

## PROSJEKTFORSLAG FOR NASJONALT FELLES HJELPENUMMER

<b>Saksnummer i 360:</b>	<b>Versjonsnummer:</b>	
<b>Godkjent dato:</b> <dato>	<b>Godkjent av Prosjekteier:</b> <navn>	<b>Utarbeidet av:</b> Anne Britt Thuestad og Sevald Cirkov
<b>Beslutning:</b> Planleggingsfasen for felles hjelpenummer starter den 15.01.2020		
<b>Beslutning:</b> Prosjektforslag inkludert prosjektbegrunnelse godkjennes		<b>Neste fase ferdig:</b> 01.04.20 (?)
<b>Signatur ved godkjenning (BP2):</b> <b>(Prosjekteier)</b>		

Versjon	Dato	Endring	Produsent	Godkjent
0.1	22.08.19	Dokument opprettet	Anne Britt Thuestad	
0.68	02.10.19	Dokument fylt ut med resultater fra den nasjonale arbeidsgruppens arbeid	Anne Britt Thuestad	
0.71	18.10.19	Dokumentet er gjennomgått med Erik Ramstad, Dominika von Heyden og Sevald Cirkov	Anne Britt Thuestad	
0.76	01.11.19	Endret etter gjennomgang med Rune Røren og Anne Merete Crosby	Anne Britt Thuestad	
0.80	08.11.19	Endring etter gjennomgang av Hanne Enger og Anne Merete Crosby	Anne Britt Thuestad	
0.87	30.12.19	Justering av dokumentet i tråd med innspill fra Sevald Cirkov	Anne Britt Thuestad	
0.88	31.12.19	Innspill fra KS er tatt inn i dokumentet	Anne Britt Thuestad	
0.89	31.12.19	Innspill fra Helse Sør-Øst er tatt inn i dokumentet	Anne Britt Thuestad	
0.90	02.01.20	Korrektur foretatt	Anne Britt Thuestad	

Versjon distribuert	Dato	Navn
0.8	08.11.19	Norunn Saure, Rune Røren, Erik tramstad, Rona Skjegstad, Jørn Håkon Kvalsund, Hege Tveiten, Geir Thorsen, Yrjan Schaug, Jørgen Worum

## Innholdsfortegnelse

<b>1.</b>	<b>Bakgrunn og begrunnelse for prosjektet .....</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Konseptvalgets vurderinger .....</b>	<b>4</b>
2.1.	Alternative, forkastede konsepter .....	6
2.2.	Anbefalt konsept .....	10
2.3.	Begrunnelse for konseptvalg .....	11
2.4.	Overordnet løsning for tjenesten nasjonalt , felles hjelpenummer .....	13
<b>3.</b>	<b>Prosjektets hovedprodukter .....</b>	<b>17</b>
3.1.	Identifiserte behov som skal oppfylles i en tjeneste for NFH.....	17
<b>4.</b>	<b>Interessenter.....</b>	<b>18</b>
<b>5.</b>	<b>Rammebetingelse .....</b>	<b>20</b>
5.1.	Føringer for prosjektet .....	20
5.2.	Prosjektets avgrensninger .....	21
5.3.	Rettslige reguleringer .....	21
5.4.	Prinsipielle spørsmål .....	21
<b>6.</b>	<b>Prosjektets forventede gevinster .....</b>	<b>21</b>
6.1.	Oversikt over kvantitative effektivitetsgevinster og/eller kvalitetsgevinster .....	22
<b>7.</b>	<b>Overordnet organisering .....</b>	<b>22</b>
<b>8.</b>	<b>Prosjektets avhengigheter og forutsetninger .....</b>	<b>23</b>
8.1.	Forutsetninger for en vellykket innføring .....	23
8.2.	Avhengigheter .....	23
<b>9.</b>	<b>Skisse til overordnet prosjektplan.....</b>	<b>24</b>
	En stegvis utvikling og innføring.....	25
9.1.	Pilot for begrenset og utvidet utprøving .....	26
<b>10.</b>	<b>Faser og hovedleveranser .....</b>	<b>27</b>
10.1.	Relevant informasjon og erfaringer fra tidligere prosjekter .....	27
10.2.	Prosjektets kostnader og finansiering .....	28
10.3.	Strategi for gjennomføring.....	29
10.4.	Vurdering av prosjektets usikkerheter .....	30
<b>11.</b>	<b>Vedlegg.....</b>	<b>31</b>

## 1. BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE FOR PROSJEKTET

Prosjektet MF Helse koordinerer arbeidet med modernisering av Folkeregisteret i helse – og omsorgssektoren. I sammenheng med dette er det blitt besluttet å utrede behovet for et nasjonalt, felles hjelpenummer. Dette er i tråd med oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Direktoratet for e-helse slik dette er beskrevet i tildelingsbrevet for 2017;

[https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/hod/tildelingsbrev\\_hod/id748567/](https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/hod/tildelingsbrev_hod/id748567/)

«Direktoratet for e-helse utreder i tillegg bruk av felles hjelpenummer i helse – og omsorgssektoren for unikt å identifisere pasienter som ikke har et kjent identifikasjonsnummer.»

Prosjektforslaget ivaretar hvordan vi kan innføre nasjonalt, felles hjelpenummer (NFH). Prosjektforslaget svarer ut problembeskrivelsen i Prosjektbegrunnelsen. (Vedlegg 1).

Utredningen tar for seg både primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette omfatter også den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Utredningen avgrenses mot sosialtjenesten, herunder barnevernet. Det er viktig for pasienten at spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten ses i en sammenheng slik at pasienten blir ivaretatt av en sammenhengende, helhetlig helse-tjeneste.

Utredningen baseres på metodikk benyttet i Direktoratet for e-helse, som igjen baseres på Difis prosjektveiviser. Det er benyttet nivå for minimumskrav konseptvurdering.

I forbindelse med utredningen av NFH i helsetjenesten, ble det opprettet en nasjonal arbeidsgruppe med representanter fra spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten i tillegg til representanter fra Direktoratet for e-helse. I tillegg er det avholdt flere enkeltmøter med ulike klinikere i både spesialist – og primærhelsetjenesten. Representantene har kommet fra helsestasjon, fødeklinikk, laboratoriearbeid, akuttkjeden og fra sikkerhetsenheter og arkitekturavdelinger. Det har blant annet blitt arbeidet med behov og beskrivelse av ønsket fremtidig situasjon. Da det har vært vanskelig å estimere gevinstene fra primærhelsetjenesten er det opprettet en egen gruppe med representanter fra helsestasjon og akuttlegevakt sent i utredningsperioden som har hjulpet med å få dette på plass.

## 2. KONSEPTVALGETS VURDERINGER

Som et svar på problemstillinger beskrevet i prosjektbegrunnelsen, ble det foreslått fem konsepter. Konseptene er foreslått av medlemmer i arbeidsgruppen eller andre representanter fra Direktoratet for e-helse, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

**Alternativ 0:** Å beholde dagens situasjon uforandret

**Alternativ 1:** Utvikle NFH sammen med MF Helse. Dette innebærer utvikling og innføring av løsning som ivaretar de grunnleggende behovene for NFH i helsesektoren, herunder **validator for NFH**

**Alternativ 2:** Utvikle NFH sammen med MF Helse. Dette innebærer utvikling og innføring av løsning som ivaretar de grunnleggende behovene for NFH i helsesektoren. Det utvikles **ingen** validator.

**Alternativ 3:** Å gjøre NFH uavhengig av MF Helse. Løsning som i alternativ 1, men som i tillegg ivaretar behov for en validator for NFH og **utenlandske identitetsnumre i offentlig sektor.**

**Alternativ 4:** At det utvikles **lokale/regionale løsninger** som gjør det mulig å hente ut NFH samt validere NFH.
















Alternativene er vurdert etter følgende kriterier:

- **Kost/nytte;** herunder
  - Forventet effektivitet
  - Mulige stordriftsfordeler
  - Samfunnskostnader
  - Bedriftsøkonomiske kostnader
  - Antatte transaksjonskostnader
  
- **Risiko;** herunder
  - Kompleksitet/standardisering
  - Antall aktører
  - Klare/uklare rettigheter
  - Knappe ressurser, både midler og personell
  - Tidsfaktor
  
- **Kvalitet;** herunder
  - Innvirkning på pasientsikkerhet
  - Innvirkning på nasjonale målsettinger og strategier
  - Mulighet for ubrutte, digitale prosesser

Initielt vises vurderingen overordnet i en matrise. Under pkt 2.1 , 2.2 og 2.3, blir konseptene beskrevet nærmere og valg blir analysert og begrunnet.

Det anbefales at alternativ 1 velges.

Matrise som viser en initiell vurdering av konseptene

Konsept	Kost/nytte	Risikoprofil	Kvalitet
<b>Alternativ 0:</b> Beholde dagens situasjon			
<b>Alternativ 1:</b> Utvikle NFH sammen med MF Helse Validator			
<b>Alternativ 2:</b> Utvikle NFH sammen med MF Helse. Ingen validator			
<b>Alternativ 3:</b> Gjøre NFH uavhengig av MF Helse. NFH og validator for offentlig sektor			
<b>Alternativ 4:</b> Lokale/regionale løsninger			

## 2.1. Alternative, forkastede konsepter

De alternative forkastede konseptene er følgende:

**Alternativ 0:** Beholde dagens situasjon

**Alternativ 2:** Utvikle NFH sammen med MF Helse. Ingen validator

**Alternativ 3:** Gjøre NFH uavhengig av MF Helse. Løsning som i alternativ 1. Utvikle en validator som ivaretar behov i offentlig sektor.

**Alternativ 4:** Lokale/regionale løsninger

## Vurdering av de forkastede konseptene:

### 2.1.1. Alternativ 0: Beholde dagens situasjon velges bort

Hovedproblemet i dag er at pasienter eller rekvisisjoner som sendes fra primærhelsetjeneste til et helseforetak, eller mellom regioner krever manuell håndtering. Dette fører til brutte digitale prosesser som igjen stopper samhandling på tvers. Bruk av dagens lokale og regionale hjelpenummer hindrer digitalisering, automatisering, pasientsikkerhet og samhandling på tvers innenfor regionene og mellom fastlege-spesialist-kommune. Dersom dagens situasjon beholdes uforandret betyr dette at brutte, digitale prosesser fortsatt vil bestå. Viktige nasjonale og regionale målsettinger innenfor digitalisering, automatisering, pasientsikkerhet og samhandling på tvers vil derfor ikke kunne innfris. Målet om at «Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient – og brukeropplysninger» i Meld.St. 9 (2012 – 2013) «En innbygger – én journal» vil ikke kunne oppnås.

#### En nærmere beskrivelse av utfordringer rundt dagens lokale og regionale hjelpenumre:

- Det tildeles lokale og regionale hjelpenumre i helseforetakene som ikke er nasjonalt unike. Dette fører til at to eller flere pasienter kan være på samme sted til samme tid og være identifisert med samme ID. Dette øker faren for **forveksling** av pasienter og prøvesvar og kan føre til **sammenblandinger av informasjon** eller **utelatelse av viktig informasjon** som igjen bidrar til at det **settes feil diagnose** som igjen fører til **feil behandling**. Problemet oppstår når pasienter og prøver sendes mellom ulike aktører innenfor helsetjenesten.
- Samme pasient kan få tildelt flere hjelpenumre med påfølgende utfordringer med sammenslåing. Det krever **ekstra arbeid** og **manuelle rutiner** å sikre at dokumentasjon i behandling og laboratoriesvar samles i riktig journal. Dette **er kostnadskrevende**. Videre kan det **lett oppstå feil**.
- Henvisninger og rekvisisjoner fra primærhelsetjenesten sendes ofte med bakgrunn i pasientens navn, fødselsdato og adresse, dersom pasienten har en fast bopel. Dette er igjen en utfordring for **pasientsikkerheten**.

**Det å beholde dagens situasjon uforandret ved ikke å utvikle en løsning for NFH, vil ikke si at ingenting gjøres.**

Det hentes i dag ut ca. 106.000 lokale og regionale ikke – unike hjelpenumre pr. år innenfor spesialisthelsetjenesten, til pasienter som ikke har kjent ID. I tillegg hentes det ut et ukjent antall hjelpenumre fra primærhelsetjenesten. Med en tjeneste for NFH vil disse ikke unike hjelpenumrene kunne erstattes med sikre, unike NFH.

- Dersom prosjektet ikke gjennomføres vil alle pågående og kommende prosjekter måtte utvikle egne lokale eller regionale løsninger som ivaretar pasienter som i dag ikke har fødselsnummer eller D-nummer. Dette vil kunne bli **svært kostnadskrevende**.
- Videre vil gammel plattform (PREG), måtte driftes sammen med ny FREG i en lang periode, da det allerede er aktører (4-6 stk., herunder det nasjonale MT – registeret i Helse midt-Norge,

2-3 fastlegekontor samt Trondhjems legevakt og Bærum legevakt. ) som benytter dagens NFH slik dette fremstår på PREG, i dag. Vi Dette vil bety **ekstra, unødvendige kostnader.**

### 2.1.2. Alternativ 2: Utvikle NFH sammen med MF Helse. Det utvikles ingen validator

Det er behov for en løsning som først og fremst ivaretar de grunnleggende behovene for en umiddelbar tildeling av nasjonal, unik ID med 24/7/365 tilgjengelighet, og som har gyldighet på tvers av alle instanser i helsesektoren (Fastlege-spesialist-kommune). Dette for å løse sektorens behov for å ivareta følgende:

- Pasientsikkerhet
- Samhandling på tvers i sektoren
- Automatisering
- Digitalisering

Alternativ 2 innebærer utvikling og innføring av løsning som ivaretar de grunnleggende behovene for NFH i helsesektoren. Det som er spørsmålet er om en slik tjeneste kan eksistere **uten en validator**

Hvorfor vi må ha en validator:

- Uten en validator kan **NFH ikke tas i bruk**. I helsesektoren er det fremdeles prosesser der henvisninger og rekvisisjoner kommer inn **på papir** og som **manuelt** må registreres i IKT-systemene. Vi vet at manuell inntasting av ID **medfører feil i 15% av alle tilfeller**. Det å ikke kunne validere en inntastet pasient-ID er **uakseptabelt for pasientsikkerheten**.
- Helsevesenet har et behov for å kunne identifisere pasienter som ikke har et kjent fødselsnummer eller D-nummer, med en unik ID. Dersom vi ikke får på plass en sentral validator, må **hvert enkelt helseforetak betale alle leverandører** for å få implementert en validator i **alle systemer som håndterer personopplysninger**. Bare i Helse Sør-Øst er det ca. 2500 system som må kunne håndtere validering av NFH. Dette vil si at man pålegger regioner, kommuner og fastleger en kostnad for å betale leverandørene for utvikling og forvaltning av **proprietære validatorer**. Og igjen en ny kostnad for omgjøring fra proprietære løsninger til en offentlig, sentral validator den dagen dette kommer.
- Helsesektoren eier og produserer **egne ID** (lokale, regionale hjelpenummer og NFH) for pasienter som ikke kan gjøre rede for seg eller mangler norsk ID. Det er helsesektoren som **eier og forvalter regelsettet for validering av sine egne ID**. Ansvaret for valideringen av disse numrene vil uansett pålegges helsesektoren selv når en sentral, offentlig validator er kommet på plass.
- Risikoen for at en offentlig validator ikke realiseres, er stor. Det redegjøres for dette under beskrivelse av alternativ 3.

Dermed anses det som uaktuelt å levere en tjeneste for NFH uten at det også utvikles en validator.



### 2.1.3. Alternativ 3: Gjøre NFH uavhengig av MF Helse. Utvikle en tjeneste for NFH og validator for offentlig sektor

En felles offentlig løsning for en validator av ID er uaktuell fordi:

- Helsesektoren har et **spesielt behov** for en **rask og umiddelbar** tildeling av ID til alle personer som behandles innenfor tjenesten. Det finnes ikke tid til å avvete svar fra Skatteetaten, som er en 08 – 16 – organisasjon med fri i helger og på helligdager. Det er ikke tid til å vente på svar fra en manuell behandling av fødselsmeldinger før et fødselsnummer kan tildeles (Innenfor en ramme på 72 timer). Det er ikke tid til å avvete innsending av en fødselsmelding før man kan få et fødselsnummer. Helsetjenesten har behov for umiddelbar tildeling av ID 24/07/365 for å **kunne ivareta sikkerheten** for sine pasienter. Dette behovet gjelder alle grupper som ikke kan gjøre rede for seg, eller som ikke har et norsk fødselsnummer eller et D-nummer. Behovet gjelder også for nyfødte. NFH vil gi en løsning som svarer ut behovet for umiddelbar tildeling av ID 24/07/365. **Vi kjenner ikke til andre offentlige etater som har det samme behovet.**
- Helsesektoren er etter alt å dømme er den sektoren som **verdsetter NFH høyest**. Det er derfor naturlig at både utvikling og eierskap ligger her. Det anbefales derfor at tjenesten for NFH med tilhørende validator **avgrenses** til å gjelde for helsetjenesten.
- Helsesektoren er uansett eier av midlertidige pasient ID som dagens lokale/regionale/kommunale –og felles hjelpenumre. Selv ved en felles offentlig løsning vil Helsesektoren uansett bli nødt til å ha en elektronisk tjeneste som validerer sine egne hjelpenumre. Denne kan på et senere tidspunkt kobles til en mulig, fremtidig offentlig validatortjeneste. (Tjenestebasert arkitektur)
- Tidsaspektet for utredning, samordning og realisering er langt utenfor prosjektiden for MF Helse og en annen organisering vil gjøre det vanskeligere å ivareta gevinster.
- Dersom det skal utvikles en validator for offentlig sektor, og ikke for helsetjenesten alene, vil dette innebære høye kostnader og høy kompleksitet. Det antas å oppstå høye transaksjonskostnadene og disse kostnadene kan deles inn i følgende grupper:
  - Søkekostnader og informasjonskostnader for å finne frem til alle behov og krav.
  - Forhandlingskostnader med tanke på å skape enighet blant de offentlige aktørene, samt få på plass avtaler med leverandører.
  - Kontrollkostnader for å følge opp avtaler og felles løsning
- Det er en risiko for at en felles offentlig validator ikke blir noe av, grunnet manglende enighet mellom intressentene og usikker finansiering over statsbudsjettet.

### 2.1.4. Alternativ 4: Utvikling av NFH med validator lokalt og regionalt

Dersom regionene skal kunne generere NFH selv, krever dette bestilling og utvikling minst seks steder, og løsningene må være klare samtidig.

De seks stedene er følgende:

- Fire regioner
- MF Helse
- Kommuner
- Fastleger
- Private spesialister og sykehus

For spesialisthelsetjenesten blir det 4\* kostnadene for drift og forvaltning av den regionale komponenten. Når reglene i validatoren skal oppdateres skal dette ut til forvaltningen i alle regioner, kommuner og private spesialister/institusjoner som skal legge dette i kø hos sin regionale forvaltning for utvikling. Det synes veldig vanskelig å koordinere utviklingen slik at den skjer samtidig. Løsningene må til enhver tid være like slik at samhandlingen rundt pasientene kan fungere og slik at pasientsikkerheten kan ivaretas. Løsningen medfører med stor sannsynlighet lavere pasientsikkerhet og unødvendig høye kostnader.

Løsningen innebærer høye transaksjonskostnader fordi det er nødvendig med samhandling og avtaler mellom aktørene. Det er ikke stordriftsfordeler av betydning når utvikling og forvaltning må ligge lokalt/regionalt.

**Alternativ 4 anses ikke som et aktuelt alternativ.**

## 2.2. Anbefalt konsept

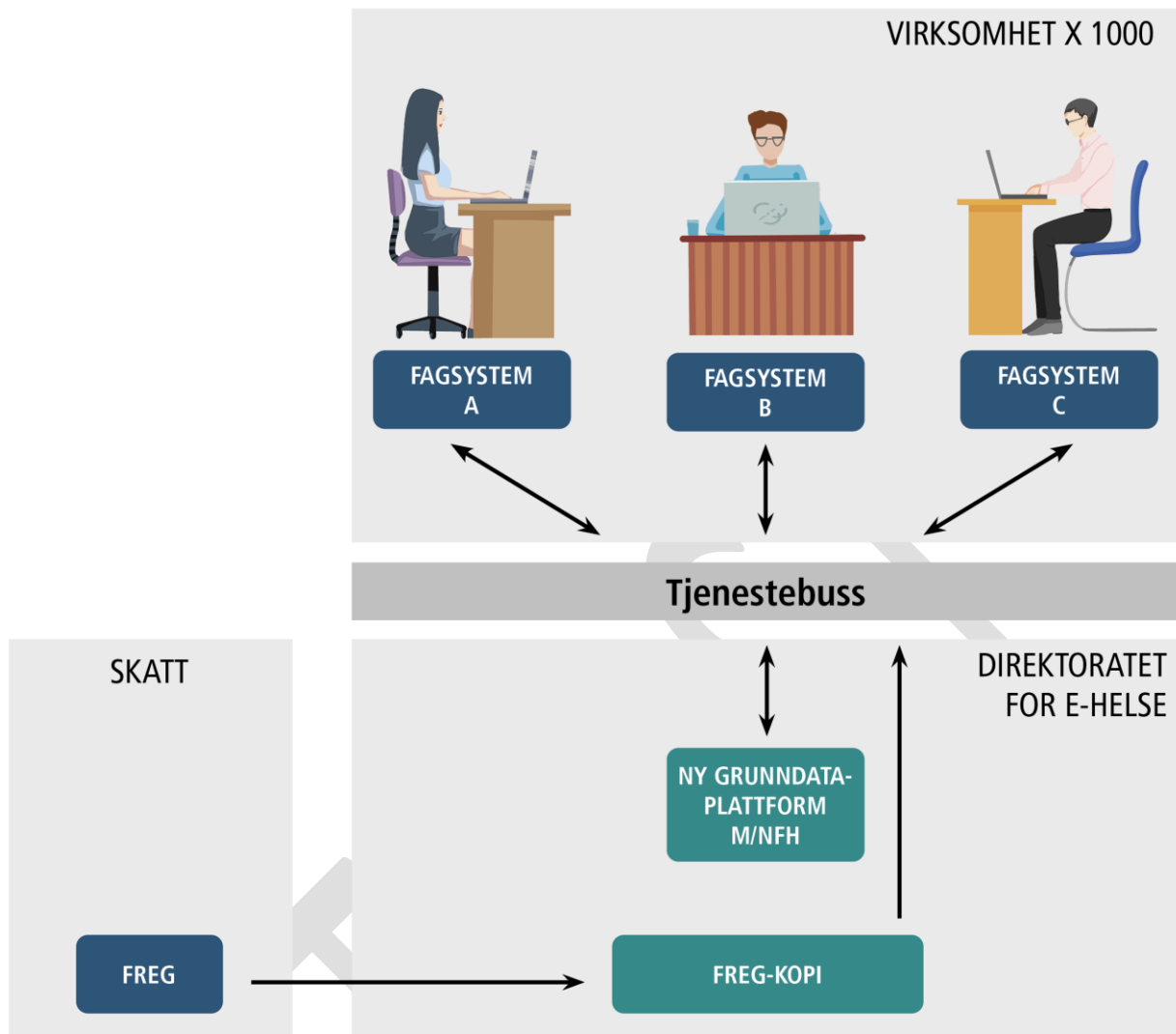
**Alternativ nummer 1 :** Utvikle NFH og validator sammen med MF Helse.

Dette innebærer utvikling og innføring av løsning som ivaretar de grunnleggende behovene for NFH i helsesektoren, herunder en enkel validator for NFH. Det anbefales at det utvikles en sentral, nasjonal løsning der Direktoratet for e-helse ved MF Helse, utvikler en komponent i Grunndataplattformen.

Det er behov for en løsning som først og fremst ivaretar de grunnleggende behovene for en umiddelbar tildeling av nasjonal, unik ID med 24/7/365 tilgjengelighet, og som har gyldighet på tvers av alle instanser i helsesektoren (Fastlege-spesialist-kommune). Dette for å løse sektorens behov for å ivareta følgende;

- Pasientsikkerhet
- Samhandling på tvers i sektoren
- Automatisering
- Digitalisering

Det anbefales at løsningen avgrenses til å gjelde innenfor helsesektoren, og utvikles slik at den er fleksibel og kan tilpasses behovene til både kommunehelsetjenesten, tannlegetjenesten i fylkeskommunene og til spesialisthelsetjenesten. Validatortjenesten lages slik at den kan skaleres opp i etterkant i tråd med behov og krav. Alternativet vil ivareta sektorens overordnede behov for en unik, sikker ID til pasienter som ikke kan gjøre rede for seg og/eller som trenger en unik, sikker ID.



Figur 1: Viser et mulig målbilde for NFH.

Målbildet vil beskrives videre i NFH arkitekturdokument. Figuren viser situasjonen når PREG er nedlagt. Alle tjenester er migrert over til FREG-plattformen, inkludert en tjeneste for NFH. **Det er etablert en ny grunndataplattform med identene fødselsnummer, D-nummer og NFH.** Her har fagsystemene integrasjoner direkte mot grunndataplattformen og henter NFH derfra. Det må kunne finnes andre mulige oppkoblingsmuligheter. Løsingen må være fleksibel.

### 2.3. Begrunnelse for konseptvalg

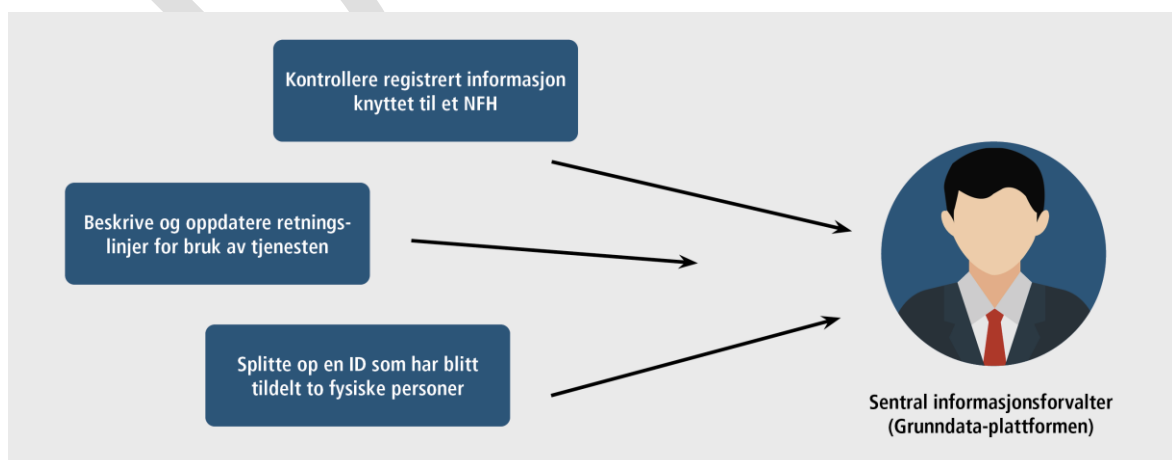
Da det fremstår som lite aktuelt å utvikle en tjeneste for offentlig sektor eller å satse på lokale/regionale løsninger, fremstår alternativ 1 som den løsningen som ivaretar de grunnleggende behovene til helsesektoren mest effektivt. Løsningen vil ha en akseptabel kompleksitet og tidshorisont sammenlignet med de andre alternativene, eierskapet til løsningen vil være klar og løsningen vil med stor sannsynlighet gi høyere pasientsikkerhet og mulighet for oppnåelse av nasjonalt målsettinger innenfor sektoren.

En tjeneste for NFH med tilhørende validator bør utvikles sammen med MF Helse og skaleres for helsesektoren fordi:

- Det benyttes i dag mer enn 106.000 lokale og regionale ikke – unike hjelpenumre pr. år innenfor spesialisthelsetjenesten, til pasienter som ikke har kjent ID. I tillegg hentes det ut et ukjent antall hjelpenumre fra primærhelsetjenesten. Behovet for en unik, sikker ID som man kan dokumentere journal på er stort, og noe må gjøres for å ivareta pasientsikkerheten. Alternativ 1 vil ivareta behovet.
- Flere store prosjekter innenfor helsesektoren slik som Helseplattformen i Helse Nid-T-Norge og regional AMK i Helse Vest, har behov for NFH i nær fremtid. Dette vil også være aktuelt for andre prosjekter og løsninger. Ved å utvikle en unødvendig komplisert løsning vil det kunne vokse frem proprietære lokale og regionale løsninger. Proprietære løsninger vil medføre unødvendige kostnader både til utvikling, drift og opprydding i etterkant. Tidsaspektet vil spille en rolle, og dette peker mot alternativ 1. Samtidig utelukker det alternativ 3.
- Som et pågående prosjekt med riktig kompetanse, vil en utvikling sammen med MF Helse og en organisering under programmet være fornuftig.
- Gjennom en utvikling og innføring sammen med MF Helse vil kostnadene bli lave, da utvikling og arbeid knyttet til NFH, vil kunne ses i sammenheng med andre prosjekter innenfor programmet (konsumentprosjektet).
- Med en utvikling og innføring av tjeneste for NFH samt validering sammen med MF Helse, vil utviklingskostnadene kunne holdes langt lavere enn ved utvikling av en løsning for hele offentlig sektor. Gjennom utvikling av relativt enkle løsninger som siden kan skaleres opp, reduseres kompleksitet, risiko og kostnader.
- Det vil bli hentet ut gevinster tilsvarende min. 30,5 mill. NOK pr. år fra det tidspunktet NFH er etablert i helsetjenesten. Også her spiller tidsaspektet en rolle.

### 2.3.1. Anbefalt forvaltningsansvar

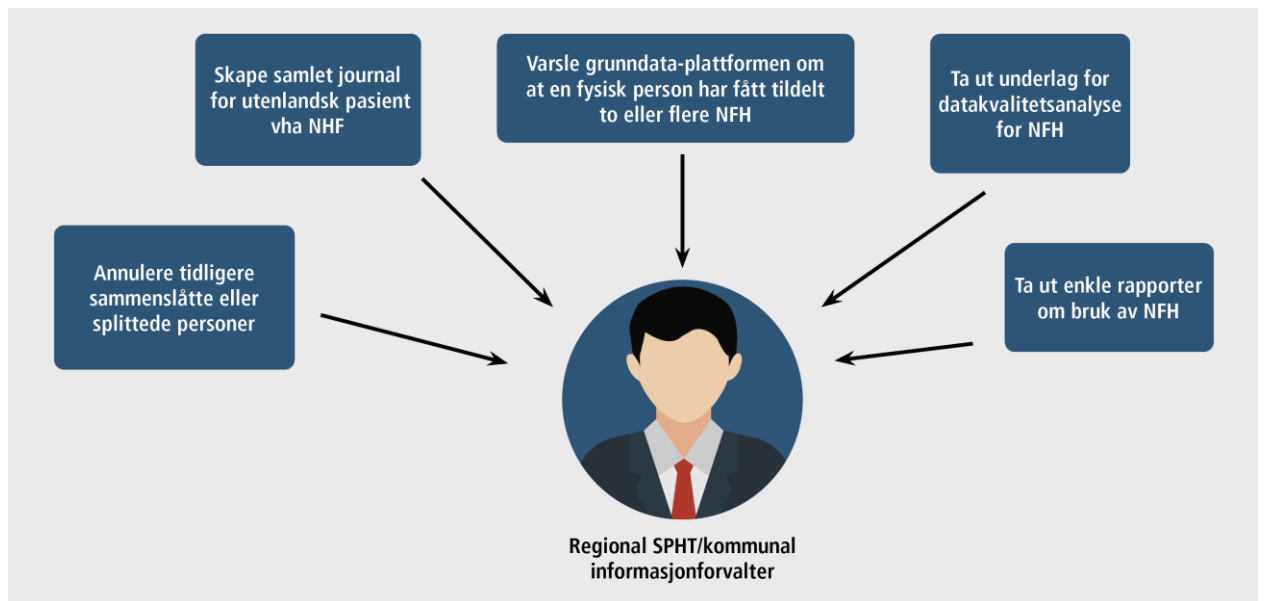
Da NFH skal benyttes og implementeres i hele helsetjenesten, er det viktig at forvaltningsansvaret ligger hos en nasjonal aktør, som kan betjene både primær – og spesialisthelsetjenesten. Videre vil det bli behov for en lokal/regional forvaltning i tillegg.



Figur 2: Viser ansvar anbefalt lagt til sentral informasjonsforvalter i Grunndataplattformen.

Det sentrale forvaltningsansvaret foreslås lagt til Grunndataplattdformen. Det anbefales at sentral informasjonsforvalter har følgende oppgaver:

- Kontrollere registrert informasjon knyttet til et NFH
- Beskrive og oppdatere retningslinjer for bruk av tjenesten
- Splitte opp en ID som er blitt tildelt to fysiske personer



Figur 3 viser oppgaver som foreslås tillagt regional/kommunal informasjonsforvalter

Det foreslås at regional/kommunal informasjonsforvalter har følgende ansvar:

- Annulere tidligere sammenslåtte eller splittede personer
- Skape samlet journal for utenlandsk pasient ved hjelp av NHF
- Varsle grunndataplattdformen om at en fysisk person har fått tildelt to eller flere NFH
- Ta ut underlag for datakvalitetsanalyse for NFH
- Ta ut enkle rapporter om bruk av NFH
- 

I Ineras foranalyserapport (Rapport fra Sverige som omhandler problematikk i tilknytning til manglende sikker ID for personer som ikke kan gjøre rede for seg eller som ikke har en svensk ID) anbefales det at sammensmelting av ID alltid skal skje lokalt. Dette fordi lokalt helsepersonell er de som er i direkte kontakt med pasienten.

([https://www.inera.se/globalassets/tjanster/personoppgiftstjansten/dokumentblock/forstudie\\_reservidentiteter.pdf](https://www.inera.se/globalassets/tjanster/personoppgiftstjansten/dokumentblock/forstudie_reservidentiteter.pdf))

## 2.4. Overordnet løsning for tjenesten nasjonalt , felles hjelpenummer

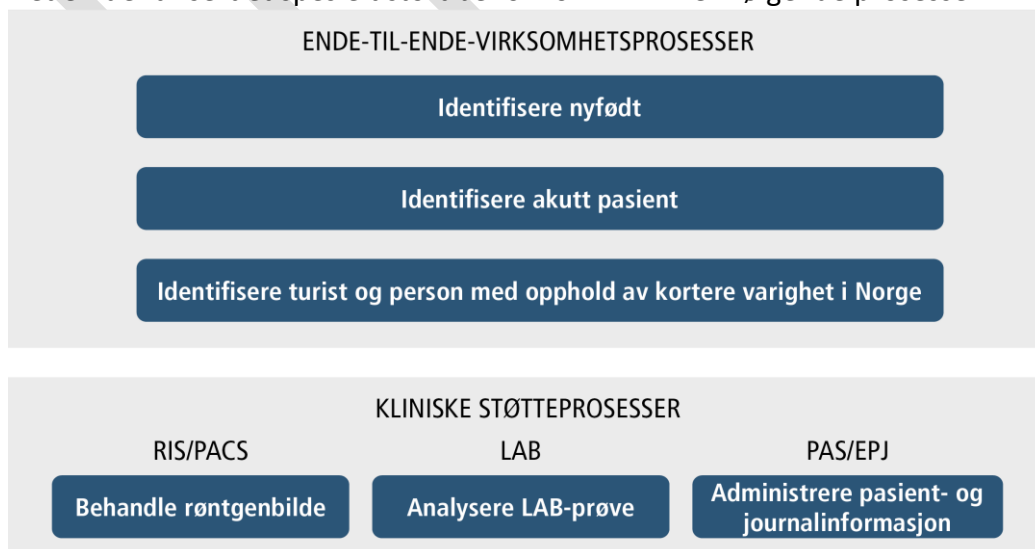
Her presenteres en oversikt over brukere av løsningen og de viktigste behovene.

### 2.4.1. Behov og brukere

Et felles, nasjonalt hjelpenummer er først og fremst et unikt hjelpenummer for pasienter som ikke kan identifiseres via sin virkelige ID eller som ikke har en ID. Dette kan bl.a. gjelde følgende grupper:

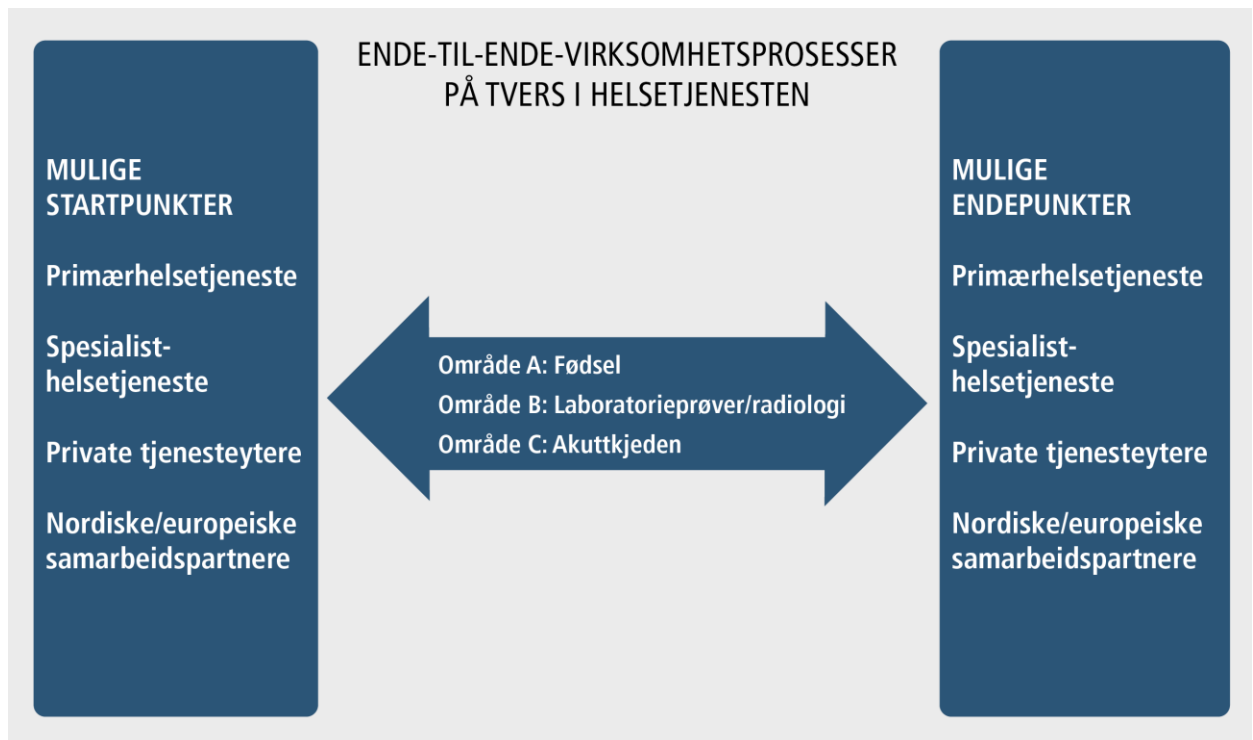
- Nyfødte
- Turister
- Flyktninger
- Asylsøkere (som enda ikke har fått D-nummer)
- Fremmedarbeidere innenfor og utenfor EU (sin ikke har mottatt D-nummer eller DUF-nummer)
- Ambassadeansatte
- Bevisstløse eller andre som ikke kan eller som ikke ønsker å gjøre rede for seg.
- Personer som trenger å være anonyme eller som ønsker å være anonyme innenfor helsetjenesten
- Videre kan muligheten for anonymiseringen som dette nummeret gir, ble benyttet i forbindelse med beredskapsøvelser til markører, og i forbindelse med forskning
- Norge har et utbredt grensesamarbeid med sine naboland, med hovedvekt på Sverige. Her vil det være god bruk for nasjonale, felles hjelpenumre som ID for å sikre pasientsikkerheten til utenlandske pasienter mens de er pasienter i det norske helsevesenet.
- Flere medisinske registre vil kunne nyttiggjøre seg et nasjonalt, felles hjelpenummer, f.eks. medisinsk fødselsregister og MRS-registeret.
- Barn av fremmedarbeidere fra EU der den voksne arbeider i Norge, mens barnet bor i sitt opprinnelige hjemland. Det er behov for oversikt over disse barna med tanke på ev. økonomiske rettigheter.
- Psykisk utviklingshemmede som ikke kan gjøre rede for seg, som ikke har et norsk fødselsnummer eller D-nummer. Dette er personer der det kommer en rekvisisjon fra tannhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten om tannbehandlingen med anestesi. (Marginalt behov).

Det er identifisert et spesielt stort behov for NFH innen følgende prosesser:



Figur 4: Oversikt over prosesser der det er et særskilt stort behov for en tjeneste for NFH

Prosessene i figuren er hentet fra spesialisthelsetjenesten, men prosessene kan starte både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten/kommunehelsetjenesten, og de kan også ende i både spesialist – og primærhelsetjenesten/kommunehelsetjenesten. I dag benyttes lokale/regionale hjelpenumre som ID på pasienter som ikke har norskID, eller som har ukjent ID. Det hentes ut mer enn 106.000 lokale/regionale hjelpenumre innenfor spesialisthelsetjenesten pr. år. Det har ikke lyktes å finne tall for hvor mange hjelpenumre som hentes ut i primærhelsetjenesten.



*Figur 5: Figuren beskriver mulige startpunkter og endepunkter i prosesser som spenner over ulike deler av helsetjenesten*

#### 2.4.2. Beskrivelse av valideringstjeneste

Til det valgte alternativet hører det en validatortjeneste. Denne beskrives i store trekk nedenfor. Ved hjelp av valideringstjenesten undersøkes det om personen er en reell person og om det er benyttet f.eks. korrekt format for det landet personen kommer fra. Data om personen som nasjonalitet, alder og kjønn sammenstilles med ulike typer metadata som er aktuelle for gjeldende land.



Figur 6: Viser overordnet virkemåte for en validatortjeneste

- Det må lages muligheter for validering til bruk internt i NFH-tjenesten slik at man kan sjekke gyldigheten av et nasjonalt felles hjelpenummer. Når en bruker taster inn et ugyldig NFH skal tjenesten umiddelbart varsle bruker om dette. Dette er en funksjonalitet som må på plass siden, NFH som ID på pasient må kunne tastes inn manuelt (f.eks. pasientens ambulansjournal med NFH som ID kommer på papir for overføring til EPJ i sykehuset). Det er lett å taste feil i slike situasjoner. Dessuten må man kunne søke opp en pasient med NFH og da må også dette nummeret tastes inn. Uten mulighet for sjekk av nummerets gyldighet settes pasientsikkerheten på spill. Vi vet at så mye som 15% av alle manuelle inntastninger av ID blir feil.
- Det må utvikles en tjeneste som alle i helsesektoren kan bruke og som etter hvert kan sjekke gyldigheten av personidentifikatorer fra utvalgte land. Denne tjenesten skal lages slik at det er mulig å enkelt utvide med sjekk av personidentifikatorer fra nye land, når behovet melder seg. Tjenesten skal først og fremst sjekke gyldigheten av personidentifikatorer for de landene Norge har signert forpliktende samarbeidsavtaler med og med de land som har kvalitativt gode data. De utenlandske personidentifikatorene blir koblet til NFH, da tjenesten skal følge samme mønster som Skattedirektoratet benytter når de muliggjør kobling av utenlandsk ID til fødsels eller D-nummer
- I tillegg må det lages valideringstjeneste for ny personidentifikator (for at ny PID skal kunne testes samtidig som NFH). Det må lages en tjeneste for bruk internt i NFH-tjenesten slik at man kan sjekke gyldigheten av ny PID. Når ny PID er ugyldig skal bruker varsles.
- Som et utgangspunkt er det nødvendig å validere NFH.

Ved å opprette en valideringstjeneste oppstår følgende effektivisering:

1. Leverandørene slipper å lage egne valideringstjenester
  - Mindre utviklingsarbeid
2. Vi får enklere testing
  - Vi slipper å teste «alle varianter» i de overnevnte systemene når leverandør bruker ferdige tjenester / komponenter
3. Nye løsninger som vi innfører kan bruke komponentene og slipper utvikling
  - Medfører kortere utviklings og innføringsløp



### 3. PROSJEKTETS HOVEDPRODUKTER

Hovedprodukter	Beskrivelse
Tjeneste for nasjonalt, felles hjelpenummer	Tildeling av NFH som fyller behovene beskrevet i punkt 3.1.
Regel for validering av nasjonalt, felles hjelpenummer	Det utvikles en kode som kan benyttes av ulike fagsystem.
Validator	For å sikre at også felles hjelpenummer blir underlagt validering og eksistenssjekk, utvikles en skalerbar validator raskt.
(Rettsutvikling)	Bistå Helse – og omsorgsdepartementet i utarbeidelse av en forskrift. Forskriften skal fastslå at NFH skal benyttes som en av tre personidentifikatorer i helsetjenesten

#### 3.1. Identifiserte behov som skal oppfylles i en tjeneste for NFH

Det er identifisert følgende behov i forbindelse med oppsett av en tjeneste for NFH, inkludert validator:



Figur 7: Oversikt over identifiserte behov som en tjeneste for NFH må oppfylle for at tjenesten skal være fullverdig. Videre angis det en prioritet med hensyn til utvikling der behov på M1A – rekken prioriteres først, deretter henholdsvis M1B og M1C

Oversikten kan først og fremst vise en prioritering dersom alle behov ikke kan dekkes i en første utvikling. Det er likevel viktig å poengtere at alle de identifiserte behovene som presenteres i figuren ovenfor må dekkes for at vi skal få en fullverdig tjeneste for NFH.

## 4. INTERESSENER

De viktigste interessentene i NFH er følgende:

Statlige/kommunale organisasjoner	Interesse-organisasjoner	Private aktører (ev. med kommunal eller statlig avtale)
Helse – og omsorgsdepartementet	KS	Fastleger
Helsedirektoratet		
Direktoratet for e-helse		
De fire helseregionene (Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord)		Avtalespesialister
		Journalleverandører
Kommunehelsetjenesten (helsestasjon, kommunal legevakt etc.)		Leverandører av fagsystemer
Sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre		
Nasjonale og regionale pågående og kommende prosjekter som trenger NFH		
Tannhelsetjenesten i fylkeskommunene		

Hvorfor interessentene er viktige for gjennomføring, hvordan de kan påvirke prosjektet og hvordan interessentene kan påvirkes av prosjektet:

Interessenter	Påvirkning av prosjekt	Påvirkes av prosjektet
Helse – og omsorgsdepartementet	Er viktig med tanke på prosjektets usikre finansiering. HOD vil kunne påvirke en ev. finansiering via Statsbudsjettet.	Prosjektet er en nødvendig forutsetning for å nå nasjonale strategier. Uten prosjektet vil viktige nasjonale og regionale målsettinger innen digitalisering, automatisering, pasientsikkerhet og samhandling på tvers ikke kunne innfris. Målet om at «Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger» i Meld.St. 9 (2012 – 2013) «Én innbygger – én journal» vil ikke kunne oppnås.

Helse-direktoratet	Viktig faginstans der det er nødvendig å hente faglig støtte for prosjektet gjennom et gjensidig samarbeid rundt regelverksutvikling og kvalitative gevinster.	Spesielt behov: Vil kunne ivareta behovet for ID-merking av barn til EU-arbeidsinnvandrere der innvandrer arbeider i Norge mens barnet bor i sitt hjemland. Viktig støtte for å holde rede på rettigheter til disse barna.
Direktoratet for e-helse	Siden løsning for NFH med validator er tenkt å bli en løsning for hele helsesektoren, må eierskap til løsningen ligge på et nivå som ivaretar hele sektoren.	Prosjektet vil bety økte kostnader. Dette vil igjen bety omprioriteringer innenfor Direktoratet for e-helse (MF Helse) eller behov for ny finansiering.
De fire helseregionene	Dette er viktige brukere av løsningen.	Resultatene fra prosjektet vil hjelpe regionene til å ivareta nødvendig pasientsikkerhet for alle pasienter. Det er knyttet både kvalitative gevinster og effektivitetsgevinster opp til prosjektet, som på ulike måter vil kunne hentes ut i de fire helseregionene.
Kommunehelse-tjenesten	Dette er en viktig bruker av løsningen.	Resultatene fra prosjektet vil hjelpe kommunesektoren til å ivareta nødvendig pasientsikkerhet for alle pasienter. Det er knyttet både kvalitative gevinster og effektivitetsgevinster opp til prosjektet, som på ulike måter vil kunne hentes ut i kommunesektoren.
KS	Interesseorganisasjon for kommunesektoren. Viktig at KS ser alle de positive effektene prosjektet vil tilføre kommunesektoren	Vil være et prosjekt som krever informasjonsvirksomhet og kommunikasjon med hele kommunesektoren
Fastleger	Viktige brukere av løsningen	Vil medføre høyere pasientsikkerhet og bedre samhandling rundt pasienter uten fødselsnummer eller D-nummer
Avtale-spesialister	Viktige brukere av løsningen	Vil medføre høyere pasientsikkerhet og bedre samhandling rundt pasienter uten fødselsnummer eller D-nummer
Sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre	Viktige brukere av løsningen	Bedre helhetlig datagrunnlag
Nasjonale og regionale pågående og	Viktige brukere av løsningen	Gir ubrutte digitale behandlingsskjeder og et godt grunnlag for oppnåelse av nasjonale målsettinger. Tilrettelegger for

kommende prosjekter som trenger NFH		høyere pasientsikkerhet og god samhandling rundt alle pasienter
Tannhelse-tjenesten i fylkeskommunene	Bruker av løsning	Legger til rette for samhandling mellom ulike nivåer av tjenesten mht. pasienter som trenger både tannbehandling og somatisk/psykisk behandling og som ikke har en sikker norsk ID eller som ikke kan gjøre rede for seg.
Journal-leverandører	Må gjøre endringer i sine systemer	NFH vil med stor grad av sannsynlighet bli et myndighetspålegg som må innføres for at systemet skal være oppdatert.
Leverandører av fagsystemer	Må gjøre endringer i sine systemer	NFH vil med stor grad av sannsynlighet bli et myndighetspålegg som må innføres for at systemet skal være oppdatert.

## 5. RAMMEBETINGELSE

Ved gjennomgang av rammebetingelsene tas det utgangspunkt i nasjonale strategier, da det er viktig å merke seg at nasjonalt, felles hjelpenummer er en nødvendig komponent for å sikre digitalisering, automatisering, samhandling og pasientsikkerhet. Uten en unik, sikker ID som NFH, vil det oppstå et behov for manuelle rutiner for å kunne oppnå tilstrekkelig pasientsikkerhet. Dette vil føre til brutte automatiske prosesser som ikke kan digitaliseres. Manglende muligheter for digitalisering vil være et hinder for effektiv samhandling. Digitalisering, automatisering, samhandling og pasientsikkerhet er viktige målsettinger i flere strategidokumenter. Det pekes spesielt på følgende dokumenter:

- Stortingsmelding nr. 9 «Én innbygger – én journal»
- Nasjonal e-helsestrategi 2017 – 2022.
- Målarkitektur for nasjonal dokumentdeling
- Sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010 – 2020 (helseregisterstrategien)
- Meld.St. 19 «Folkehelsemeldingen»
- Meld. St. 28 «Legemiddelmeldingen»
- Inera-rapporten; En nasjonell forstudie kring Reservidentiteter før pasienter – hur skapar vi en gemensam lösning för reservidentiteter i vård – och omsorg? Version 1.0  
[https://www.inera.se/globalassets/tjanster/personuppgiftstjansten/dokumentblock/forstudie\\_reservidentiteter.pdf](https://www.inera.se/globalassets/tjanster/personuppgiftstjansten/dokumentblock/forstudie_reservidentiteter.pdf)

### 5.1. Føringer for prosjektet

Følgende skal ivaretas:

- Ivaretagelse av **hele** helsetjenesten.
- Tiltak som er felles for NFH og andre deler av MF Helse skal samordnes og utføres **en** gang. (Gitt at prosjektet blir organisert som en del av MF-Helse)
- Prosjektet skal tilpasse kompleksiteten på den nasjonale løsningen til tidsrammen og til budsjettammen.
- Tjenesten skal være skalerbar.

## 5.2. Prosjektets avgrensninger

Avgrensning	Begrunnelse for avgrensning
Prosjektet skal utvikle en tjeneste som avgrenses til å benytte en sikker, unik ID kun innenfor helsesektoren.	Utenfor helsetjenesten gjelder fødselsnummer, D-nummer eller DUF-nummer. Tjenesten utvikles slik at pasientsikkerheten skal ivaretas mens pasienten befinner seg innenfor helsetjenesten

## 5.3. Rettslige reguleringer

Prosjektet omfattes av generelle juridiske rammer, herunder følgende lover: Primært vil NFH reguleres av pasientjournalloven og forskrift om pasientjournal.

Følgende lover og avtaler kan også komme til anvendelse:

- Personopplysningsloven
- Helsepersonelloven
- Pasient – og brukerrettighetsloven
- Pasientrettighetsdirektivet
- Helse – og omsorgstjenesteloven
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Samarbeidsavtaler Norge har i Barentsregionen
- Ny E-helselov (Når denne trer i kraft)

## 5.4. Prinsipielle spørsmål

Utredningsgruppen har ikke identifisert prinsipielle spørsmål tilknyttet valgt konsept.

## 6. PROSJEKTETS FORVENTEDE GEVINSTER

Gevinstene ved den ekstra tjenesten NFH, kan hentes ut ved å:

- Innføre nasjonalt, felles hjelpenummer som en av tre personidentifikatorene i Grunndataplattformen.
- Aktiviteter knyttet til innføring av nasjonalt, felles hjelpenummer kan gjenbrukes ved en senere innføring av ny PID (Nytt personnummer fra Folkeregisteret som skal innføres innen 2032.).
- Sparte fremtidige investeringskostnader ved at alle kommende nasjonale og regionale prosjekter slipper å utvikle egne løsninger for pasienter uten norsk identitetsnummer.

Uthenting av gevinster starter med piloteringen og fortsetter til NFH er innført i hele helsesektoren.

For en beskrivelse av virkningskjede se punkt 3.4.1 i prosjektbegrunnelsen (Vedlegg 1). Sentrale, kvalitative gevinster oppsummeres kort for å skape en initiell oversikt.

- NFH legger et grunnlag for å etablere ubrutte, digitale prosesser i helsetjenesten
- NFH bidrar til /er en forutsetning for en samlet journal for hver enkelt pasient i helsetjenesten.
- NFH bidrar til bedre samhandling mellom ulike behandlingstilbud og nivåer
- NFH bidrar til å eliminere feil og sammenblanding av journaler, prøvesvar, diagnoser og behandling
- NFH bidrar å koble kritisk informasjon til riktig pasient

Det er identifisert et gevinstpotensiale på min. 30,5 mill NOK pr. år i tilknytning til et prosjekt.

## 6.1. Oversikt over kvantitative effektivitetsgevinster og/eller kvalitetsgevinster

Klinisk område der gevinster hentes ut	Effektivitetsgevinster pr. år målt i NOK	Kvalitetsgevinster målt i antall tilgjengelige timer
Føde/barsel	5 650 000	12 556 timer
Akuttkjeden	8 700 000	19 334 timer
Laboratorievirksomhet	16 300 000	36 222 timer
Samlet	30 650 000	68 112 timer

Gevinstene kan enten hentes ut som effektivitetsgevinster målt i NOK og/eller som kvalitetsgevinster målt i ekstra tid som kan benyttes til å høyne kvaliteten på tjenestene. I praksis vil gevinstene ofte hentes ut som en blanding av effektivitets- og kvalitetsgevinster.

Det er ikke beregnet gevinster av området grensesamarbeid/internasjonalt samarbeid eller av økte muligheter for samlet fakturering pr. pasient. Det er ikke beregnet gevinster fra alle områder innenfor laboratorievirksomhet. Det er ikke beregnet gevinster for nasjonale registre. Gevinstanslaget må derfor anses som noe underestimert. For nærmere oversikt over beregninger, se vedlegg. Det vil arbeides videre med å anslå realistiske tall for kvantitative gevinster i prosjektets kommende faser.

## 7. OVERORDNET ORGANISERING

Det anbefales at et prosjekt for nasjonalt, felles hjelpenummer organiseres som en del av MF Helse-programmet i Direktoratet for e-helse.

Årsakene til dette er følgende:

De forventede gevinstene kan først hentes fullt ut når alle virksomheter innenfor helsetjenesten har implementert nasjonalt, felles hjelpenummer. Det er derfor hensiktsmessig at overordnet koordinering ivaretas av en organisasjon som kan ta et ansvar for koordinering av en samlet helsetjeneste. Videre må innføringen av NFH ses i sammenheng med andre prosjekter under MF-

Helse programmet. Det tenkes først og fremst på konsumentprosjektet. MF Helse har et utstrakt samarbeid med Skattedirektoratet og Program for modernisert folkeregister.

I den videre organiseringen bør det også tenkes på hvor et fremtidig prosjekt for innføring av ny personidentifikator bør organiseres. Et prosjekt for innføring av ny Personidentifikator (PID) kan gjenbruke løsninger og arbeid utført av et prosjekt for innføring av NFH. Det kan derfor være hensiktsmessig med en kobling mellom NFH og ny PID.

Forutsetninger for en organisering under program for MF Helse:

- Aktørene i sektoren har selv ansvar for å iverksette nødvendige tilpasninger
- Det må opprettes en nasjonal koordinator.

## 8. PROSJEKTETS AVHENGIGHETER OG FORUTSETNINGER

### 8.1. Forutsetninger for en vellykket innføring

- Det er en forutsetning at ny PID og nasjonalt, felles hjelpenummer har lik informasjons – og datamodell.
- Det er en forutsetning for vellykket innføring at EPJ-systemer og fagsystemer tar i bruk ny informasjonsmodell og sørger for at systemene kan motta både nasjonalt, felles hjelpenummer og ny PID.
- Det er en forutsetning for en vellykket innføring at det i en transisjonsperiode kjøres med både gammel løsning og ny løsning.
- Det foreligger et nasjonalt pålegg (forskrift) om at nasjonalt, felles hjelpenummer skal tas i bruk av hele helsetjenesten. Et myndighetspålegg vil medføre at nødvendige endringer i journal – og fagsystem for mange av aktørene dekkes av leverandørene, siden dette er et punkt i flere av forvaltningsavtalene.

### 8.2. Avhengigheter

Avhengighet	Kort beskrivelse av avhengighet	Ansvarlig (aktør,prosjekt, avdeling eller person)	Håndtering av avhengighet
Innføringsløpet til persontjenesten i MF helse	Forsinkes innføringen av persontjenesten, vil dette påvirke tidsløpet for innføring av NFH	Programleder	Prosjektleder
Avhengighet mellom prosjekter innenfor helsesektoren	NFH vil skape avhengigheter til alle eller mellom alle regionale/kommunale prosjekter	Programleder	Prosjektleder /Regional/kommunal prosjektleder

## 9. SKISSE TIL OVERORDNET PROSJEKTPLAN

Basert på erfaringer fra nåværende tjeneste for nasjonalt, felles hjelpenummer og den manglende implementeringen, foreslås en utviklings – og implementeringstrapp for ny tjeneste.

I det videre løpet må det skilles mellom hva som må gjøres nasjonalt og hva som må gjøres regionalt/lokalt.

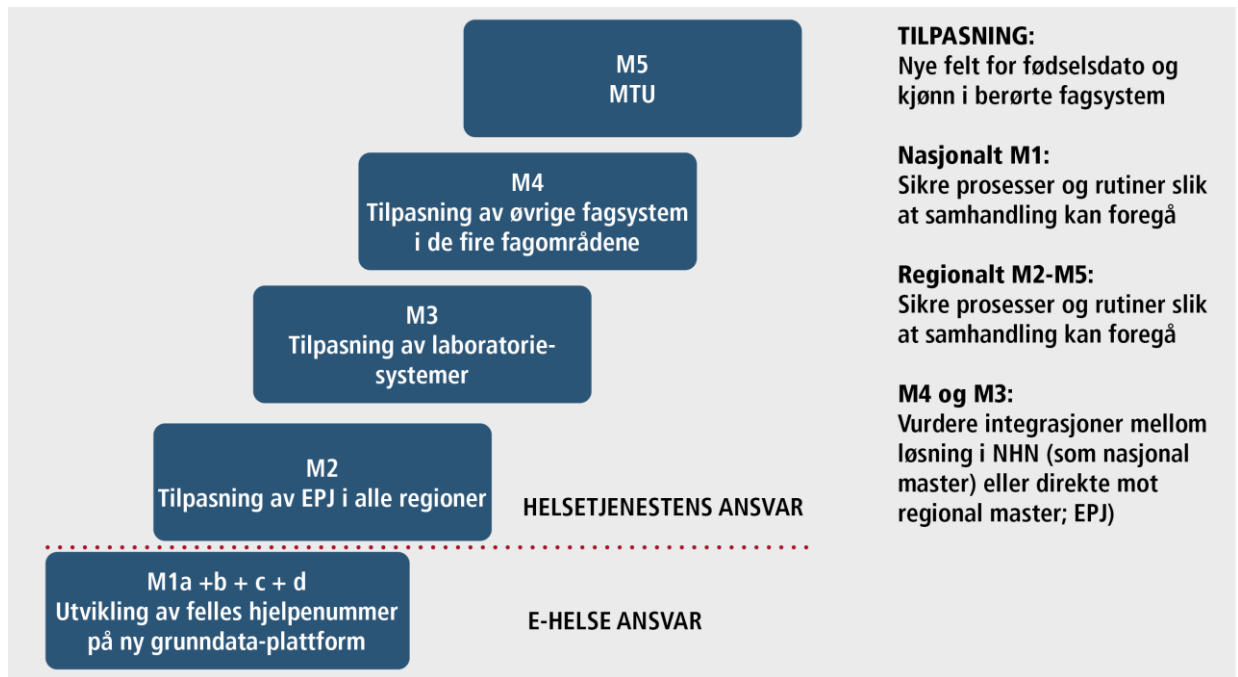
Et nasjonalt prosjekt må ta ansvar for følgende:

- Støtte regelverksutviklingen med tanke på utvikling og iverksetting av en forskrift som påbyr bruk av NFH i hele helsetjenesten.
- At Direktoratet for e-helse utvikler og legger ut en ny tjeneste (Først nasjonalt felles hjelpenummer og at denne tjenesten også er tilpasset for ny PID.)
- At Direktoratet for e-helse utvikler en enkel validator som ivaretar identitetsnummer fra 2-3 av våre viktigste samarbeidsland/land som har grenseavtaler med Norge.
- Utvikler nasjonale veiledere i et samarbeid med helseregioner og kommuner
- Etablering av nasjonal implementeringsplan og koordinerer effektueringen av denne.
- Oppfølging av at leverandører implementerer NFH (i et samarbeid med kommunehelsesektoren og regionene)
- Tilby en koordinator som støtter innføring i hele helsetjenesten med planlegging, ledelse og koordinering i hele løpet

Regionale prosjekt/kommuner må ta ansvar for følgende:

- Regioner og kommuner kartlegger sine systemer og prosesser
- Helse Midt-Norge innfører nasjonalt, felles hjelpenummer for Helseplattformen
- AMK Interregional tar i bruk nasjonalt, felles hjelpenummer fra høsten 2021 eller så snart det foreligger en tjeneste.
- Bestiller endringer fra sine leverandører. Bruke egne eksisterende nettverk.
- Testing og utrulling (Nasjonalt , felles hjelpenummer og ny PID)
- Testing pr. fagområde (akuttkjede, laboratorievirksomhet, føde/barsel og grensesamarbeid/internasjonalt samarbeid)
- Driftsetting pr. helseforetak/region/kommune

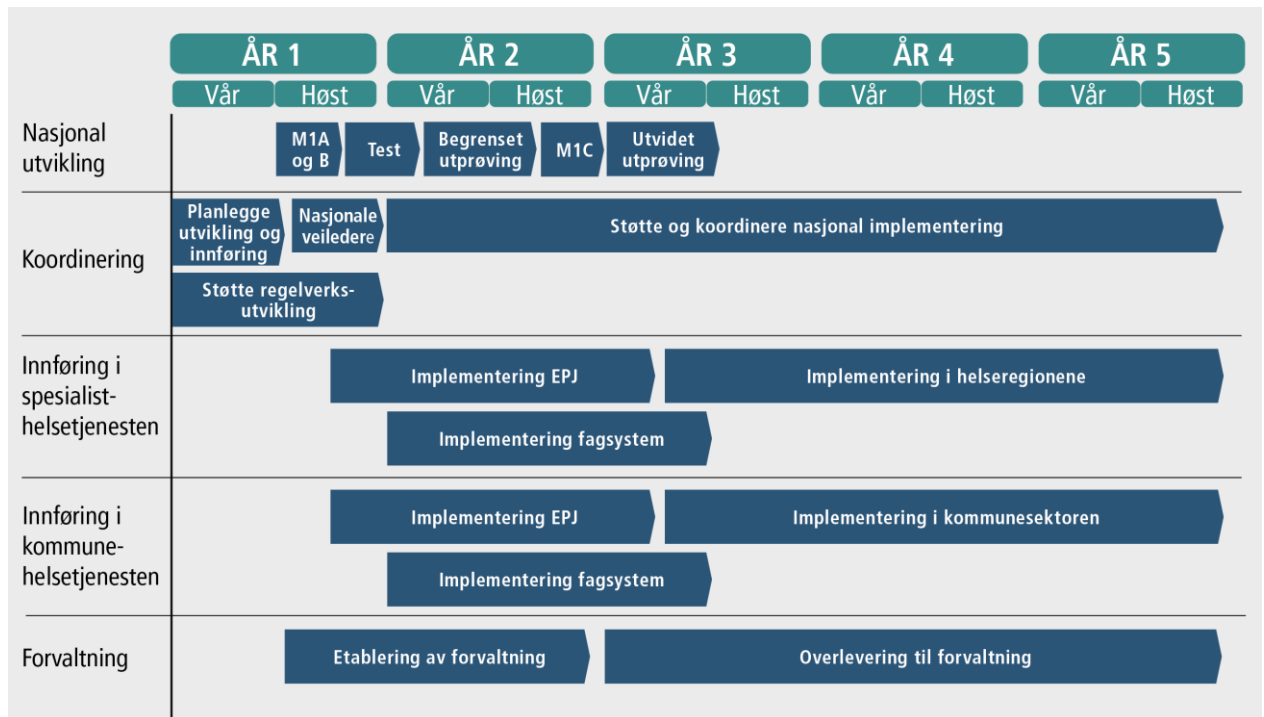




Figur 9: Figuren viser hvordan utvikling av tjenesten samt tilpasninger og endringer kan organiseres. Det første som må gjøres er utvikling av tjenesten. Deretter kartlegges EPJ-systemene og nødvendige endringer bestilles og leveres. Deretter skjer det samme med laboratorisystem etc. Valg av pilot vil kunne omrokkere på rekkefølgen av fagsystem.

## En stegvis utvikling og innføring

For å holde god kontroll på et prosjekt, er det hensiktsmessig å utvikle og implementere stegvis. I figuren er det presentert tre ulike lanseringer, der det anbefales å etablere M1A og M1B først, deretter M1C. For nærmere beskrivelse av en stegvis utvikling av løsning, vises det til figur 7 under pkt. 3.1



Figur 10: Overordnet prosjektplan for utvikling og implementering.

## 9.1. Pilot for begrenset og utvidet utprøving

Det anbefales følgende piloter:

- Et interregionalt prosjekt for AMK (Helse Vest)
- Helseplattformen (som vil omfatte både primær – og spesialisthelsetjeneste i Helse Midt-Norge)

Vurdering:

- En utprøving vil innbefatte både samhandling rundt personer uten norsk fødselsnummer eller D-nummer mellom helseregionene innenfor spesialisthelsetjenesten og mellom kommune og sykehus. Utprøving i de nevnte prosjektene vil derfor gi mye kunnskap som blir nyttig i utvidet utprøving og innføring.
- Interregional AMK og helseplattformen er pågående prosjekter som har etterspurt en nasjonal tjeneste for NFH. Dette vil bety lavere piloteringskostnader da prosjektene er etablerte.
- Ved å benytte Interregional AMK og helseplattformen som piloter, vil vi unngå at prosjektene utvikler proprietære løsninger for NFH, noe de har varslet kan bli nødvendig, dersom det ikke opprettes en tjeneste der prosjektene kan teste NFH i løpet av 1. halvår 2021. Fremvekst av proprietære løsninger vil bety mulige høye, unødvendige kostnader og betydelige oppryddingskostnader i etterkant.
- Det er estimert med gevinster på ca. 8,5 mill. NOK pr. år fra å innføre NFH i akuttkjeden. Dette er en solid gevinst.

## 10. FASER OG HOVEDLEVERANSER

Fase	Tidsrom (fra-til)	Hovedleveranser i fasen
1. planlegging og oppstart gjennomføringsfase	År 1	Ny tjeneste for nasjonalt, felles hjelpenummer i Grunndataplattformen er levert. (M1A og B) Nasjonale veiledere utviklet. Regelverksutviklingen støttes.
2. gjennomføringsfase	År 2	Enkel validatortjeneste er levert Forvaltningsregime er levert.
3. gjennomføringsfase	År 3	Utvidet utprøving er ferdigstilt. Nødvendige endringer gjennomført i alle EPJ og i de viktigste fagsystemene. Implementering i regionene og kommunene har startet.
4. gjennomføringsfase	År 4	Alle systemer kan ta imot nasjonalt, felles hjelpenummer Implementering i regioner og kommuner er halvveis gjennomført ved slutten av året. .
5. gjennomføring/-avslutning	År 5	Nasjonalt felles hjelpenummer er implementert nasjonalt. Overføring til forvaltning er ferdigstilt.

### 10.1. Relevant informasjon og erfaringer fra tidligere prosjekter

Arbeidsgruppen har hentet informasjon fra ulike deler av helsesektoren. Det er også hentet viktig informasjon fra tidligere dokumentasjon. Den viktigste dokumentasjonen har arbeidsgruppen hentet fra følgende foranalyser/prosjektdokumentasjon:

- Felles Hjelpenummer i Helse Sør-Øst. Foranalyserapport
- Regional PAS/EPJ-hjelpenummer. Sluttrapport fra HSØ
- Diverse dokumentasjon fra ATF (Automatisk tildeling av fødselsnummer)
- Diverse dokumenter fra MF Helse – prosjektet i Direktoratet for e-helse

## 10.2. Prosjektets kostnader og finansiering

Type kostnad/gevinst	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	År 6	År 7	År 8	År 9	År 10
Utviklingskostnader	5	3	2	0	0	0	0	0	0	0
Koordineringskostnader	2,5	2,5	2,5	2,5	0	0	0	0	0	0
Drift – og vedlikeholdskostnader	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Bruttogevinster	0	10	20	30	30	30	30	30	30	30
Nettogevinster	-7,5	2,5	13,5	25,5	28	28	28	28	28	28

Utviklingskostnader, koordineringskostnader og etter hvert sentrale drift – og forvaltningskostnader, vil påløpe hos Direktoratet for e-helse. I denne investeringsanalysen vil samlet nettogevinst over en 10-årsperiode være: 202 mill NOK. Det er da ikke tatt hensyn til lokale og regionale innføringskostnader.

### 10.2.1. Innføringskostnader i forbindelse med Nasjonalt, felles hjelpenummer (NFH)

Her spesifiseres innføringskostnadene.

Forutsetninger for estimatet:

- At implementering og test kan gjøres samtidig som andre (planlagte) endringer skal utføres.
- At det utvikles en egen Smart-on-FIHR app som kan brukes av leverandørene slik de slipper å utvikle så mye.
- At det utvikles en tjeneste for validering (Validatoren) slik at leverandør slipper å utvikle komplisert logikk og helseregionene slipper grundige tester av hver enkelt applikasjon
- Helseregionene har bare kartlagt de viktigste applikasjonene, vi vet ikke hvor mange andre applikasjoner som må endres eller hvor mye MTU utstyr som er berørt, og som kanskje må byttes ut
- Estimaten for HSØ forutsetter et regionalt prosjekt over maksimum 2 år
- At nasjonalt, felles hjelpenummer blir et statlig pålegg/nedfelles i en forskrift. Dette åpner for at mange kostnader er inkludert som vedlikehold i kontraktene.

Utviklingskostnader, koordineringskostnader og etter hvert sentrale drift – og forvaltningskostnader, vil påløpe hos Direktoratet for e-helse. I denne investeringsanalysen vil samlet nettogevinst over en 10-årsperiode være: 202 mill NOK. Det er da ikke tatt hensyn til lokale og regionale innføringskostnader.

Kostnader	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Kostnader for primærhelsetjenesten
Stipulerte innføringskostnader	50 mill NOK	10 mill NOK	5 mill NOK	5 mill NOK	0,2 mill NOK *20 journalsystemer= 4 mill NOK
Stipulerte Forvaltningskostnader under innføringsperioden	2 mill NOK	0,5 mill NOK	0,25 mill NOK	0,25 mill NOK	0,02 mill NOK pr. kommune
<b>Totalt</b>	<b>52 mill NOK</b>	<b>10,5 mill NOK</b>	<b>5,25 mill NOK</b>	<b>5,25 mill NOK</b>	<b>11,12 mill NOK</b>

Det er 20 journalsystemer som benyttes i kommunesektoren, inkludert tannhelsetjenesten. Vi har antatt at påkrevde endringer pr. journalsystem vil koste 200.000 NOK. Dersom endringene utføres samtidig med endringer i Grunndataplattformen er antagelsen at disse kostnadene halveres, da vi kun trenger å gjøre endringer en gang. Kostnadene vil gå fra totalt 4 mill NOK til 2 mill. NOK. Det er beregnet antall kommuner slik dette vil være fra 01.01.2020. Antall kommuner vil da være 356.

Det er usikkerhet knyttet til overslaget. Det er tatt forutsetninger beskrevet under pkt. 5.2.2. i dette dokumentet. Videre kan det være fagsystemer i kommunal sektor som også er avhengig av at endringer utføres. Dette er det ikke tatt hensyn til i overslaget. Dette beskrives i risikobetraktningen i pkt 10.4.

### 10.3. Strategi for gjennomføring

Strategien for gjennomføring bygger på valgt strategi for MF Helse.

- Konkurransestrategi. Som et utgangspunkt er det tenkt at tjenesten lages som en del av Grunndataplattformen.
- Utviklingsstrategi og valg av metode. Det benyttes smidig metodikk i tråd med den metodikken som er valgt for utvikling av Grunndataplattformen
- Strategi for endringsledelse. Metodikk utviklet av Direktoratet for e-helse benyttes.
- Strategi for overføring til linjen. Prosjektets resultater overføres til linjen nasjonalt når tjenesten er ferdig testet og pilotert. Tjenesten implementeres pr. region, helseforetak og kommune
- Kommunikasjonsstrategi: Det er lagt vekk på forankring under hele konseptperioden. I det videre løpet beholdes arbeidsgruppen som består av representanter fra helseregionene, kommunesektoren og Direktoratet for e-helse. I tillegg opprettes en ny arbeidsgruppe med representanter fra helsesektoren. Tiltaket inngår i kommunikasjonsstrategien til MF Helse.

## 10.4. Vurdering av prosjektets usikkerheter

### a) Trusler

Mulig hendelse	Virkning hvis ingen tiltak iverksettes	Tiltak som vil redusere hendelsens sannsynlighet og/eller konsekvens
Enkelte kommuner og regioner ønsker ikke å ta i bruk løsningen før 2032	Det vil ikke være mulig å hente ut alle forutsatte gevinster	Etablering av ny forskrift som pålegger helsesektoren å ta i bruk de tre personidentifikatorene; fødselsnummer, D-nummer og NFH
Enkelte EPJ-leverandører eller leverandører av relevante fagsystemer ønsker ikke å endre	Det vil ikke være mulig å hente ut alle forutsatte gevinster fra et nasjonalt, felles hjelpenummer	Starte tidlig dialog med relevante leverandører
Budjettmidler stilles ikke til rådighet for et nasjonalt prosjekt innenfor helsesektoren.	Det utvikles proprietære løsninger i regionene	Det må lages fleksible planer, slik at utvikling kan skaleres i henhold til budsjett.
Budjettmidler kan ikke stilles til rådighet fra regioner/kommuner	Prosjektet kan ikke starte som forventet	Øremerkede midler fra Statsbudsjettet Myndighetspålegg/forskrift som sier at hele helsesektoren skal implementere Nasjonalt , felles hjelpenummer og legge til rette for ny PID innen en frist.
Prosjektperioden strekker seg utover 4 år og prosjektet blir forsinket	Det er ikke budsjettert med tilstrekkelig midler og dette vil forsinke prosjektet ytterligere eller føre til en omprioritering av midler	Følge opp planer slik at risiko for forsinkelser oppdages tidlig Kartlegge ulike kilder for finansiering på et tidlig tidspunkt Replanlegge tidlig
Prosjektet er under - budsjettert	Dette vil føre til forsinkelser	Følge opp planer og budsjett slik at ev. underbudsjettering oppdages tidlig Kartlegge ulike kilder for finansiering Replanlegge tidlig , utvikle alternative planer

Regionene utvikler egne, proprietære løsninger	Nasjonal implementering blir ikke prioritert.	Prosjektet må utvikle en realistisk tidsplan som det styres etter. God kommunikasjon må etableres med interessenter Det må kommuniseres hvorfor det er nødvendig å lage en nasjonal løsning for tjenesten
Utvikling av Grunndataplattformen blir forsinket	Fremdriften blir ikke som forventet.	Prioritering av utvikling av Grunndataplattformen innenfor MF Helse

b) Muligheter

Mulig hendelse	Virkning hvis hendelsen inntreffer	Stimulerende tiltak
Implementering av ny PID kan utføres raskere enn planlagt.	Helsesektoren vil enkelt kunne ta ny PID i bruk.	Lik informasjonsmodell for nasjonalt, felles hjelpenummer og ny PID.
Ubetydelig tilleggskostnad ved implementering av ny PID	Helsesektoren vil samlet kunne få to tjenester til tilnærmet prisen av en.	Igangsetting av prosjekt for nasjonalt, felles hjelpenummer i tråd med forslaget.

## 11. VEDLEGG

- KONSEPT\_Prosjektbegrunnelse