	X

	<p>metodevurderinger i kommunenes beslutninger og prioriteringer. «Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest» er et formalisert samarbeid om forskning, innovasjon og utdanning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Bergen kommune og 10 omegnskommuner samarbeider om å styrke den kunnskapsbaserte utviklingen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene.</p> <p>Pilotprosjektet ble startet i januar 2019 og har vekket stort engasjement i kommunene. Hele 66 forslag har kommet inn til fristen for første bestillingsrunde som gikk ut 25.mars. Det er kun en liten del av alle disse forslagene som vil kunne besvares med kunnskapsoppsummeringer i dette pilotprosjektet. Likevel gir forslagene en klar indikasjon på de opplevde behovene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og er noe Kunnskapskommunen vil kunne jobbe videre med, for eksempel i nye forskningssamarbeid.</p> <p><u>Medisinsk teknologi og IKT/digital helse</u></p> <p>En rekke medisinske teknologier er integrert med IKT-systemer og støttefunksjoner, og dette er en utvikling som kan ventes å bli forsterket i årene som kommer. Metodevurderinger av medisinsk teknologi må derfor ta høyde for i økende grad å inkorporere problemstillinger knyttet til bruk av IKT. Dette vil bl.a. kunne inkludere hensyn til datasikkerhet, deling av data og personvern.</p> <p><u>Nordic meeting Medical Technologies and Health Technology Assessments (HTA)</u></p> <p>Det er etablert et nordisk nettverk knyttet til medisinsk teknologi og HTA. Første møte gjennomført høsten 2018. Tematikker som er fremmet for mulig nordisk samarbeid er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nordic network for sharing of information and experiences (need for coordination, secretariat, funding, mailing lists etc.) • Common webpage (linking to national websites etc) • Horizon scanning • Mini-HTA (joint database) • HTA (HTA-sharing, joint database) • Methodology • Models in health economy • Monitoring systems for medical technologies • Medical radiation (in relation to HTA) • Procurement (including the use of HTA to support procurement) • Dialogue with the industry • Personalized medicine 							
25	<p>Pasientsentrerte helsetjeneste team (PSHT) – Universitetssykehuset i Nord-Norge</p>							

	<p>Pasientsentrerte helsetjeneste team (PSHT) er en tjeneste modell for skrøpelige eldre pasienter med flere langvarige tilstander. PSHT er utviklet i samarbeid mellom Tromsø og Harstad kommune og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). PSHT modellen legger til rette for bedre omsorg ved: 1) strukturert personsentrert behovsvurdering, 2) individuelle omsorgsplaner som utarbeides av et multiprofesjonelt team som koordinerer tjenestetilbudet mellom spesialiteter og enheter, 3) En bevissthet rundt risikohåndtering På et overordnet nivå tester vi hypotesen om at PSHT modellen kan bidra til trippelmålet: Bedre helseresultater, bedre pasient-erfaringer og bedret kost-nytte.</p>	X	X	X	X		X	X
--	---	----------	----------	----------	----------	--	----------	----------

Medisinsk avstandsoppfølging

Status for området og konkretisering av utredningsoppdraget 2019

Utgitt

25.04.2019

Bestillingsnummer

IS-2814

Utgitt av

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

Forsideillustrasjon

Making Waves AS

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no