

Agenda for møte i NUFA		
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)	
<i>Dato</i>	24. - 25. april 2019	
<i>Tid</i>	24. april kl. 10:00 – 25. april kl.14:15	
<i>Sted</i>	Thon Hotel Arena, Lillestrøm	
<i>Medlemmer</i>	Inga Nordberg, Dir. for e-helse Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF Geir Granerud, Helse Vest RHF Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF Kristian Onarheim, Helse Midt RHF Randi Brendberg, Helse Nord RHF Timoleon Papas, Nasjonal IKT Bente Saltnes Nedrebø, Nasjonal IKT Heidi Slagsvold, KS Egil Rasmussen, KS Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune Kirsti Pedersen, Oslo Kommune	Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune Thor J. Bragstad, Trondheim Kommune Mona Pedersen, Lenvik kommune Thore Thomassen, Helsedirektoratet Kirsten Petersen, Helsedirektoratet Sindre Solem, Norsk Helsenett Peter Holmes, FHI Mohammad Nouri Sharikabad, FHI Torgeir Fjermestad, Fastlege Rune Karlsen, Difi Arnfinn Aarnes, FFO Sverre Ur, Diabetesforbundet
<i>Observatører</i>	Tor Eid, Helse- og omsorgsdepartementet	
<i>Stedfortreder</i>		

Sak	Tema	Sakstype
13/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 30.–31. januar 2019	Godkjenning
14/19	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
15/19	Nasjonal e-helseportefølje	Drøfting
16/19	Plan for arbeid med veileder for tidligfaseplanlegging store IKT-prosjekt i RHF	Orientering
17/19	Regionale utviklingsplaner	Orientering
18/19	Nasjonal områdestyring av e-helse	Drøfting
19/19	Medisinsk avstandsoppfølging	Orientering
20/19	"NUFA snakker felles språk"	Orientering
21/19	Tema psykisk helse og digitale verktøy	Orientering/drøfting
22/19	Strategiprosessen – orientering om pågående arbeid	Orientering
23/19	Rapport Utviklingstrekk 2020	Orientering
24/19	Eventuelt	

Sak	Onsdag 24. april – Strategi-, portefølje- og forvaltningsprosessen	Saksunderlag
	Start dag 1	10:00
13/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 30.–31. januar 2019	Godkjenning
	Forslag til vedtak: NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referat fra møte 30.–31. januar 2019	Vedlegg 1: Referat fra NUFA-møte 30.–31. jan 2019
14/19	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
	Direktoratet for e-helse vil orientere om aktuelle saker.	
	Forslag til vedtak: NUFA tar sakene til orientering.	
15/19	Nasjonal e-helseportefølje	Drøfting
	Direktoratet for e-helse vil legge frem følgende saker:	Vedlegg 2:

	<ul style="list-style-type: none"> • Status for pågående portefølje og prosess for porteføljedefinering 2020 • Status på Felles grunnmur og HelseID • Drøfting av risiko og sentrale utfordringer i porteføljen • Drøfting av prosess for prioritering av tiltak på felles grunnmur og konsekvenser ved å ikke gjennomføre 	Topppnotat Nasjonal e-helseportefølje Vedlegg 2A: Statusrapport portefølje - januar 2019 Vedlegg 2B: Plan for utvikling av felles grunnmur
	Forslag til vedtak: NUFA tar status for nasjonal e-helseportefølje 2019 og en informasjon om definering av nasjonal e-helseportefølje 2020 og status på Felles grunnmur, til orientering og drøfter utvalgte tema knyttet til e-helseporteføljen. NUFA ber Direktoratet for e-helse ta med innspill framkommet i møtet i det videre arbeidet.	
16/19	Plan for arbeid med veileder for tidligfaseplanlegging store IKT-prosjekt i RHF	Orientering
	Helse Midt-Norge RHF ble i foretaksmøtet januar 2018 gitt oppdrag om å lede arbeidet med å utarbeide en veileder for tidligfaseplanlegging i IKT-prosjekter for RHF-ene. Helse Midt-Norge vil i møte presentere bakgrunn for oppdraget samt ha en gjennomgang av veilederen.	Vedlegg 8: Topppnotat Tidligfaseveileder for store IKT-prosjekt i RHF Vedlegg 8A: Veileder for tidligfaseplanlegging av IKT-prosjekter godkjent 05022019
	Forslag til vedtak: NUFA tar saken til orientering.	
17/19	Regionale utviklingsplaner	Orientering
	RHF-ene vil orientere NUFA og Direktoratet for e-helse om de regionale helseforetakenes utviklingsplaner samt og de avhengigheter disse har til leveranser fra direktoratet for e-helse.	Vedlegg 3: Topppnotat Regionale utviklingsplaner
	Forslag til vedtak: NUFA tar saken til orientering.	
18/19	Nasjonal områdestyring av e-helse	Drøfting
	Direktoratet for e-helse vil orientere om prosessen med å etablere områder innenfor nasjonal forvaltningsstyringsprosess, og ønsker NUFA sine innspill til dette arbeidet.	Vedlegg 4: Topppnotat Nasjonal områdestyring av e-helse
	Forslag til vedtak: NUFA ber Direktoratet for e-helse ta innspill fremkommet i møtet med i videre arbeid med å definere og etablere områder innenfor nasjonal forvaltningsstyringsprosess.	
19/19	Medisinsk avstandsoppfølging	Orientering
	Direktoratet for e-helse vil orientere om foreløpig rapport vedrørende nasjonal tilrettelegging for medisinsk avstandsoppfølging som oversendes HOD 25. april, samt orientere om videre organisering av arbeidet.	Vedlegg 5: Topppnotat Medisinsk avstandsoppfølging
	Forslag til vedtak:	

	NUFA tar saken til orientering og ber Helsedirektoratet, Statens legemiddelverk og Direktoratet for e-helse ta med seg innspill i det videre arbeidet.	
20/19	"NUFA snakker felles språk"	Orientering
	I 2018 ble det etablert en visjon for et økosystem for terminologi – Felles språk. Dette innebar blant annet å ta i bruk SNOMED CT. Nå utarbeides et veikart som konkretiserer arbeidet for å nå visjonen. Programmet ønsker NUFA sine innspill til arbeidet.	Vedlegg 6: Topppnotat NUFA snakker felles språk
	Forslag til vedtak: NUFA er orientert om definisjonen av felles språk, innretning på målbildet og hovedtiltakene i veikartet. Innspill fra NUFA tas med i det videre arbeidet med dokumentet.	
	Slutt dag 1	16:30
	Middag	18:30

Sak	Torsdag 25. april – tema: Psykisk helse og digitale verktøy	Saksunderlag
	Start dag 2	08:30
	Velkommen ved Karl Vestli, Direktoratet for e-helse.	
21/19	Tema psykisk helse og digitale verktøy	Orientering/drøfting
	Direktoratet for e-helse vil sette psykisk helse og digitale verktøy på dagsorden på NUFA. Psykisk helse har høy politisk prioritet. For å forstå de strategiske utfordringene og muligheter for digitalisering på området, vurderes psykisk helse som et mulig tema for Utviklingstrekkrapport 2020. Gjennom gruppearbeid er det ønskelig at NUFA gir innspill til videre utredning og analyse av feltet, og i hvilken grad dette feltet bør løftes tydeligere frem i fremtidige tilpasninger av strategi og handlingsplan.	Vedlegg 7: Topppnotat Tema Psykisk helse og digitale verktøy
	Forslag til vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill fra møtet i videre arbeid.	
22/19	Strategiprosessen – orientering om pågående arbeid	Orientering
	Direktoratet for e-helse vil orientere om videre arbeid med prioritering av handlingsplan for e-helse for 2019-2022.	
	Forslag til vedtak: NUFA tar saken til orientering	
23/19	Rapport Utviklingstrekk 2020	Orientering
	Direktoratet for e-helse vil presentere prosess og plan for arbeidet med rapport Utviklingstrekk 2020 og vil i møtet be om innspill til det videre arbeidet.	
	Forslag til vedtak: Direktoratet for e-helse tar med seg innspillene fra NUFA videre inn arbeidet med rapport Utviklingstrekk 2020.	
24/19	Eventuelt	
	Slutt dag 2	14:15

Oversikt over toppnotat og ekstra vedlegg:

Vedlegg 1 Referat fra NUFA møtet 30. – 31. januar 2019

Vedlegg 2 Toppnotat Nasjonal e-helseportefølje

Vedlegg 2A Statusrapport portefølje - januar 2019

Vedlegg 2B Plan for utvikling av felles grunnmur

Vedlegg 3: Toppnotat regionale utviklingsplaner

Vedlegg 4 Toppnotat Nasjonal områdestyring av e-helse

Vedlegg 5 Toppnotat Medisinsk avstandsoppfølging

Vedlegg 6 Toppnotat NUFA snakker felles språk

Vedlegg 7 Toppnotat Tema Psykisk helse og digitale verktøy

Vedlegg 8 Toppnotat Tidligfaseveileder for store IKT-prosjekt i RHF

Vedlegg 8A Veileder for tidligfaseplanlegging av IKT-prosjekter godkjent 05022019

Referat fra møte i NUFA		
<i>Møte</i>	Fagutvalget (NUFA)	
<i>Dato</i>	30.-31.januar 2019	
<i>Tid</i>	30.jan kl. 10:00 – 31.jan kl.14:15	
<i>Sted</i>	Scandic Hotel, Lillestrøm	
<i>Medlemmer</i>	Inga Nordberg, Dir. for e-helse Per Meinich, Helse Sør-Øst RHF Jon Gupta, Helse Sør-Øst RHF Kristian Onarheim, Helse Midt RHF Randi Brendberg, Helse Nord RHF Tim Papas, NIKT Bente Saltnes Nedrebø, NIKT Heidi Slagsvold, KS Egil Rasmussen, KS Bjørn Eivind Berge, Bergen Kommune Kirsti Pedersen, Oslo Kommune Arnfinn Aarnes, FFO	Ann-Kristin Smilden, Bærum Kommune Thor Johannes Bragstad, Trondheim Kommune Mona Pedersen, Lenvik kommune Thore Thomassen, Helsedirektoratet Kirsten Petersen, Helsedirektoratet Anders Grimsmo, Norsk Helsenett Sindre Solem, Norsk Helsenett Peter Holmes, FHI Mohammad Nouri Sharikabad, FHI Torgeir Fjermestad, Fastlege Rune Karlsen, Difi (dag 1)
<i>Ikke til stede</i>	Tor Eid (Observatør), HOD Sverre Ur, Diabetesforbundet	Per Olav Skjesol, Helse Midt RHF Geir Granerud, Helse Vest RHF
<i>Observatører</i>		
<i>Stedfortreder</i>	Gunnar Misvær dag 2 (for Kirsten Petersen, Helsedirektoratet)	
Direktoratet for e-helse	Sonja Turøy Brugman Tor Gunnar Saakvitne Siv Ingebrigtsen (dag 1)	Karl Vestli (dag 2) Karoline Gårdsmoen (dag 2) Lars Petter Ellefsen (dag 2)

Sak	Tema	Sakstype
1/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 7.nov-8.nov 2018	Godkjenning
2/19	Orientering fra Direktoratet for e-helse	Orientering
3/19	Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste – presentasjon av ekstern kvalitetssikring (KS1)	Orientering
4/19	Velferdsteknologisk knutepunkt	Orientering
5/19	Medisinsk avstandsoppfølging	Orientering
6/19	HL7 FHIR og nasjonal styring – hvordan og hvem?	Drøfting
7/19	Oppdatert produktstrategi grunndata	Orientering
8/19	Digitalisering av legemiddelområdet	Orientering
9/19	Orientering om rapporten "E-konsultasjon hos fastlege og legevakt"	Orientering
10/19	Strategisk plan for e-helse	Orientering
11/19	Innsatsområdet beredskap, informasjonssikkerhet og personvern	Orientering
12/19	Eventuelt	

Sak	Onsdag 30.januar – Strategi-, portefølje- og forvaltningsprosessen
1/19	Godkjenning av innkalling og dagsorden, samt godkjenning av referat fra møte 7.nov-8.nov 2018
	Nye medlemmer ble presentert: <ul style="list-style-type: none"> • Mona Pedersen - Lenvik kommune • Jon Gupta - Helse Sør-Øst RHF • Mohammad Nouri Sharikabad - FHI

	<p>Anders Grimsmo (NHN) har sitt siste møte i NUFA og det ble takket for langt og godt samarbeid.</p> <p>Innspill til referat fra NUFA 7.-8. november. Det kom innspill til saken "En vei inn" under Orientering fra Direktoratet for e-helse (37/18). Avviksmeldingen som er i bruk er ikke ment å brukes til medisinske hendelser. Slike avvik må i dag meldes på papir, og hever terskelen for å melde avvik. Spørsmålet er om løsningen for å melde uønskede hendelser, eller elementer i den også kan støtte dette formålet. Referatet fra NUFA 7.-8. november er oppdatert.</p> <p>Oppdatering vedr. KomUt: Nytt forslag for å kunne opprettholde KomUt fikk ikke gjennomslag. KomUt i dagens form er derfor lagt ned. KS jobber for å finne finansieringsløsninger for å kunne beholde kompetansenettverket i 2019 for så å finne en permanent finansieringsløsning fra 2020. Man kan ikke lenger bruke navnet KomUt. KS kaller det inntil videre Kompetansenettverket for e-helse og vil komme tilbake med endelig navn.</p> <p>For øvrig ingen kommentarer til innkalling og dagsorden, eller til referat fra møte 7.nov-8.nov 2018.</p>
	<p>Vedtak: NUFA godkjenner innkalling og dagsorden. NUFA godkjenner referat fra møte 7.nov-8.nov 2018.</p>
2/19	<p>Orientering fra Direktoratet for e-helse</p>
	<p>Inga Nordberg, Direktoratet for e-helse, orienterte om følgende saker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan for felles grunnmur ble overlevert HOD i desember. Det arbeides med plan for hvordan løsningene skal realiseres. • Nasjonal e-helseportefølje 2019 med fokus på prioriterte områder (legemiddelområdet, kodeverk og terminolog og En innbygger - en journal). • Reseptformidlerforskriften er endret slik at leger ikke må ha samtykke fra pasient for å innhente legemiddelopplysninger i Reseptformidleren. • NEO; 1.1.2020 vil det etableres en Nasjonal tjenesteleverandør med utgangspunkt i NHN. Det arbeides med å beskrive Tjenesteleverandøren sine oppgaver og hvordan myndighetsrollen i Direktoratet skal styrkes. Det skal leveres en rapport til HOD i slutten av februar. Rapporten behandles i Nasjonalt e-helsestyre 15. februar.
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering.</p>
3/19	<p>Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste – presentasjon av ekstern kvalitetssikring (KS1)</p>
	<p>Idunn Løvseth Kavlie, Direktoratet for e-helse, orienterte om resultatene fra ekstern kvalitetssikring (KS1) av Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste.</p> <p>Hovedanbefalinger fra KS-rapporten er at det er behov for dette nasjonale tiltaket og at konseptalternativ 7 bør velges. Kvalitetssikringsrapporten understreker at konseptvalgutredningen er basert på en grundig behovsanalyse som tydelig viser at tiltaket er nødvendig, og de anbefaler at forprosjektet settes i gang så raskt som mulig. For å sikre en komplett innføring i alle kommunene utenfor Midt-Norge anbefaler kvalitetssikrer at det bør være en stor grad av forpliktelse før et såpass stort tiltak settes i gang.</p> <p>Konseptvalgutredningen og kvalitetssikringsrapporten er underlag for videre behandling i Helse- og omsorgsdepartementet og et eventuelt oppdrag om å igangsette forprosjekt. Etter et forprosjekt med tilhørende ekstern kvalitetssikring (KS2) vurderes stortingsvedtak med investeringsbeslutning.</p>

	<p>På spørsmål om hvilke risikoer som er identifisert for det videre arbeidet ble det svart at dette gjelder eksempelvis risiko på organisering og styring (eks. nødvendig nasjonal styringsmodell), store krav til standardisering samt høye krav til informasjonssikkerhet og personvern.</p> <p>Det ble kommentert at Legeforeningen har sendt et notat til departementet der de anbefaler at prosjektet skrinlegges. Dette pga. høy risiko, begrenset gevinst og usikkerhet rundt finansiering. Det ble videre kommentert at det er pleie- og omsorgstjenesten i kommunene som er i behov av ny løsning og fastlegenes behov er ikke godt beskrevet. Det ble svart at direktoratet tar med seg innspillet i videre arbeid, men ikke deler Legeforeningens konklusjon. Ekstern kvalitetssikrer vurderer nytteverdi i anbefalt konsept som høyt med netto nåverdi på 14,5 milliarder kroner, i tillegg til en rekke andre ikke-prissatte virkninger. Behovsanalysen beskriver situasjonen for ulike deler av kommunal helse- og omsorgstjeneste (inkludert fastlege) og definerer at helsepersonell har behov for at løsningene er brukertilpasset, brukervennlige og lett tilgjengelige. Modell for finansiering er ikke vurdert, dette er del av et eventuelt forprosjekt.</p> <p>Kommunene kommenterte at pleie- og omsorgstjenesten har behov for bedre systemer enn de har i dag. Det er stor oppmerksomhet på dette arbeidet i kommunene. Det ble kommentert at det er viktig at kommunene forplikter seg til å bidra med nok ressurser i forprosjektet. Det er derimot utfordrende å få til en slik forpliktelse når man ikke vet hvilke økonomiske forpliktelser man inngår ved deltakelse.</p> <p>Det ble også kommentert at datadeling og grunndata vil løse mange samhandlingsbehov og det er derfor viktig å samtidig prioritere dette arbeidet.</p> <p>Helse Midt-Norge erfarer at det ligger mange muligheter i moderne EPJ-løsninger. Det gjør at man ikke kan sette likhetstegn mellom Sundhedsplattformen og Helseplattformen selv om løsningen leveres av samme leverandør. Det er viktig å ta alle bekymringer på alvor og aktivt jobbe for at fagpersoner bidrar inn i arbeidet for å tilpasse løsningen til behovene.</p>
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering.</p>
<p>4/19</p>	<p>Velferdsteknologisk knutepunkt</p> <p>Marianne Bårtvedt van Os, Direktoratet for e-helse orienterte om arbeidet med Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP).</p> <p>Målsettingen er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i Helse- og omsorgstjenestene innen 2020. Direktoratet for e-helse skal levere anbefaling knyttet til fullskala realisering av et nasjonalt knutepunkt for velferdsteknologi til HOD 1. oktober. Denne saken er en orientering om status og fremdriftsplan som skal leveres 1. februar.</p> <p>To strategiske perspektiv for hvordan en fullskalatjeneste bør realiseres ble lagt frem til diskusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrasjon gjennom VKP med standardiserte grensesnitt på VFT siden og leverandørspesifikke APIer på EPJ siden. • Integrasjon gjennom standardiserte grensesnitt på både VFT og EPJ siden. Dette forutsetter å se VKP i en større sammenheng med nasjonale felleskomponenter, initiativene for felles grunnmur og felles tilnærming til API management. <p>Følgende innspill frem kom i den etterfølgende diskusjonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Markedet har laget gode løsninger som er blitt tatt i bruk. Det er derimot utfordrende å administrere disse slik at de kan kobles inn mot pasient i EPJ. • Spesialisthelsetjenesten påpekte at de har fokus på avstandsoppfølging. Prosjektet kommenterte at det naturlige neste skritt for VKP vil være spesialisthelsetjenesten og

	<p>medisinsk avstandsoppfølging, men at omfanget på utprøvingen p.t. er den kommunale helsetjeneste og trygghetsteknologi. Det vil dras perspektiver til det i anbefalingen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det ble stilt spørsmål om det jobbes med å knytte VKP-løsningen mot helsenorge.no slik at pasientene får en vei inn til helsetjenesten. Foreslått implementeringsstrategi vil legge opp til at VKP knyttes til eksisterende initiativer innen e-helse, inklusiv helsenorge.no. • Det etterlyses diskusjon rundt etiske problemstillinger knyttet til konsekvens for pasienten, f.eks. knyttet til pasienters rett til samvalg. Direktoratet tar med dette innspillet videre.
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse om å ta med innspill i det videre arbeidet med å utarbeide anbefaling om realisering av et nasjonalt knutepunkt for velferdsteknologi.</p>
5/19	<p>Medisinsk avstandsoppfølging</p>
	<p>Espen Møller, Direktoratet for e-helse, orienterte om arbeidet med utredning av Medisinsk avstandsoppfølging. Oppdraget har sitt utspring i Nasjonal helse- og sykehusplan hvor det er en målsetting å kunne utøve helsetjenester på en ny og mer bærekraftig måte.</p> <p>Utredningsarbeidet er i en kartleggingsfase. Det er kommet innspill om at det er behov for en helhetlig tilnærming til problemstillingen rundt medisinsk avstandsoppfølging samt avklaring av ansvarsforhold mellom helseforetak, fastleger og andre kommunale tjenester. Videre er det viktig å få juridiske avklaringer knyttet til eierskap til data. Plan for videre utredningsarbeid ble levert rett før jul. Det er blitt gitt oppdrag i tildelingsbrev og foretaksprotokoller om videre oppfølging av planen.</p> <p>Fremtidige leveranser i prosjektet: kunnskapsgrunnlag og spesifisert innhold i utredningsarbeidet (31.mars), statusrapport (15.juni) og sluttrapport (15.des).</p> <p>Følgende innspill fremkom i den etterfølgende diskusjonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NUFA kommenterte at hvis målet er å optimalisere kapasitet i helsetjenesten, er det en risiko for at man har mer fokus på tjenestens behov enn pasientens behov. Forskningslitteraturen spriker på dette feltet. God helsehjelp (dvs. bedre enn i dag) og brukernes behov må være førende prinsipper. • Hvis man åpner for mulighet til avstandsoppfølging uten å ha klare mål om hvem som skal prioriteres, så viser undersøkelser at det er de ressurssterke som tar tjenesten bruk, og som i tillegg gir en økt arbeidsbelastning på helsepersonell. • Målgruppen for avstandsoppfølging bør være marginaliserte og svake innbyggere som har et underforbruk av helsetjenester fordi de har nedsatt evne til å ivareta sine behov (f.eks. psykisk utviklingshemmede, eldre med kognitiv svikt), innbyggere som av kjente praktiske og fysiske grunner har utfordringer mht. oppmøte (fysisk funksjonshemmede og belastende reise), innbyggere med frykt for eller har tidligere opplevd stigmatisering (f.eks. innvandrere, annerledes personer) og innbyggere som har mangelfull evne til å kommunisere eller av andre grunner ha vansker med fremme sin sak. Dette handler om de største brukergruppene hvor den ene halvparten får den vesentligste hjelpen av pårørende og hvor den andre halvparten mottar hjemmetjenester. Utredningen bør derfor innrette fokus utjevning av helsetjenestetilbudet og opplæring i bruk av avstandsoppfølging mot pårørende og hjemmetjenestene blir viktig. Alle legekantor bør kunne tilby pårørende opplæring. • Utredningen bør se på kjennetegn ved løsninger som har lyktes i Norge og utlandet (f.eks. Danmark). Nasjonalt senter for telemedisin (NST) i Tromsø var i mange år helt fremst i verden i utvikling og forskning på avstandsoppfølging. NST representerer en vesentlig erfaringsbase og arbeidet må ta med seg denne

	<p>kompetansen og læringen videre. Det foreligger internasjonalt flere oppsummerende studier av avstandsoppfølging. NUFA kommenterte også at i tilnærming og metodikk i arbeid bør man legge Helsedirektoratets kvalitetsstrategi for krav til nye tjenester til grunn, i prioritert rekkefølge: - er virkningsfull, er trygge og sikre, involverer brukere, er samordnet, utnytter ressursene og er tilgjengelige og blir rettferdig fordelt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det ble stilt spørsmål om det er behov for å se e-konsultasjon, VKP og avstandsoppfølging i en større kontekst der pasientens helsetjeneste er i sentrum. Det pågår mange utredninger med overlappende tematikk, og det er fare for fragmentering dersom disse ikke sees i sammenheng.
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Statens Legemiddelverk om å ta med innspill i det videre arbeidet med detaljering av plan for medisinsk avstandsoppfølging.</p>
6/19	<p>HL7 FHIR og nasjonal styring – hvordan og hvem?</p>
	<p>Hans Løwe Larsen, Direktoratet for e-helse innledet en sesjon om HL7 FHIR, Fast Healthcare Interoperability Resources. Direktoratet vil understøtte innføring av nye samhandlingsformer gjennom økt bruk av internasjonale standarder. HL7 FHIR regnes som den viktigste internasjonale standarden for datadeling innen e-helse.</p> <p>Formålet med sesjonen var å demonstrere bruksområder for FHIR og drøfte ulike problemstillinger knytte til FHIR i grupper.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Hvordan datadeling bidrar til bedre samhandlingstjenester:</u> Det er en internasjonal trend at man bruker små deler av informasjon fra ulike kilder og lager nye tjenester. Begreper som plattform, (åpne) API og applikasjoner ble forklart. • <u>Hvordan FHIR som standard er viktig for å få til datadeling:</u> Begreper som ressurser, profiler og hierarki av profiler ble presentert. I gruppearbeidet ble det diskutert hvilke ressurser som er viktigst for epikrise, henvising, behandlingsplan, innbyggerløsninger og avstandsoppfølging. • <u>Hvordan samarbeide for å få en koordinert bruk av FHIR:</u> I Norge er det påbegynt et arbeid i regi av HL7 med ressurser fra sektoren og Direktoratet for e-helse for å lage basisprofiler av FHIR-ressurser. Direktoratet arbeider også med å utarbeide anbefalinger og grunnleggende krav til standarder for datadeling herunder vurdering om forskriftskrav for bruk av åpne API-er. I gruppearbeid ble det diskutert hvilke områder som bør standardiseres, hvordan etablere et fagmiljø for dette området, hvordan finansiere FHIR-tiltak, hvordan sikre innføring av FHIR. Siste problemstilling var knytte til hvordan styre dette området fra myndighetssiden, i virksomhetene og hvilken rolle leverandører skal ha. <p>Tema og innspill som kom frem i diskusjonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nasjonal IKT har laget en video som er tilgjengelig på youtube hvor dokumentdeling i et pasientforløp er demonstrert • Det vil ta lang tid før virksomhetene tar i bruk mange av de nasjonale løsningene som er planlagt. NUFA var opptatt av hvilke gevinster man kan få av FHIR på kort og mellomlang sikt, og hvordan leverandører kan begynne å lage løsninger med denne standarden. • Det ble spurt om nye leverandører på EPJ-markedet er blitt invitert inn i leverandørmøter knyttet til Sentral forskrivningsmodul (SFM). Direktoratet svarte at alle er inkludert. Tingen for arbeidet med FHIR i SFM er for noen leverandører dårlig slik at leverandører vil lansere egne forskrivningsløsninger før SFM er ferdig. • NUFA ser arbeidet med FHIR som viktig. Det anbefales å bruke gode eksempler på praktisk bruk av FHIR for å få klinikere til å se nytten av å FHIR og engasjere seg i arbeidet med å lage gode profiler for datadeling.

	<p>Vedtak: NUFA ber om at innspillene fremkommet i møtet blir hensyntatt i det videre arbeidet med HL7 FHIR.</p>
7/19	<p>Oppdatert produktstrategi grunndata</p> <p>Ronny Holten Olsen, Direktoratet for e-helse, presenterte oppdatert produktstrategi for grunndata. Grunndata er en av byggeklossene i grunnmuren. Sektoren har bygget tette koblinger inn mot grunndata. Dette fører til at endringer er krevende å gjennomføre fordi det innebærer koordinerte og samtidige oppdateringer. Det er behov for felles krav og retningslinjer og felles infrastruktur på området.</p> <p>Det har gjennomført en gjennomgang av sektorens avhengighet til grunndata og identifisert behov for å øke sikkerheten på grunndata, forbedre tilgangsstyring, sikre økt tilgjengelighet, bedre kontroll og styring og større grad av standardisering. Det vil være et stort organisatorisk arbeid knyttet til å bygge nye tjenester, gradvis fase nye brukere over til en ny tjeneste og rydde og omstrukturere bak nye tjenester.</p> <p>Det kom spørsmål knyttet til RESH (virksomhetsregisteret) og om man ser for seg et nasjonalt RESH eller nasjonale standarder for regionale REHS. Det ble også stilt spørsmål om dersom HelseID blir måten å logge seg på, hvordan dette da vil fungere for administrativt personell. Det ble svart at det er mulig å se for seg en løsning der man har to nivåer på virksomhetsregisteret; ett nivå som ivaretar det lokale behovet for nøyaktighet i beskrivelse av organisasjonen/virksomheten, og et nasjonalt mer overordnet nivå.</p> <p>Det ble kommentert at det er viktig å ivareta sektorens behov før man starter videreutvikling/fornyning av registre. Det ble også kommentert at det er behov for noen nye variabler i registrene, for eksempel "kommunelege". Det ble kommentert at virksomhetsregisteret i kommunen er vanskelig, ettersom man der også bruker private aktører som en del av tjenestetilbudet.</p>
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse innarbeide innspill fremkommet i møtet.</p>
8/19	<p>Digitalisering av legemiddelområdet</p> <p>Espen Hetty Carlsen, Direktoratet for e-helse, presenterte det nyetablerte programmet Digitalisering av legemiddelområdet. Bakgrunnen for etableringen av programmet er at mange aktører har legemiddelområdet som et prioritert område. Styringsgruppen hadde sitt første møte 29.jan 2019. Det er bred representasjon fra sektoren i styringsgruppen.</p> <p>Programmet består av følgende prosjekter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientens Legemiddelliste (PLL) • Sentral forskrivningsmodul (SFM) • Multidose i e-resept (MD) • Legemidler og kjernejournal til PLO. <p>NUFA kommentert at dette er et viktig område som må prioriteres. Det ble kommentert at det forventes en rekke positive effekter ved å utarbeide en løsning for enhetlig og strukturert legemiddelinformasjon. Videre ble det kommentert at det er tre viktige fasetter med legemiddelområdet; hva som foreskrives, hva som utleveres og hva pasienten faktisk tar. Det er viktig å få oversikt over de to første fasettene og systematisert dette.</p> <p>Det kom innspill om at det er viktig å også innlemme helsestasjon i det videre arbeidet, da det her også foreskriver legemidler, som f.eks. p-piller.</p>
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering og ber prosjektet ta med seg innspill i det videre arbeidet.</p>
	<p>Slutt dag 1</p>

Sak	Torsdag 31.januar – Tema: E-konsultasjon
9/19	Orientering om rapporten "E-konsultasjon hos fastlege og legevakt"
	<p>Karl Vestli, Direktoratet for e-helse, innledet om dagens agenda. Fire innledere presenterte e-konsultasjon fra forskjellige ståsteder.</p> <p>E-konsultasjon – kommet for å bli! Nina Brøyn, Helsedirektoratet, og Jon-Torgeir Lunke, Direktoratet for e-helse, presenterte utredningsarbeidet som er gjennomført. Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse fikk i mai 2018 to parallelle oppdrag fra HOD om å utrede hhv faglige og tekniske løsninger for e-konsultasjon, samt kunnskapsoppsummering. Hensikten med oppdragene var å se hvordan helsesektoren gjennom digital kommunikasjon kan møte behovet hos pasientene og jobbe på en ny måte. Direktoratene laget en felles rapport som ble overlevert 30.11.2018. Rapporten fra direktoratene er per nå til behandling i departementet.</p> <p>Utredningen har fokusert på e-konsultasjon hos fastlegene og da særlig videokonsultasjon. Man har avgrenset utredningen til bruk av tekst, bilde og video. Utredningen viser at det er positive holdninger til dette om man antar at inntil 30 % av konsultasjoner i fremtiden kan gjennomføres som e-konsultasjon.</p> <p>E-helses oppdrag var primært å se på tekniske muligheter og løsninger for e-konsultasjon og omfattet samarbeid med leverandørmarkedet og vurderinger rundt mulige tilknytninger til helsenorge.no. Det komparative perspektivet har vært en viktig referanse i arbeidet med rapporten, og det er gjort sammenligninger med Sverige og Danmark, samt studiebesøk til UK. Det er utredet fire ulike konseptvalg, der direktoratene anbefaler konsept 2 som inkluderer krav i fastlegeforskriften og tilskuddsordning for de første 1000 som tilbyr e-konsultasjon (video) via helsenorge.</p> <p>Helsedirektoratet har i tildelingsbrev for 2019 fått nytt oppdrag for å utrede en løsning for "triagering". Direktoratet for e-helse er bedt om å støtte dette arbeidet.</p> <p>Videokonsultasjoner i praksis Ida Aalen, Produksjef og medgünder i firmaet Confrere, innledet med den teknologisk utvikling på e-konsultasjonsområdet og stilte spørsmålet om hvorfor ikke videokonsultasjon er mer utbredt? Svaret på dette skyldes antagelig at mange dessverre forbinder videokonsultasjoner med at den tekniske løsningen ikke fungerer. Teknologien og forståelsen av den endrer seg imidlertid hele tiden. Å ta i bruk ny teknologi, "domestisering", handler ikke bare om å kjøpe teknologien og anvende den. Teknologien må "temmes", den må tilpasses oss og vi må tilpasses den.</p> <p>Suksessfaktor ved innføringen av videokonsultasjon handler om å informere om hva man kan gjøre for å få det til å fungere i hverdagen. Da krever at fastlegene bruker tid på finne hvordan de må organisere arbeidet for å få det til å fungere best mulig i arbeidshverdagen. Lovkrav og finansielle insentiver vil også være viktig. Videokonsultasjons-teknologien vil da på sikt gi store muligheter.</p> <p>E-konsultasjon – er det nyttig? Petter Brelin er leder for Norsk forening for allmennmedisin (NFA). Fastleger har lenge hatt mulighet til e-kommunikasjon også via helsenorge.no. Pasienter velger likevel primært telefon som kommunikasjonsform med fastlegen. Undersøkelser viser at pasientene stort sett fornøyd med fastlegeordningen, og opplever høy tilgjengelighet hos fastlegene.</p>

NFA er opptatt av at e-konsultasjon ikke fører til at pasienter gjør unødvendig krav på legetimer når det blir lettere tilgjengelig. Man kan ikke erstatte fysiske konsultasjon og undersøkelse med video. Mye av verdien i fastlegeordningen ligger i kontinuiteten i relasjonen mellom pasient og lege. Videokonsultasjon og ny teknologi må understøtte dette. Den teknologiske utviklingen må sikre at nye løsninger er trygge for pasienten. Dette krever evaluering og forskning. NFA løfter frem følgende områder der e-konsultasjon er nyttig:

- Der man i dag har store geografiske avstander
- I oppfølging av kroniske pasienter, oppfølging av sykmeldte, tverrfaglig møter etc.
- I kompetansestøtte for hjemmesykepleie etc.
- Støtte for fastleger i situasjoner med behov for råd fra spesialister.

NFA gir følgende råd:

- Alle fastleger skal kunne starte videokonsultasjoner innen 1.9.19
- Det viktigste er ikke integrasjonene med journalsystemer, men å ta det i bruk og samtidig evaluere konsultasjonsformen.
- Unngå tvang og forskriftskrav. Fokuser heller på nytten av løsningen
- Flertallet av pasienten på et legekontor er over 70 år. Da er det viktig at løsningene er lette å bruke og tilgjengelige.

Kommentarer under paneldebatt og gruppediskusjon

Deltakerne var samlet i grupper som innledningsvis fikk 10 minutter til å diskutere temaet og relevante problemstillinger.

Oppsummert er de viktigste punktene fra diskusjonen følgende:

- Når det gjelder pasientens netthelsetjeneste kan e-konsultasjon bidra til å nå noen grupper bedre, eksempelvis unge menn/gutter som sliter med psykisk helse. Man må imidlertid fremheve viktigheten av forsvarlighet i behandlingen når den skjer som e-konsultasjon.
- Når det gjelder skalering bør e-konsultasjon ses i sammenheng med velferdsteknologi og utprøving av Primærhelseteam i Helsedirektoratet.
- Det er viktig å måle om de som bruker video også fortsetter å komme på legekantoret. Prospektive undersøkelser og studier vil her være viktig.
- Det ble påpekt at videokonsultasjon først blir uforsvarlig når man unngår å gjøre en fysisk undersøkelse bare fordi videokonsultasjon er tilgjengelig.
- Triageringsteknologi som en del av e-konsultasjon kan bidra til å redusere belastningene på fastlegene og unngå overforbruk av helsetjenester.
- Takst bør være tilpasset e-konsultasjon. For å følge utviklingen i bruk, bør det skilles på tekst og video.
- Løsninger som er laget på internett gjør e-konsultasjon enklere og billigere. Det ble kommentert at det å lage broløsninger kan være dyrt, vanskelig og kanskje unødvendig.
- Andre aktører kan også ha behov for å bruke video og e-konsultasjon, eks. for skolehelsetjenesten, helsestasjonene, fysioterapi og omsorgstjenester. I starten kan det være nyttig å få erfaringer i en type tjeneste for deretter å utvide.
- Debatten må ha fokus på pasienten og ikke oppmerksomhet knyttet til en bestemt teknisk løsning (video).
- Allmennpraksis er et lav-terskel tilbud kjennetegnet av kontinuitet og koordinering, er omfattende (ivaretar alle helseproblemene, ikke bare innleggelsesdiagnosen), personsentrert og forpliktende (fastlegeordningen). Vil alle disse kvalitetselementene bli ivaretatt i e-helsekonsultasjoner? Et minimum må være en løsning som gir støtte til opplæring i egenomsorg, samvalg og koordinering.
- Forskningsresultater spriker, men majoriteten av gode undersøkelser tyder på en total økning av kontakter med fastlegen ved innføring av e-konsultasjoner. Det er likevel ikke nok til å ta bort gevinsten med sparte utgifter til transport og andre kostnader slik

	<p>rapporten hevder. Det rapporten ikke har drøftet er at majoriteten av undersøkelser går i retning av flere sykehusinnleggelser. Hvis det blir tilfelle vil det bety økte kostnader totalt sett.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det ble fremholdt at det er viktig at også legeforeningen sender signaler til landets fastleger at det ikke er uforsvarlig å bruke video. Det er kun uforsvarlig når man unngår å gjennomføre fysisk sjekk når det burde vært gjort på grunn av video.
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering.</p>
10/19	Strategisk plan for e-helse
	<p>Karl Vestli, direktoratet for e-helse, innledet om arbeidet med strategisk plan. Dette er en del av Direktoratet strategiprosess for forvaltning av Nasjonal e-helsestrategi.</p> <p>For å gjøre planen handlingsrettet og mer egnet som verktøy for prioriteringsdiskusjoner i nasjonal e-helseportefølje skal direktoratet utvikle kriterier og prosess for prioritering av innsatsområdene med målsetning å kunne etablere en handlingsplan. Arbeidet med å etablere kriteriene for prioritering er fremdeles på et tidlig stadium og Direktoratet ønsker innspill til metoder og kriterier som kan brukes i det videre arbeidet.</p> <p>Gjennom arbeid i plenum, grupper og individuelt ble det gjennomført en arbeidsøkt hvor NUFA gav innspill til kriterier for hvordan innsatsområdene i strategien kan vektas.</p> <p>Følgende tema og innspill kom frem i diskusjonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flere friske leveår bør omdøpes til funksjonsevne • Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten (<i>..og bedre skal det bli</i>) har flere kriterier som kan brukes inn i dette arbeidet • Kriteriene kvalitet og likhet bør med • Kriteriene som er listet opp og avhengigheter mellom dem kan tydeliggjøres • Det er lite fokus på kultur og hva kulturen gjør med evnen til å ta i bruk ny teknologi og nye arbeidsmetoder <p>Direktoratet vil bruke NUFA i det videre arbeidet med den strategiske planen.</p>
	<p>Vedtak: NUFA tar saken til orientering.</p>
11/19	Innsatsområdet beredskap, informasjonssikkerhet og personvern
	<p>Jan Gunnar Broch, Direktoratet for e-helse, presenterte arbeidet med innsatsområdet Beredskap, informasjonssikkerhet og personvern.</p> <p>Etter flere sikkerhetsbrudd de siste årene, har oppmerksomhet rundt informasjonssikkerhet og hvilket ansvar dataansvarlig har endret seg. Overskrifter som "Dødelig personvern" har vært i fokus i media hvor diskusjon går på personvern og tolkning av lovverket knyttet til dette i ulike virksomheter i helsetjenesten. I utgangspunktet bør det ikke være konflikt mellom personvern og informasjonssikkerhet. Det er behov for gode risikovurderinger og reell ledelsesforankring for å sikre en balansert tilnærming.</p> <p>Informasjonssikkerhet er et viktig innsatsområde fordi det er et økt trusselbilde. Innbyggerne må ha tillit til helsetjenesten og personvern. Mye kan løses i fellesskap, særlig mtp. å ha innebygd personvern i alle nye nasjonale e-helseløsninger. Normen er en byggekloss som skal tilrettelegge for samhandling.</p> <p>Det er fokus på å videreutvikle Normen. Normen er fornyet ved utgangen av 2018 og er Norges første og største bransjenorm for informasjonssikkerhet. Målsettingen er å få Normen godkjent som adferdsnorm slik at det blir en bruksnorm med rettsvirkning.</p>

	<p>Normen skal på høring i sektoren i september. Det planlegges en temadag i NUFA i forbindelse med dette.</p> <p>Innspill fra NUFA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetanse på sikkerhet og risikovurderinger er en knapphet og her må det jobbes med å etablere gode prosesser. Direktoratet for e-helse bør legge til rette for dette. • Det bør skillles på tilgangsstyring og hvordan systemer sikres mot trusler utenfra. • Man må også adressere hvordan beredskapsansvaret for nasjonale løsninger håndteres.
	<p>Vedtak: NUFA tar presentasjonen til orientering, og imøteser en oppfølging av temaet i senere møter.</p>
12/19	Eventuelt
	Intet til eventuelt.
	Slutt dag 2

Til Møte 2/19
Dato 24.04.2019
Saksnummer 15/19
Type Orientering

Fra Inga Nordberg
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

Overskrift

Forslag til vedtak

NUFA tar status for nasjonal e-helseportefølje 2019 og en informasjon om definering av nasjonal e-helseportefølje 2020 og status på Felles grunnmur, til orientering og drøfter utvalgte tema knyttet til e-helseporteføljen. NUFA ber Direktoratet for e-helse ta med innspill framkommet i møtet i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

1. Orienterer NUFA om status for pågående portefølje og prosess for porteføljedefinering 2020
2. Orienterer NUFA om status på Felles grunnmur og HelseID
3. NUFA drøfter risiko og sentrale utfordringer i porteføljen
4. NUFA drøfter prosess for prioritering av tiltak på felles grunnmur og konsekvenser ved å ikke gjennomføre

Bakgrunn

Det henvises til sak 52/18 fra Nasjonalt e-helsestyre 6.12.2018 om definering av Nasjonal e-helseportefølje 2019, sak 5/19 fra NUIT 13. februar 2019 om Nasjonal e-helseportefølje 2019 og sak 10/19 fra NEHS 22. mars 2019 om Nasjonal e-helseportefølje 2019.

Statusrapport for Nasjonale e-helseportefølje gir en status for pågående programmer og prosjekter i nasjonal e-helseportefølje, og status på Felles grunnmur. Rapporten belyser også forutsetninger og avhengigheter i porteføljen samt oppsummerer felles risikoområder. Se vedlagt dokument.

I denne saken presenteres:

1. Statusrapport for pågående prosjekter i nasjonal e-helseportefølje og informasjon om prosess for definering av porteføljen for 2020. Målet med statusrapporten er å gi aktørene i Nasjonal styringsmodell felles forståelse av omfang, risiko, utfordringer og sentrale avhengigheter, samt forutsetninger for realisering av gevinster. Statusrapporten utarbeides som underlag til NUIT tre ganger årlig og som orientering til Nasjonalt e-helsestyre og NUFA. Rapporten baserer seg på innrapportering til nasjonal e-helseportefølje per 11. januar 2019.
2. Status på Felles grunnmur og HelseID. Plan for Felles grunnmur ble levert i januar 2019, og flere tiltak i Felles grunnmur gjennomføres i 2019 som nasjonale e-helseprosjekter eller linjeaktiviteter i direktoratet.

1. Status for pågående portefølje og informasjon om prosess for definering av porteføljen 2020

Porteføljen består av 50 prosjekter. De prosjektene som har rapportert budsjett har et samlet omfang i 2019 på 1,3 milliarder kroner. Flere prosjekter har ikke rapportert budsjett av ulike årsaker. Det samlede omfanget av porteføljen anslås å være på omtrent 2 milliarder kroner. Kvaliteten på de innrapporterte dataene blir stadig bedre, men ytterligere forbedring konkretisering av informasjonen som innrapporteres er ønskelig, som for eksempel på økonomiske data og leveranser og resultatmål.

Rapporteringen av porteføljen som helhet viser en tilfredsstillende overordnet status. Noen flere prosjekter i porteføljen melder grønn enn gul overordnet status. To prosjekter melder overordnet rød status. De viktigste årsakene til gul og rød status er forsinkelser på grunn av manglende ressurser og/eller manglende finansiering.

Risikobildet for Nasjonal e-helseportefølje er relativt uendret siden rapportering i oktober 2018. Årsakene til at gul risiko nevnes hyppigst er manglende leveranseevne hos EPJ-leverandørene, tilgang til ressurser, finansiering, avhengighet til sentrale myndigheter, endringsmotstand og risiko for manglende gevinstuttak.

I rapportering av avhengigheter er flere av avhengighetene til *Felles grunnmur for digitale tjenester* ikke rød, til tross for at prosjektene ikke forventer at avhengigheten vil bli innfridd. Dette kan skyldes at det i mange tilfeller vil være mulig å etablere kompensierende løsninger dersom nasjonale felleskomponenter ikke er tilgjengelig i tide. Dette kan imidlertid samlet sett være fordyrende for sektoren og samfunnet som helhet.

Risiko og sentrale utfordringer

En sentral del av arbeidet med porteføljen er å identifisere felles risiko og utfordringer på tvers av prosjekter. Ved denne rapporteringen ønsker vi å trekke frem og drøfte følgende tre utfordringsområder:

Innrapportering av kommunale prosjekter og innføring av e-helseløsninger i kommunene

Prosjekter som eies av KS/kommunene representerer kun 1 % av nasjonal e-helseportefølje, mens 99 % eies av RHF-ene/Nasjonale IKT, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. Direktoratet for e-helse ønsker en vurdering av om flere kommunale prosjekter bør inngå i nasjonal e-helseportefølje for å sikre et bedre helhetsbilde.

Mange prosjekter i porteføljen treffer kommunene med nye løsninger som skal innføres. Det vil derfor kreves betydelig innføringsinnsats fra kommunene i årene fremover.

Sikker identifisering av helsepersonell (eID) og sikker pålogging via HelseID

En sentral utfordring i porteføljen er sektorens tempo på innføring av sikker identifisering av helsepersonell ved hjelp av eID, PKI-infrastruktur og HelseID. Dette rapporteres som risikoområder fra flere av prosjektene/programmene i den nasjonale porteføljen. Sikker identifisering av helsepersonell er avgjørende for å ivareta informasjonssikkerheten i nasjonale og lokale løsninger, og ved bruk av HelseID som felleskomponent vil man få bedre brukeropplevelse og mer effektive arbeidsprosesser. Innføring av sikker identifisering krever flere tiltak i hele sektoren. Aktørene må få på plass utstyr, rutiner og avtaler slik at helsepersonell kan identifiseres med eID, og systemer som skal benytte nasjonale e-helsetjenester anbefales å implementere støtte for HelseID. Det ser ut til å være et behov for en tydeliggjøring av ansvar og roller på dette området. Hvordan området skal finansieres må også gås gjennom. Det er i dag uklart hva som er en behovseiers ansvar i forhold til eieren av felleskomponenten. Direktoratet for e-helse og

Norsk Helsenett samarbeider om for å finne en god løsning for hvordan man skal få etablert en strategi og et veikart for Helse ID samt hvordan man skal styrke forvaltningen.

Mer informasjon om status på HelseID beskrives i avsnitt 2. Status på felles grunnmur og HelseID.

Direktoratet for e-helse ønsker at NUFA drøfter følgende:

- Hvilke andre risikoområder vil NUFA framheve?

Definering av porteføljen for 2020

Direktoratet for e-helse har bedt aktørene i sektoren om å spille inn prosjektkandidater til nasjonal e-helseportefølje for 2020 innen 12. april 2019. Aktørene skal samtidig rapportere status på pågående portefølje. Det er gjennomført dialogmøter mellom de enkelte aktørene representert med NUIT- og NUFA representantene og Direktoratet for e-helse. I disse møtene ble aktørens planer for nye prosjekter og utfordringer med pågående programmer og prosjekter i nasjonal portefølje diskutert. Prioritering av innsatsområdene i Strategisk plan sto også på agendaen for dialogmøtene. Aktørens prosjekter innrapporteres i forbindelse med statusrapportering til NUIT så vil det ikke legges frem noen endelig oversikt før NUIT 27. mai og Nasjonalt e-helsestyret 19. juni.

Foreløpige oppsummeringene fra dialogmøtene viser at de regionale helseforetakene har fokus på å fullføre sine egne store prosjekter, og har økende grad av samarbeid med andre regioner. Flere regioner melder om at de er klare for å styrke samarbeidet med kommunene om få år. Kommunene melder om at de jobber med et veikart for kommunene med fokus på å få oversikt over hva som kreves av innføringsaktiviteter i årene framover.

2. Status på Felles grunnmur og HelseID

Felles grunnmur

Plan for Felles grunnmur ble levert i januar 2019 (se vedlegg). Tiltakene i planen ble identifisert gjennom en kartlegging av behovene til de strategiske satsingene, prosjektene i nasjonal e-helseportefølje, samt dialog med sektoren i etablerte kanaler og i møter med sentrale interessenter. Tidsplanen ble lagt ut i tid basert på realiseringsbehovene.

Flere tiltak i Felles grunnmur gjennomføres i 2019 som nasjonale e-helseprosjekter eller linjeaktiviteter i direktoratet. Videreutvikling av grunndataplattformen og fellestjenesten *Person* gjennomføres som en del av programmet *MF Helse* og etablering av standardisert terminologi gjennomføres i *Program for kodeverk og terminologi*. I tillegg gjennomfører direktoratet tiltak knyttet til krav og retningslinjer for data- og dokumentdeling og utvikler en modell for koordinert utvikling og forvaltning som skal innføres i 2020.

I 2019 har flere av de planlagte tiltakene blitt startet, men ikke alle er startet med så stort omfang som opprinnelig oppsatt. For å holde fremdriftsplanen må etterslepet tas inn igjen i 2020, eventuelt må fremdriften replanlegges.

Tabellen nedenfor viser følgende tiltak:

1. Tiltak som er startet i 2019, og som videreføres i 2020.
2. Tiltak som skulle starte i 2019, men som ikke er påstartet
3. Tiltak som var planlagt oppstartet i 2020.

Nr.	Tiltak	Kategori ¹
Resultatmål 1	Koordinert utvikling og forvaltning av byggeklossene i felles grunnmur er etablert med prosesser, roller og ansvar	
RM1-T2	Innføre prosesser, roller og ansvar for utvikling og forvaltning av byggeklossene	3
RM1-T3	Utarbeide målarkitektur for felleskomponenter, og avklare anvendelse av felles arkitekturprinsipper	3
RM1-T4	Etablere plan for hvordan internasjonale standarder skal benyttes i forskjellige samhandlingsmodeller og bruksområder	1
Resultatmål 2	Dagens samhandling er styrket på prioriterte områder	
RM2-T1	Innføre prioriterte e-helsestandarder for å oppnå enhetlig meldingsutveksling	Pågående tiltak
Resultatmål 3	Dokumentdeling er en standardisert samhandlingsform	
RM3-T1	Etablere nasjonale krav og retningslinjer for enhetlig innføring av dokumentdeling	1
RM3-T2	Uprøving av felles modell for tilgangsstyring for dokumentdeling	2
RM3-T3	Bistand til innføring av dokumentdeling på prioriterte områder	3
RM3-T4	Etablere og videreutvikle felleskomponenter for deling av dokumenter	2
RM3-T5	Standarder og tjenester for logging og logganalyse på tvers av virksomhetsgrenser	3
RM3-T6	Etablere innholdsstandarder for dokumentdeling	3
RM3-T7	Etablere nasjonal personverntjeneste for dokumentdeling	3
RM3-T8	Gjennomføre grundataløft for å understøtte tilgangsstyring på tvers	3
RM3-T9	Etablere test- og godkjenningsordning for dokumentdeling	3
Resultatmål 4	Et felles rammeverk for standardisert deling av og samarbeid om strukturerte data	
RM4-T1	Etablere nasjonale krav og retningslinjer for enhetlig innføring av datadeling	1
RM4-T4	Etablere felles retningslinjer for enhetlig innføring av internasjonale e-helsestandarder, inkludert utarbeidelse av basisprofiler	2
RM4-T5	Etablere og videreutvikle felleskomponenter for datadeling (API management)	Planlagt 2021, men bør kanskje fremskyndes?
Resultatmål 5	Enkel og sikker tilgang på felles grunndata med høy kvalitet er etablert	
RM5-T1	Videreutvikle grundataplattformen for økt sikkerhet, tilgjengelighet og kapasitet	1
RM5-T2	Etablere en enhetlig forvaltningsmodell for felles grunndata	1
RM5-T3	Etablere felles tjeneste for person, personell og virksomhet med FHIR standard og relevante kodeverk	1 Personell og virksomhet ikke startet.

¹ Kategori henviser til den nummererte listen over tabellen

RM5-T4	Etablere felles grunndata om virksomheter, inkludert modernisert enhetsregister (enhetlig virksomhetsstruktur)	2
RM5-T6	Utrede sektorens behov for utvidelse av grunndata	2
RM5-T7	Utarbeide nasjonale krav og retningslinjer for grunndata	3
Resultatmål 6	En felles standardisert terminologi for deling av helsefaglige opplysninger er tilgjengelig for bruk i sektoren	
RM6-T1	Etablere grunnlag for felles språk	1
RM6-T2	Etablere forvaltning av felles språk	1
Resultatmål 7	Tilrettelagt for innovasjon og næringsutvikling	
RM7-T5	Utrede juridiske hindringer for deling av helseopplysninger mot et økosystem av eksterne aktører og leverandører	2

I tillegg til tiltakene i listen ovenfor har en ROS-analyse vist at det kreves tiltak på dagens grunndatapattform. Grunndatapattformen er en av felleskomponentene i Felles grunnmur.

Direktoratet for e-helse ber NUFA drøfter prosess for prioritering av tiltak på felles grunnmur og konsekvenser ved å ikke gjennomføre.

HelseID

Gjennom porteføljen rapporteres det om bekymring knyttet til tempo på innføring av eID, HelseID og PKI-infrastruktur.

HelseID er en felles påloggingsløsning for helse- og omsorgssektoren. Den legger til rette for at helsepersonell kan få engangspålogging med én elektronisk ID (e-ID) i hele helsetjenesten, og for at sektoren lettere kan dele data og dokumenter. Målet er at HelseID skal benyttes i alle nasjonale e-helseløsninger og at sektoren gradvis skal ta løsningen i bruk. Innføring må gjøres i regi av prosjektene som tar HelseID i bruk.

Følgende tiltak er nødvendige for utbredelse og gevinstrealisering:

- Sektoren innfører eID på et høyt sikkerhetsnivå
- Leverandørene implementerer støtte for eID og HelseID
- HelseIDs funksjonalitet videreutvikles for å dekke behovene til sentrale tiltak
- Tjenesteforvaltningen videreutvikles for å understøtte økt behov
- Det etableres en finansieringsmodell for HelseID

Det er en tredobling av antall tjenester som vil integrere med HelseID fra i fjor vår, og økningen er forventet å fortsette videre. Prosjekter som er avhengig av HelseID er bl.a. Program for digitalisering av legemiddelområdet, Kjernejournal Innsyn, MF Helse, Hersedatapattformen og Melding om førerett.

Det er nå utarbeidet en strategisk retning for HelseID samt et veikart og en revidert leveranseplan for 2019 slik at Helse ID skal bli:

- enkelt å ta i bruk for alle typer tjenester
- foretrukket løsning for tilgang i helsesektoren
- tilrettelagt for stort volum



Direktoratet for
e-helse

Vedlegg 2A

Statusrapport

Nasjonal e-helseportefølje

Januar 2019



Tittel:

Statusrapport nasjonal e-helseportefølje

Utgitt:

Januar 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 realisering av 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 11. januar 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](#).

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	Gvinster	18
5	Forutsetninger og avhengigheter	20
5.1	Avhengigheter	20
5.2	Forutsetninger	22
6	Status på felles grunnmur	23
7	Vedlegg	25

1 Sammendrag

1,3 milliarder i budsjett

Siden forrige rapportering i oktober 2018 er det 9 prosjekter som har gått ut av porteføljen og 5 som har kommet til. Porteføljen består av 50 prosjekter med et samlet budsjett i 2019 på kr 1,3 mrd. Det er her nødvendig å påpeke at omfanget i realiteten er større, ettersom flere av prosjektene ikke har rapportert budsjett. For noen prosjekter skyldes det at man er inne i en anskaffelse og ikke ønsker å offentliggjøre en kostnadsramme.

Bedre kvalitet på innrapporterte 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. Det vil gi aktørene i sektoren et enda bedre bilde av innsatsen som legges ned for å realisere nasjonal e-helsestrategi.

Digitalisering av arbeidsprosesser vokser i omfang

Ved denne rapporteringen er det synliggjort enda mer av innsatsen aktørene legger ned i det strategiske området *Digitalisering av arbeidsprosesser*. Området er størst med over 50 % av porteføljens omfang og et budsjett på 680 mill. Flere aktører har rapportert inn et høyere budsjett på området i 2019. De store prosjektene som er kategorisert her bidrar også vesentlig til å oppnå strategiområdene *Bedre sammenheng i pasientforløp*, *Bedre bruk av helsedata* og *Helsehjelp på nye måter*.

Felles grunnmur må i større grad realiseres som integrert del av aktørenes prosjekter

Program for Felles infrastruktur og arkitektur (FIA) i Direktoratet for e-helse er nå lagt ned som program. Enkelte leveranser vil tas videre og fullføres i linjen, men kapasiteten vil være mindre enn den har vært i FIA. For å nå målene i nasjonal e-helsestrategi, er det behov for at aktørene i sektoren tar ansvar for å ta frem nasjonale grunnmursleveranser fremfor å etablere egne løsninger. Det øker også behovet for nasjonal arkitekturstyring og koordinering mellom aktørene i sektoren.

Sikker identifisering av helsepersonell tar tid å innføre

En sentral utfordring i porteføljen er at det tar tid å innføre sikker identifisering av helsepersonell ved hjelp av eID, PKI-infrastruktur og HelseID. Innføring av sikker identifisering krever flere større tiltak i sektoren, noe som er krevende og tar tid. Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett er i dialog for å få etablert en strategi og et veikart for HelseID og styrke forvaltningen.

Krever stor innsats fra kommunene

Mange prosjekter i porteføljen treffer kommunene med nye løsninger som skal innføres. Det vil derfor kreves betydelig innføringsinnsats fra kommunene i årene fremover. I tillegg kommer det prosjekter i kommunene som ikke er innrapportert til nasjonal e-helseportefølje, som er relevante for nasjonal e-helsestrategi, og som krever ytterligere koordinering².

² Dette gjelder eksempelvis Bergen og Oslo kommunes samarbeidsprosjekt som skal vurdere anskaffelse av nytt journalsystem for Legevakt, Øyeblikkelig hjelp døgnetenhet, Fengselshelsetjenesten og Smittevern (<https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/smart-omsorg/11592/article-149155>).

Porteføljekontoret ønsker en vurdering av om flere kommunale prosjekter bør inngå i nasjonal e-helseportefølje for å sikre et bedre helhetsbilde.

Nasjonal arkitekturstyring understøtter porteføljestyingsprosessen

Nasjonal arkitekturstyring skal understøtte den nasjonale porteføljestyingsprosessen³ og har fått eierskapet til plan for utvikling av felles grunnmur⁴.

Direktoratet for e-helse vil i 2019 utarbeide en modell for koordinert utvikling og forvaltning av felles grunnmur. Inntil dette er klart skal aktørene rapportere inn avhengigheter til grunnmuren i den nasjonale porteføljen.

Aktørene i sektoren skal også melde inn andre viktige avhengigheter i nasjonal portefølje slik at arkitekturstyring kan fylle sin rolle.

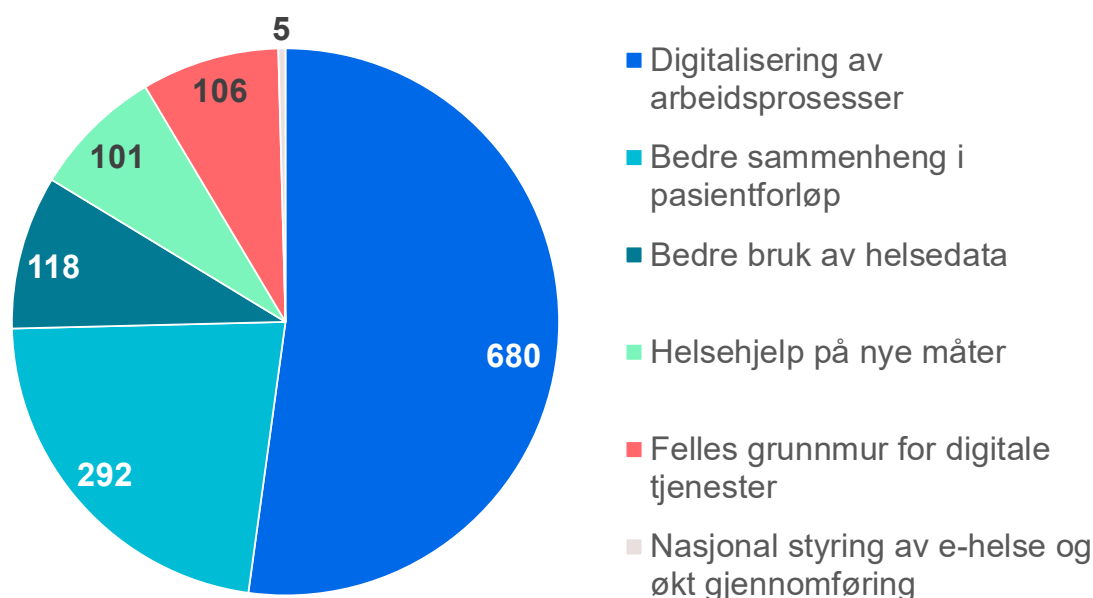
³ Nasjonal arkitekturstyring i helse- og omsorgssektoren (IE-1039, 2018)

⁴ Plan for utvikling av felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten (IE-1040, 2019)

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 budsjett på 1,3 mrd. for 2019 fordeler seg dermed 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. *Bedre sammenheng i pasientforløp* har omtrent like mange prosjekter, og et omfang på 22 % av porteføljen. Disse to strategiske områdene har økt omfanget betydelig i løpet av 2018 og til første rapportering i 2019, mens de resterende områdene har vært relativt stabile.

Digitalisering av arbeidsprosesser har i 2019-budsjettet økt med 28 % siden forrige rapportering. Økningen skyldes i hovedsak at Helse Vest RHF sitt prosjekt *Alle møter* har rapportert 77 mill. kroner i 2019-budsjettet (fra er ikke oppgitt). Helsedirektoratets prosjekt *Enklere digitale tjenester* (tidligere kalt *Selvbetjent Helseaktør*) har økt fra 15 mill. ved forrige rapportering til 55 mill. Samtidig har Helse Sør-Øst sitt prosjekt *Regional Ambulansejournal* (ny i porteføljen) rapportert inn 21 mill. i 2019-budsjettet.

1. Digitalisering av arbeidsprosesser understøttes av 17 prosjekter med et totalt omfang på 680 mill. i 2019. 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: Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste*, *Helseplattformen* i Helse Midt Norge og RHF-enes oppgradering til DIPS Arena (*Heliks* i Helse Vest, *FRESK* i Helse Nord og *Regional EPJ modernisering* i

Helse Sør-Øst) representerer viktige strategiske prosjekter. I tillegg kommer prosjekter for modernisering av kliniske applikasjoner og digitalisering av legemiddelinformasjon i hver enkelt virksomhet.

De store prosjektene som er kategorisert på dette området bidrar også vesentlig til å oppnå strategiområdene *Bedre sammenheng i pasientforløp*, *Bedre bruk av helsedata* og *Helsehjelp på nye måter*.

2. Bedre sammenheng i pasientforløp understøttes av 14 prosjekter med et totalt omfang på 292 mill. i 2019. Dette strategiske området består av fire innsatsområder.

2.1 Involvere innbygger i planlegging og gjennomføring av helsehjelp.

Det pågår flere prosjekter relatert til helsenorge.no hvor Nasjonal IKT sitt prosjekt *DIS - Digitale innbyggertjenester for spesialisthelsetjenesten* er størst i omfang. Andre større prosjekter her er Helsedirektoratets prosjekt *DIGI-UNG*.

2.2 Sikre kontinuitet i ansvarsoverganger

Innsatsområdet omhandler samhandling og består blant annet av Helsedirektoratet sine prosjekter *Primærhelseteam*, *Oppfølgingsteam* og *Pakkeforløp for psykisk helse og rus*.

2.3 Dele oppdaterte legemiddelopplysninger gjennom hele pasientforløpet - på tvers av organisasjoner.

Helse Sør-Øst RHF sitt prosjekt *Regional kurve og medikasjon* er størst i omfang innenfor dette området. *Digitalisering av legemiddelområdet* i Direktoratet for e-helse inneholder en rekke prosjekter med mål om å øke pasientsikkerheten gjennom å dele pasientens legemiddelopplysninger digitalt mellom behandlere på tvers av behandlingsnivå for innbygger.

2.4 Dele viktige helseopplysninger i den akuttmedisinske kjeden

Innsatsområdet består av prosjektet *Kjernejournal – innsyn journal* i Direktoratet for e-helse.

3. Bedre bruk av helsedata understøttes av åtte prosjekter med et totalt omfang på 118 mill. i 2019. *Helsedataprogrammet* som eies av Direktoratet for e-helse er størst innenfor området, og skal gi enklere tilgang og bedre grunnlag for analyse av helsedata.⁵

4. Helsehjelp på nye måter understøttes av fem prosjekter med totalt omfang på 101 mill. i 2019. Prosjektene eies av Helsedirektoratet, Oslo kommune og Helse Nord-Norge RHF. *Nasjonalt program for velferdsteknologi* er driver på området som skal hjelpe innbyggerne å klare seg selv i eget hjem, og bidra til å sikre livskvalitet og trygghet for brukerne.

5. Felles grunnmur for digitale tjenester understøttes av fire prosjekter med et totalt omfang på 106 mill. i 2019. Dette området har blitt redusert fra syv prosjekter ved forrige rapportering. Den viktigste årsaken til reduksjonen er at *Program for Felles infrastruktur og arkitektur (FIA)* i Direktoratet for e-helse har gått over til å bli en del av den ordinære linjedriften i direktoratet. *Program for kodeverk og terminologi* og *MF Helse* er viktige prosjekter på dette området.

6. Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføring understøttes av to prosjekter med et totalt omfang på 5 mill. i 2019. Prosjektene på området er *Nasjonalt e-helsemonitor (Direktoratet for e-helse)* og *Nasjonalt prosjekt Digihelse (KS)*. *Etableringen av ny nasjonal*

⁵ *Helsedataprogrammet* finansierer 10 mill. kroner av *Program for kodeverk og terminologi*, disse midlene er satt på det strategiske området *Felles grunnmur for digitale tjenester*.

tjenesteleverandør (NEO) er ikke lenger del av porteføljen. 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 overordnet status⁶. To prosjekter melder overordnet rød status.

De to prosjektene som melder rød overordnet status er Statens legemiddelverk sitt prosjekt *Pasientsikkerhetsvarsler til innbygger og fastlege* og Helse Sør-Øst RHF sitt prosjekt *Regionalt laboratoriesystem*. Sistnevnte er ett år forsinket på grunn av forsinket etablering av regional plattform. Prosjektet *Pasientsikkerhetsvarsler til innbygger og fastlege* har uavklart finansiering. Disse to prosjektenes røde status vurderes ikke å ha negativ påvirkning på andre prosjekter i porteføljen.

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 prosjekter som foreslås inn i nasjonal e-helseportefølje har akseptabel risiko.

Fordeling av risiko for Nasjonal e-helseportefølje er relativt uendret siden forrige rapportering i oktober 2018. Status for 2019-porteføljen er at 68 % av porteføljen melder medium risiko. To prosjekter melder høy risiko og 13 prosjekter melder lav risiko.

Prosjektet *Regionalt laboratoriesystem* melder fortsatt rød risiko på grunn av manglende regional plattform i Helse Sør-Øst, men har som kompensierende tiltak planlagt å etablere tre installasjoner i stedet for en. Revidert plan øker kostnadene til gjennomføring og ny styrebehandling kreves.

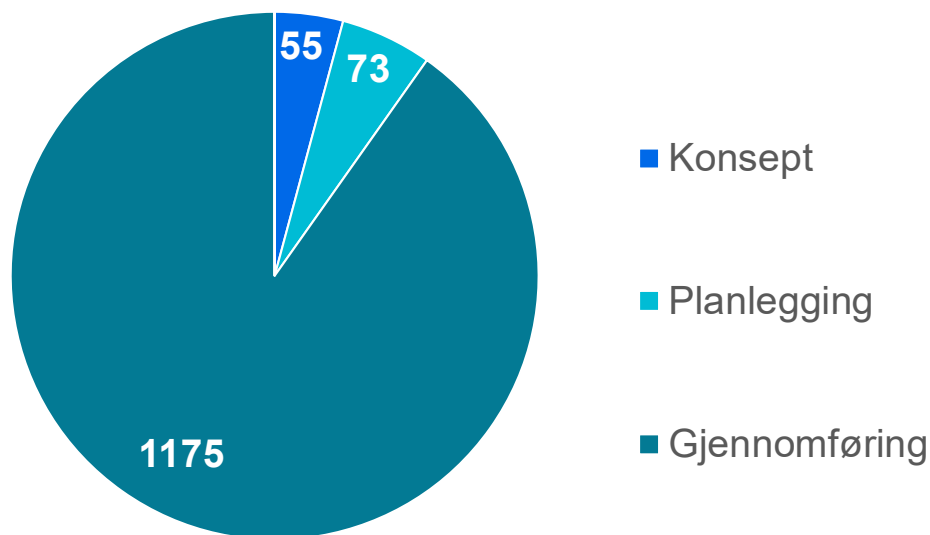
Prosjektet *Primærhelseteam* melder rød risiko knyttet til avhengigheten til utvikling hos EPJ-leverandøren Infodoc. Det pågår dialog mellom EPJ-løftet og Infodoc.

De vanligste årsakene til gul status er manglende leveranseevne hos EPJ-leverandørene, tilgang til ressurser og finansiering, avhengighet til sentrale myndigheter, endringsmotstand og risiko for manglende gevinstuttak. 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.

⁶ Merk at det er stor forskjell på granularitet på statusrapporteringen fra store programmer til små prosjekter

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: Omfang i 2019 fordelt på fase i Prosjektveiviseren, oppgitt i mill. kroner

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 mange flere prosjekter derfor vil være i gjennomføringsfasen enn i de øvrige fasene.

Ved rapporteringen i oktober 2018 utgjorde konsept- og planleggingsfasen 24 % av porteføljen mot 10 % ved denne rapporteringen. Endringen skyldes i hovedsak at *Helsedataprogrammet*, som har et budsjett på 127 mill. i 2019, har gått fra planleggingsfase til gjennomføringsfase.

Avslutningsfasen i prosjektene er normalt kort, så derfor vil det til enhver tid være få prosjekter i avslutningsfasen.

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

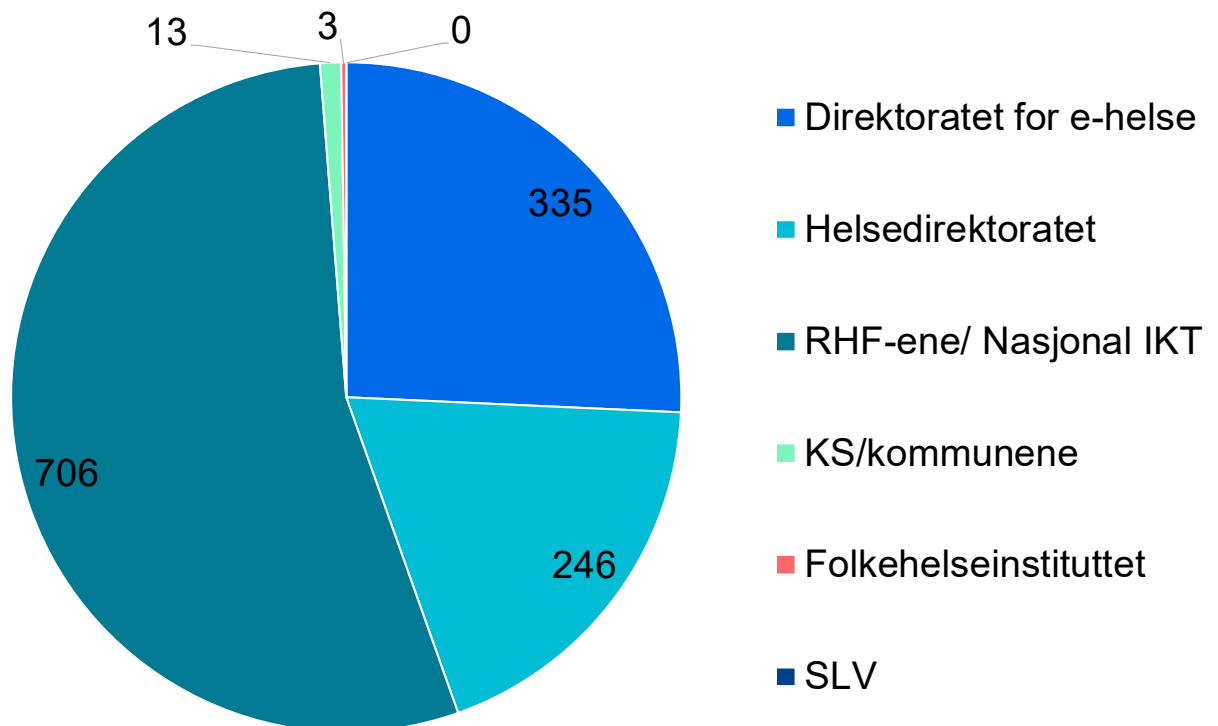
Nasjonal e-helseportefølje består per januar 2019 av 50 prosjekter med et samlet budsjett på 1,3 mrd.

Samlet innrapportert budsjett i 2019 har økt fra 1,17 mrd. i oktober 2018 til 1,3 mrd., som er en økning på omtrent 10 %. Den økende trenden som vi så i 2018, ser dermed ut til å fortsette.

Antall prosjekter i porteføljen er nedadgående, men prosjekter som er meldt inn til nasjonal portefølje, hovedsakelig fra RHF-ene, rapporterer nå et budsjett som gjør at omfanget totalt sett er større. Det er en positiv utvikling at alle RHF-ene nå har prosjekter i nasjonal e-helseportefølje.

Det er fortsatt mange prosjekter som ikke oppgir budsjett for 2019, hvorav flere er av betydelig størrelse. Dermed er nasjonal e-helseportefølje i realiteten større i omfang enn det som kommer fram her.

Under vises budsjettet for porteføljen fordelt på hver aktør:



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

Prosjekter som eies av KS/kommunene representerer kun 1 % av nasjonal e-helseportefølje, mens 99 % eies av RHF-ene/Nasjonalt IKT, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet.

Tidligere år har omtrent halvparten av porteføljen bestått av prosjekter fra Direktoratet for e-helse. Nå er det en større andel prosjekter fra RHF-ene/Nasjonalt IKT som i omfang har økt med 121 mill. i 2019-budsjett siden rapportering i oktober 2018⁷.

Det er ikke oppgitt budsjett 2019 for Statens Legemiddelverks prosjekt *Pasient-sikkerhetsvarsler til innbygger og fastlege* der finansieringen er uavklart.

Innrapportert budsjett for 2019 fra RHF-ene/Nasjonalt IKT på 706 mill. fordeler seg slik:

- Helse Sør-Øst: 283 mill. (seks prosjekter)
- Helse Vest: 231 mill. (to prosjekter)
- Helse Midt-Norge: 135 mill. (fire prosjekter)

⁷ Flere store prosjekter/programmer har ikke oppgitt budsjett, som for eksempel Helseplattformen (Helse Midt-Norge) og FRESK (Helse Nord).

- Helse Nord: 0 mill. (to prosjekter hvor budsjett ikke er oppgitt)
- Nasjonal IKT: 57 mill. (fire prosjekter)

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

ID	Prosjekt/program	Ansvarlig virksomhet	Budsjett 2019	Kommentar
169	KPR trinn to	Helsedirektoratet	15	Utvidelse av KPR med ytterligere datafangst fra tjenestene omsorg og allmennlege, for å utvide registerets innhold og kvalitet.
170	Innsyn og tilgjengeliggjøring NPR og KPR	Helsedirektoratet	3	Formålet med plan for innsyn er automatisk innsyn til alle som etter loven har rett til innsyn, forenklet innsyn, gjenbruk og gevinster til beslektete områder.
171	MSIS-databasen	FHI	3	Databasen skal brukes for å heve kvaliteten på MSIS registeret.
172	Digihelse fase 2	Oslo Kommune	4	Utjevne Digihelse løsningen slik at den blir lik for innbygger uavhengig av hvilket fagsystem kommunen benytter.
173	Regional Ambulansejournal	Helse Sør-Øst RHF	21	Anskaffe og innføre elektronisk journal for ambulansetjenesten i regionen.

Tabell 1: Nye prosjekter i nasjonal e-helseportefølje

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

ID	Prosjekt/program	Ansvarlig virksomhet	Budsjett 2019 (fra oktober 2018-rapportering)	Kommentar
21	Program for felles infrastruktur og arkitektur (FIA)	E-helse	15	Avsluttet som program. Aktiviteter og leveranser videreføres som ordinære linjeoppgaver.
57	Regional utvidelse av stamnettet	NHN	2	Prosjektet anses som ferdig og tas derfor ut av porteføljen.
58	eDÅR - Elektronisk innrapportering til Dødsårsaksregisteret	FHI	Ikke oppgitt	Prosjektet anses som ferdig. Resterende aktiviteter er lagt til forvaltning.
109	FEST for sykehus - strukturert legemiddelinformasjon for spesialisthelsetjenesten	SLV	18	109 for sykehus - strukturert legemiddelinformasjon for spesialisthelsetjenesten inngår nå i 102 SAFEST Realisering (Nasjonal IKT).

ID	Prosjekt/program	Ansvarlig virksomhet	Budsjett 2019 (fra oktober 2018-rapportering)	Kommentar
129	GREP - NPR og KPR	Helsedirektoratet	Ikke oppgitt	Prosjektet er oppløst. De to tiltakene som videreføres er angitt som nye prosjekter i nasjonal portefølje (169 KPR trinn to og 170 Innsyn og tilgjengeliggjøring NPR og KPR)
146	Ny e-helseorganisering NEO	E-helse	Ikke oppgitt	Avsluttet som prosjekt, videreføres som tiltak i linjen.
154	Felles klinisk kunnskapsgrunnlag	NIKT HF	Ikke oppgitt	Prosjektet er stanset.
162	AMK - Interregionalt	Helse Vest RHF	Ikke oppgitt	Rapportering på AMK-prosjektet utsettes inntil kontrakt er inngått og innføringsprosjektet er etablert, planlagt mot slutten av 2019.
166	Legemiddelsamstemming	Helse Nord RHF	Ikke oppgitt	Prosjektet er ferdigstilt.

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

Direktoratet for e-helse sine prosjekter innenfor legemiddelområdet rapporterer nå samlet i prosjektet⁸ *Digitalisering av legemiddelområdet*. Det inkluderer prosjektene *Pilotere og innføre multidose i e-resept nasjonalt*, *Legemidler og kjernejournal i PLO*, *Sentral forskrivningsmodul* og *Pasientens legemiddelliste*.

3.5 Prosjektene totalkostnad

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

Aktørene rapporterte for første gang i april 2018 på prosjektene helhetlige kostnadsbilde, herunder totale prosjektkostnader og forventede årlige forvaltningskostnader. Datagrunnlaget som ble innhentet var da mangelfullt. Dette er fremdeles situasjonen, selv om det er en viss forbedring i innrapporterte data i oktober 2018 og nå i januar 2019. Det er forventet at aktørene vil forbedre datagrunnlaget ytterligere i 2019.

- 24 % av prosjektene har ikke rapportert totale prosjektkostnader (40 % i april 2018)
- 64 % av prosjektene har ikke rapportert årlige forvaltningskostnader (71 % i april)

Lav datakvalitet gir et lite pålitelig bilde av porteføljens totale kostnader og årlige forvaltningskostnadene som sektoren pådrar seg, samt at det kan indikere at noen prosjekter

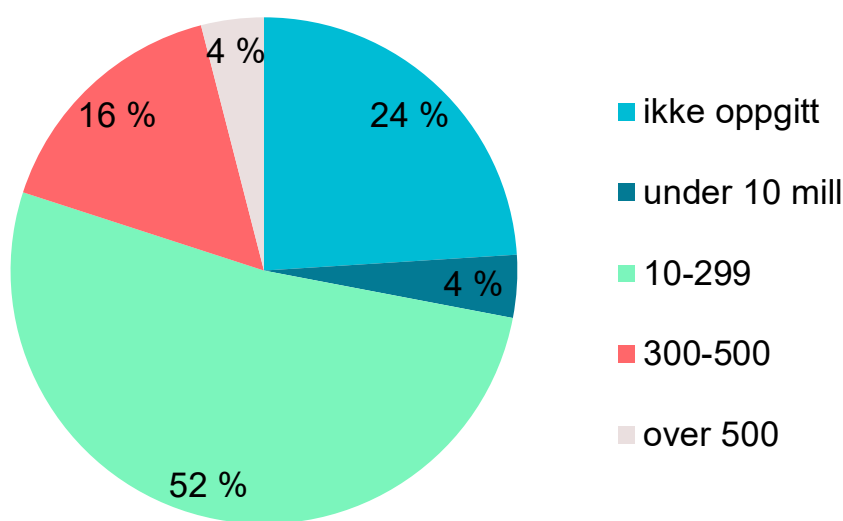
⁸ *Digitalisering av legemiddelområdet* er en samling av prosjekter som behandles som ett prosjekt i porteføljen.

mangler kunnskap om hva prosjektet vil koste og hvilket forvaltningsbehov som vil oppstå i etterkant. At innrapporteringsgraden øker, tolkes imidlertid positivt, ved at det er en modning hos aktørene og mer fokus på totalkostnad og forvaltningskostnader enn tidligere.

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, mot 4,5 mrd. i oktober, noe som er en økning på 33 %. Økningen anses mer som et mål på økt datakvalitet enn en reell økning i størrelse, ettersom 24% av porteføljen ikke har rapportert inn totale prosjektkostnader.

Vi ser en trend med større prosjekter i nasjonal e-helseportefølje. Figur 4 viser at 16 % av prosjektene har totale investeringskostnader på 300 - 500 mill. og 4 % av prosjektene har totale investeringskostnader på over 500 mill.

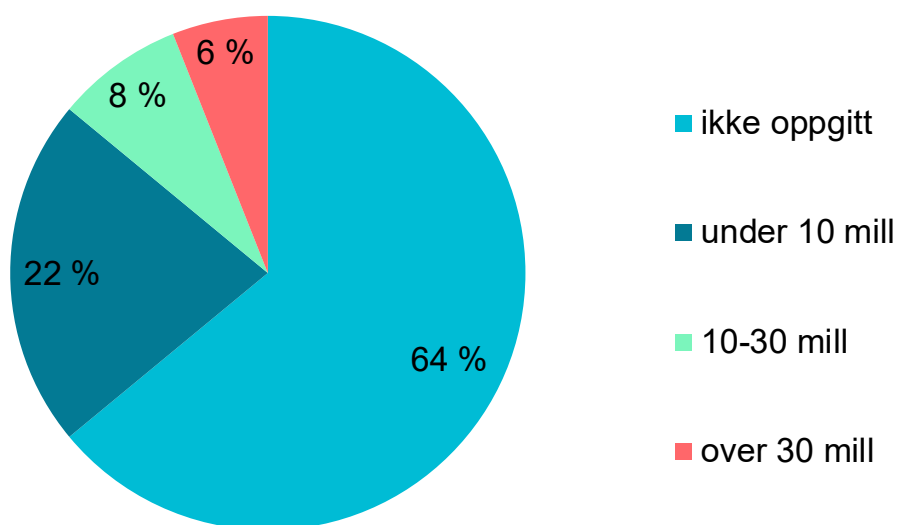


Figur 4: Prosentvis andel prosjekter i intervaller for totalkostnad

3.5.2 Årlige forvaltningskostnader

Økt digitalisering gir også økning i årlige forvaltningskostnader av e-helseløsningene. Det er viktig å kunne predikere denne utviklingen og planlegge for den. Årlige forvaltningskostnader for den pågående porteføljen summerer seg til 406 mill. mot 408 mill. i oktober 2018. 64 % av prosjektene har ikke rapportert forvaltningskostnader. Årlige forvaltningskostnader antas derfor i sum å være betydelig høyere enn det som er oppgitt her.

Figur 5 gir et bilde av innrapportert data med intervaller for årlig forvaltningskostnader.



Figur 5: Prosentvis andel prosjekter i intervall for årlige forvaltningskostnader

4 Gevinster

Prosjektenes samfunnsøkonomiske nytte er et av prioriteringskriteriene for valg av 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.

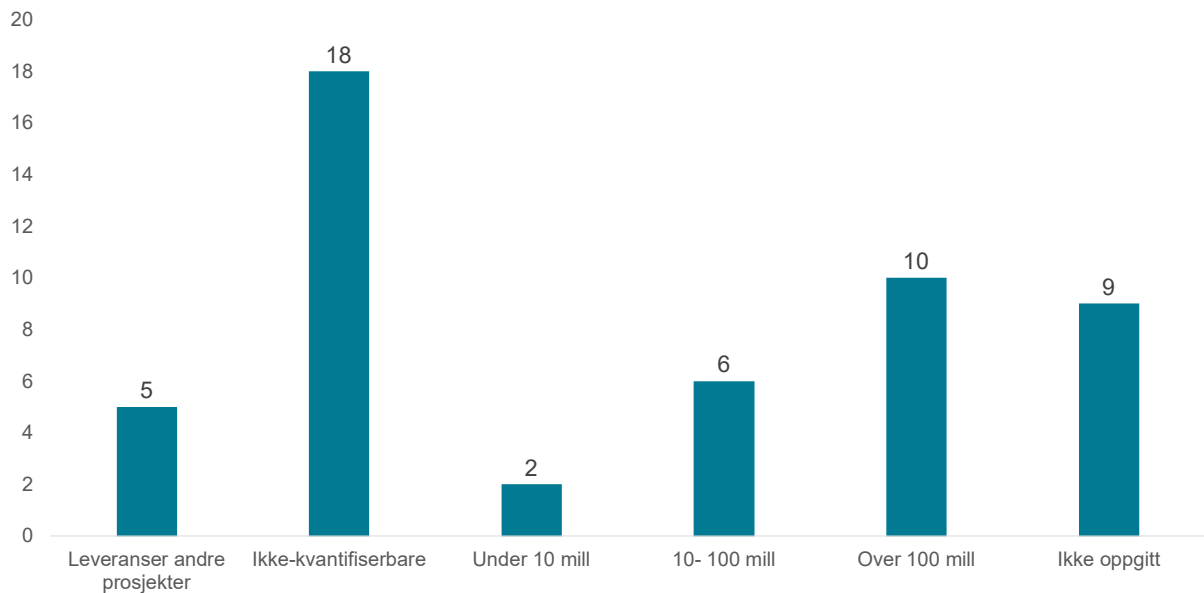
En sentral del av videreutvikling av nasjonal porteføljestyling, er økt fokus på gevinstene som porteføljens prosjekter skal bidra til å realisere og forutsetninger for dette. Data-grunnlaget har blitt betydelig bedre i løpet av de siste årene, og man forventer også her en videre forbedring.

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.⁹ Dette tyder på at prosjektene arbeider strukturert med gevinster. Færre prosjekter kategoriseres med lav gevinstmodenhet enn ved forrige rapportering. Men det er fortsatt potensiale for å følge opp porteføljens nytteverdi bedre, blant annet gjennom mer kvantifisering av gevinster i prosjektene. Det kan oppnås gjennom mer kunnskap om hvordan samfunnsøkonomiske gevinster kan kvantifiseres.

⁹ Det er totalt 42 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 6: Prosjektene fordelt i forhold til spesifiserte gjinstkategorier

Figur 6 viser at 27 prosjekter, dvs. 54 % av porteføljen, enten ikke har oppgitt gjinster, eller oppgir at det kun er ikke-kvantifiserbare gjinster fra prosjektet. Dette kan indikere en umodenhet i det å kvantifisere gjinster. Kvantifiserbare gjinster for prosjektene gir et gjinstestimert totalt på 3,6 mrd. (2,9 mrd. i oktober 2018).

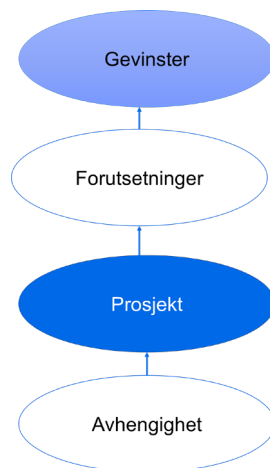
10 prosjekter, dvs. 20 % av porteføljen, oppgir en gjinst på mer enn 100 mill. Prosjektene dette gjelder er:

- 167: FRESK (Helse Nord)
- 163: Regional EPJ-Journalinnsyn (Helse Sør-Øst)
- 160: Digitalisering av legemiddelområdet* (Direktoratet for e-helse)
- 149: Digital Førerrettsforvaltning (Direktoratet for e-helse)
- 145: DigiHelsestasjon (Oslo kommune)
- 144: Regional kurve og medikasjon (Helse Sør-Øst)
- 141: Internettassistert behandling for angst og depresjon (Helsedirektoratet)
- 123: DigiUNG (Helsedirektoratet)
- 117: Enklere digitale tjenester (Helsedirektoratet)
- 107: Helsedataprogrammet (Direktoratet for e-helse)

5 Forutsetninger og avhengigheter

Ved innrapportering skilles det på avhengigheter som prosjektene har for å kunne levere på sine definerte resultatmål, og forutsetninger som prosjektene ser må oppfylles for at potensielle gevinster skal kunne realiseres.

Figur 7 illustrerer sammenhengen mellom forutsetninger og avhengigheter.



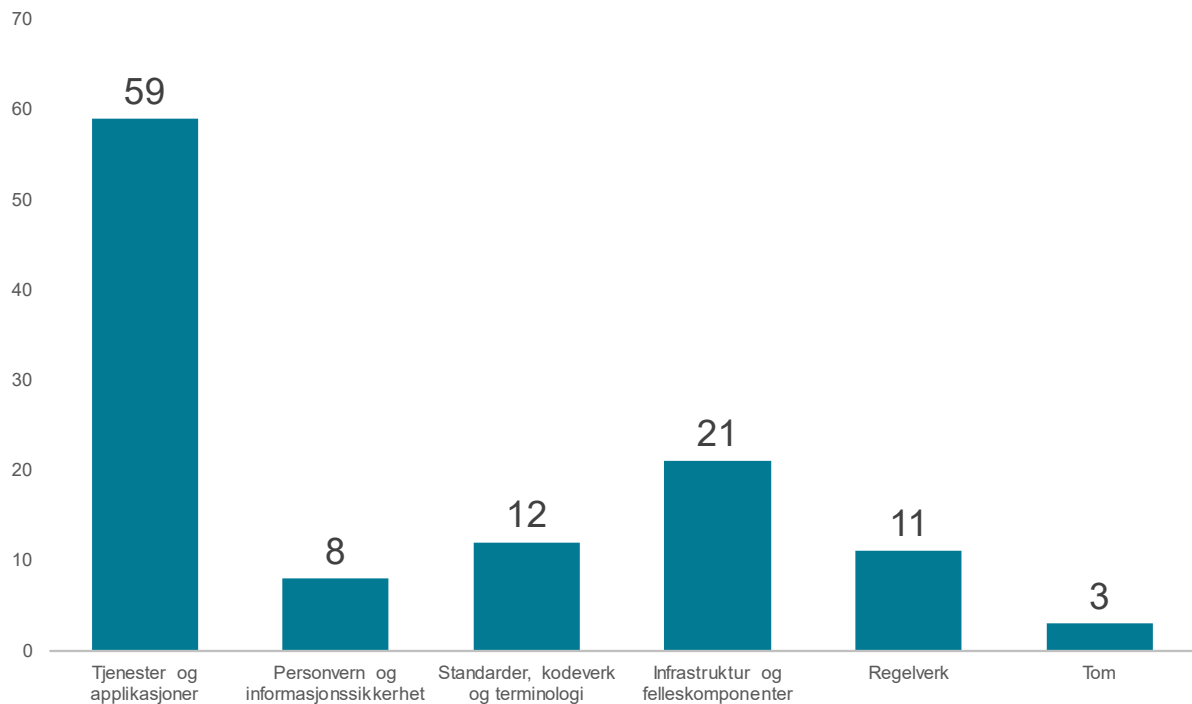
Figur 7: Sammenheng mellom gevinst, forutsetninger og avhengigheter

Prosjekter har leveranser som skal føre til gevinster. For at prosjektets gevinster skal realiseres, kan det ligge forutsetninger til grunn, for eksempel at det er behov for innføringsprosjekter og/eller EPJ-utvikling. Prosjektene kan ha avhengigheter som må være til stede for å levere sine leveranser. Dette kan f.eks. være leveranser fra andre prosjekter.

5.1 Avhengigheter

Avhengigheter påvirker i stor grad prosjektets risiko da det ofte er knyttet usikkerhet til om avhengigheter blir oppfylt til rett tid og kvalitet. 57 av 114 avhengigheter som er rapportert i pågående portefølje er angitt med høy kritikalitet. Dette betyr at prosjektene ikke kan levere uten at avhengigheten innfris.

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



Figur 8: Fordeling av avhengigheter i kategorier

Figuren viser at over 50 % av avhengighetene i pågående portefølje er relatert til *Tjenester og applikasjoner*. De fire andre kategoriene kan grovt sett betegnes som grunnmur. Litt under 50 % av avhengighetene kan dermed ses på som avhengigheter til *Felles grunnmur for digitale tjenester*.

Det er rapportert inn en uavklart kritisk avhengighet (rød avhengighet) til grunndata, nærmere bestemt oppdatering av RESH. Det er Helse Nords FRESK program som melder denne og har satt frist til utgangen av 2019. Etablering av en ny grunndataplatteform med tjenestene Person, Personell og Virksomhet ligger i plan for felles grunnmur og her vil Virksomhet erstatte dagens RESH. I 2019 er det kun sikret finansiering til å etablere tjenesten Person.

Flere av avhengighetene til *Felles grunnmur for digitale tjenester* har ikke rød status til tross for at avhengigheten muligens ikke blir innfridd. *Program for Felles infrastruktur og arkitektur (FIA)* i Direktoratet for e-helse er nå lagt ned som program, og utvalgte tiltak skal realiseres i linjen. For å nå målene i nasjonal e-helsestrategi må sektoren ta et felles ansvar for å løfte frem grunnmursleveranser i de eksisterende prosjektene.

Når avhengighetene meldes grønne eller gule kan det bety at eksisterende prosjekter etablerer kompensierende løsninger som løser hvert enkelt prosjekts behov, men det bidrar ikke til felles måloppnåelse.

En sentral utfordring i porteføljen er det tar lang tid å innføre sikker identifisering av helsepersonell ved hjelp av eID, PKI-infrastruktur og HelseID. Dette ser vi gjennom at dette rapporteres som risikoområder fra flere av prosjektene/programmene i den nasjonale porteføljen. Sikker identifisering av helsepersonell er avgjørende for å ivareta informasjonssikkerheten i nasjonale og lokale løsninger, og ved bruk av HelseID som felleskomponent vil man få bedre brukeropplevelse og mer effektive arbeidsprosesser. Innføring av sikker identifisering krever flere tiltak i hele sektoren. Aktørene må få på plass

utstyr, rutiner og avtaler slik at helsepersonell kan identifiseres med eID, og systemer som skal benytte nasjonale e-helsetjenester anbefales å implementere støtte for HelseID. Det ser ut til å være et behov for en tydeliggjøring av ansvar og roller på dette området. Hvordan området skal finansieres må også gås gjennom. Det er i dag uklart hva som er en behovseiers ansvar i forhold til eieren av felleskomponenten. Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenet er i dialog for å finne en god løsning for hvordan man skal få etablert en strategi og et veikart for Helse ID samt hvordan man skal styrke forvaltningen.

5.2 Forutsetninger

Forutsetningene for at prosjektene i nasjonal e-helseportefølje skal kunne realisere gevinster oppgis i lav, middels eller høy grad knyttet til ulike kategorier. Porteføljens prosjekter rapporterer totalt 62 kritiske viktige forutsetninger.

- 27 av 50 prosjekter rapporterer at EPJ-utvikling i høy grad må gjennomføres for å oppnå gevinst.
- 16 av 50 prosjekter rapporterer at andre prosjekter i høy grad må gjennomføres for å kunne realisere gevinster.
- 19 av 50 prosjekter rapporterer at organisasjonsutvikling eller endring i arbeidsprosesser hos fastlegene i høy grad må gjennomføres for å kunne realisere gevinster.

Porteføljekontoret har særlig oppmerksomhet rettet mot prosjekter som krever organisasjonsutvikling og/eller EPJ-utvikling i kommunene. Årsaken er at mange av disse prosjektene eies av Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet, og at det erfaringsmessig er krevende å koordinere innførings- og utviklingsaktiviteter i kommunesektoren.

De mest omfattende innføringsaktivitetene i kommunene i perioden 2018- 2023 antas å komme fra følgende prosjekter: *DigiHelse*, *Velferdsteknologiprogrammet*, *MF helse*, *Digitalisering av legemiddelområdet*, *Helseplattformen* og *Én innbygger – én journal: Helhetlig samhandling og felles journal for kommunal helse- og omsorgstjeneste*.

I Vedlegget (kap. 7) er innføringsaktiviteter i kommunene plassert i en sannsynlig tidslinje for disse prosjektene. Innhold i innføringsaktivitetene er ikke detaljert men det antas at aktivitetene vil kreve betydelig innsats fra kommunene.

6 Status på felles grunnmur

Plan for utvikling av Felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2019. Videre oppfølging av denne planen skjer i samarbeid mellom portefølje- og arkitekturstyring i Direktoratet for e-helse.

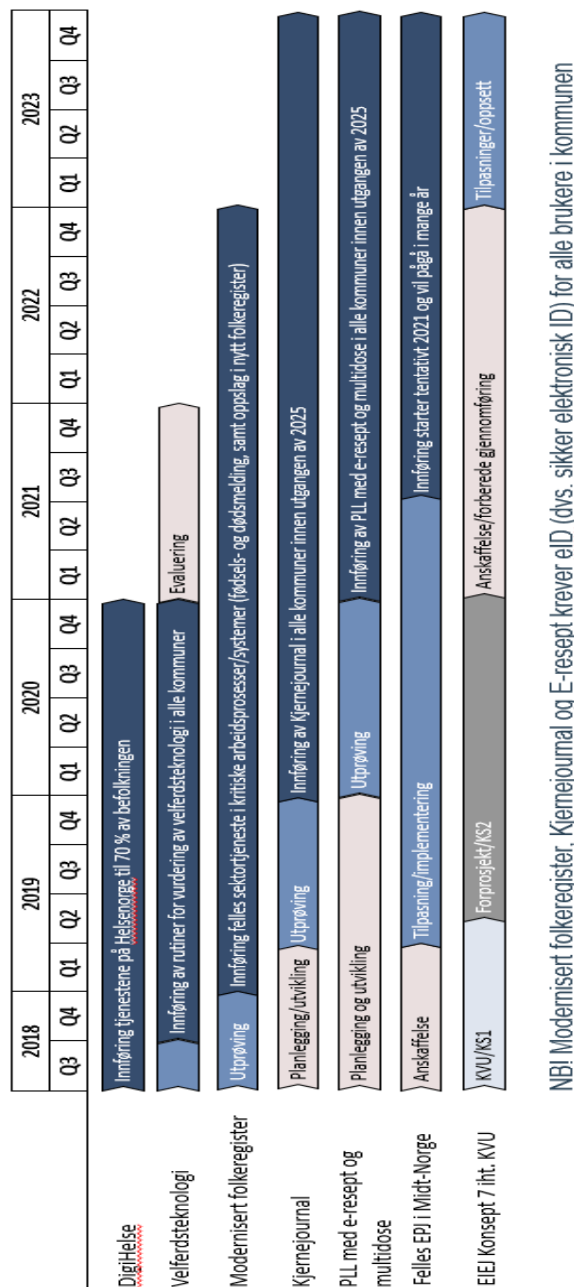
Direktoratet for e-helse vil i 2019 utarbeide en modell for koordinert utvikling og forvaltning av felles grunnmur. Målet er å sikre en helhetlig, samordnet, behovsprøvd og prioritert utvikling av byggeklossene med god forankring i sektoren. Inntil modellen er klar, skal avhengigheter til grunnmuren rapporteres i den nasjonale porteføljen.

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
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
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
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)
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

Innenfor resultatmål 3: *Dokumentdeling er en standardisert samhandlingsform* utarbeides det også en felles avtalemodell for data- og dokumentdeling.

7 Vedlegg



Figur 9: Forventet innføringsaktivitet i kommunene fra 2018 til 2023

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse
Verkstedveien 1
0277 Oslo

Plan for utvikling av Felles grunnmur for digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten v1.0



Publikasjonens tittel:

Plan for utvikling av Felles grunnmur
for digitale tjenester i helse- og
omsorgstjenesten

Rapportnummer:

IE-1040

Utgitt:

[Sett inn dato]

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Postadresse:

Postboks 6737 St. Olavs plass, 0130
OSLO

Besøksadresse:

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

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Sammendrag

Formålet med Felles grunnmur for digitale tjenester er å legge til rette for enkel og sikker samhandling på tvers av virksomheter og forvaltningsnivå. Sammenfallende behov skal ha felles løsninger for å understøtte e-helseløsninger. Disse vil bidra til raskere, sikrere og mer kostnadseffektiv digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Felles grunnmur skal være forutsigbar og tilgjengelig for alle i sektoren.

Felles grunnmur består av kodeverk og terminologi, felles grunndata, felleskomponenter, felles krav og retningslinjer og felles infrastruktur. Dette er byggeklosser som løser felles behov én gang.

Byggeklosser i grunnmuren vil ses i sammenheng med tverrsektorielle, nasjonale felleskomponenter som er utenfor grunnmuren. Eksempler på dette er HelseID som benytter ID-porten og grunndata som gjenbraker informasjon fra folkeregisteret.

Det er behov for koordinert utvikling og forvaltning av Felles grunnmur i takt med sektorens behov. Arbeidet må ha god forankring i sektoren. Det er også viktig at næringslivet blir involvert i tilstrekkelig grad slik at Felles grunnmur blir et effektivt virkemiddel for innovasjon og næringsutvikling.

Plan for Felles grunnmur for digitale tjenester er en sammenstilling av tiltak som støtter pågående initiativ som Helseplattformen i Midt-Norge, Felles plan for EPJ/PAS i spesialisthelsetjenesten Sør-Øst, Vest og Nord, Helsedataprogrammet, Pasientens legemiddelliste, samt anbefalt investeringstiltak for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Tiltakene skal realiseres gjennom prosjekter som er prioritert i den nasjonale styringsmodellen. De kan realiseres som selvstendige tiltak eller som del av andre prioriterte prosjekter.

Hensikten med planen er å forklare behovet for Felles grunnmur og hvilken nytte den vil ha. Planen tydeliggjør også hva Felles grunnmur inneholder ved å gi en samlet oversikt over tiltak med tilhørende kostnadsestimer for utvikling og forvaltning. Det er ikke besluttet finansiering for alle tiltakene i denne planen, men planen peker på områder som må prioriteres og finansieres for å løse felles behov én gang.

I det videre arbeidet skal planen benyttes som et verktøy i nasjonal portefølje- og arkitekturstyring. Den blir revidert årlig slik at nye felles behov blir inkludert og strategiske beslutninger gjenspeiles i planen.

Bakgrunn

En rekke stortingsmeldinger peker på behovet for å øke samhandlingsevnen mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Bedre samhandling er et av de viktigste

utviklingsområdene både fra et pasient- og samfunnsøkonomisk perspektiv¹. Stortingsmelding 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*² peker på tre overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren:

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

Veikartet for realisering av målbildet for *Én innbygger – én journal* ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 12. januar 2018 med tilslutning til de sentrale anbefalingene fra Nasjonalt e-helsestyre. Det ble anbefalt at realiseringen skal gjennomføres gjennom tre strategiske og parallelle tiltak:

1. Etablering av Helseplattformen i region Midt-Norge
2. Videreutvikling av eksisterende løsninger i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst
3. Etablering av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste for kommunene utenfor Midt-Norge

Disse tiltakene skal fornye og videreutvikle e-helseløsninger som er knyttet til elektronisk pasientjournal og samhandling. Modernisering av eksisterende løsninger og erfaring fra innføring av meldingsutveksling som samhandlingsform, viser at forbedring av den elektroniske samhandlingen vil kreve koordinerte tiltak som går på tvers av aktørene. Uten felles tiltak for å øke gjennomføringsevnen vil innføring av nye og nødvendige samhandlingsformer ta svært lang tid. Hver enkelt av de strategiske tiltakene har sammenfallende behov og utfordringer som bør løses én gang, fremfor at hvert enkelt tiltak løser dem hver for seg.

Felles grunnmur for digitale tjenester er et eget område i e-helsestrategien. Sammen med "Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne", er de forutsetninger for å ta ut gevinster gjennom de øvrige strategiske områdene.

Direktoratet for e-helse har gjennom Konseptvalgutredning for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste³ (KVU) anbefalt et investeringstiltak for helhetlig samhandling og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg til investeringer i helhetlig samhandlingsløsning og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester omfatter tiltaket også investeringer i grunnmurskomponenter som felles grunndata, terminologi og kodeverk og samhandlingsløsninger for dokument- og datadeling. Dersom disse blir realisert tidligere gjennom utvikling av Felles grunnmur, kan anbefalte investeringstiltak komme som fratrekk til kostnadene som er beregnet brukt på å

¹ Helse- og omsorgsdepartementet. 2008-2009. *St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen*

² Helse- og omsorgsdepartementet. 2012-2013. *Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal*.

³ Direktoratet for e-helse. 2018. Konseptvalgutredning – Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste

utvikle helhetlige løsninger for samhandling og felles journalløsning. Planlegging og gjennomføring av tiltak for Felles grunnmur innenfor disse områdene må koordineres både før og etter investeringsbeslutningen for helhetlig samhandling og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Tre regionale helseforetak (Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest) samarbeider om en felles plan og utvikling av elektronisk pasientjournal (EPJ) og pasientadministrative systemer (PAS). De vil bidra aktivt til å sikre god samhandling i spesialisthelsetjenesten og med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette sikrer at pasientinformasjon følger pasienten, som i tur sørger for god kvalitet i behandlingen samt god pasientsikkerhet. De har særlig løftet frem hvor viktig Felles grunnmur er for realiseringen av planen.

Helseplattformen er et initiativ i Helse Midt-Norge, som skal anskaffe og innføre en ny, felles pasientjournal ved sykehus og kommuner i regionen. Journalen skal sette pasienten i sentrum på alle nivåer i helsetjenesten. Helseplattformen er en regional utprøving av målbildet for én innbygger – én journal. Felles grunnmur vil bidra til å dekke flere av behovene fra Helseplattformen. HelseID, felles språk (SNOMED CT) og datadeling er pekt på som svært viktige områder for å understøtte beslutningsstøtte basert på legemiddelinformasjon og kritisk informasjon fra kjernejournal.

Målsettinger

Målsettinger for Felles grunnmur er identifisert gjennom kartlegging av behovene til de strategiske satsingene, prosjekter i Nasjonal e-helseportefølje og i samarbeid med sektoren.

Ved å adressere behovene for Felles grunnmur samlet, vil vi oppnå betydelig raskere, sikrere, mer enhetlig og kostnadseffektiv digitalisering av helse- og omsorgssektoren. I tillegg vil Felles grunnmur tilrettelegge for enkel og sikker samhandling på tvers av forvaltningsnivåene og gi bedre grunnlag for innovasjon og næringsutvikling.

Følgende målsettinger definert:

1. Mer effektiv og helhetlig samhandling
2. Økt gjennomføringsevne og raskere digitalisering
3. Styrket informasjonssikkerhet og personvern
4. Økt innovasjon og næringsutvikling

Hva må gjøres?

For å legge til rette for mer effektiv og helhetlig samhandling, økt gjennomføringsevne, styrket informasjonssikkerhet og personvern og innovasjon og næringsutvikling, anbefales det fem hovedgrep for perioden 2019 - 2023:

Sikre koordinert utvikling og forvaltning av felles byggeklosser i takt med sektorens behov

Byggeklosser i grunnmuren blir i dag utviklet og forvaltet av forskjellige forvaltningsmiljøer i sektoren. Funksjonalitet i e-helseløsningene er ofte avhengig av flere byggeklosser i Felles grunnmur. Dagens utvikling og forvaltning bærer preg av å være ukoordinert. Koordinering

av leveranser fra de forskjellige byggeklossene må håndteres av hvert enkelt prosjekt, som er svært krevende og lite effektivt.

Koordinert forvaltning og utvikling skal sikre at sektoren har én kanal for innmelding av behov til Felles grunnmur og at det er etablert prosesser for å prioritere og beslutte endringer. Byggeklossene i grunnmuren skal underlegges felles prinsipper som samordner og koordinerer endringer og behov i sektoren. Leverandørene skal involveres mer slik at det blir enklere å ta i bruk byggeklossene.

Bidra til enhetlig og sikker samhandling på tvers

Dagens samhandling skal styrkes gjennom å sørge for at pågående initiativ blir ferdigstilt. Dette omfatter innføring av Tjenestebasert adressering, Henvvisning 2.0 og Helsefaglig dialog.

Det skal legges til rette for at personell med tjenstlig behov og innbyggere kan få tilgang til en oppdatert oversikt over utvalgte dokumenter som finnes om pasienten og hvor dette er lagret, samt en løsning for umiddelbart innsyn i dokumentene. Eksempler på slik dokumentasjon kan være epikriser, prøvesvar og bilder.

Deling av kritisk informasjon gjennom nasjonal kjernejournal og samarbeid om individuelle planer er eksempler på etterspurt funksjonalitet. Det skal etableres et rammeverk for datadeling som gjør dette mulig.

For å understøtte enhetlig og sikker samhandling må det sørges for at felles grunndata har tilstrekkelig tilgjengelighet og kvalitet.

Styrke informasjonssikkerhet og personvern

Behandling av pasient- og brukeropplysninger forutsetter god informasjonssikkerhet og at innbyggers personvern og medbestemmelsesrett blir ivaretatt. Dette bidrar blant annet til at befolkningen får tillit til bruk av digitale løsninger og elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren. Informasjonssikkerhet og innebygd personvern inngår derfor i alle tiltakene i planen, og styrkes i tillegg på flere områder for å muliggjøre tilgang uavhengig av hvor informasjonen er lagret.

Elektronisk samhandling forutsetter et rettslig grunnlag og kan omfatte juridiske krav til både innhold, prosesser og løsninger. Tidligere forbud mot deling av helseopplysninger mellom virksomheter ble opphevet ved lovendringer i 2015. Helselovgivningen gir særregler for behandling av helseopplysninger, i tillegg gjelder personopplysningsloven og -forordningen. Deling av helseopplysninger krever hjemmel for utlevering og hjemmel for å motta og behandle opplysningene. Lover og forskrifter bør utformes for å legge til rette for effektiv elektronisk samhandling mellom virksomheter, omsorgsnivåer, helsepersonell og innbyggere. For flere av tiltakene i planen kan det være behov for å etablere rettsgrunnlag for den behandling av personopplysninger som det legges opp til.

Ta i bruk felles språk

I dag benyttes forskjellige terminologier og kodeverk. Dette hindrer effektiv samhandling. Innføring av en felles standardisert terminologi skal bidra til å understøtte behovet for økt samhandling og bedre kvalitet på helsefaglig dokumentasjon. Felles språk skal være

tilgjengelig for bruk i sektoren, støttet av en forvaltningsorganisasjon som kan gi bistand til innføring.

Legge til rette for innovasjon og næringsutvikling

For å tilrettelegge for innovasjon og nye samarbeidsformer på tvers av aktørene i sektoren, bør det legges til rette for et økosystem med Felles grunnmur, e-helseløsninger og innovative aktører. Disse bør omfatte samarbeid med det offentlige, industrien, forskning og utdanning. Det skal foreligge tydelige krav og retningslinjer for hvordan leverandørene kan bruke byggeklossene i Felles grunnmur og hvordan de kan gjøre sine data tilgjengelige.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Innholdsfortegnelse	8
1 Bakgrunn	9
2 Behov for samhandling og felles løsninger	12
2.1 Definisjon og formål – Felles grunnmur	13
2.2 Oppsummering av felles behov	15
2.3 Koordinert utvikling og forvaltning av Felles grunnmur	18
3 Mål	19
3.1 Samfunns mål	19
3.2 Effektmål	19
3.3 Resultatmål	22
4 Anbefalt gjennomføring	35
4.1 Forslag til milepælsplan.....	35
4.2 Innføring av byggeklosser	36
4.3 Videre arbeid.....	37
5 Kostnader og nytte	38
5.1 Innledning og avgrensning	39
5.2 Nullalternativet	40
5.3 Sentrale forutsetninger for kostnadsestimeringen.....	41
5.4 Kostnadsestimater.....	41
5.5 Usikkerhetsanalyse av prissatte investeringskostnader	50
5.6 Nytte.....	51
5.7 Oppsummering av nyttevirksomheter	60
5.8 Økt fremtidig handlingsrom.....	60
6 Byggeklosser i Felles grunnmur	61
6.1 Kodeverk og terminologi.....	62
6.2 Felles grunndata.....	66
6.3 Felleskomponenter.....	67
6.4 Felles infrastruktur.....	72
6.5 Felles krav og retningslinjer	74
7 Referanser	77
8 Vedlegg	81
8.1 Sentrale begreper.....	81
8.2 Norsk arkitekturrammeverk for samhandling	87
8.3 Prosess	90

1 Bakgrunn

I Digital agenda⁴ har regjeringen høye ambisjoner om å fornye, forenkle og forbedre offentlig sektor ved hjelp av IKT. Innbyggere og næringsliv har forventninger om en enklere hverdag. I Difis tverrgående digitaliseringsstrategi⁵ er felles fundament ett av fire satsingsområder for å oppnå ambisjonene for digitalisering av offentlig sektor. Felles grunnmur har utgangspunkt i en digitaliseringsstrategi som bygger på Digital agenda og prinsippene *brukerorientering, kun én gang, verdiskaping, effektivisering og samordning*.

En rekke stortingsmeldinger beskriver behovet for å øke samhandlingsevnen mellom aktørene i helse- og omsorgstjenesten. Bedre samhandling er et av de viktigste utviklingsområdene både fra et pasient- og samfunnsøkonomisk perspektiv⁶. Stortingsmelding 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*⁷ peker på tre overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten:

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

Utredningen av *én innbygger – én journal*⁸ i 2014-2015 pekte på utfordringen med å realisere de e-helsepolitiske målsettingene innenfor dagens fragmenterte landskap og styringsmodeller. Utredningen konkluderte med at en felles nasjonal løsning for klinisk dokumentasjon, prosessstøtte og pasient- og brukeradministrasjon bør være målbilde og utviklingsretning. Utredningen danner grunnlaget for å realisere målet om at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger.

I 2017 ble det utarbeidet et veikart for realiseringen av dette målbildet⁹. Det ble anbefalt at realiseringen skal gjennomføres gjennom tre strategiske og parallelle tiltak:

1. Etablering av Helseplattformen i region Midt-Norge
2. Videreutvikling av eksisterende løsninger i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst
3. Etablering av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste for kommunene utenfor Midt-Norge.

Hver enkelt av de strategiske tiltakene har behov for felles samhandlingsløsninger, felles standarder og krav, felles komponenter for forvaltning av terminologier og kodeverk, samt

⁴ Kommunal- og moderniseringsdepartementet. 2016. *Meld. St. 27 (2015-2016) – Digital agenda for Norge – IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet*

⁵ Direktoratet for forvaltning og IKT. 2018. *Difis Tverrgående Digitaliseringsstrategi v1.2*

⁶ Helse- og omsorgsdepartementet. 2008-2009. *St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen*. 2008-2009.

⁷ Helse- og omsorgsdepartementet. 2012-2013. *Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger - én journal*.

⁸ Direktoratet for e-helse. 2015. *Utredningen av Én innbygger – én journal*

⁹ Direktoratet for e-helse. 2018. *Veikart for realiseringen av målbildet for Én innbygger – én journal*

felles retningslinjer og komponenter for informasjonssikkerhet. Vi har valgt å kalle disse komponentene for Felles grunnmur for digitale tjenester.

Ved å adressere behovene for Felles grunnmur samlet vil vi oppnå betydelig raskere, sikrere og mer kostnadseffektiv digitalisering av helse- og omsorgssektoren, tilrettelegge for enkel og sikker samhandling på tvers av forvaltningsnivåene og gi bedre grunnlag for forskning, innovasjon og næringsutvikling. Dette er også beskrevet i e-helsestrategien gjennom de strategiske områdene "Felles grunnmur for digitale tjenester" og "Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne". Disse er forutsetninger for å realisere de øvrige strategiske områdene.



Figur 1 Strategiske områder i e-helsestrategien

Planen tar utgangspunkt i dagens systemer og planlagte tiltak. I det videre arbeid skal planen benyttes som et verktøy i nasjonal portefølje- og arkitekturstyring. Den vil bli årlig revidert slik at nye felles behov og strategiske beslutninger gjenspeiles i planen.

I Plan for Felles grunnmur for digitale tjenester er det identifisert tiltak som understøtter felles behov i pågående initiativ som Helseplattformen i Midt-Norge, Felles plan for EPJ/PAS i spesialisthelsetjenesten Sør-Øst, Vest og Nord, Helsedataprogrammet, Pasientens legemiddelliste, samt anbefalt investeringstiltak for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Tiltakene skal realiseres gjennom prosjekter som prioriteres i nasjonal styringsmodell, enten som selvstendige tiltak eller som en del av andre prioriterte prosjekter. Hensikten med planen er å forklare behovet for Felles grunnmur og hvilken nytte den kan ha. Planen tydeliggjør hva Felles grunnmur inneholder ved å gi en samlet oversikt over tiltak, med tilhørende kostnadsestimater for utvikling og forvaltning. Tiltakene i planen kan realiseres gjennom prioriterte prosjekter og programmer som forankres gjennom den nasjonale styringsmodellen. Planen peker også på områder som ikke er finansiert og som må prioriteres.

Direktoratet for e-helse har gjennom Konseptvalgutredning for nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste (KVU) anbefalt et investeringstiltak for helhetlig samhandling og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg til investeringer i helhetlig samhandlingsløsning og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester omfatter tiltaket også investeringer i grunnmurskomponenter som felles grunddata, terminologi og kodeverk og samhandlingsløsninger for dokument- og datadeling. Dersom disse blir realisert tidligere gjennom utvikling av Felles grunnmur, kan anbefalte

investeringstiltak komme som fratrukk til kostnadene som er beregnet brukt på å utvikle helhetlige løsninger for samhandling og felles journalløsning. Planlegging og gjennomføring av tiltak for Felles grunnmur innenfor disse områdene må koordineres både før og etter investeringsbeslutningen for helhetlig samhandling og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Tre regionale helseforetak (Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest) samarbeider om en felles plan og utvikling av elektronisk pasientjournal (EPJ) og pasientadministrative systemer (PAS). De vil bidra aktivt til å sikre god samhandling i spesialisthelsetjenesten og med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette sikrer at pasientinformasjon følger pasienten, som i tur sørger for god kvalitet i behandlingen samt god pasientsikkerhet. De har særlig løftet frem hvor viktig Felles grunnmur er for realiseringen av planen.

Helseplattformen er et initiativ i Helse Midt-Norge, som skal anskaffe og innføre en ny, felles pasientjournal ved sykehus og kommuner i regionen. Journalen skal sette pasienten i sentrum på alle nivåer i helsetjenesten. Helseplattformen er en regional utprøving av Én innbygger – én journal. Felles grunnmur vil bidra til å dekke flere av behovene fra Helseplattformen. HelseID, felles språk (SNOMED CT) og datadeling er pekt på som svært viktige områder for å understøtte beslutningsstøtte basert på legemiddelinformasjon og kritisk informasjon fra kjernejournal.

2 Behov for samhandling og felles løsninger

Vesentlige deler av samhandlingsutfordringene beskrevet i Samhandlingsreformen¹⁰ og stortingsmeldingen *Én innbygger – én journal* er fremdeles gjeldende i dag¹¹. Eksisterende løsninger har støtte for de viktigste formene for meldings- og dokumentutveksling, men ikke tilstrekkelig støtte for deling og samarbeid rundt strukturerte data og dokumenter på tvers av virksomheter og mot innbyggere. Forbedret samhandling er nødvendig for å oppfylle de IKT-politiske målene for helse- og omsorgssektoren¹², i pasientjournalloven¹³ og i helseregisterloven¹⁴. Dette er felles utfordringer som ikke kan løses av hver enkelt aktør alene, men som krever en koordinert innsats i hele helse- og omsorgssektoren.

Samhandling

Med samhandling menes all form for kontakt, samarbeid og informasjonsutveksling i en virksomhet eller på tvers av flere virksomheter, som inngår i eller støtter opp under oppfølging av innbygger¹⁵

Det pågår flere store initiativer i helse- og omsorgstjenesten som skal fornye og videreutvikle e-helseløsninger, både knyttet til journalløsninger, samhandling og andre områder som velferdsteknologi og bedre utnyttelse av helsedata. Modernisering av eksisterende løsninger og erfaring fra innføring av meldingsutveksling som samhandlingsform, viser at forbedring av den elektroniske samhandlingen vil kreve koordinerte tiltak som går på tvers av aktørene. Uten felles tiltak for å øke gjennomføringsevnen vil innføring av nye og nødvendige samhandlingsformer ta svært lang tid^{15 16}.

Informasjonssikkerhet og innbyggernes personvern og medbestemmelsesrett er områder som må ivaretas når virksomheter gjør informasjon tilgjengelig for hverandre. Usikkerhet og ulik kravforståelse hindrer innføring av samhandlingsløsninger, eller gir risiko for at

¹⁰ Helse- og omsorgsdepartementet. 2008-2009. *St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen*. 2008-2009.

¹¹ Direktoratet for e-helse. 2017. *Veikart for Én innbygger – én journal*

¹² Kommunal- og moderniseringsdepartementet. 2016. *Meld. St. 27 (2015-2016) – Digital agenda for Norge – IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet*

¹³ Helse- og omsorgsdepartementet. 2018. *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven)*

¹⁴ Helse- og omsorgsdepartementet. 2013–2014. *Prop. 72 L (2013-2014) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Pasientjournalloven og helseregisterloven*

¹⁵ Direktoratet for e-helse. 2018. *Konseptvalgutredning – Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste*

¹⁶ Direktoratet for e-helse. 2017. *Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022*

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

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

løsningene ikke er tilstrekkelig sikre. En felles forståelse og normering for informasjonssikkerhet og personvern vil bidra til samhandling på en trygg måte.

Utfordringene innen innføring av IKT i helse- og omsorgssektoren er vanskelige å løse uten et konstruktivt samarbeid mellom offentlige aktører og private leverandører. Næringslivet og andre innovative aktører har behov for forutsigbarhet i løsningene som utvikles, samtidig som at det må åpnes for brukermedvirkning, fleksibilitet og sikker tilgang på data.

Eksisterende e-helseløsninger omfatter både nasjonale og sektorens egne e-helseløsninger, som nasjonal kjernejournal, e-resept, helsenorge.no, elektronisk pasientjournal (EPJ) og andre fagsystemer. For at e-helseløsningene skal fungere sammen har de felles behov for grunndata, informasjonssikkerhet og personvern, kodeverk og terminologier. Det er i tillegg behov for felleskomponenter, felles standarder, retningslinjer og infrastruktur. Disse felles behovene er dekket gjennom Plan for Felles grunnmur.

Konkret vil Felles grunnmur legge til rette for strukturering av helsedata, meldingsutveksling, dokument-, data- og bildedeling, video og andre former for elektronisk samhandling mellom virksomheter, gjennom en rekke tiltak og felles byggeklosser.

Plan for utvikling av Felles grunnmur skal støtte opp under den forventede utviklingen av EPJ-landskapet i Norge både på kort og lengre sikt. Den består av elementer som er avgjørende for god elektronisk samhandling på tvers av løsninger i helsesektoren. Felles grunnmur vil kontinuerlig utvikles og tilpasses i takt med beslutninger og utvikling av nye og eksisterende e-helseløsninger.

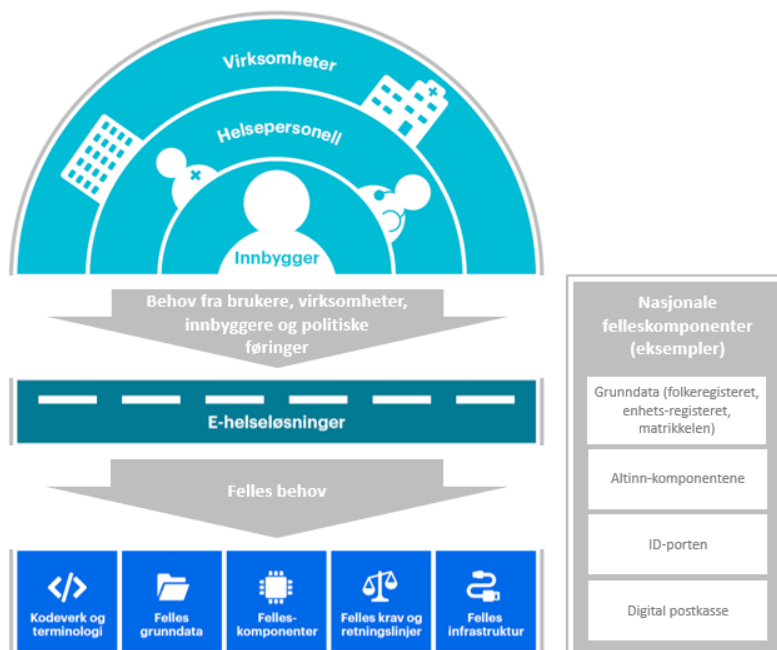
2.1 Definisjon og formål – Felles grunnmur

Felles grunnmur har som formål å legge til rette for effektiv og sikker elektronisk samhandling mellom aktører, og økt gjenbruk og sambruk på tvers av de nasjonale aktørene. Grunnmuren består av et sett med byggeklosser som kan gjenbrukes på tvers av e-helseløsninger. Byggekloss er et samlebegrep for forskjellige typer elementer som er tilgjengelige for sektoren gjennom Felles grunnmur, og grupperes etter kodeverk og terminologi, felles grunndata, felleskomponenter, felles krav og retningslinjer og felles infrastruktur.

Brukere av e-helseløsninger inkluderer innbyggere, helsepersonell, administrativt personell og forskere. Grunnmuren vil i utgangspunktet fokusere på å løse felles behov for e-helseløsninger i helsesektoren, fremfor å løse separate behov for hver enkelt av aktørene. De primære brukerne av Felles grunnmur er e-helseløsninger og deres utviklere.

Det er gjort et valg om å begrense hvilke byggeklosser som skal være en del av grunnmuren for å forenkle innføring og bruk. Behandlingsrettede helseregistre er for eksempel ikke inkludert i Felles grunnmur i denne fasen, men sammensetningen av grunnmuren vil forandre seg over tid. Løsninger som etableres innenfor ett område, og som kan tas i bruk av andre løsninger og aktører, kan innlemmes i grunnmuren på sikt.

Eksempler på sentrale fellestjenester utenfor grunnmuren er kjernejournal, helsenorge.no, e-resept og helseregistre som brukes bredt i hele sektoren. Disse er foreløpig definert som selvstendige e-helseløsninger, men elementer fra disse kan bli inkludert i grunnmuren på sikt.



Figur 2 Sammenhengen mellom grunnmuren, nasjonale felleskomponenter, e-helseløsninger og brukere av e-helseløsningene. E-helseløsninger inkluderer både de nasjonale og sektorens egne løsninger (for eksempel EPJ).

Felles **kodeverk og terminologi** er viktige forutsetninger for sømløs samhandling mellom virksomheter. I tillegg understøtter kodeverk og terminologi interne prosesser i virksomhetene, som styring, automatisk beslutningsstøtte og samhandling mellom fagdisipliner.

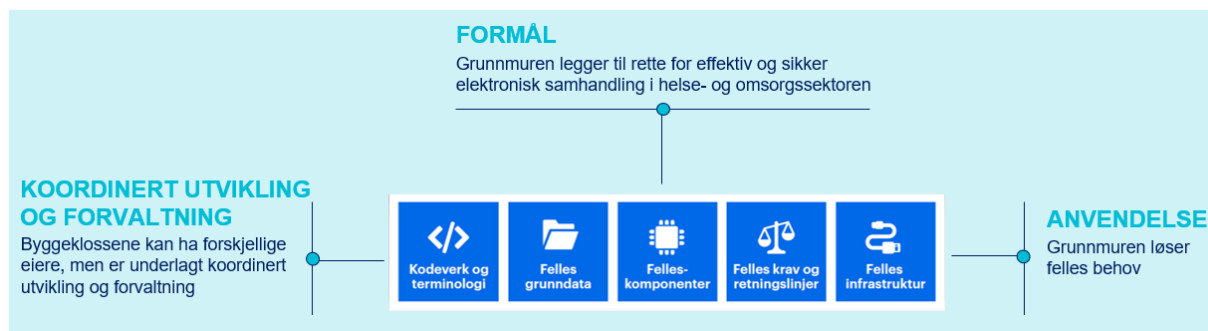
Felles grunnmur tilbyr **felles grunddata** som kan gjenbrukes på tvers av løsninger, inkludert informasjonstjenester om person, virksomheter og personell. På sikt kan også andre grunddataområder som i dag ivaretas av andre eiere innlemmes i grunnmuren.

I Felles grunnmur ligger det **felleskomponenter** som gjenbrukes på tvers av løsninger og tjenester. Eksempler på slike felleskomponenter kan være meldingsplattformen, HelseID, grunddataplattformen, komponenter for datadeling, API management, personvernkomponenter og felleskomponenter for dokumentdeling.

Felles grunnmur inkluderer **felles krav og retningslinjer** for helse- og omsorgssektoren, som for eksempel krav til informasjonssikkerhet, e-helsestandarder, arkitekturprinsipper og referansearkitekturer. Disse er også forutsetninger for samhandling mellom virksomheter.

Felles grunnmur inkluderer **felles infrastruktur** som understøtter sikker og robust samhandling på tvers av forskjellige e-helseløsninger gjennom helsenettet.

Byggekluser i grunnmuren må også ses i sammenheng med tverrsektorielle, nasjonale felleskomponenter, som er utenfor grunnmuren i helse- og omsorgssektoren. HelseID bruker for eksempel ID-porten som en del av løsningen og grunddataplattformen tilbyr data fra Folkeregisteret.



Figur 3 Definisjon – Felles grunnmur

Grunnmuren kan løse felles behov der det er klare fordeler med å etablere, forvalte og drifte byggeklosser i fellesskap. Utviklingen må skje i tett samarbeid med helsetjenesten for å identifisere behovene for felles tjenester og komponenter. Byggeklosser i grunnmuren kan ha forskjellige eiere, men må samtidig ha en forvaltning som sikrer felles forståelse av endringer, tilgjengeliggjøring og finansiering. Byggeklosser i Felles grunnmur bør følge godt definerte forvaltningsprosesser som må være forutsigbare og ha langsiktige utviklingsplaner. Slik sikres det at felles behov blir ivaretatt. Det vil være strenge krav til åpenhet, dokumentasjon og felles portefølje-, arkitektur- og forvaltningsstyring.

2.2 Oppsummering av felles behov

Behov for tiltak på kort til mellomlang sikt knyttet til Felles grunnmur er identifisert gjennom en kartlegging av behovene til de strategiske satsingene, prosjekter i Nasjonal e-helseportefølje, samt dialog med sektoren og i møter med sentrale interessenter. Tiltakene er i tråd med nasjonal e-helsestrategi, samt utvalgte initiativer med høyt fokus i sektoren og på politisk nivå. For flere av disse, eksempelvis Pasientens legemiddelliste og Helseplattformen, er behovet for realisering tidskritisk.

2.2.1 Helhetlig samhandling og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har et stort behov for bedre journalløsninger og løsninger for bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre kommunale tjenesteområder. Direktoratet for e-helse har anbefalt et investeringstiltak for en helhetlig løsning for samhandling og journal¹⁷. Målet er at alle kommuner, fastleger og andre private avtaleparter utenfor Midt-Norge tar i bruk løsningen. Anbefalingen innebærer at helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester vil få bedre løsninger for administrasjon, ytelse og dokumentasjon av helsehjelp, i én felles journal. Innbyggerne vil ha én samlet journal i kommunen, og journalen vil også inneholde nødvendige helseopplysninger fra spesialisthelsetjenesten. Det legges også til rette for enklere og sikrere digital samhandling med andre kommunale og statlige tjenester, som NAV, barnevern, PPT og skole. I tillegg til investeringer i felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester

¹⁷ Direktoratet for e-helse. 2018. *Veikart for realiseringen av målbildet for Én innbygger – én journal*

omfatter tiltaket også investeringer i grunnmurskomponenter, bl.a. for felles grunndata, terminologi og kodeverk, og samhandlingsløsninger for dokumentdeling og datadeling. Arbeidet er i en tidlig fase, men kan oppsummeres i følgende hovedområder relatert til Felles grunnmur:

- Felles krav og retningslinjer for datadeling og dokumentdeling
- Felleskomponenter som løser felles samhandlingsbehov, mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten og andre statlige og kommunale tjenester (NAV, skole, barnevern)
- Felles grunndata som sektoren trenger for å understøtte samhandling og sikre felles identitets- og tilgangsstyring.
- Kodeverk og terminologi som sikrer felles forståelse av informasjonen som deles
- Felles infrastruktur som sikrer samhandlingen mellom IKT-systemer på tvers av virksomheter

2.2.2 Helseplattformen

Helseplattformen er et initiativ i Helse Midt-Norge som skal anskaffe og innføre ny, felles pasientjournal ved sykehus og kommuner i regionen. Journalen skal sette pasienten i sentrum på alle nivå i helsetjenesten.

Felles grunnmur vil bidra til å dekke behov fra Helseplattformen, blant annet ved:

- Innføring og videreutvikling av HelseID
- Tiltak innen felles språk og registervariabelbibliotek, inkludert nasjonale tiltak for kodeverk og terminologi (SNOMED CT)
- Innføring av internasjonale e-helsestandarder, samt arbeid med profiler på disse
- Krav og retningslinjer, samt felleskomponenter for samhandling på tvers, og for integrasjon med for eksempel Sentral Forskrivningsmodul (SFM) og Kritisk info (Kjernejournal)
- Helseplattformen er i tillegg avhengig av felles krav og retningslinjer som beskriver hvordan innhold og funksjoner i EPJ kan gjøres tilgjengelig for eksterne innovatører, som for eksempel leverandører av velferdsteknologi.

2.2.3 Felles plan – neste generasjon PAS/EPJ i spesialisthelsetjenesten

Tre regionale helseforetak (Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest) samarbeider om en felles plan og utvikling av elektronisk pasientjournal (EPJ) og pasientadministrative system (PAS). De vil bidra aktivt til å sikre god samhandling i spesialisthelsetjenesten og med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette sikrer at pasientinformasjon følger pasienten som i tur sørger for god kvalitet i behandlingen og god pasientsikkerhet. De har særlig løftet frem hvor viktig Felles grunnmur er for realiseringen av planen.

Et eksempel på dette er deling av journaldokumenter på tvers av virksomheter og systemer, og utprøving gjennom kjernejournal i tett samarbeid mellom Helse Sør-Øst RHF og Direktoratet for e-helse.

Felles grunnmur vil bidra til å dekke behov fra de tre regionale helseforetakene, blant annet ved:

- Innføring og videreutvikling av HelseID
- Tiltak innen felles språk og registervariabelbibliotek, inkludert nasjonale tiltak for kodeverk og terminologi (SNOMED CT)
- Innføring av internasjonale e-helsestandarder, samt arbeid med profiler på disse
- Krav og retningslinjer, samt felleskomponenter for samhandling på tvers

2.2.4 Helsedataprogrammet

Innbyggere har innsynsrett i egne helseopplysninger, og har behov for å kunne korrigere feilaktige opplysninger, gi samtykke eller reservere seg mot enkelte typer bruk. Det er behov for bedre utnyttelse og kvalitet på helsedataene, enklere innrapporteringen til de nasjonale helseregistrene og å gjøre datahåndteringen sikrere for innbygger.

Det er et mål å bedre utnyttelsen av og kvaliteten på norske helsedata, samt forenkle tilgang, sammenstilling og analyse av helsedata på tvers av registrene. Tiltaket skal gjennom tilgjengeliggjøring av helsedata og etablering av avansert analysefunksjonalitet bidra til bedre helseforskning og mer innovasjon og næringsutvikling basert på bruk av helsedata. Bedre bruk av helsedata til styring og administrasjon vil føre til mer kunnskapsbaserte helsetjenester og riktigere ressursbruk i helsetjenesten. Tiltaket skal også bidra til mer involverte innbyggere og en styrket pasientrolle.

Felles grunnmur vil bidra til å dekke behov fra Helseanalyseplattformens målsettinger, deriblant:

- Innføring og videreutvikling av HelseID
- Flere tiltak innen felles språk og registervariabelbibliotek, inkludert nasjonale tiltak på kodeverk og terminologi (SNOMED CT)
- Innføring av internasjonale e-helsestandarder, samt arbeid med profiler på disse
- Krav og retningslinjer, samt felleskomponenter for samhandling på tvers
- *API-management Full Life Cycle Platform* - felles løsning for deling og tilgjengeliggjøring av data

2.2.5 Pasientens legemiddelliste

Pasientens legemiddelliste er et pågående initiativ som har som målsetting å sikre en oppdatert totaloversikt over legemidlene hver enkelt pasient benytter. Dette antas å være det viktigste enkelttiltaket som kan gjøres for å bedre pasientsikkerheten på legemiddelområdet på kort og mellomlang sikt.

Felles grunnmur vil bidra til å dekke behov i legemiddelområdet, blant annet ved:

- Innføring og videreutvikling av HelseID
- Innføring av internasjonale e-helsestandarder, samt arbeid med profiler på disse
- Krav og retningslinjer, samt felleskomponenter for samhandling på tvers

2.2.6 Modernisert folkeregister

Moderniseringen av folkeregisteret i Skattedirektoratet har utløst behov for et eget program for modernisering av folkeregister i helse- og omsorgssektoren. Sektoren leverer viktig informasjon om for eksempel fødsel og død til folkeregisteret. Sektoren bruker også store mengder opplysninger fra folkeregistret i pasientbehandling, helseadministrativt arbeid og til analyseformål.

Felles grunnmur vil bidra til å dekke behov fra modernisering av folkeregister for helse, blant annet ved:

- Innføring av HelseID

2.3 Koordinert utvikling og forvaltning av Felles grunnmur

Dagens utvikling og forvaltning av byggeklossene i Felles grunnmur ivaretas av flere aktører, uavhengig av hverandre, og er i varierende grad knyttet opp til de nasjonale prosessene for strategi, portefølje- og forvaltningsstyring. Dette gjør det vanskelig å skaffe seg et helhetlig bilde av hvilke behov, endringer og avhengigheter på tvers av byggeklossene, og gjøre de riktige prioriteringene. Sektoren har behov for å vite hvilke byggeklosser de bør og skal forholde seg til, hvor de skal henvende seg med behov og hvordan de kan bidra til prioriteringer i takt med egne behov. Det er behov for klart definerte prosesser, roller og ansvar. Funksjonalitet i e-helseløsningene er ofte avhengig av flere byggeklosser i grunnmuren og medfører derfor et behov for at endringer er koordinert på tvers av grunnmuren. Det er også et behov for å involvere leverandørene mer slik at det blir enklere å ta i bruk byggeklossene.

Dersom vi skal lykkes med å etablere Felles grunnmur for digitale tjenester, må utvikling og forvaltning av byggeklossene koordineres. Koordineringen skal sikre en helhetlig, samordnet, behovsprøvd og prioritert utvikling av byggeklossene i grunnmuren med god forankring i sektoren.

Det må etableres arenaer som skal bidra til at sektorens samlede behov for utvikling av felles tjenester blir synliggjort, samt sørge for at sektoren kan gi innspill til prioriteringer for Felles grunnmur. Felles prinsipper, eksempelvis for håndtering av behov, strategi, planer, endringshåndtering, kost-/nyttevurderinger og finansiering må etableres for byggeklossene i grunnmuren. Dette skal bidra til at gjensidige avhengigheter og kritiske forutsetninger på tvers av byggeklossene håndteres. Slik skal grunnmuren fungere på en helhetlig, langsiktig og forutsigbar måte. Etablering av prosesser, roller og ansvar for koordinert utvikling og forvaltning av byggeklosser i grunnmuren må sees i sammenheng med den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Dette gjelder spesielt nasjonal portefølje-, forvaltnings- og arkitekturstyring.

For videre utvikling og forvaltning av grunnmuren må finansiering av nødvendige tiltak avklares. Nye finansieringsmodeller ivaretas i en egen prosess, og er ikke videre omtalt i denne rapporten.

3 Mål

3.1 Samfunnsmål

Samfunnsmålet angir den ønskede virkning, og uttrykker hvilken samfunnsutvikling grunnmuren skal bygge opp under¹⁸. Samfunnsmålet for grunnmuren er definert med utgangspunkt i behovet og i tråd med nasjonal e-helsestrategi:

*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.***

3.2 Effektmål

Effektmålene handler om den direkte effekten som ønskes oppnådd for helsesektoren, og utledes av interessentenes behov.

For å realisere gevinstene for flere av tiltakene i Felles grunnmur må eksisterende og nye e-helseløsninger, som for eksempel Helseplattformen og Helseanalyseplattformen, ta i bruk byggeklossene i grunnmuren.

Basert på definisjonen av Felles grunnmur, samt prioriteringen av de viktigste behovene grunnmuren skal legge til rette for å løse, er følgende effektmål definert:

- Mer effektiv og helhetlig samhandling
- Økt gjennomføringsevne og raskere digitalisering
- Styrket informasjonssikkerhet og personvern
- Økt innovasjon og næringsutvikling

3.2.1 Effektmål 1: Mer effektiv og helhetlig samhandling

Gjennom standardisering, bedre koordinering og innføring av felles byggeklosser for enkel og sikker samhandling på tvers av virksomheter og forvaltningsnivåer, vil Felles grunnmur bidra til:

- Legge bedre til rette for at innbyggerne kan få innsyn i, og kvalitetssikre, egne person- og helseopplysninger. Dette gjøres med felles byggeklosser for innsyn og oppdatering av person- og helseopplysninger. Innbyggerne skal ha tilgang til tjenester som er trygge, koordinerte og sammenhengende.

¹⁸ Direktoratet for økonomistyring (DFØ). 2018. *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*

- Bedre kvalitet på helsedata det samhandles om og redusert behov for manuell koding ved hjelp av felles kodeverk og terminologi. Bedre bruk av kodeverk og terminologi kan også gi gevinster ved å strukturere innholdet i nye samhandlingsformer og bidra til mer presis og effektiv kommunikasjon.
- Mer effektiv samhandling på tvers av virksomheter og forvaltningsnivåer, samt høyere kvalitet på helsetjenestene. Kvaliteten øker fordi Felles grunnmur understøtter utviklingen av løsninger som gir helsepersonell tilgang til oppdaterte, kvalitetssikrede helseopplysninger gjennom felles tjenester for data- og dokumentdeling, grunndata og kodeverk og terminologi.
- Bedre tverrsektoriell samhandling og bedre samordning med nasjonale felleskomponenter fra kommunal og fylkeskommunal sektor, ved hjelp av felles byggeklosser for samhandling som utvikles og forvaltes koordinert.
- Bedre tilrettelegging for internasjonal samhandling og bedre tilgang til helsehjelp på tvers av landegrenser gjennom bruk av standarder og kodeverk som er harmonisert med EU og internasjonale standarder.
- Bedre tilrettelegging for samhandling for helsepersonell i bevegelse gjennom sikker og stabil infrastruktur tilrettelagt for mobile løsninger.

3.2.2 Effektmål 2: Økt gjennomføringsevne og raskere digitalisering

Felles grunnmur skal bidra til økt gjennomføringsevne og raskere digitalisering ved å tilrettelegge for:

- Raskere, bedre og mer kostnadseffektiv utvikling av nye funksjoner i e-helseløsninger gjennom tydelige og formelle standarder, felles retningslinjer og felles løsninger. Virksomheter og leverandørmarkedet skal i større grad kunne fokusere på utvikling av funksjonalitet for sluttbruker og bruke mindre tid på tolkninger av standarder og krav.
- Mer effektiv og riktig ressursbruk gjennom koordinert utvikling og forvaltning med helhetlig og felles prioritering av endringer i henhold til sektorens samordnede behov.
- Økt endringsevne ved at underliggende kompleksitet i større grad håndteres i sentrale felleskomponenter. Større evne til koordinert endring av løsninger i sektoren, raskere utbredelse av nye funksjoner og færre feil fordi felles byggeklosser bidrar til mindre fragmentert digital utvikling. At en større andel av endringene kan gjøres sentralt i felleskomponentene, bidrar til å redusere kostnadene ute i virksomhetene.
- Bedre kvalitet på grunndata og enklere og raskere feilretting ved å unngå duplisering av grunndata. Feilrettinger kan gjøres ett sted. Virksomhetene får tilgang til korrigerede data uten å gjøre arbeidet selv.
- Bedre tilgang til skalerbar, sikker og stabil infrastruktur. Stordriftsfordeler med bedre utnyttelse av kapasitet, teknologi og ressurser, samt lavere drifts- og forvaltningskostnader.

3.2.3 Effektmål 3: Styrket informasjonssikkerhet og personvern

God informasjonssikkerhet og innebygd personvern styrker personvernet ved behandling av personopplysninger innenfor en virksomhet og ved samhandling mellom virksomheter i helsesektoren. Dette skaper tillit til elektronisk samhandling og digitale løsninger.

Felles grunnmur skal bidra til:

- Styrket informasjonssikkerhet og personvern som oppnås gjennom felles krav, standarder, retningslinjer og løsninger, herunder krav til tilgjengelighet, konfidensialitet og integritet – samt krav til innebygd personvern og informasjonssikkerhet. Kravene skal bli ivaretatt uavhengig av hvem som etterspør informasjonen og hvor informasjonen ligger.
- Innbyggerne får økt tillit til at behandling av personopplysninger foregår i henhold til gjeldende regelverk og til at opplysningene bare er tilgjengelig for personell med tjenstlig behov. Fellestjenester skal etableres med innebygget personvern og tilrettelegge for at det blir enklere for innbygger å få innsyn i hvilken informasjon som er lagret og hvordan den behandles. Fellestjenestene skal tilrettelegge for at innbyggerne i størst mulig grad har råderett over egne personopplysninger og hvordan disse benyttes.
- Underliggende kompleksitet for å ivareta informasjonssikkerhet og personvern ved innføring av nye samhandlingsformer håndteres mer effektivt gjennom felles retningslinjer og sentrale felleskomponenter – slik at kostnadene ute hos virksomhetene for å ivareta informasjonssikkerhet og personvern blir lavest mulig.
- Bedre og mer helhetlig utnyttelse av kompetanse og kapasitet på informasjonssikkerhet gjennom felles tiltak, retningslinjer og komponenter. Sektoren blir bedre rustet for å møte et økende trusselbilde ved samordning av ressursene. Felles løsninger tilrettelegger for at aktører med kompetanse og kapasitet på informasjonssikkerhet kan dra nytte av sektorens felles kompetanse på området.

3.2.4 Effektmål 4: Økt innovasjon og næringsutvikling

Felles grunnmur skal øke mulighetene for innovasjon og næringsutvikling knyttet til e-helseløsninger. Dette skal gjøres gjennom tydeligere krav, tilgang på standardiserte grensesnitt og mer transparente endringsprosesser. Innovasjon skjer både i det offentlige og hos leverandører.

Felles grunnmur skal:

- Åpne opp for internasjonalt samarbeid gjennom økt bruk av internasjonale standarder som gir mindre behov for spesifikke tilpasninger til hvert enkelt land. Økt bruk av internasjonale standarder vil tilrettelegge for at løsninger utviklet for norske forhold enklere kan selges til, og implementeres i, andre land – og samtidig gjøre det enklere å ta i bruk løsninger som er utviklet for andre land i Norge. Internasjonale standarder kan gi mer effektiv utvikling av e-helsestandarder, bidra til økt gjenbruk og bedre støtte fra internasjonale leverandører. De kan også bidra til et bedre fungerende marked og bedre kvalitet på e-helseløsninger gjennom å åpne opp for flere leverandører.
- Øke mulighetene for innovasjon og for å skape nye løsninger basert på felles byggeklosser, enklere tilgang til data gjennom felles sikkerhetsløsninger og mulighet til å benytte standardiserte tjenestegrensesnitt (API) fra ulike leverandører uten å gjøre endringer i infrastrukturen og involvere mange parter. Felles grunnmur vil også redusere behovet for grunninvesteringer i næringslivet.
- Bidra til enklere tilgang på helsedata til sekundærbruk, for eksempel til forskning, beslutningstøtte og kvalitetsforbedringer.

- Øke forutsigbarheten for leverandører som ønsker å utvikle digitale løsninger til det offentlige gjennom økt kravforståelse og mer transparente endringsprosesser.

3.3 Resultatmål

For å legge til rette for mer effektiv og helhetlig samhandling, økt gjennomføringsevne, styrket informasjonssikkerhet og personvern, og innovasjon og næringsutvikling, anbefales fem hovedgrep for perioden 2019-2023:

- Sikre koordinert utvikling og forvaltning av felles byggeklosser i takt med sektorens behov
- Bidra til enhetlig og sikker samhandling på tvers, herunder styrke dagens samhandling, legge til rette for alternative samhandlingsformer og sørge for at felles grunddata har tilstrekkelig kvalitet og tilgjengelighet
- Styrke informasjonssikkerhet og personvern
- Ta i bruk felles språk
- Legge til rette for innovasjon og næringsutvikling

Dette er konkretisert i følgende resultatmål.

3.3.1 Resultatmål 1: Koordinert utvikling og forvaltning av byggeklossene i Felles grunnmur er etablert med prosesser, roller og ansvar

Byggeklossene 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

For å etablere et helhetlig og effektivt regime for utvikling og forvaltning av byggeklosser i Felles grunnmur er følgende tiltak identifisert:

ID	Tiltak
RM1-T1	<p>Utarbeide prosesser, roller og ansvar for utvikling og forvaltning av byggeklossene</p> <p>Det skal utarbeides prosesser, roller og ansvar som sikrer en koordinert utvikling og forvaltning av byggeklossene i Felles grunnmur, uavhengig av eierskap til de enkelte byggeklossene. Det inkluderer blant annet at sektoren har én kanal for innmelding av behov til Felles grunnmur, at det er etablert prosesser for å prioritere og beslutte endringer, og at byggeklossene i grunnmur er underlagt et sett med felles prinsipper som samordner og koordinerer endringer på tvers av grunnmuren og behovene i sektoren. Det må avklares hvilke fora som skal etableres.</p>
RM1-T2	<p>Innføre prosesser, roller og ansvar for utvikling og forvaltning av byggeklossene</p> <p>Prosesser, roller og ansvar for utvikling og forvaltning av byggeklossene må innføres i sektoren. Dette betyr at det er avklart hvem som har de forskjellige rollene, at nødvendige arenaer er etablert og at prosessene er tatt i bruk.</p>
RM1-T3	<p>Utarbeide målarkitektur for felleskomponenter og avklare anvendelse av felles arkitekturprinsipper</p> <p>Det skal utarbeides en felles målarkitektur for felleskomponenter i grunnmuren. Derneft bør det avklares hvordan sektoren skal anvende de nasjonale arkitekturprinsippene og om det i tillegg er behov for egne for helse- og omsorgssektoren.</p>
RM1-T4	<p>Etablere en plan for hvordan internasjonale standarder skal benyttes i forskjellige samhandlingsmodeller og bruksområder</p> <p>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.</p>
RM1-T5	<p>Utrede og etablere nye felleskomponenter for videreutvikling av Felles grunnmur</p> <p>Det må utredes og etableres nye felleskomponenter i Felles grunnmur. Eksempler er applikasjonsintegrasjoner i EPJ, samt hvilke funksjoner som kan trekkes ut av nasjonal kjernejournal, e-resept og hels norge.no og eventuell felles innrapporteringsløsning til helseregistre.</p>

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.
- Byggeklossene 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.

3.3.2 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 omsorgstjenesten¹⁹. 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.

For å styrke dagens samhandling må følgende tiltak gjennomføres:

ID	Tiltak
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.

Resultatmålet er oppnådd når:

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

3.3.3 Resultatmål 3: Dokumentdeling er en standardisert samhandlingsform

Gjennom blant annet arbeidet med Én innbygger – én journal²⁰ 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.

¹⁹ Helse- og omsorgsdepartementet. 2015. *Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten*. FOR-2015-07-01-853

²⁰ 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*

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/EPJ²¹. 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.

For å etablere dokumentdeling som en standardisert samhandlingsform er følgende tiltak identifisert:

ID	Tiltak
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	Utprøving av felles modell for tilgangsstyring for dokumentdeling Felles grunnmur skal legge til rette for nye samhandlingsbehov. Identitets- og tilgangsstyringen for personell og innbygger må tilrettelegges for å møte disse behovene. Det pågår en utredning som skal svare på hvordan IKT-systemene må tilrettelegges for tilgangsstyring ved bruk av nye former for informasjonsdeling mellom

²¹ 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*

ID	Tiltak
	aktørene, og hvilke grunndata (autorisasjonskilder) som skal ligge til grunn for dette. Denne modellen må prøves ut, forankres og besluttes.
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 deling av dokumenter Det er behov for å videreutvikle det nasjonale koblingspunktet for felles dokumentdeling med tilhørende komponenter og tjenester. Dette skal sikre at ulike aktører har tilgang til en oversikt over relevante dokumenter for alle pasientene. Det kan være behov for å etablere et nasjonalt dokumentregister som tilbyr registrering av journaldokumenter for enkeltstående virksomheter slik at disse kan deles gjennom Felles grunnmur. Dette vil i så fall forutsette at det etableres rettsgrunnlag for den behandling av personopplysninger som det legges opp til, og er ikke omfattet av tiltaket.
RM3-T5	Utrede 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 overvåking 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. Det er viktig å forstå at dette kommer i tillegg til andre personverntjenester, eksempelvis i forbindelse med elektronisk pasientjournal eller i nasjonale felleskomponenter.
RM3-T8	Gjennomføre grunndataløft for å understøtte tilgangsstyring på tvers Innføring av dokumentdeling er avhengig av grunndata med høy kvalitet og tilgjengelighet. Grunndataen 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.

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

3.3.4 Resultatmål 4: Et felles rammeverk for standardisert deling av og samarbeid om strukturerte data er etablert

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.

For å etablere et slik rammeverk er følgende tiltak identifisert:

ID	Tiltak
RM4-T1	<p>Etablere nasjonale krav og retningslinjer for enhetlig innføring av datadeling</p> <p>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.</p>
RM4-T2	<p>Utprøving av felles modell for tilgangsstyring for datadeling</p> <p>Felles grunnmur skal legge til rette for nye samhandlingsbehov. Identitets- og tilgangsstyringen for personell og innbygger må tilrettelegges for å møte disse behovene. Det pågår en utredning som skal svare på hvordan IKT-systemene må tilrettelegges for tilgangsstyring ved bruk av nye former for informasjonsdeling mellom aktørene, og hvilke grunndata (autorisasjonskilder) som skal ligge til grunn for dette. Denne modellen må prøves ut, forankres og besluttes.</p>

ID	Tiltak
RM4-T3	<p>Bistand til innføring av datadeling på prioriterte områder Erfaring fra innføring av meldingsutveksling tilsier at helse- og omsorgssektoren har behov for rådgivning når datadeling skal tas i bruk, selv om innføringsansvaret primært ligger i hver enkelt virksomhet.</p>
RM4-T4	<p>Etablere felles retningslinjer for enhetlig innføring av internasjonale e-helsestandarder, inkludert utarbeidelse av basisprofiler Mange aktører har allerede begynt å bruke forskjellige internasjonale e-helsestandarder. Ofte blir disse brukt internt i en virksomhet med tilhørende systemer. Det er utarbeidet forskjellige profiler og versjoner av standardene som ikke nødvendigvis er kompatible, og det er nødvendig å samordne noen av disse aktivitetene. Det bør utarbeides veiledninger (beste praksis), retningslinjer for bruk samt grunnleggende profiler av internasjonale standarder (basisprofiler).</p>
RM4-T5	<p>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.</p>
RM4-T6	<p>Etablere e-helsestandarder for datadeling I tillegg til krav og retningslinjer til arkitekturen og tjenestene som skal til for å tilby datadeling, vil det være behov for etablering av internasjonale e-helsestandarder som brukes til denne samhandlingsformen. 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.</p>
RM4-T7	<p>Videreutvikle personverntjeneste for datadeling Videreutvikle og innføre personvernkomponenten i hele sektoren som en nasjonal personverntjeneste for å registrere/utlede innbyggers fullmakter, sperringer, samtykker og reservasjoner. Det er viktig å forstå at dette kommer i tillegg til andre personverntjenester, eksempelvis i forbindelse med elektronisk pasientjournal eller i nasjonale felleskomponenter.</p>
RM4-T8	<p>Etablere test- og godkjenningsordning for datadeling En vellykket innføring av datadeling er avhengig av at alle aktørene 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 svært viktige tiltak i denne utviklingen.</p>

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 forvaltningsregime 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.

3.3.5 Resultatmål 5: Det er enkel og sikker tilgang på felles grunndata med høy kvalitet

For samhandling forutsettes pålitelig tilgang på felles grunndata med høy kvalitet. Eksempler på slike grunndata 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 grunndata med høy kvalitet. Dagens grunndata har ikke gjennomgående tilfredsstillende kvalitet eller tilgjengelighet, og det er behov for å gjennomføre flere tiltak. Målet er å videreutvikle og styrke felles grunndata 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 grunddataplattformen.

For å oppnå dette resultatmålet er følgende tiltak identifiserte:

ID	Tiltak
RM5-T1	Utvikle grunddataplattformen for økt sikkerhet, tilgjengelighet og kapasitet Grunddataplattformen må utvikles for å støtte økt av bruk tjenestene. I tillegg må tjenestene ha tilstrekkelig tilgjengelighet, kvalitet og sikring.
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 <i>én inngang inn</i> til felles grunndata.
RM5-T3	Etablere felles tjeneste for virksomhet, person og personell, med FHIR-standard og relevante kodeverk Samtidig med etableringen av nasjonal retningslinje for enhetlig innføring av internasjonale e-helsestandarder, er det også behov for oppdatering av felles grunndata iht. til nye nasjonale e-helsestandarder på området. Tiltaket vil sikre at alle tjenestene i felles grunndata nås på en enhetlig og standardisert måte. Tiltaket bidrar til felles utviklingsretning og innovasjon, samt bidrar til å heve kvaliteten generelt i felles grunndata.
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 sannhetskilde.
RM5-T5	Bistand til innføring av restrukturerte grunddatatjenester (virksomhet, person, personell) Erfaring viser at helse- og omsorgssektoren har behov for rådgivning når nye tjenester i felles grunndata skal tas i bruk, selv om innføringsansvaret primært ligger i den enkelte virksomhet.
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.

ID	Tiltak
RM5-T7	<p>Utarbeide nasjonale krav og retningslinjer for grunndata</p> <p>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.</p>

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.

3.3.6 Resultatmål 6: En felles standardisert terminologi for deling av helsefaglige opplysninger er tilgjengelig for bruk i sektoren

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.

Felles språk

Med *felles språk* menes en klinisk terminologi hvor hvert enkelt begrep har en unik betydning som er klart definert. Et kjennetegn på god klinisk terminologi er at den er *begrepsorientert*. Det vil si at det er forståelsen av det man uttrykker som står sentralt, og at et begrep kun beskriver én unik idé. Begrepet beskrives entydig ved en fullstendig dekkende beskrivelse og den settes inn i en sammenheng ved at det defineres i forhold til andre begreper.

Et begrep kan ha ett eller flere synonymer knyttet til seg. Dette er ord eller termer som brukes til å beskrive begrepet. Forskjellige termer kan brukes til å beskrive det samme begrepet i forskjellige sammenhenger. En fastlege kan beskrive begrepet med en annen term enn en spesialist ville brukt, eller den termen en pasient ville forstå. Det er mulig å

tilpasse språket slik at den som leser skal se den termen han eller hun forstår.

En felles terminologi er grunnlaget for et økosystem hvor forskjellige terminologier, kodeverk og registervariabler settes i sammenheng med hverandre. Dette bidrar til at informasjon kan gjenbrukes etter at den har blitt registrert én gang, og i tillegg vil de forskjellige terminologiene og kodeverkene benyttes til det formålet de er tiltenkt.

Faktaboks 1 Definisjon av begrepet felles språk

Det er to forhold som ligger til grunn for utformingen av tiltakene.

Det ene forholdet er at etablering og innføring av felles språk representerer noe helt nytt, ettersom det ikke har eksistert en felles terminologi for helsektoren tidligere. Direktoratet for e-helse må etablere et grunnlag for felles språk i forkant av innføring av felles språk i EPJ og andre løsninger. Det er viktig at direktoratet for e-helse tar en aktiv rolle med å bistå utvalgte innføringsaktiviteter sentralt. Dette for å sikre at språket blir hensiktsmessig anvendt, samt at gevinstene realiseres og at risikoen for uønskede konsekvenser minimeres. Det etableres derfor ressurser som kan bistå med dette.

Det andre forholdet er at byggeklossene som etableres må forvaltes – det må etableres prinsipper for en samkjørt forvaltningsmodell. Forvaltningen må sikre nasjonal forankring av lokale implementeringer av felles språk (som for eksempel i Helseplattformen), samt etablere prosesser for harmonisering av registervariabler og administrative og helsefaglige kodeverk. Det må også etableres et redaktøransvar og en styringsmodell med beslutningsstruktur for fastsettelse av hvordan termer i SNOMED CT skal benyttes og som tar ansvar for å videreutvikle terminologien etter behov. Forvaltningen skal knyttes opp til nasjonal styringsmodell for e-helse, herunder portefølje-, arkitektur- og forvaltningsstyring, og samordnes tverrsektorielt mot nasjonale løsninger, prinsipper og føringer.

For å oppnå dette resultatmålet er følgende tiltak identifiserte:

ID	Tiltak
RM6-T1	<p>Etablere grunnlag for felles språk Følgende leveranser er planlagt for tiltaket:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere terminologigrunnlag for felles språk i Norge • Etablere verdilister i SNOMED CT, lokalt og nasjonalt • Etablere mapping fra SNOMED CT til helsefaglige kodeverk • Etablere mapping fra SNOMED CT til helseregistervariabler • Etablere mapping fra SNOMED CT til kvalitetsregistervariabler • Etablere administrative variabler i norsk versjon av SNOMED CT • Implementere systemstøtte for SNOMED CT og et registervariabelbibliotek
RM6-T2	<p>Etablere forvaltning av felles språk Følgende leveranser er planlagt for tiltaket:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere redaktøransvar for norsk versjon av SNOMED CT • Etablere prosessbeskrivelser • Etablere og definere styringsmodell med beslutningsstruktur • Etablere finansieringsprinsipper • Etablere krav og forpliktelser knyttet til drift, utvikling og videreutvikling av elementene

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.

3.3.7 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, åpnere 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".

For å begynne å legge til rette for økt innovasjon og næringsutvikling er følgende tiltak identifisert:

ID	Tiltak
RM7-T1	<p>Definere strategi, arkitektur og standarder for applikasjonsintegrasjon i EPJ og andre fagsystemer</p> <p>Tiltaket omfatter krav og retningslinjer samt andre tiltak for å støtte endringsevnen i helse- og omsorgssektoren, inkludert profilering av "SMART-on-FHIR" og andre relevante internasjonale standarder.</p>
RM7-T2	<p>Etablere forvaltningen av økosystem</p> <p>Etablere et team som er ansvarlig for koordinert oppfølging av leverandører som utvikler e-helseløsninger for Felles grunnmur. Etablere retningslinjer og krav for styring, design, funksjon, publisering/innføring og finansiering/inntektsmodell som er gjeldende i økosystemet. Forvaltningsaktiviteter og oppfølging av leverandører bør gjøres i samarbeid med andre aktører og tverrsektorielle leverandørrettede tiltak. Tiltaket er avgrenset til de viktigste aktivitetene knyttet til eksponering av byggeklossene i grunnmuren.</p>
RM7-T3	<p>Videreutvikle felleskomponenter for tilgjengeliggjøring av grunnmursfunksjoner i økosystemet (API-management)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verktøy for dokumentasjon og publisering av funksjoner (API) som tilbys av grunnmuren og andre e-helseløsninger gjennom grunnmursfunksjoner. • Verktøystøtte for registrering og oppfølging av utviklere og applikasjoner (utvikling, forvaltning, drift), inkludert tilgangsstyring, analyse, finansieringsmodellstøtte og overvåkning.
RM7-T4	<p>Etablere test- og godkjenningstilgjøringsmiljø for bruk av felleskomponenter</p> <p>Det bør vurderes å samarbeide med eksterne aktører og aktuelle klynger og deres ressurser for å fremme innovasjon og utvikling. Tiltaket inkluderer etablering og videreføring av prosesser, metoder, ressurser og kompetanse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilgang til test- og godkjenningstilgjøringsmiljø som gjør det enklere for leverandører å teste komplette løsninger som en del av en idé- og utviklingsfase. • Test- og godkjenningstilgjøringsordning for e-helsefunksjonalitet (retningslinjer og krav). • Tilgang til felleskomponenter og testdata. • Mulighet for å sammenstille og teste funksjonalitet fra flere leverandører i ett felles miljø.
RM7-T5	<p>Utredning av juridiske hindringer for deling av helseopplysninger mot et økosystem av eksterne aktører og leverandører</p> <p>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.</p>

Resultatmålet er oppnådd 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 godkjenningstilgjengeliggjøres av eksterne virksomheter og leverandør av e-helseløsninger.

4 Anbefalt gjennomføring

4.1 Forslag til milepælsplan

Behov for tiltak til Felles grunnmur er identifisert gjennom en kartlegging av behovene til de strategiske satsingene, prosjekter i Nasjonal e-helseportefølje, samt dialog med sektoren i etablerte kanaler og i møter med sentrale interessenter.

Foreslått milepælsplan for gjennomføring av tiltakene går fra 2019 til 2023 i tråd med planene for initiativene Felles grunnmur skal understøtte. Det er lagt til grunn at realisering av tiltakene ikke ivaretas av ett prosjekt alene, men at det vil skje gjennom flere prosjekter og programmer, eksempelvis Program for Felles Infrastruktur og Arkitektur (FIA), Program for Kodeverk og Terminologi (PKT) og Helsedataprogrammet. Det er viktig å få på plass prosesser, roller og ansvar slik at Felles grunnmur får en helhetlig prioritering og koordinert utvikling og forvaltning. Planen omfatter ikke innføring, det vil si at sektorens og leverandørenes arbeid ikke er en del av planen. Innføringsstrategien og planer for realisering av gevinstene bør utarbeides i sammenheng med tiltakene.

I milepælsplanen er tiltakene oppsummert milepæler som definerer en slutttilstand og en leveranse som er tilgjengelig for helse- og omsorgsektoren. Milepælene er lagt ut i tid basert på prioriteringskriterier fra nasjonal porteføljestyling²², som oppsummert nedenfor. I tillegg har planer for 2019 og avhengigheter blitt tatt hensyn til.

Prioritet 1: Nasjonale og regionale satsinger

Tiltaket er lagt til grunn for realisering av veikartet for Én innbygger – én journal i tråd med nasjonale e-helsestrategi, samt noen utvalgte initiativer med høyt fokus i sektoren og på politisk nivå.

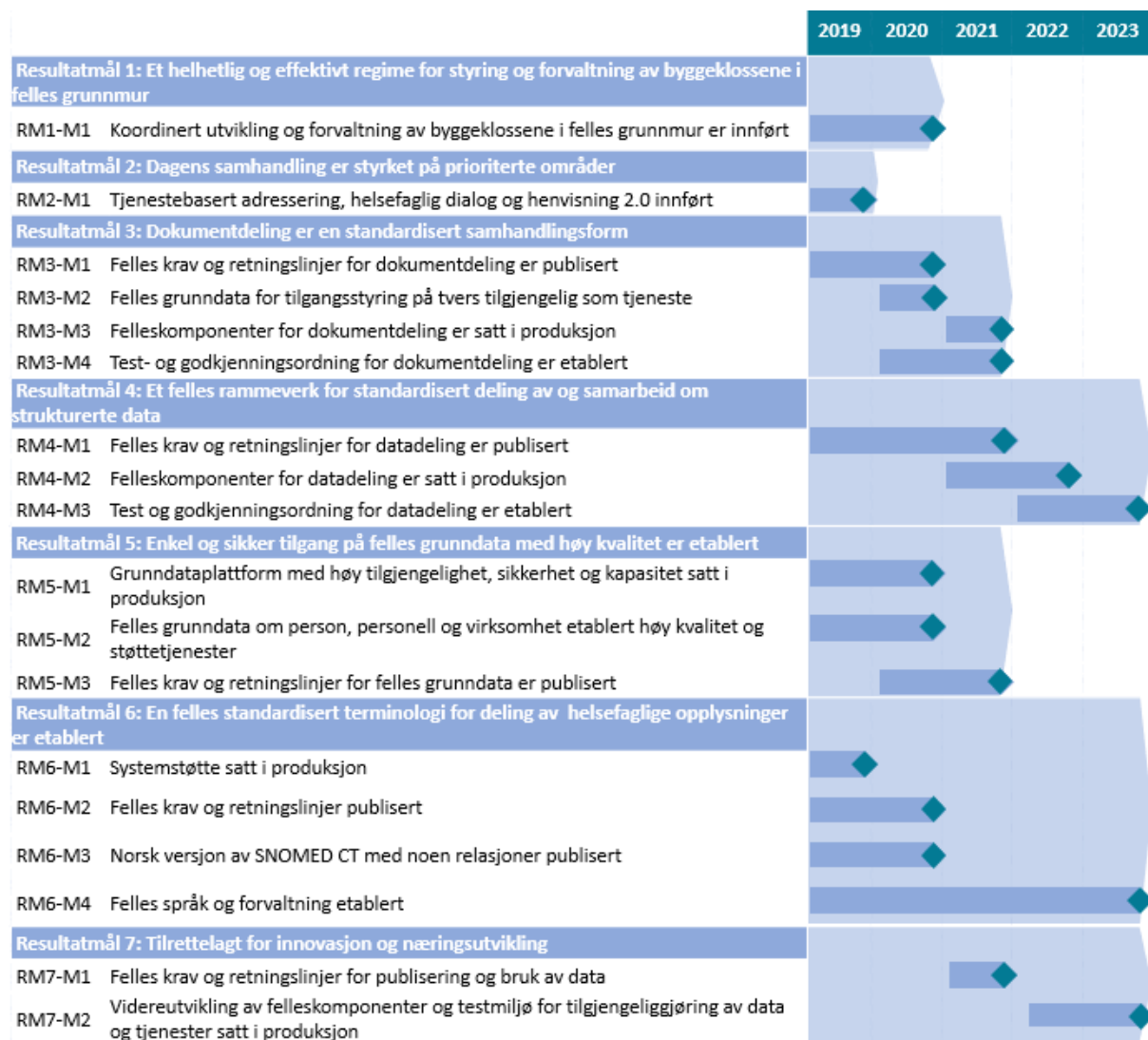
Prioritet 2: Øvrige nasjonale og regionale satsinger

Tiltaket er lagt til grunn for realisering av øvrige nasjonale og regionale satsinger

Prioritet 3: De tiltak som ikke oppnår prioritet 1 og 2

Milepælsplanen er definert med utgangspunkt i tiltakene for hvert resultatmål og er lagt ut i tid basert på realiseringsbehov fra de prioriterte satsningene, men finansiering er ikke besluttet. Planen peker på tiltak som må prioriteres og finansieres for å løse felles behov én gang og til rett tid. Dette kan gjennomføres som selvstendige tiltak eller som en del av andre prioriterte prosjekter.

²² Direktoratet for e-helse. 2017. *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre 13.09.17. 2017* (sak 33/17)



Figur 4 Forslag til milepælsplan for Felles grunnmur

4.2 Innføring av byggeklosser

Det er viktig å forstå at Felles grunnmur ikke er en selvstendig løsning, men byggeklosser som tilbyrde av e-helseløsninger skal ta i bruk for å løse felles utfordringer. På bakgrunn av dette må innføringen gjøres i regi av initiativene som tar i bruk e-helseløsningene som trenger byggeklossene. Aktørene i sektoren har forskjellige løsninger, planer og prioriteringer. Det betyr at det i stor grad vil variere når den enkelte aktør tar i bruk byggeklossene og hvor mye arbeid som skal til for å ta dem i bruk. Med bakgrunn i dette, og at planen per nå er en anbefaling, er det ikke mulig å legge en konkret plan for innføring. Derimot bør det ved godkjenning og finansiering av de enkelte tiltakene etableres en plan for innføring av byggeklossene og tiltakene. Utvikling av byggeklosser og gjennomføring av tiltak kan med fordel gjennomføres som en del av, eller tett koordinert med, andre nasjonale, regionale eller lokale prosjekter.

4.3 Videre arbeid

Arbeidet med felles grunnmur krever koordinert innsats fra alle i sektoren og vil påvirke planen for den enkelte aktør. Følgende arbeid er identifisert som nødvendig etter at plan for utvikling av Felles grunnmur er ferdigstilt:

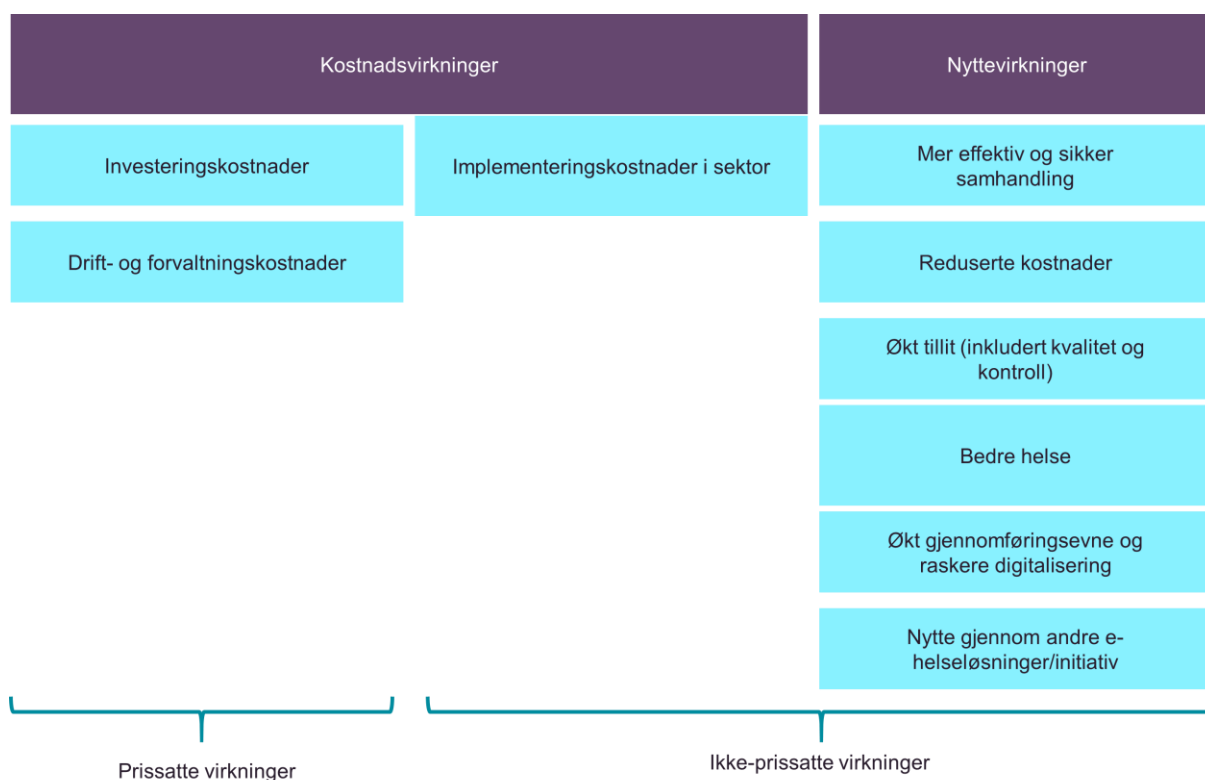
- Planen er et verktøy for nasjonal portefølje- og arkitekturstyring. Den vil bli revidert årlig slik at nye felles behov blir vurdert og strategiske beslutninger gjenspeiles i planen.
- Planen skal være grunnlaget for organisering av tiltak. . Dette innebærer også forslag til nye program-/ prosjektaktiviteter med tilhørende finansiering
- Definisjon av prosesser, roller og ansvar for koordinert utvikling og forvaltning av felles grunnmur vil starte så snart som mulig og gjennomføres i tett samarbeid med sektoren. Arbeidet må koordineres med arbeidet med nasjonal tjenesteleverandør og nye finansieringsmodeller.
- For hver aktivitet må det følge med en innføringsplan som må følges opp.
- Hver aktivitet må inkludere en gevinstrealiseringsplan. Virksomhetene er selv ansvarlige for egen gevinstrealisering, men aktivitetene i Felles grunnmur må legge til rette for at gevinster av nasjonale e-helseinitiativ realiseres og gir de ønskede effektene.

Arbeidet påbegynnes i 2019, innenfor de økonomiske rammene som foreligger.

5 Kostnader og nytte

Plan for Felles grunnmur for digitale tjenester er en sammenstilling av tiltak i en portefølje som over tid skal støtte opp under raskere, sikrere og mer enhetlig digitalisering av helse- og omsorgssektoren. Planen er tenkt som en strategi/veikart for flere ulike tiltak i en portefølje som over tid vil iverksettes med egne beslutningsprosesser og finansiering. Tiltak som inngår i planen må prioriteres av nasjonal porteføljestyling. Planen er ment å være et styringsverktøy og kunnskapsgrunnlag som bidrar til å se tiltakene i sammenheng med hverandre for enklere å kunne gjøre prioriteringer basert på felles behov for sektoren, enten direkte eller gjennom andre nasjonale e-helseinitiativ.

Kostnader til investering, drift og forvaltning er estimert per resultatmål, med tilhørende tiltak. I tillegg er det gjort en kvalitativ vurdering av hvilke innføringskostnader og nyttevirkinger som forventes å komme når Felles grunnmur er etablert og sektoren har tatt i bruk byggeklossene. En slik sammenstilling av kostnader gir viktig informasjon for valg av strategisk retning og prioritering mellom enkelttiltak i Felles grunnmur.



Figur 5 Oversikt over prissatte og ikke-prissatte virkninger

5.1 Innledning og avgrensning

Vurderingene bygger på definisjonen av Felles grunnmur med tilhørende beskrivelser per område. Samlet sett er Felles grunnmur et uttrykk for behovet for samordning og koordinering.



Figur 6 Illustrerer de fem områdene i Felles grunnmur for digitale tjenester og innholdet i dem

Byggeklussene i Felles grunnmur har ulike eiere og styres og forvaltes i dag mer eller mindre uavhengig av hverandre. Noen av byggeklossene har pågående aktiviteter, hvorav noen aktiviteter pågår i prosjekt, mens andre pågår som linjeaktiviteter. Plan for utvikling av Felles grunnmur anbefaler at det blir etablert koordinert utvikling og forvaltning, jf. kap. 2.3. Planen legger imidlertid ikke føringer for beslutningsprosesser og finansiering av enkelttiltak.

Prosjektkostnader med tilhørende drift og forvaltning er estimert. Kostnader knyttet til utvikling og innføring i sektoren beskrives uten tallestimater. Grunnen til dette er usikkerhet knyttet til når og på hvilken måte sektoren vil ta byggeklossene i Felles grunnmur i bruk.

Nyttevirkningene beskrives kvalitativt med referanse til tidligere arbeid innenfor tilsvarende områder²³, føringer fra metoderapporter²⁴ og ut fra faglig skjønn. Innføringskostnader og nyttevirkninger er justert i henhold til innspill fra interessenter.

Styrken på innføringskostnader og nyttevirkninger er angitt i henhold til pluss-minusmetoden, der virkningene er vurdert etter henholdsvis betydning og omfang, som til sammen utgjør en

²³ Fornyings- og administrasjonsdepartementet. 2007. *Felles IKT-arkitektur i offentlig sektor* Det Norske Veritas GL (DNV). 2015. *Gevinstpotensialet i et felles konsept for informasjonsforvaltning i offentlig sektor*

²⁴ Bull-Berg, Volden, Grindvoll. 2014. *Ikke-prissatte virkninger i samfunnsøkonomisk analyse*

konsekvens.²⁵ Konsekvensen er et uttrykk for endringen sammenlignet med nullalternativet på en skala fra meget stor negativ konsekvens (----) til meget stor positiv konsekvens (++++).

Konsekvensmatrisen har følgende skala:

- ++++ Meget stor positiv konsekvens
- +++ Stor positiv konsekvens
- ++ Middels positiv konsekvens
- + Liten positiv konsekvens
- 0 Ubetydelig/ingen konsekvens
- Liten negativ konsekvens
- Middels negativ konsekvens
- Stor negativ konsekvens
- Meget stor negativ konsekvens

Graden av realisering av innføringskostnader og nyttevirksomheter beror på at byggeklossene underlegges en effektiv styring og forvaltning samt at byggeklossene i Felles grunnmur tas i bruk i nasjonale og sektorens egne e-helseløsninger. For mange av prosjektene i de nasjonale e-helseløsningene rapporteres det avhengigheter til grunnmursbyggeklosser for å utvikle og innføre løsningene. Den største positive effekten av Felles grunnmur vil være mer effektiv og sikker samhandling. I tillegg vil det være stordriftsfordeler ved at byggeklossene utvikles sentralt og aktørene slipper å løse felles behov hver for seg.

Felles grunnmur dekker felles behov som likevel må løses av hvert enkelt initiativ/prosjekt dersom tiltakene i Felles grunnmur ikke blir realisert. Et eksempel er felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester som omfatter investeringer i grunnmurskomponenter, som grunndata, terminologi og kodeverk og samhandlingsløsninger for dokument- og datadeling. Dersom disse tiltakene blir realisert som følge av Felles grunnmur kan dette komme som fratrukk til kostnad beregnet brukt på å utvikle en helhetlig samhandling og felles journalløsning.

5.2 Nullalternativet

I vurderingen av kostnads- og nyttevirksomheter av Felles grunnmur legges det til grunn et nullalternativ tilsvarende dagens situasjon og videre utvikling kun med nødvendig drift og forvaltning av de eksisterende byggeklossene. Dersom utviklingen fortsetter med fragmentert IKT-utvikling og manglende koordinert utvikling og forvaltning vil det innebære at aktørene som samhandler selv må løse behovene hver for seg som kompensasjon for manglende tiltak i Felles grunnmur. I nullalternativet mangler byggeklossene koordinert utvikling og

²⁵ Direktoratet for økonomistyring (DFØ). 2018. *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*

forvaltning samt tiltakene som identifiseres i planen. Det antas at sektorens behov holdes konstant, og mange av behovene vil løses av ulike aktører individuelt, eller forbli uløst.

5.3 Sentrale forutsetninger for kostnadsestimeringen

Følgende forutsetninger ligger til grunn for estimering av prosjektkostnadene med tilhørende drift og forvaltning²⁶:

Beregningsenhet	Størrelse	Kilde
Kalkulasjonsrente	4 %	Rundskriv R-109/14 ²⁴
Skattefinansieringskostnad	20 %	Rundskriv R-109/14 ²⁴
Driftskostnad som andel av investeringskost	25 %	Gartner Group ²⁷
Reallønnsvekst	0,8 %	Perspektivmeldingen 2018 ²⁸
Analyseperiode	10 år	Rundskriv R-109/14 ²⁴

Pris for konsulenter er beregnet utfra gjennomsnittlig timepris. Det påregnes 5 % administrasjonskostnad, samt leiekostnad per årsverk. Det er gjort beregninger for en periode på 10 år etter investeringsperioden. Der ikke annet er spesifisert utgjør drift- og forvaltningskostnadene årlig 25 % av investeringsutgiftene. Alle utgiftene i kapittel 5.4 er uten mva. og nåverdijustert²⁹ i henhold til kalkulasjonsrenten.

5.4 Kostnadsestimater

Det er gjort en estimering av sentrale prosjektkostnader for hvert enkelt tiltak med tilhørende drifts- og forvaltningskostnad. Tallfestede estimater vil være grunnlag for beslutningsprosesser og finansiering av enkelttiltak. Innføringskostnader for sektoren er vurdert kvalitativt i henhold til tabell i kapittel 5.1 og angis på en skala fra 0 til meget stor negativ konsekvens (----).

I plan for utvikling av Felles grunnmur inngår flere tiltak. Estimeringen har foregått i tett samarbeid med de respektive eierne/interessentene av tiltakene. Der hvor tiltakene allerede var spilt inn i budsjettprosessen for 2019 har dette vært grunnlag for estimatene.

²⁶ Finansdepartementet. 2014. *Rundskriv R-109/14*

²⁷ Gartner group. 2005. *Analyse af statens IKT-udgifter» Rapport for Finansministeriet. Version 4.0.*

²⁸ Finansdepartementet. 2017. *Perspektivmeldingen 2017*

²⁹ Nåverdi er dagens kroneverdi av samlede nytte- og kostnadsvirkninger som påløper på ulike tidspunkter.

For å sikre konsistente estimater på tvers av prosjekter er tiltakene klassifisert i ulike tiltakstyper som har definerte aktiviteter, prosjektfaser og leveranser. Hver tiltakstype har fått en tydelig definisjon av hva som skal inkluderes og hva som skal ekskluderes. Eksempelvis vil tiltakstypen "etablere en løsning" inkludere fasene forprosjekt, anskaffelse, utvikling og test, sette i drift og overlevere til forvaltning.

5.4.1 Resultatmål 1: Koordinert utvikling og forvaltning av byggeklossene i Felles grunnmurer etablert med prosesser, roller og ansvar

For beskrivelse av resultatmål 1 se kapittel 3.3.1.

Investerings-, drifts- og forvaltningskostnad

I resultatmålet inngår følgende tiltak:

- 1) Koordinert utvikling og forvaltning av byggeklossene i Felles grunnmur er etablert med prosesser, roller og ansvar
- 2) Innføre prosesser, roller og ansvar i sektoren
- 3) Utarbeide målarkitektur for felleskomponenter og avklare anvendelse av felles arkitekturprinsipper
- 4) Etablere en plan for hvordan internasjonale standarder skal benyttes innenfor samhandlingsmodeller og funksjonelle brukerscenarier
- 5) Utrede nye felleskomponenter for videreutvikling av Felles grunnmur

For samtlige tiltak vil det påløpe investeringskostnader. For koordinert utvikling og forvaltning (tiltak 1) vil det påløpe drifts- og forvaltningskostnader i tillegg.

Innføringskostnader i sektor

Styringsmodellen for grunnmur vil i praksis fungere som én vei inn for sektoren. Effektiv styring innebærer at sektoren må melde behov og aktivt delta i prioriteringsprosesser for komponenter til grunnmuren. Konkret innebærer det deltakelse i fora og innmelding av behov. Det vil være et fåtall ressurser fra hver interessent/aktør som deltar. Samlet sett er det få aktører i sektoren som berøres (lite omfang) og kostnaden er liten.

Resultat	Konsekvens (kostnader)
Styring og forvaltning av Felles grunnmur	0

5.4.2 Resultatmål 2: Dagens samhandling er styrket på prioriterte områder

For beskrivelse av resultatmål 2 se kapittel 3.3.2.

Investerings-, drifts- og forvaltningskostnad

I resultatmålet inngår følgende tiltak:

- 1) Innføre prioriterte e-helsestandarder for å oppnå en enhetlig meldingsutveksling

Tiltaket medfører både investeringskostnader og kostnader til drift og forvaltning.

Innføringskostnader i sektoren

Det forutsettes at sektor implementerer tjenestebasert adressering og konfigurerer dette mot Adresseregisteret. Det må også opprettes nye avtaler mellom samhandlingsparter. Leverandører av e-helseløsninger må utvikle og oppdatere disse. Sektoren må endre sine arbeidsprosesser rundt meldingsutveksling slik at korrekt kodeverk og meldingstype blir benyttet. Kodeverk og lister må oppdateres slik at disse stemmer overens med kravene for Henvvisning 2.0 og helsefaglig dialog.

Alle i sektoren som har elektronisk meldingsutveksling berøres. Innføringen innebærer mindre endringer i systemene, men det vil medføre behov for endringer i arbeidsprosesser og opplæring av personell. Samlet sett er det mange aktører i sektoren som påføres innføringskostnader (middels omfang) og betydningen er stor.

Resultat	Konsekvens (kostnader)
Innføring av tjenestebasert adressering, Henvvisning 2.0 og helsefaglig dialog	---

5.4.3 Resultatmål 3: Dokumentdeling er en standardisert samhandlingsform

For beskrivelse av resultatmål 3 se kapittel 3.3.3.

Investerings-, drifts- og forvaltningskostnad

I resultatmålet inngår følgende tiltak:

- 1) Etablere nasjonale krav og retningslinjer for enhetlig innføring av dokumentdeling
- 2) Utprøving av felles modell for tilgangsstyring for dokumentdeling
- 3) Bistand til innføring av dokumentdeling på prioriterte områder
- 4) Etablere og videreutvikle felleskomponenter for deling av dokumenter
- 5) Utrede standard og tjenester for logging og logganalyse på tvers av virksomheter
- 6) Etablere innholdsstandarder for dokumentdeling
- 7) Etablere nasjonal personverntjeneste for dokumentdeling
- 8) Gjennomføre grundataløft for å støtte tilgangsstyring på tvers
- 9) Etablere test og godkjenningsordning for dokumentdeling

Det vil påløpe investeringskostnader for samtlige tiltak, mens det vil påløpe drifts- og forvaltningskostnader for tiltakene 1, 4, 6 og 7.

Innføringskostnader i sektoren

Endringene må gjøres for å rigge sektoren for dokumentdeling og innebærer å bestille endringer hos leverandører slik at e-helseløsningene blir compatible og godkjent. Endringene vil være forholdsvis omfattende, men bygger samtidig på kjent og velprøvd teknologi som tilbys som «hylleware» både nasjonalt og internasjonalt.

Det vil også kreves en utvikling av dagens e-helseløsninger og anskaffelse av komponenter som realiserer dokumentdeling. Dokumentdeling representerer en form for samhandling som sektoren har begrenset erfaring med. Å sikre personvern og informasjonssikkerhet under nye forutsetninger er helt sentralt, og det vil derfor bli behov for endring i arbeidsprosesser og opplæring av personell.

Tilgangsstyringene må endres og det må opprettes avtaler med samhandlingsparter. Arbeidsprosesser må tilpasses slik at korrekt terminologi sikres og brukes, og slik at grunddataene holdes oppdatert. I løpet av planens analyseperiode, frem til 2034, forventes det at et stort flertall av aktørene vil ta i bruk dokumentdeling.

Samlet sett er det mange aktører i sektoren som påføres innføringskostnader (middels omfang) og betydningen er stor.

Resultat	Konsekvens (kostnader)
Dokumentdeling er innført	----

5.4.4 Resultatmål 4: Et felles rammeverk for standardisert deling av og samarbeid om strukturerte data

For beskrivelse av resultatmål 4 se kapittel 3.3.4.

Investerings-, drifts- og forvaltningskostnad

I resultatmålet inngår følgende tiltak:

- 1) Etablere nasjonale krav og retningslinjer for enhetlig innføring av datadeling
- 2) Utprøving av felles modell for tilgangsstyring for datadeling
- 3) Bistand til innføring av datadeling på prioriterte områder
- 4) Etablere felles retningslinjer for enhetlig innføring av internasjonale e-helsestandarder, inkludert utarbeidelse av basisprofiler
- 5) Etablere og videreutvikle felleskomponenter for datadeling
- 6) Etablere e-helsestandarder for datadeling
- 7) Videreutvikle personverntjeneste for datadeling
- 8) Etablere test- og godkjenningsordning for datadeling

Det vil påløpe investeringskostnader for samtlige tiltak fra de tidspunkter tiltakene igangsettes. I tillegg påløper det kostnader til drift og forvaltning for samtlige tiltak med unntak av tiltakene 2 og 3.

Innføringskostnader i sektor

Tiltakene rundt datadeling forutsetter ikke innføring i sektor. Det lages et rammeverk som sektoren først må forholde seg til når de skal innføre en ny tjeneste som støtter datadeling. Kostnadene (og nytten) for dette tas i de respektive løsningene. Før rammeverket tas i bruk vil det ikke være noen kostnader. Bruk og utvikling av datadelingsløsninger er ikke en del av planen.

Å følge et rammeverk ved utvikling av nye tjenester kan generere merkostnader sammenlignet med å fritt kunne velge hvordan løsningen skal bli. Likefullt kan det også være ressurs sparende å ha et tydelig regelverk å forholde seg til, da det er færre ting å ta stilling til og som må finnes ut av. Samlet sett vurderes det å være lave direkte innføringskostnader (lite omfang) som følge av tiltaket og liten betydning for sektoren.

Resultat	Konsekvens (kostnader)
Datadeling er innført	-

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

For beskrivelse av resultatmål 5 se kapittel 3.3.5.

Investerings-, drifts- og forvaltningskostnad

I resultatmålet inngår følgende tiltak:

- 1) Videreutvikle grunddataplattformen for økt sikkerhet, tilgjengelighet og kapasitet
- 2) Etablere en enhetlig forvaltningsmodell for felles grunndata
- 3) Etablere felles tjeneste for virksomhet, person og personell, med FHIR standard og relevante kodeverk
- 4) Etablere felles grunndata om virksomheter, inkludert modernisert enhetsregister (enhetlig virksomhetsstruktur)
- 5) Bistand til innføring av restrukturerte grunddatatjenester (virksomhet, person, personell)
- 6) Utrede sektorens behov for utvidelse av grunndata
- 7) Utarbeide nasjonale krav og retningslinjer for grunndata

Det vil påløpe investeringskostnader for samtlige tiltak fra de tidspunkter tiltakene igangsettes. I tillegg påløper det kostnader til drift og forvaltning for samtlige tiltak med unntak av tiltakene 5 og 6.

Innføringskostnader i sektoren

Det forutsettes at sektoren etablerer nye oppdateringsrutiner for grunndata. Dette vil først og fremst treffe teknisk og administrativt personell. Systemleverandører må gjøre endringer på sine løsninger for å ivareta både konsum og produksjon av grunndata.

Det vil ikke være behov for opplæring eller endrede arbeidsprosesser for helsepersonell. Samlet sett er det få aktører i sektoren som påføres kostnader (lite omfang) og betydningen er middels.

Resultat	Konsekvens (kostnader)
Ta i bruk felles grunndata	-

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

For beskrivelse av resultatmål 6 se kapittel 3.3.6.

Estimeringen ble gjort for alle tiltakene samlet, de er derfor presentert på samme måte her³⁰.

Investerings-, drifts- og forvaltningskostnad

I resultatmålet inngår følgende tiltak:

- 1) Etablere funksjonskrav og arkitekturprinsipper for bruk av terminologi i EPJ og for automatisk innrapportering til sekundærbruk

For tiltaket vil det påløpet investerings-, drifts- og forvaltningskostnad.

Innføringskostnader i sektoren

Det er usikkerhet knyttet til om felles språk vil bli innført i eksisterende løsninger. De eksisterende løsningene antas imidlertid å i liten grad kunne utnytte de mulighetene som felles språk vil tilby. Størrelsen på kostnader ved innføring i eksisterende løsninger vurderes derfor som liten.

Innføringen av felles språk er i all hovedsak planlagt gjennomført i nye nasjonale e-helseløsninger. Kostnadene (og nytten) for dette tas i de respektive løsningene. Det gis derfor heller ingen vurdering av størrelsen på disse. Samlet sett antas det at få aktører i sektoren påføres direkte innføringskostnader (lite omfang) og at størrelsen på eventuelle kostnader er lave.

Resultat	Konsekvens (kostnader)
Felles språk	0

³⁰ Tallene som presenteres her er forskjellige fra KVVU – Nasjonal journal- og samhandlingsløsning for kommunal helse og omsorgstjeneste. Det skyldes at innholdet i tiltakene er revidert og utvidet og at estimeringen deretter er gjort på nytt.

5.4.7 Resultatmål 7: Tilrettelagt for innovasjon og næringsutvikling

For beskrivelse av resultatmål 7 se kapittel 3.3.7.

Investerings-, drifts- og forvaltningskostnad

I resultatmålet inngår følgende tiltak:

- 1) Definere strategi, arkitektur og standarder for applikasjonsintegrasjon i EPJ og andre fagsystemer
- 2) Etablere forvaltningen av økosystemet
- 3) Etablere felleskomponenter for tilgjengeliggjøring av grunnmursfunksjoner i økosystemet (API-management)
- 4) Etablere test- og godkjenningstilbud for bruk av felleskomponenter
- 5) Utrede juridiske hindringer for deling av helseopplysninger i et økosystem av eksterne aktører og leverandører

I tillegg til investeringskostnader for alle tiltakene påløper det drifts- og forvaltningskostnader for tiltakene 2, 3 og 4.

Innføringskostnader i sektor

Tiltakene rundt innovasjon og næringsutvikling forutsetter ikke innføring i sektor. Det etableres et rammeverk og felleskomponenter som sektoren og leverandørene kan forholde seg til når de skal innføre nye tjenester. Resultatmål 7 skal gjøre det enklere og billigere å etablere slike nye tjenester, men denne kostnadsbesparelsen faller utenfor analysens omfang, og er ikke regnet med. Bruk og utvikling av innovative tjenester er ikke en del av Plan for Felles grunnmur.

I første omgang er det enkelte nasjonale e-helseløsninger og løsninger i grunnmuren som vil tilby åpne APIer gjennom API-plattformen.

Samlet sett er det ingen aktører i sektoren som påføres innføringskostnader (intet omfang) og betydningen er liten.

Resultat	Konsekvens (kostnader)
Innovasjon og næringsutvikling	0

5.4.8 Totale prissatte kostnader

Investeringen i Felles grunnmur består hovedsakelig av engangskostnader som påløper ved oppstart av de ulike tiltakene, men kan også inneholde tilleggsinvesteringer i løpet av levetiden. Den største kostnaden knytter seg til arbeidskraft, både interne ansatte og konsulenter. Kostnadene inkluderer også direkte innkjøpskostnader, som programvare, servere o.l., men også kostnader i forbindelse med implementering. Systemutviklings- og planleggingskostnader er inkludert.

Driftskostnader inkluderer årlige kostnader knyttet til drift og vedlikehold av den nye løsningen. For Felles grunnmur vil det være kostnader knyttet til support og oppfølging. Det er også anslått kostnader knyttet til parallell drift i perioder, samt til forvaltning av grunnmuren.

5.4.9 Skattefinansieringskostnad

Skattefinansieringskostnad synliggjør effektivitetstap (skattekiller) og kostnad ved å måtte samle inn ekstra skatter. Dette brukes ikke i budsjettestimater.

Skattekostnaden settes til 20 øre per krone for nettovirkninger på offentlige budsjetter. I denne analysen er det ikke regnet inn noen gevinster på offentlige budsjetter. Hele kostnadsestimatet blir derfor tillagt 20 prosent i skattefinansieringskostnad.

5.4.10 Oppsummering av kostnader

Prosjektkostnader med tilhørende drift og forvaltning er estimert og tallfestet, mens kostnader til endring og omstilling for sektoren er vurdert kvalitativt.

Effekt	Estimat/konsekvens (2018 kroner, eks. mva., nåverdi)
<i>Investeringskostnader</i>	<i>Sentrale prosjekt- kostnader</i>
<i>Drifts- og forvaltningskostnad</i>	<i>Sentrale drifts- og forvaltningskostnader</i>
<i>Innføringskostnader</i>	
<i>Koordinert utvikling og forvaltning av byggeklossene i Felles grunnmur inkl. prosesser, roller og ansvar</i>	0
<i>Styrket samhandling på prioriterte områder</i>	---
<i>Dokumentdeling er en standardisert samhandlingsform</i>	----
<i>Et felles rammeverk for standardisert deling av og samarbeid om strukturerte data</i>	-
<i>Enkel og sikker tilgang på felles grunndata med høy kvalitet</i>	-
<i>En felles standardisert terminologi for deling av helsefaglige opplysninger</i>	0
<i>Felles grunnmur er tilrettelagt for innovasjon og næringsutvikling</i>	0

5.5 Usikkerhetsanalyse av prissatte investeringskostnader

Usikkerhetsanalysen er gjort for de prissatte investeringskostnadene knyttet til Plan for Felles grunnmur. Kostnadene er inkludert mva., og de er ikke diskontert. Usikkerhetsanalysen har tatt utgangspunkt i Concepts veileder 4 og 6^{31 32}.

Hensikten med usikkerhetsanalysen er å identifisere de viktigste usikkerhetsfaktorene som påvirker gjennomføring av tiltakene.

Planen organiseres som en portefølje med stor grad av uavhengighet mellom tiltakene. Tiltakene har egne beslutningsprosesser og finansiering. De fleste av tiltakene er godt kjent og tydelig definert. Det skal gjøres lite utvikling og det som skal gjøres er relativt kjent. Dette er faktorer som trekker usikkerheten ned.

Det er likevel betydelig usikkerhet i estimatene. De er gjort på et tidlig tidspunkt med relativt lav detaljeringsgrad og omhandler prosjekter som krever stor grad av forankring og har mange interessenter. Forventningsverdien er derfor 31% høyere enn basisestimatet, og P85 er 51% høyere.

Skjevheten på usikkerhetsestimaterne er 0,69. Dette indikerer en relativt symmetrisk fordeling med noe høyreskjevhet. Høyreskjevhet innebærer at det er noe høyere sannsynlighet for høyere kostnader enn lavere kostnader, sammenlignet med det mest sannsynlige utfallet. Sannsynligheten for kostnader lavere enn grunnestimatet er 5,2 prosent, dette er normalt for IKT-porteføljer med et slikt omfang.

Usikkerhet knyttet til løsningen (innhold) bidrar mest til usikkerheten, etterfulgt av organisering og modenhet, samt eksterne omgivelser og interessenter.

5.5.1 Prosess for usikkerhetsanalyse

Det ble gjennomført en workshop over to dager. Deltagerne var de samme som bidro under kostnadsestimeringen. Det ble tatt utgangspunkt i prosjektnedbrytningsstrukturen og estimatusikkerheten ble vurdert for hvert av de syv resultatmålene. Diskusjonene var åpne og gode, og det oppfattes at usikkerhetsestimeringen gir et godt bilde av usikkerhetene i planen.

Analysen tok utgangspunkt i investeringskostnadene estimert i grunnkalkylen. Usikkerhetsanalysen er ikke en kvalitetssikring av selve estimatene. Det antas at estimeringen i grunnkalkylen er gjort utfra hva som er mest sannsynlig kostnad. Estimeringen gjøres med trepunktsestimater, (1) P10, (2) mest sannsynlig (modus), (3) P90. Analysen dekker kostnader f.o.m. prosjektstart i januar 2019 t.o.m. 2023 (fire år). Prisnivå i basiskostnaden er 2018-kroner, de er ikke diskontert og analysen inneholder beløp inklusive mva.

³¹ Drevland, Frode. 2013. *Kostnadsestimering under usikkerhet*

³² Torp, Drevland og Austeng. 2015. *Prosess for kostnadsestimering under usikkerhet*

Analysen omfattet ikke større premissendringer eller finansieringsusikkerhet. Finansieringskostnader, valutaendringer, samt hendelser med liten sannsynlighet og store konsekvenser (ekstremhendelser), ble utelatt.

5.6 Nytte

Felles grunnmur for digitale tjenester svarer først og fremst på behovet for enkel og sikker samhandling med eksisterende og nye e-helseløsninger ved å legge til rette for raskere, sikrere og mer kostnadseffektiv digitalisering av helse- og omsorgssektoren. Nyttevirkninger av Felles grunnmur realiseres gjennom satsinger og initiativer der løsninger utvikles, styres og forvaltes hos sentrale e-helsemyndigheter, og der e-helseløsninger, inkludert EPJ, benytter elementer fra Felles grunnmur i sitt digitaliseringsarbeid. Virksomheter i sektoren, helsepersonell og innbyggere kan høste gevinster av Felles grunnmur etter hvert som sektoren tar elementene i bruk. Den samlede nytteeffekten av Felles grunnmur øker med antall brukere.

Felles grunnmur er en viktig og kritisk del i helse- og omsorgssektorens digitale omstilling. Felles grunnmur tilrettelegger for innovasjon, konkurranse, fleksibilitet og samhandel for å kjøpe, bygge og innovere systemer, verktøy, løsninger og tjenester (jf. nasjonal e-helsestrategi³³).

Nyttevirkningene sammenlignes med nullalternativet der byggeklossene mangler felles styring og forvaltning, og der e-helseløsningene, inkludert virksomhetenes EPJ, løser felles behov hver for seg³⁴.

Nyttevirkningene angis i henhold til konsekvensmatrisen i kapittel 5.1 og oppsummeres på en skala fra svakt positiv konsekvens (+) til meget stor positiv konsekvens (++++)).

5.6.1 Mer effektiv og sikker samhandling

Dagens fragmenterte IKT-landskap kjennetegnes av at pasienten i mange tilfeller må bære sin egen pasientinformasjon, og helsepersonell bruker mye tid på å hente inn informasjon for å kunne ta gode og korrekte beslutninger. Helse- og omsorgssektoren har en rekke felles behov som kan løses gjennom Felles grunnmur og på den måten bidra til mer effektive og sikre samhandlingsløsninger. Felles grunndata gir e-helseløsningene et felles basisgrunnlag for samhandling. Felles krav og retningslinjer bidrar til å gjøre elektronisk samhandling mer enhetlig. Mer effektive, enhetlige og sikre samhandlingsløsninger gir bedre og mer effektivt samarbeid i pasientforløpet og sørger for at helsepersonell på tvers av virksomheter og i ulike faser av pasientforløpet har tilgang til nødvendig pasientinformasjon.

³³Direktoratet for e-helse. 2017. *Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022*

³⁴ Bull-Berg, Volden, Grindvoll. 2014. *Ikke-prissatte virkninger i samfunnsøkonomisk analyse*

Felles grunnmur legger til rette for at elektronisk samhandling fungerer som tiltenkt ved at informasjonen kommer frem til mottaker og ved at eventuelle feil og avvik i samhandlingen blir varslet og håndtert på rett nivå. Mer effektiv og sikker samhandling er en forutsetning for å redusere papirforsendelser og doble rutiner, telefon, faks og andre manuelle oppgaver i sektoren. Dette vil bidra til å spare både tid og penger for virksomhetene i sektoren.

Mer effektiv og sikker samhandling er en virkning som vil treffe samtlige aktører i sektoren som utveksler pasientinformasjon, og det er grunn til å tro at nyttevirkningene av Felles grunnmur vil være stor for disse aktørene.

Eksempel: Forventet gevinst ved innføring av tjenestebasert adressering

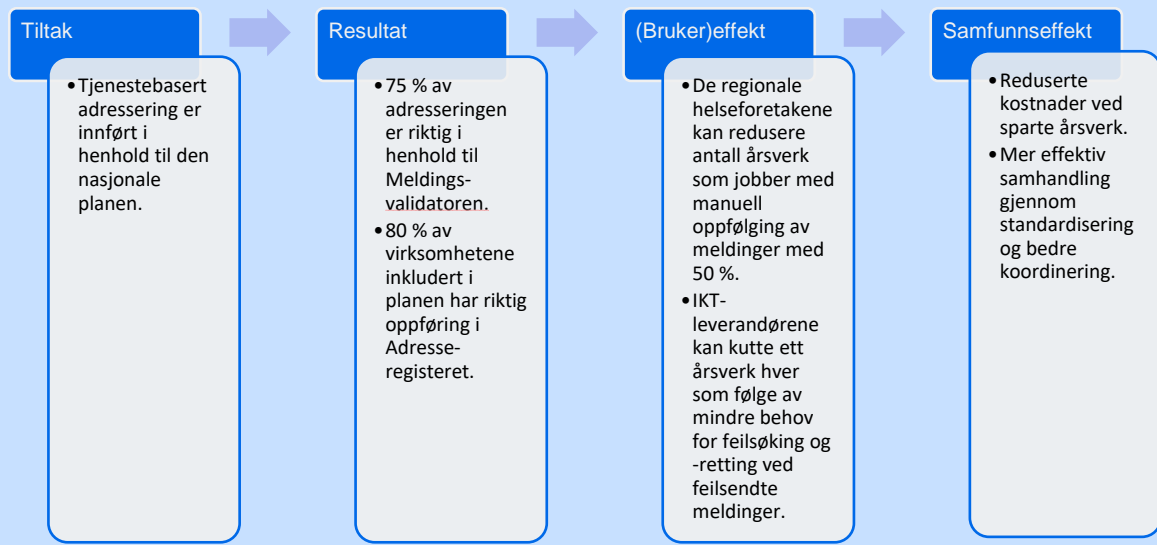
Standard for tjenestebasert adressering svarer på helse- og omsorgssektorens behov for tydelige krav til adressering av elektroniske meldinger. De regionale helseforetakene rapporterte i 2017 at de bruker totalt 36 årsverk på manuell oppfølging av meldinger. Et forsiktig anslag angir at halvparten kan knyttes til adressering. Det er beregnet at RHFene kan spare 155 MNOK over en tiårsperiode ved innføring av standard for tjenestebasert adressering.

Hver av IKT-leverandørene bruker ett årsverk på feilsøking og -retting ved feilsendte meldinger. Et forsiktig anslag viser at dette gjelder minst ti leverandører. Det er beregnet at leverandørene av fagsystemene kan spare 86 MNOK over en tiårsperiode ved innføring av standarden.

Til sammen kan helseforetak og IKT-leverandører spare 241 MNOK når standard for tjenestebasert adressering blir innført.

I tillegg kommer kvalitets- og effektivitetsgevinster for avsender, mottaker og pasient:

- ✓ **Mer enhetlig og robust adressering**
- ✓ **Økt pasientsikkerhet**
- ✓ **Økt kvalitet på elektronisk meldingsutveksling**
- ✓ **Redusert bruk av papir**



5.6.2 Reduserte kostnader

Investeringer i Felles grunnmur for digitale tjenester bidrar til å redusere de samlede kostnadene ved at elementer i byggeklossene utvikles én gang i stedet for at behovene løses hver for seg (stordriftsfordeler). Når felles behov løses sentralt bidrar det til et mindre fragmentert IKT-landskap der samhandlingen internt og med aktører utenfor helse- og omsorgssektoren blir enklere og sikrere.

Når Felles grunnmur tas i bruk reduseres kostnadene eksempelvis ved:

- ✓ Forenklet digitalisering av arbeidsprosesser
- ✓ Tidsbesparelser på grunn av økt gjenbruk av data
- ✓ Stordriftsfordeler på grunn av drift av fellesløsninger i stedet for mange enkeltstående løsninger
- ✓ Bedre utnyttelse av kapasitet og kompetanse

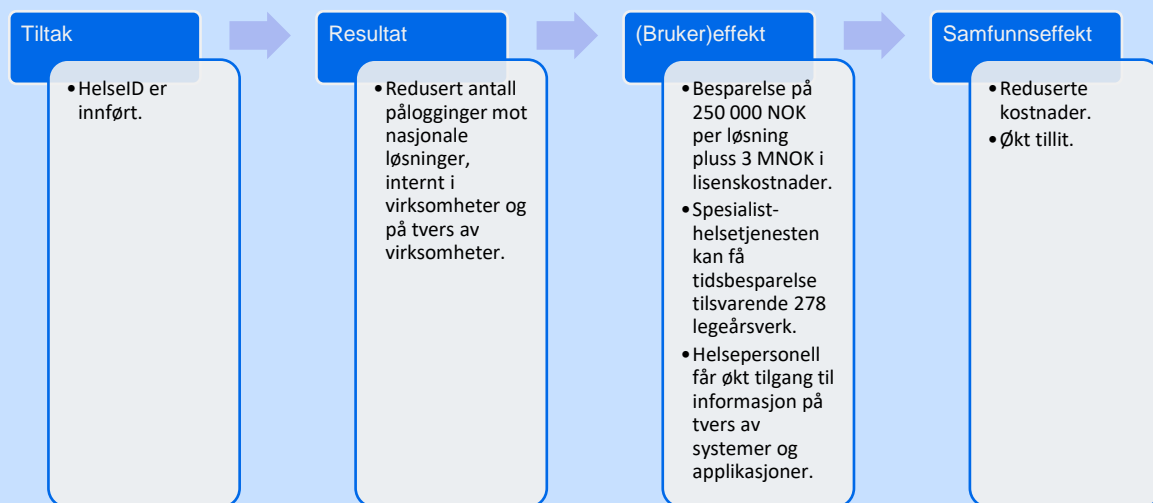
Reduserte kostnader til investering, drift og forvaltning er en nyttevirkning som vil treffe samtlige aktører i sektoren som benytter elektronisk meldingsutveksling og/eller nye samhandlingsformer. Omfanget er stort, mens betydningen for den enkelte antas å være middels. Betydningen er større for de mindre aktørene i sektoren, mens den er relativt liten for de store helseaktørene som lettere kan koordinere seg med andre aktører på egen hånd.

Eksempel: Forventet gevinst ved bruk av HelseID

HelseID er en felleskomponent for autentisering og felles pålogging. Det er forventet at felleskomponenten gjør samhandlingen sikrere og arbeidsprosesser enklere for virksomhetene i helse- og omsorgssektoren ved at de får tilgang til én felles pålogging til alle løsningene. Uten HelseID må alle e-helseløsninger, inkludert EPJ, implementere sine egne påloggingsløsninger og for eksempel dekke kostnader for integrasjoner mot leverandørene av identitetsløsninger (som Buypass og Commfides).

Dersom Felles grunnmur tilbyr HelseID til aktørene kan de benytte den som felles påloggingsløsning. Aktører som tar HelseID i bruk vil spare kostnader knyttet til både investering (lisenser) og forvaltning. Innsparingspotensialet for e-helseløsninger som benytter HelseID som felles påloggingsløsning er 250 000 NOK per løsning. I tillegg sparer hvert av de nasjonale initiativene 3 MNOK når de benytter ID-porten via HelseID fremfor integrasjon med Buypass og Commfides.

I dag er det ca. 40 initiativer/tjenester som har tatt HelseID i bruk eller er i prosess. Til sammen kan disse spare 130 MNOK ved å ta i bruk HelseID. I tillegg kommer gevinster for helsepersonell knyttet til tidsbesparelser ved én pålogging og bedre informasjonssikkerhet.



5.6.3 Økt tillit

Økt tillit er en effekt av at innbyggere i større grad får innsikt i, og oversikt over, egen pasientinformasjon. Tydelige krav til sikkerhetsnivå og sterkere etterlevelse av kravene gjør helse- og omsorgstjenestene mer robuste og leder til mindre feilbruk og reduserer risiko for misbruk av informasjon. Felles krav og retningslinjer forhindrer lokale tolkninger og gir mindre variasjon i behandlingstilbudet. Felles infrastruktur sikrer transport av meldinger og overvåkning. Og felles grunndata av god kvalitet styrker tilgangsstyring og –kontroll, noe som i tur også skaper økt tillit.

Tillit henger tett sammen med sikkerhet. Felles grunnmur bidrar til økt sikkerhet ved at felleskomponenter og -løsninger gjennomgår en mer omfattende testing enn virksomhetene

klarer hver for seg. Mer transparente løsninger gir økt rettsikkerhet for innbyggere, fordi de kan korrigere, justere og kvalitetssikre egne helsedata.

God kontroll, og muligheten til å styre utviklingen av e-helseløsninger for å møte behovene hos sluttbrukere og markedet, er svært viktig når sensitiv informasjon skal forvaltes. Felles grunnmur gir bedre kontroll på informasjonen som virksomhetene forvalter.

Mer effektiv og helhetlig samhandling og digitale verktøy i pasientbehandlingen vil gi helsepersonell mer korrekte, nøyaktige, oppdaterte og tilgjengelige data til bruk i pasientbehandlingen. Dette fordrer økt koordinering på tvers av virksomhetene i sektoren, eksempelvis i form av nasjonale innføringsplaner for nye standarder, samt bruk av felles grunddatatjenester for sikring av tilgang basert på tjenstlig behov.

Økt tillit, kvalitet og kontroll antas å ha middels omfang og betydning.

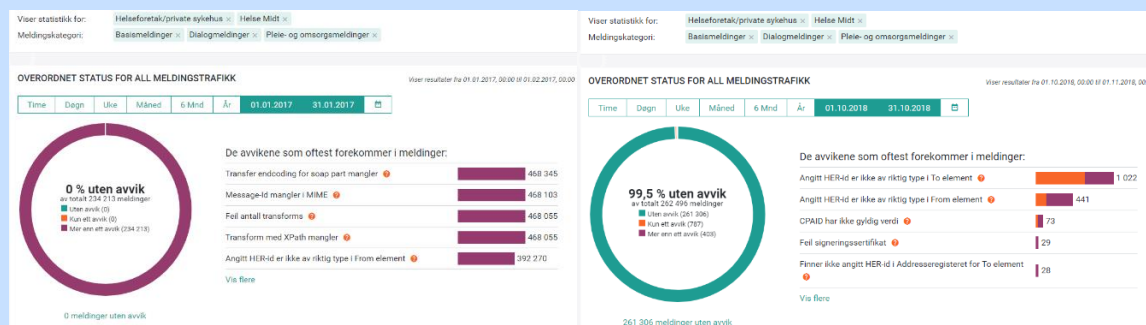
Eksempel: Forventet gevinst ved bruk av meldingsvalidator i test- og godkjenningsordningen

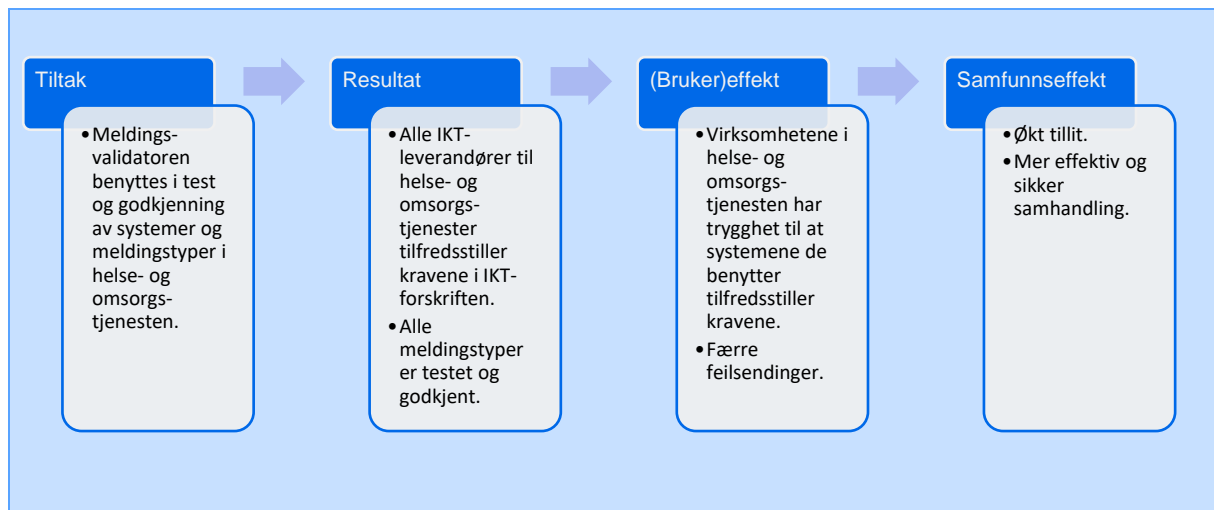
Meldingsvalidatoren er utviklet i prosjekt Samhandling og brukes blant annet i den nasjonale test- og godkjenningsordningen til Norsk Helsenett. Verktøyet skal hjelpe systemleverandører med enhetlig bruk og korrekt implementering av standarder for elektronisk samhandling. Samsvarstester kontrollerer at elektroniske meldinger sendes i henhold til gjeldende standarder.

Alle meldingstyper som tas i bruk i virksomhetene skal også være testet og godkjent gjennom bruk av meldingsvalidatoren.

Meldingsvalidatoren er et myndighetsverktøy som legger til rette for lik adressering, lik tolkning av standarder og forenkling av innføringsløpet for nye og endrede e-helsestandarder. Systemleverandører bruker også verktøyet aktivt og følger statistikken for "sine kunder" med 100% uten avvik.

Aktørene i sektoren har egne brukere der de kan se statistikk for egne virksomheter og bruke rapporter fra meldingsvalidatoren til å sette inn tiltak for å rette seg etter gjeldende standarder. Et uttrekk fra meldingsvalidatoren viser eksempelvis at helseforetakene i Midt-Norge har gått fra 0% uten avvik til 99,5% uten avvik i perioden januar 2017 til oktober 2018:





5.6.4 Bedre helse

Tilgang på pasientinformasjon av høy kvalitet er en forutsetning for å ta korrekte beslutninger i pasientbehandlingen. Felles grunndata og digitale verktøy i pasientbehandlingen gir helsepersonell mer korrekte, nøyaktige, oppdaterte og tilgjengelige data. Bruk av felles grunndata tjenester vil sikre tilgang basert på tjenstlig behov.

Utvikling av digitale løsninger for samhandling og fellestjenester gjør også tjenestene mer tilgjengelige for innbyggere. Nettbaserte løsninger og tjenester sikrer tilgang til informasjon uavhengig av tid og sted. Innbyggerne får innsyn i, og kan kvalitetssikre egne person- og helseopplysninger. Når person- og helseopplysninger blir tilgjengelige for innbyggerne kan de selv kvalitetssikre egne data og redigere eller melde fra dersom informasjonen er feil eller ufullstendig. Bedre kvalitet på dataene legger grunnlaget for bedre kvalitet i tjenestene som igjen gir bedre helse.

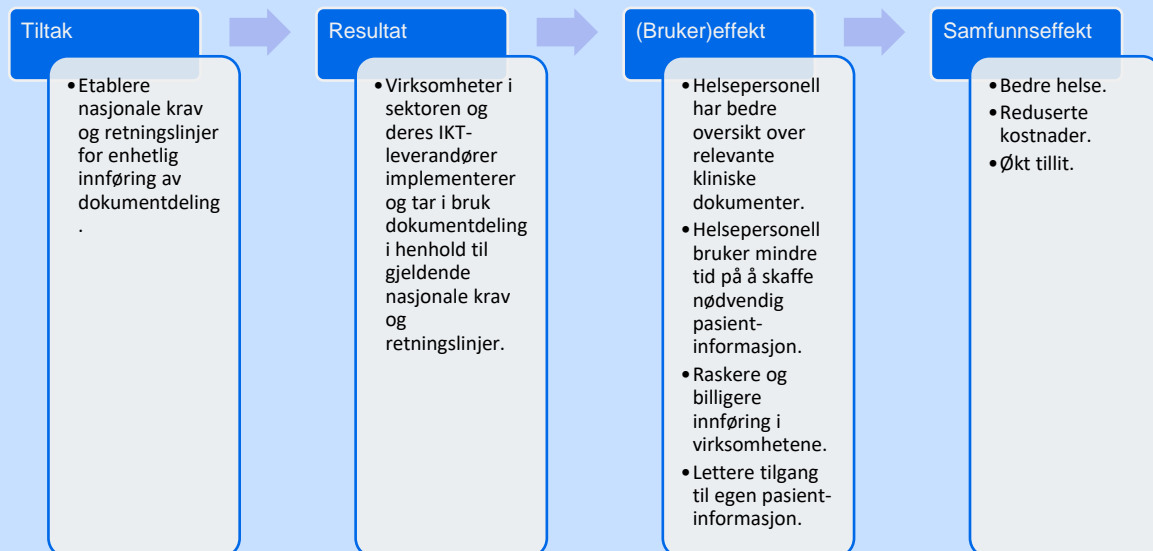
Bedre beslutningsgrunnlag, og dermed bedre helse, er en nytteeffekt som treffer samtlige aktører i sektoren i tillegg til innbyggere. Betydningen er stor for helsepersonell og innbyggere.

Eksempel: Forventet gevinst ved dokumentdeling

Tiltak i Felles grunnmur legger til rette for at virksomheter som skal innføre dokumentdeling med innbygger og for helsepersonell får tilgang til etablert praksis gjennom nasjonale krav og retningslinjer, samt tilgang til bruk av felleskomponenter. Tiltakene reduserer usikkerhet og tidsbruk når dokumentdeling skal innføres, og legger grunnlaget for å realisere deling av dokumenter nasjonalt. Like løsninger og lik forståelse av bruken av løsningene reduserer kostnader til innføring, drift og forvaltning.

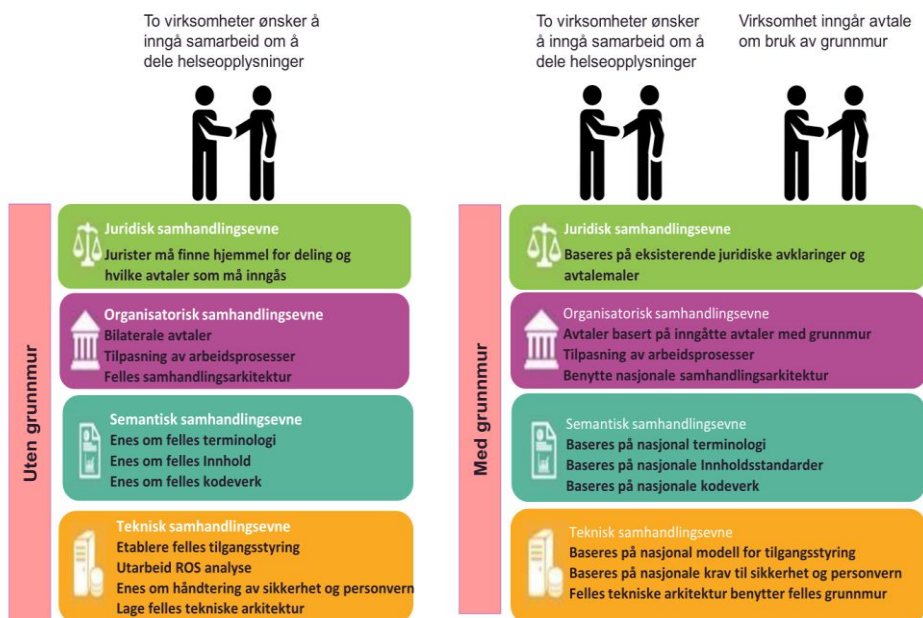
Dokumentdeling på tvers av virksomheter gir helsepersonell enklere tilgang til helseopplysninger utenfor egen virksomhet. Enklere tilgang til pasientinformasjon gir bedre beslutningsgrunnlag, økt kvalitet i behandlingen og det legger til rette for effektivisering av samhandlingsprosesser.

Enklere deling av dokumenter legger grunnlaget for at innbyggerne i større grad får tilgang til sine egne dokumenter noe som øker pasientens evne til medvirkning.



5.6.5 Økt gjennomføringsevne og raskere digitalisering

Felles tilgjengelige byggeklosser i sektoren gir et felles fundament å bygge tjenestetilbudet på. Virksomheter som skal inngå samarbeid om å dele helseopplysninger kan velge å inngå avtale om å bruke Felles grunnmur for digitale tjenester:



Figur 7 Avtale om bruk av Felles grunnmur

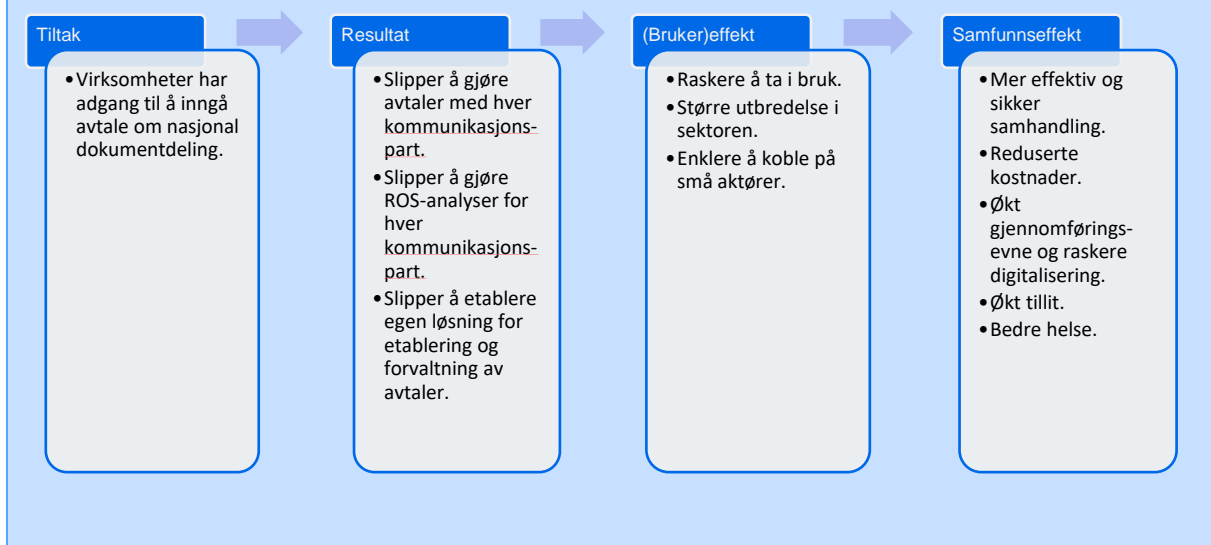
Med økt digitalisering får innbyggerne sparte reisekostnader ved at det i mindre grad kreves personlig oppmøte. Med digitale signaturer gjennom sikker pålogging ivaretas hensynet til informasjonssikkerhet. Mer enhetlige brukergrensesnitt i løsningene som bygger på de samme grunndataene, felleskomponenter, felles infrastruktur osv. øker brukervennligheten i løsningene og terskelen for å bruke digitale tjenester blir mindre. Utvikling av felles tjenester og digitale løsninger på fundamentet som Felles grunnmur representerer gjør tjenestene mer tilgjengelige for innbyggerne. Samtidig sikrer nettbaserte løsninger og -tjenester kontinuerlig tilgang til informasjon.

Det er sannsynlig at utviklingen vil kreve digitalisering på tvers av virksomheter uansett om Felles grunnmur realiseres, særlig hos de store helseaktørene. Felles grunnmur antas å øke gjennomføringsevnen og legge til rette for økt digitalisering med middels omfang og betydning.

Eksempel: Forventet gevinst ved bruk av Felles grunnmur på tvers av virksomheter

Når to virksomheter vil inngå samarbeid om å dele helseopplysninger er det nødvendig med bilaterale avtaler på tvers av virksomheter. Det er nødvendig å utarbeide ROS-analyser relatert til den tekniske samhandlingsevnen, noe som krever tid og ressurser fra den enkelte. Vanlig tidsbruk knyttet til prosessen med utarbeidelse av en ROS-analyse på denne typen problemstilling er estimert til 6 mnd.

Med tilgang til Felles grunnmur kan virksomhetene basere seg på en nasjonal modell for tilgangsstyring, nasjonale krav til sikkerhet og personvern samt felles teknisk arkitektur.



5.6.6 Nyttevirkninger gjennom andre e-helseløsninger

Felles grunnmur har en rekke "leveranser" i andre e-helseløsninger. E-helseløsningene får nyttevirkinger ved at de tar byggeklossene i grunnmuren i bruk, i stedet for å dekke behovene hver for seg. I disse tilfellene har Felles grunnmur nyttevirkinger gjennom e-helseløsningene og vurderingen må derfor gjøres i sammenheng med e-helseløsningene. Det vises til samfunnsøkonomiske analyser for de respektive e-helseløsningene og deres vurdering av kostnader og nyttevirkinger.

Et eksempel er helhetlig samhandling og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester. Denne løsningen omfatter investeringer i grunnmurskomponenter, blant annet grunndata, terminologi, kodeverk og samhandlingsløsninger for dokument- og datadeling. Dersom disse behovene blir realisert tidligere som følge av Plan for utvikling av Felles grunnmur, kan dette trekkes fra kostnadene beregnet på å utvikle en helhetlig samhandling og felles journalløsning.

Et annet eksempel er Pasientens netthelsetjeneste som omfatter investering i API-management. Dersom API-management blir realisert i Felles grunnmur kan kostnadene til dette trekkes fra budsjettet til Pasientens netthelsetjeneste.

Kjernejournal planlegger å innføre dokumentdeling og har gjort en forsiktig beregning på gevinster i tilknytning til dette. Nyttevirkningen beløper seg her til 230 MNOK. Dokumentdeling som samhandlingsform i Felles grunnmur støtter opp under dokumentdeling i kjernejournal.

5.7 Oppsummering av nyttevirkninger

Nyttevirkningene av å ta i bruk byggeklosser i Felles grunnmur kan oppsummeres i henhold til pluss/minusmetodikken. Konsekvensene er angitt som et resultat av omfanget og betydningen som er beskrevet over:

Effekt	Konsekvens
Mer effektiv og sikker samhandling	++++
Reduserte kostnader	+++
Økt tillit	++
Bedre helse	++++
Økt gjennomføringsevne og raskere digitalisering	++
Nytte gjennom andre e-helseløsninger/initiativ	Viser til de respektive samfunnsøkonomiske analyser av andre e-helseløsninger

5.8 Økt fremtidig handlingsrom

I tillegg til nyttevirkningene vil Felles grunnmur kunne øke handlingsrommet for fremtidige løsninger. Økt handlingsrom i fremtiden er en viktig del av begrunnelsen for planen/veikartet. Dette er løsninger som det ikke ville vært mulig å realisere uten Felles grunnmur, eller løsningene ville blitt realisert på et senere tidspunkt eller med lavere kvalitet.

Resultatmålene 4 og 7 vil eksempelvis ikke ha direkte nyttevirkninger for aktørene i sektoren siden de kun tilrettelegger for løsninger, og ikke i seg selv realiserer gevinster. De får dermed ingen "samfunnsøkonomisk gevinst", men er viktige katalysatorer for fremtidige prosjekter som kan gi gevinster.

Resultatmål 4 legger til rette for datadeling i sektoren. Datadeling vil være en viktig del av fremtidens helsevesen og innebærer et tydelig rammeverk som fremtidige løsninger kan bygge videre på. Løsninger for datadeling som kan brukes i fremtiden har svært stor potensiell gevinst.




Resultatmål 7 omfatter å tilrettelegge for innovasjon og næringsutvikling. Tiltakene skal blant annet tilgjengeliggjøre APIer. Dette åpner opp for at nye aktører kan lage løsninger som potensielt har store gevinster.



6 Byggeklosser i Felles grunnmur

Dette kapitlet gir et overordnet bilde av hver enkelt byggekloss som vurderes som del av Felles grunnmur eller er en kandidat for inkludering. Elementene i grunnmuren kalles byggeklosser, og inkluderer tradisjonelle felleskomponenter for helsesektoren, men også innhold og dokumenter som gir krav og retningslinjer. De forskjellige byggeklossene har ulik modenhet og egnethet til å være del av grunnmuren. Byggeklosser i grunnmuren må kunne deles og brukes av mange forskjellige e-helseløsninger og ha et forvaltningsregime som tar med alle brukere av byggeklossen i endringsprosesser.

Byggeklossene blir vurdert på modenhet samt mengden arbeid som kreves for å inkludere dem i Felles grunnmur. Modenhet beskriver hvor byggeklossen er generelt, og ikke om den er tilpasset til å være del av grunnmuren. For byggeklossene som er merket som kandidater, vil en utredning vurdere i hvilken grad den er egnet og hva som må gjøres for å gjøre byggeklossen til en del av grunnmuren. Følgende kategorier er benyttet for å definere modenhet og status på byggeklossene.

Forklaring på symboler i vurderingene av byggeklossen

Vurdering av modenhet på byggekloss	
	Byggeklossen eksisterer ikke.
	Byggeklossen eksisterer og er delvis tatt i bruk i helse- og omsorgssektoren. Det er identifisert vesentlige utviklings- og/eller breddingsbehov.
	Byggeklossen eksisterer og er tatt i bruk i helse- og omsorgssektoren. Det kan være behov for videreutvikling som del av forvaltning.

Status byggekloss	
	Byggeklossen er en del av Felles grunnmur.
	Byggeklossen er en kandidat for Felles grunnmur.

6.1 Kodeverk og terminologi

Kodeverk og terminologi gjør det mulig å dokumentere, formidle, forstå og bruke helsefaglig informasjon på en entydig måte.

Med kode menes en sammensetning av tegn (oftest tall og bokstaver) med en tilhørende tekst som angir hva koden beskriver. Med kodeverk menes en samling av koder i en gitt struktur, hvor hver kode har en unik mening og er gjensidig utelukkende. Med klassifikasjon menes en systematisk inndeling av begreper i klasser etter innbyrdes slektskap/fellestrekk. Kodeverk kan være strukturert i en klassifikasjon, slik som ICD-10 og ICPC-2, men det finnes også kodeverk som ikke kan karakteriseres som klassifikasjoner, slik som enkelte av de administrative kodeverkene.

Med terminologi menes betegnelsen på et forråd av ord, uttrykk og termer som er spesifikke for et bestemt fagområde. Terminologi kan være lesbart for både maskiner og mennesker. Dette innebærer at den både kan støtte behov for dokumentasjon og informasjonsutveksling mellom helsepersonell og andre aktører, og at den kan støtte gruppering, analyse og utveksling fra maskin til maskin. Terminologier og klassifikasjoner utfyller hverandre og kan ikke erstatte hverandre.

Informasjon må flyte mellom mennesker og systemer for å få til bedre samhandling og vi ser nå en endring i flere land, også i Norge. Dette skiftet går i hovedsak ut på at etablering, videreutvikling og forvaltning av registervariabler, kodeverk og terminologi må sees i sammenheng, ikke hver for seg. Dette fordrer etableringen av et økosystem der komponentene er avhengig av hverandre og der man enes om et felles språk (basert på SNOMED CT).

6.1.1 Nåsituasjon

EPJ og øvrige e-helseløsninger som er tilgjengelige i Norge tilbyr i all hovedsak systemstøtte for å benytte kodeverk, men ikke for å utnytte terminologi fullt ut. Det finnes imidlertid noen unntak fra denne karakteristikken.

Kodeverkene benyttes hovedsakelig for klassifiseringsformål og ikke for dokumentasjon. Dette innebærer at medisinsk koding gjennomføres i etterkant av at helsehjelpen er gitt som grunnlag for statistikk. Et av formålene med statistikk er å gi underlag for finansiering av helsehjelpen. Kodeverk og terminologi benyttes dermed i liten grad til samhandling under utførelsen av helsehjelpen. Informasjonen flyter ikke godt mellom aktørene gjennom pasientforløpet, og må ofte omformes manuelt for å kunne benyttes til sekundærformål. Det er ikke godt nok samsvar mellom dokumentasjonskrav i pasientforløpet, medisinsk koding og systemstøtten i løsninger som benyttes. Det er identifisert stor grad av feilkoding³⁵. Helseregistre benytter ulike kodeverk til ulike felles formål og det finnes flere ulike variabler for samme type opplysninger. Dette gjør analyse på tvers av registre utfordrende. Flere av

³⁵ Riksrevisjonen. 2017. *Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene*. Dokument 3-serien.

kodeverkene er til en viss grad lokalt utviklet og/eller tilpasset. Dette har en negativ påvirkning på samhandlingsevnen.

SNOMED CT har siden 2017 vært under utprøving som felles standardisert terminologi. En ny IKT-løsning for forvaltning av kodeverk og terminologi er under implementering.

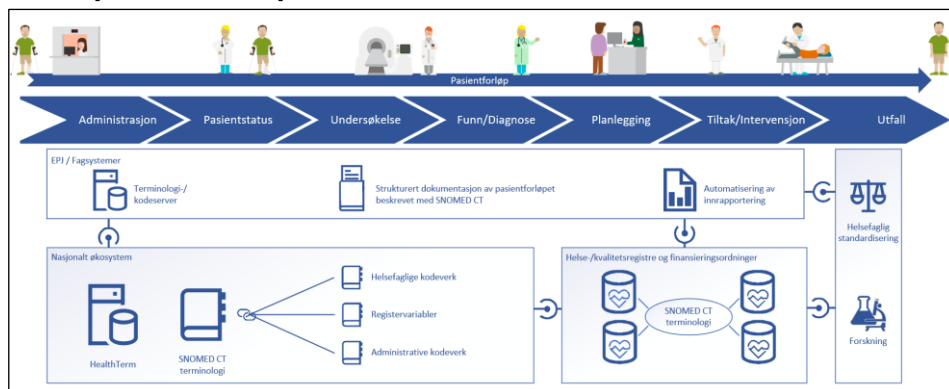
6.1.2 Utviklingsretning

Utviklingsretningen hos flere større aktører i Norge går mot innføring av strukturert journal og tverrfaglige behandlingsplaner. Dette karakteriserer også internasjonale utviklingstrekk i land som ligger langt fremme innen e-helse. Helseplattformen har til hensikt å anskaffe en EPJ-løsning som støtter strukturert journal og Helse Sør-Øst er i ferd med å utvikle tverrfaglige behandlingsplaner.

Felles standardisert terminologi er en forutsetning for å kunne realisere strukturert journal og tverrfaglige behandlingsplaner nasjonalt. Felles standardisert terminologi er et nødvendig datagrunnlag for å kunne realisere prosess- og beslutningstøtte, og for å kunne etablere helsedata som i større grad legger til rette for kvalitetsforbedring, helseovervåkning, styring og forskning sammenlignet med dagens situasjon.

SNOMED CT har flere kjennetegn som gjør den egnet til å fungere som felles standardisert terminologi. Den er en global, helsefaglig terminologi som vil fungere som felles informasjonsbærer i samspill med ulike kodeverk og øvrige terminologier. Den inneholder en informasjonsmodell som gjør det mulig å opprette relasjoner mellom SNOMED CT-begreper og synonymer som er hentet fra øvrige terminologier, kodeverk og registervariabler med likt meningsbærende innhold. Relasjonene sørger for at det meningsbærende innholdet – begrepet – kan utveksles på tvers, mens registrering og lesing av innholdet kan presenteres på grunnlag av ulike kodeverk. Interessenter kan dermed benytte de kodeverk som er best tilpasset deres særskilte behov, og behøver ikke å ta hensyn til behovet for semantisk samhandling. Resultatet er at SNOMED CT kan bli et felles språk for utveksling av standardisert og presis informasjon på tvers av organisatoriske, juridiske og faglige skiller. SNOMED CT er oppbygd med hierarkier som kan understøtte prosess- og beslutningsstøtte, samt sammenstilling og analyse på tvers av registre.

Konsept for felles språk



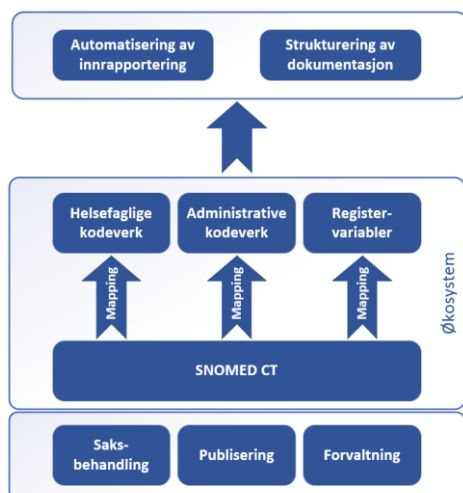
Figur 8 Konsept for felles språk

Konseptet for felles språk setter anvendelse av felles standardisert terminologi inn i kontekst av pasientforløpet. Konseptet beskriver et felles forvaltet økosystem av terminologi, administrative kodeverk, medisinske klassifiseringskodeverk og andre registervariabler hvor elementene er relatert til hverandre via SNOMED CT som felles standardisert terminologi. Brukerne kan tilbys og utnytte innholdet via standardiserte grensesnitt.

Hovedelementer i konseptet

Felles økosystem for terminologi, kodeverk og registervariabler

Det planlagte felles økosystemet for terminologi, kodeverk og registervariabler består av byggeklosser for innhold, relasjoner for kodeverk, terminologi og registervariabler. Forvaltning, utvikling og publisering av innholdet i økosystemet må støttes av løsninger som er skreddersydd for formålet. Funksjonskrav og arkitekturprinsipper for strukturering av informasjon i EPJ og automatisering av innrapportering er nødvendige for å angi hvordan innholdet i økosystemet bør benyttes av brukerne i løsningene. Innholdet i økosystemet utveksles gjennom standardiserte grensesnitt.



Figur 9 Byggeklossene som realiserer målbildet

EPJ / Fagsystemer

EPJ-løsninger og fagsystemer kan benytte én felles standardisert terminologi med relasjoner til relevante kodeverk etter behov, kombinert med informasjonsmodeller for bruk av helse- og kvalitetsregistre.

Bruk av felles standardisert terminologi kan legge til rette for økt strukturering av dokumentasjonen underveis i pasientforløpet. Dette kan blant annet gi bedre tilgang på beslutningsstøtte og høyere grad av automatisk innrapportering.

Helse- og kvalitetsregistre og finansieringsordninger

Helsedataene (strukturert dokumentasjon av gjennomførte pasientforløp) som helse- og kvalitetsregistrene mottar fra EPJ-løsningene og fagsystemene kan grupperes og klassifiseres etter behov ved å utnytte relasjonene i økosystemet. Økosystemet vil gi bedre støtte til gruppering og klassifisering sammenlignet med hva dagens løsninger gjør.

Finansieringsordninger vil kunne motta data på samme måte som i dag, i henhold til deres spesifikasjoner. Mer strukturert dokumentasjon i løsningene vil kunne bidra til forbedring av finansieringsgrunnlaget og bedre datakvalitet vil kunne bidra til mer treffsikker finansiering.

Helsefaglig standardisering og forskning

Fremdriften av helsefaglig standardisering og forskning er avhengig av å kunne evaluere effekter i en læringsløype, fra endringer initieres, til innsamling av data tilknyttet effekten av endringen og analyse av resultatene. Når alle virksomheter kan levere helsedata som er basert på en enhetlig felles standard vil miljøer tilknyttet helsefaglig standardisering og forskning motta data som er mer harmoniserte og som er enklere å tolke og bearbeide enn tidligere. Med SNOMED CT kan aktører sette sammen helsedata på en langt enklere måte enn de gjør i dag.

Modenhet og status

I tabellen gis et overordnet bilde av hvor modne og egnet for Felles grunnmur byggeklossene er. Kodeverk og terminologi vil ikke kunne fungere som tiltenkt dersom de ikke er komplett utviklet, med tap av gevinster som resultat. Kodeverk og terminologi bør derfor inngå i Felles grunnmur i sin helhet.

Byggekloss		Modenhet	Grunnmur
Økosystem	SNOMED CT (norsk versjon)		
	Administrative kodeverk		
	Helsefaglige kodeverk		
	Registervariabelbibliotek		
	Relasjon fra SNOMED CT til kodeverk og registervariabler		
Systemstøtte for forvaltning, publisering og saksbehandling			

6.2 Felles grunndata

Felles grunndata er autoritativ informasjon om person, personell og virksomheter som understøtter sikker og helhetlig samhandling mellom aktørene. Det tilbys i dag cirka 40 forskjellige informasjonstjenester som skal brukes av alle aktører tverrsektorielt (helse, offentlig, privat). Grunndataplattformen er den tekniske løsningen der informasjonstjenestene gjøres tilgjengelige for aktørene. Grunndataplattformen beskrives nærmere i kapitlet om felleskomponenter.

6.2.1 Nåsituasjon

Felles grunndata benyttes innen flere områder:

- Helsesektoren: Som kilde i arbeid med persondata og administrative opplysninger
- Kjernejournal: Tilgangsstyring og autorisasjon av helsepersonell
- E-resept: Verifisere helsepersonells rekvisisjonsrett
- Innbyggertjenester: Benytter tjenestene i forbindelse med bytte av fastlege, valg av behandlingssted, mine pasientreiser m.m.
- Andre offentlige etater: Store konsumenter av informasjon fra registrene







I tillegg benyttes felles grunndata til rapportering og statistikk over helsepersonell, legestillinger, kostnad per pasient med mer.

Mangfoldet i tjenestene i felles grunndata er lite kjent i sektoren. Det mangler en enhetlig forvaltning og styring som kartlegger, forvalter og kommuniserer behovene til sektoren, andre offentlige aktører og leverandørmarkedet slik at de kan dele nødvendig informasjon. Dette gjelder både på produsent- og konsumentensiden. Konsekvensen er at det finnes mange ulike, lokalt forvaltede versjoner av tjenester som har samme formål. Grunndata har i dag heller ikke en gjennomgående tilfredsstillende kvalitet eller tilgjengelighet. Totalt har dette en negativ effekt på samhandlingen mellom helseaktørene.

6.2.2 Utviklingsretning

Felles grunndata skal sikre tilgang til lik informasjon på tvers av systemer og aktører. Grunndata tilrettelegges for bruk som kilde til identitets-, rolle- og tilgangsstyring for helsepersonell og pasienter. Grunndata løftes ved å øke kvaliteten på forvaltning, styring og utvikling. Det vurderes å utvide Grunndata med flere nye tjenester som ikke inneholder personopplysninger samt å gi sømløs tilgang til andre etaters data. Ved å øke kvalitet, utvide tjenestetilbud samt styrke kommunikasjon og informasjonsarbeidet om grunndatas innhold, vil bruken av grunndata forbedres. Grunndataplattformen er etablert med forbedret infrastruktur og arkitektur for sikring av pålitelig tilgang med høy kvalitet (se *Felleskomponenter* – Grunndataplattform). Styrket myndighetsstyring ved pålegg om bruk og vedlikehold vil også bli vurdert. Personensitive opplysninger er per nå ikke en del av felles grunndata. I målbildet kan imidlertid sensitive personopplysninger kunne inngå på bakgrunn av en gjennomgående evaluering av behov, kost-nytte og sikkerhet.

I målbildet til felles grunndata vil tjenestene bli kategorisert under fellestjenester i kategoriene person, personell og virksomhet, eventuelt også i en kategori for sensitive informasjonstjenester.

Felles grunddata	Tjenester	Modenhhet	Grunnmur
Person	Sikker identifikasjon av pasienter og personer Personregisteret (PREG), Oppføringsregisteret (OFR), Fastlegeregisteret (FLR), Modernisert folkeregister (FREG)		
Personell	Sikker identifikasjon av personell, autorisert helsepersonell og administrativt personell, samt hvor personen er ansatt (Virksomhet). Helsepersonellregisteret (HPR), Legestillingsregisteret (LSR), Fastlegeregisteret (FLR)		
Virksomhet	Sikker identifikasjon av virksomheter, behandlingsteder, tjenester og elektronisk samhandling for hele sektoren Bedriftsregisteret (BEDREG), Virksomhetsstruktur (RESH), Helsetjenestekatalogen (HTK), Adresseregisteret (AR), Fastlegeregisteret (FLR)		

6.3 Felleskomponenter

Felles grunnmur inkluderer forskjellige typer felleskomponenter for helse- og omsorgssektoren som understøtter sektorens felles behov, spesielt for samhandling. I noen tilfeller kan disse også bedre omtales som fellestjenester, men tjenester kan også misforstås som helsetjenester. Felleskomponentene i grunnmuren brukes på tvers av flere e-helsetjenester, heller enn å være sluttbrukerløsninger i seg selv. Noen av felleskomponentene er også beskrevet under områder som grunddata og kodeverk og terminologi.

I dette dokumentet brukes begrepene *felleskomponenter* primært om felleskomponenter for helse- og omsorgssektoren, men det finnes også etablerte felleskomponenter som brukes i mange sektorer: ID-porten, Altinn, Digital postkasse til innbyggere, Kontakt- og reservasjonsregisteret, Det sentrale folkeregisteret, Enhetsregisteret og Matrikkelen. Felleskomponenter i grunnmuren er de helsesektorspesifikke felleskomponentene, men grunnmuren må også sees i sammenheng med nasjonale, tverrsektorielle felleskomponentene og deres utvikling.

Stortingsmelding 27 Digital agenda for Norge³⁶ viser at bruk av felleskomponenter gir økt gjennomføringsevne. Målet med felleskomponentene er å sikre trygg samhandling og kostnadseffektiv utvikling, og legger til rette for at virksomhetene kan rette oppmerksomheten mot sine faglige oppgaver, fremfor å bruke ressurser på å utvikle funksjonalitet andre allerede har laget. Felleskomponenter bidrar derfor til å øke kvaliteten på tjenestene som tilbys, og samtidig redusere kostnadene som brukes på å etablere og drifte virksomhetenes digitale tjenester.

6.3.1 Nåsituasjon

Det er etablert noen felleskomponenter, men sektoren trenger flere. Det foreligger ikke en felles modell for styring og forvaltning som ivaretar felles behov til videre utvikling og bruk. Mangelfull implementering av felles arkitekturstyring gjør også at prosjekter ofte etablerer egne løsninger heller enn å gjenbruke eksisterende felleskomponenter. Leveranseprosjekter har påpekt problemer med manglende felles krav til etablering av nye felleskomponenter og krav til bruk av eksisterende komponenter, inkludert mangel på referansearkitekturer som dekker både implementering og bruk av felleskomponenter. Referansearkitekturer er arkitekturmaler som bidrar til å samordne arkitekturvalg på tvers av aktører.

Dette er felleskomponenter som tilbyr tjenester som sektoren har store felles behov for, og det er viktig at sektoren samlet er med på å finansiere og bringe komponentene videre.

6.3.2 Utviklingsretning











For de nasjonale, tverrsektorielle felleskomponentene er det gjennomført en prosess for å formalisere et regime for styring, forvaltning og finansiering. Helsesektoren har et tilsvarende behov for en slik prosess for sektorkomponenter.


Det pågår nå flere initiativer for å vurdere alternative tilnærminger for deling av helseopplysninger (sensitive personopplysninger). På bakgrunn av dette er det blant annet etablert felleskomponenter som HelseID og personvernkomponenten. Det er i dette arbeidet avdekket behov for flere felleskomponenter som understøtter nye samhandlingsformer.















De eksisterende nasjonale e-helseløsningene som e-resept, kjernejournal og helsenorge.no har funksjoner som er kandidater for å innlemmes i Felles grunnmur. Hvilke funksjoner som eventuelt bør trekkes ut og konsekvenser av dette bør utredes. Felleskomponenter som tas ut av for eksempel e-resept bør være nyttige utover legemiddelfeltet.



Nedenfor følger en oversikt over noen felleskomponenter som allerede anses som del av grunnmuren eller som er kandidater for inkludering, eller bidrag til, felleskomponenter. Under etableringen av felles forvaltningsmodell for grunnmuren vil det bli klarere hvilke felleskomponenter som bør inkluderes.

³⁶ Kommunal- og moderniseringsdepartementet. 2016. *Meld.St. 27 (2015-2016) Digital agenda for Norge*

Felleskomponent og tjenesteområder for felleskomponenter	Modenhet	Grunnmur
<p>Meldingsutveksling mellom virksomheter (ebXML2.0/ebMS)</p> <p>Etablert som dagens målarkitektur for å utveksle helseopplysninger (sensitive personopplysninger) mellom EPJ-systemer. Inkluderer blant annet meldingsplattformen, meldingsvalidatoren og test og godkjenningsordning. Meldingsutveksling er i utstrakt bruk og meldingsvolumet er stadig økende. Det er etablert en forvaltningsmodell med tilhørende produktstyre for e-helsestandarder. Med tanke på volumet på disse tjenestene er ikke oppfølgingen ressurskrevende. Mindre endringer og feilrettinger tar heller ikke lang tid, men utvikling og utrulling av nye meldingstyper er krevende. Det ikke planlagt å utvikle nye meldingstyper, men å dekke nye behov ved bruk av nye samhandlingsmodeller (data- og dokumentdeling).</p>		
<p>Meldingsutveksling mot nasjonale komponenter</p> <p>I tillegg til den forskriftsfestede bruken av ebXML2.0 brukes også AMQP for meldinger mellom nasjonale komponenter og lokale systemer, for eksempel for sikker digital dialog mellom innbyggere og helsepersonell via Helsenorge.no. Bruken av AMQP er ikke standardisert slik som bruken av ebXML 2.0 og styres av løsningseierne til de sentrale tjenestene. Kommunikasjon gjennom AMQP støttes av en felleskomponent i helsenettet.</p>		
<p>Felleskomponenter for dokumentdeling</p> <p>Det er behov for etablering av et koblingspunkt som sikrer ulike aktører (inkludert helsenorge.no og kjernejournal) tilgang til pasientens nasjonale klinisk dokumentoversikt. Det er behov for et felles dokumentregister som tilbyr registrering av journaldokumenter som er delbare. Dette området kan også dekke billedeling.</p>		
<p>Felleskomponenter for datadeling / knutepunkt / API-management</p> <p>Består av API gateway, publiseringsverktøy, utviklerportal, rapportering og analyse samt fakturering. Dagens situasjon er at det er utarbeidet en konseptutredning, og noe datadeling prøves ut i spredte prosjekter. Omfanget på bruken av API-management på tvers vil utredes som del av arbeidet med Felles grunnmur.</p>		
<p>HelseID</p> <p>HelseID er en felles påloggingsløsning med bruk av eksterne</p>		

Felleskomponent og tjenesteområder for felleskomponenter	Modenhet	Grunnmur
identitetstilbydere, støtte for felles påloggingsløsning og beskyttelse av API-er.		
Innbygger STS Innbygger STS (Secure Token Server) er en del av helsenorge.no. Den utsteder tilgangsbilletter til eksterne datadelingsgrensesnitt (eksternt for helsenorge.no).		
Personvernkomponent Felles personverntjeneste for å registrere/utlede innbyggers fullmakter, sperringer, samtykker og reservasjoner. Komponenten brukes primært i dag av Helsenorge. Behov for videreutvikling og innføring av en slik tjeneste for hele sektoren ved bredding av data- og dokumentdelingsløsninger.		
Felleskomponenter for tilgangskontroll/styring og for å hindre misbruk Når det åpnes for økt innsyn på tvers av virksomheter, kan det være nødvendig med felleskomponenter som i større grad samordner tilgangsstyring og kontroll, samt mulighet for å oppdage misbruk av innsynsmuligheter. Slike komponenter må sees i sammenheng med data- og dokumentdeling.		
Grunndataplattformen Felles, tilgjengelig og sikker arkitektur for informasjonstjenesten knyttet til grunndata om person, virksomhet, personell.		
Forvaltningsløsning for kodeverk og terminologi Løsning som gir IKT-støtte for forvaltning av terminologier, kodeverk og registervariabler med tilordninger og relasjoner.		
Felleskomponent for applikasjonsintegrasjon i EPJ (SMART-on-FHIR) Et felles rammeverk og felleskomponenter for integrasjon av eksterne applikasjoner inn i brukerflaten til eksterne EPJ-er, med grensesnitt i EPJ for integrasjon med identitet, data, kontekst og sømløs flyt av informasjon.		
Filoverføringstjeneste (SFTP m.m.)		

Felleskomponent og tjenesteområder for felleskomponenter	Modenhet	Grunnmur
Felleskomponent og tjeneste for overføring av store filer som det ikke er hensiktsmessig å overføre ved hjelp av meldingsutveksling eller dokument- og datadeling.		
Forum og samarbeidskomponenter En tjeneste som understøtter samarbeid om utvikling av e-Helse mellom aktører i sektoren. I dag finnes det forskjellige kanaler, inkludert Sarepta, e-post, ehelse.no, etc. En definisjon av disse komponentene, fellesarenaene og tjenestene er nødvendig.		
Kjernejournal Brukes til å formidle kritisk helseinformasjon og medisinske opplysninger mellom virksomheter og helsepersonell. Forholdet til Felles grunnmur må avklares.		
E-resept / reseptformidleren / SFM Brukes til midlertidig lagring, behandling og videreformidling av legemiddelinformasjon. Området er i sterk utvikling gjennom flere prosjekter. Forholdet til Felles grunnmur må avklares.		
Felleskomponent for innrapportering til helseregistre Området inkluderer potensielt funksjonelle områder fra helsedataprogrammet. Det finnes ikke en slik felleskomponent i dag, men flere aktører har pekt på et behov for en slik løsning.		
Plattform for innbyggertjenester (helsenorge.no) Inkluderer innbyggerportal, personlig helsearkiv og relaterte komponenter. Forhold til Felles grunnmur må avklares.		
Plattformer for helsepersonell Direktoratet for e-helse har utarbeidet referansearkitektur for helsepersonelltjenester som peker på behov for ytterligere komponenter innen dette området. Behovet er til dels dekket av øvrige felleskomponenter samt selvstendige e-hesløløsninger, men må også ses i sammenheng med arbeid rundt modernisering av eksisterende, og innføring av nye, EPJ-systemer.		
Velferdsteknologisk knutepunkt Velferdsteknologisk knutepunkt kan være en kandidat for		

Felleskomponent og tjenesteområder for felleskomponenter	Modenhhet	Grunnmur
inkludering i Felles grunnmur, spesielt sett i sammenheng med felleskomponenter i økosystemet og knutepunkt for datadeling.		
<p>Video</p> <p>Det finnes komponenter i helsenettet som tilbyr funksjoner for videosamtaler. Relatert til utredning av avstandsoppfølging og e-konsultasjon blir også mulighetene for videokonsultasjoner utredet. Slike videoløsninger kan vurderes som fremtidige felleskomponenter i grunnmuren, men kan også løses av separate leverandører utenfor grunnmuren.</p>		

6.4 Felles infrastruktur

Sentralt i Felles grunnmur er Helsenettet som felles infrastruktur, en nasjonal digital arena for sikker utveksling av personopplysninger. Helsenettet defineres som:

"Medlemmene, løsningene de benytter og de kommunikasjonselementene som muliggjør en sikker og effektiv utveksling av personopplysninger."



Helsenettet kan slik sett ses som et nettsamfunn for alle typer behandlere og leverandører av digitale løsninger i helsetjenesten i Norge.

For å være medlem av Helsenettet må man godtgjøre at man oppfyller kravene i "Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgstjenesten" (Normen). På denne måten sikres det at alle medlemmer oppfyller minimumskravene til informasjonssikkerhet og personvern, og at behovet for bilaterale avtaler mellom partene reduseres. Helsenettet er dermed også en juridisk og avtalemessig konstruksjon som legger til rette for enkel, sikker, enhetlig og effektiv informasjonsutveksling og medlemsforvaltning.





Informasjonssikkerhet hviler på integritet, konfidensialitet og tilgjengelighet. Konfidensialiteten ivaretas ved at alle tilfredsstillt Normen og ved at all trafikk er kryptert fra ende til ende. Tilgjengeligheten ivaretas ved at Helsenettet hviler på en høytligjengelig infrastruktur, dvs. løsninger som er uavhengig av enkeltkomponenters feilsituasjon, og som fra et brukerperspektiv oppleves om 100 prosent tilgjengelig, 24/7. Sentralt i dette er etablering av et eget nasjonalt og regionalt stamnett, basert på tilgang til flere optiske kanaler i geografisk uavhengige føringsveier mellom de regionale hovedstedene i landet. I dette nettet etableres flere uavhengige datasentre som kan fungere parallelt og på egen hånd.

En slik infrastruktur oppfyller helsetjenestenes behov for tilgjengelighet, kapasitet, responstid, personvern og informasjonssikkerhet og legger til rette for effektiv og sikker deling av informasjon og økt bruk av mobile enheter.

Medlemmene av Helsenettet knyttes enten direkte til stamnett eller via andre leverandørers nett (f.eks. Broadnet og Telenor), og bruker infrastrukturen til å kommunisere med øvrige medlemmer i Helsenettet om alt fra blodprøve- og røntgensvar til henvisninger og epikriser. Nettet benyttes også for å sende oppgjør og sykemeldinger, kommunisere med reseptformidleren, få tilgang til kjernejournal og flere andre samhandlingstjenester.

6.4.1 Nåsituasjon

Helsenett er veletablert i helse- og omsorgssektoren som felles forvaltnings- og infrastruktur. Sektoren har et økende behov for og avhengighet til mobile tjenester og trenger derfor en mer robust mobil infrastruktur.

Felles infrastruktur	Modenhhet	Grunnmur
<p>Helsenettet Helsenettet er et nettverk som kobler sammen alle aktører i helsesektoren i Norge. Kjernen i Helsenettet er Norsk helsenetts (NHN) stamnett som er et høytligjengelig nett etablert i og mellom Oslo, Bergen og Trondheim og som er utvidet til alle sykehus i Nord og Midt. Nettverket er skilt fra internett og overvåkes aktivt av NHNs HelseCERT-tjeneste.</p>		
<p>Robust mobilt helsenett Sektoren har et økende behov for, og avhengighet til, mobile tjenester, og trenger derfor en økt robust mobil infrastruktur. Et robust, mobilt helsenett er nytt og uavhengig av leverandørinfrastruktur. Dette er under innføring.</p>		

6.4.2 Utviklingsretning

Helsenettet formidler over 500 millioner meldinger mellom virksomhetene hvert år. I årene som kommer vil behovet for informasjonsdeling endre seg. Utredning av e-konsultasjoner med lyd og bilde er et eksempel på en mulig utviklingsretning. Innføring av nye samhandlingsformer som deling av data og dokumenter er et nærliggende eksempel. Økt informasjonsdeling og endringer i behov kan medføre videreutvikling og modernisering av Helsenettet for å sikre tilstrekkelig kapasitet, tilgjengelighet/oppetid, og håndtering av informasjonssikkerhet og personvern i takt med teknologisk utvikling og endringer i trusselbildet.

6.5 Felles krav og retningslinjer

Felles krav og retningslinjer er styrende dokumentasjon som regulerer deling av informasjon mellom aktørene, ivaretagelse av informasjonssikkerhet og personvern, m.m. Eksempler på slike er standard for meldingsutveksling og referansearkitekturer for elektronisk samhandling. Styrende dokumentasjon er dokumenter som gir krav (gjennom bl.a. Forskrift om IKT-standards i helse- og omsorgstjenesten³⁷), rammer og retningslinjer for IKT-utviklingen i sektoren. Styrende dokumentasjon skal være til hjelp og støtte for virksomheter, leverandører og prosjekter.

6.5.1 Nåsituasjon

Nasjonale krav og retningslinjer for innhold, format og arkitektur er en forutsetning for å kunne forstå, dele og gjenbruke informasjon og data mellom virksomheter som samhandler elektronisk.

Dagens elektroniske samhandling mellom virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten er i hovedsak basert på meldingsutveksling. Innen meldingsutveksling er felles krav og retningslinjer i dag veletablerte, mens for nye samhandlingsbehov som datadeling og dokumentdeling brukes dette lite.









E-helsestandardene som benyttes for meldingsutveksling gjelder for spesifikke formål som henvisning og epikrise. Disse standardene har i dag stor utbredelse.




6.5.2 Utviklingsretning

Samhandling i helse- og omsorgstjenesten vil foregå på flere områder enn i dag. Teknologisk utvikling og endringer i behov gjør at samhandlingsformer som datadeling og dokumentdeling tas i bruk. Dokumentdeling skal gi personell med tjenstlig behov og innbyggere en komplett og oppdatert oversikt over pasientens dokumentasjon, hvor dette er lagret, samt en løsning for umiddelbart innsyn i dokumentene. Datadeling er deling av, og samarbeid om, strukturerte data gjennom felles ressurser/tjenester. Deling av kritisk informasjon gjennom nasjonal kjernejournal og samarbeid om individuelle planer er eksempler på datadeling. Det er forventet at samhandlingen i sektoren vil øke betraktelig med disse samhandlingsformene i tillegg til dagens meldingsutveksling.

På bakgrunn av den forventede utvikling vil behovene for styrende dokumentasjon, standarder og retningslinjer bli større enn i dag. Den elektroniske samhandlingen vil basere seg mer og mer på internasjonale standarder. Dette vil bringe med seg kunnskap fra internasjonale miljøer, mer gjennomprøvde løsninger, enklere deling på tvers av landegrensener og lavere kostnader til implementering, men må også ofte tilpasses til nasjonalt bruk. Bruk av internasjonale standarder i Norge gjør det enklere for norske leverandører å selge løsninger i utlandet og omvendt.

³⁷ Helse- og omsorgsdepartementet. 2015. *Forskrift om IKT-standards i helse- og omsorgstjenesten*. FOR-2015-07-01-853

Felles krav og retningslinjer	Modenhhet	Grunnmur
<p>Arkitekturprinsipper</p> <p>Arkitekturprinsipper er generiske prinsipper for arkitektur som skal bidra til at viktige, overordnede behov blir ivaretatt i arkitektur- og løsningsutforming.</p> <p>I dag finnes det ikke ett felles sett av arkitekturprinsipper for helse- og omsorgssektoren. NIKT har utarbeidet arkitekturprinsipper for spesialisthelsetjenesten, i tillegg har RHF-er, FHI, HDIR, kommuner og andre utarbeidet egne.</p> <p>Målet er å ha ett felles sett med overordnede arkitekturprinsipper for helse- og omsorgssektoren. Enten et sektorspesifikt sett eller ved å benytte en revidert utgave av Difis felles arkitekturprinsipper.</p>		
<p>Referansearkitekturer</p> <p>Hensikten med å utarbeide referansearkitekturer er blant annet at de skal dokumentere beste praksis for hvordan man løser avgrensede, men gjentakende, problemstillinger, slik at disse kan gjenbrukes og løses på samme måte på tvers av virksomheter. Dette skal igjen bidra til bedre samhandling og mer effektiv IKT-utvikling.</p> <p>Det er behov for å utarbeide referansearkitekturer på flere områder, samt å oppdatere eksisterende referansearkitekturer.</p>		
<p>Retningslinjer og veiledere for bruk av Felles grunnmur</p> <p>For å oppnå god elektronisk samhandlingsevne er det ønskelig å ha et tilstrekkelig antall relevante, dekkende og oppdaterte retningslinjer og veiledere for å understøtte arkitekturarbeid og IKT-utvikling i prosjekter. Slik blir bruk av felleskomponenter fra grunnmuren et lavterskeltilbud.</p> <p>Dette skal bidra til kunnskapsdeling, gjenbruk og standardisering, noe som vil gi raskere og mer helhetlig IKT-utvikling.</p> <p>Det er utarbeidet mange retningslinjer og veileder innenfor meldingsutveksling i dag, men noen av disse bør oppdateres og det bør utarbeides nye på andre samhandlingsområder.</p>		
<p>Krav og retningslinjer for informasjonssikkerhet og personvern</p> <p>Norm for informasjonssikkerhet (Normen) er utarbeidet av representanter for helse- og omsorgstjenesten, og er en bransjenorm innen informasjonssikkerhet og personvern som inkluderer fakta-ark og veiledere, kurs- og konferansevirksomhet.</p> <p>Normen har som ambisjon å gi en samlet oversikt over aktuelle</p>		

Felles krav og retningslinjer	Modenhhet	Grunnmur
<p>informasjonssikkerhetskrav for sektoren basert på lovkrav og krav som sektoren selv har utarbeidet.</p> <p>Det pågår et arbeid for å endre Normen i tråd med EUs personvernforordning (GDPR) hvor bransjenormer er sentralt.</p> <p>Det bør vurderes om det er behov for endringer i Normen ved etablering av data- og dokumentdeling som standardiserte samhandlingsformer. Et eksempel på dette kan være standardiserte avtaler som omhandler tilgang til data på tvers av virksomheter.</p>		
<p>E-helsestandarder</p> <p>E-helsestandarder har vært en forutsetning for overgang fra papir til bruk av elektroniske meldinger. Dagens meldingsstandarder har etter hvert blitt godt integrert i virksomhetenes kliniske systemer, men erfaringene viser at det er stort behov for nasjonale krav og retningslinjer for innføring og bruk av standardene.</p> <p>Internasjonale e-helsestandarder tas i bruk på flere områder og for flere samhandlingsformer. Det er behov for å sikre at man tar i bruk internasjonale standarder på en god og enhetlig måte, og definere planer for innføring av profiler basert på internasjonale standarder.</p> <p>Standardisering av informasjonsinnhold vil i tiden fremover være en viktig faktor i å utvikle helhetlig samhandling og redusere graden av mer lokale implementasjoner for eksempel i registre eller journalsystemer.</p>		
<p>Tekniske utvekslingsstandarder og samhandlingsarkitekturer</p> <p>Samhandlingsarkitekturer understøtter den tekniske samhandlingsvevnen. Det er definert generiske samhandlingsmodeller for meldingsutveksling, datadeling og dokumentdeling.</p> <p>Meldingsutveksling er i dag godt beskrevet gjennom ulike tekniske standarder og rettledninger, mens dette ikke gjelder for de andre samhandlingsmodellene. Det er behov for at tekniske standarder og retningslinjer for elektronisk samhandling er godt dokumentert og forutsigbare for virksomheter og leverandører, slik at virksomhetene kan samhandle bedre både med hverandre og med innbyggerne.</p>		

7 Referanser

Bull-Berg, Volden, Grindvoll. 2014. *Ikke-prissatte virkninger i samfunnsøkonomisk analyse* s.l.: Concept, 2014. ISSN: 0804-5585

Datatilsynet. 2018. Datatilsynet.no. *Hva er en personopplysning?* [Internett] 13 06 2018 [Sisert: 27 09 2018.] <https://www.datatilsynet.no/rettigheter-og-plikter/personopplysninger/>

Det Norske Veritas GL (DNV). 2015. *Gevinstpotensialet i et felles konsept for informasjonsforvaltning i offentlig sektor.* s.l.: Brønnøysundregistrene, 2015. <https://www.brreg.no/wp-content/uploads/Gevinstpotensialet-i-et-felles-konsept-for-informasjonsforvaltning.pdf>

DIFI - Direktoratet for forvaltning og IKT. 2017. *Overordnede IT-arkitekturprinsipper for offentlig sektor – Versjon 2.1.* 2017

DIFI - Direktoratet for forvaltning og IKT. 2018. *Definisjoner av arkitekturbegreper 2018*

DIFI – Direktoratet for forvaltning og IKT. 2018. *Norsk arkitekturrammeverk for samhandling 2018*

DIFI - Direktoratet for forvaltning og IKT. 2018. *Difis Tverrgående Digitaliseringsstrategi.* Versjon 1.2 april 2018 https://www.difi.no/sites/difino/files/difis_tverrgaende_digitaliseringsstrategi_v1.2.pdf

Direktoratet for e-helse. 31.08.2018. *Beslutningsgrunnlag for ny e-helseorganisering og nasjonal tjenesteleverandør.* Oslo: Direktoratet for e-helse, 31.08.2018. IE-1031

Direktoratet for e-helse. 2017. *Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak.* Oslo: Direktoratet for e-helse, 2017. IE-1011

Direktoratet for e-helse. 15.11.2017. *IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren.* Oslo: Direktoratet for e-helse, 15.11.2017. IE-1010

Direktoratet for e-helse. 2018. *Kodeverk og terminologi.* [Internett] 2018. <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referansekatalog/kodeverk-og-terminologi>

Direktoratet for e-helse. 2018. *Konseptvalgutredning - Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.* Oslo: Direktoratet for e-helse, 2018. IE-1029

Direktoratet for e-helse. 2017. *Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022.* Oslo: s.n., 2017 [https://ehelse.no/Documents/Nasjonal%20e-helsestrategi%20og%20handlingsplan/Nasjonal%20e-helsestrategi%202017-2022%20\(PDF\).pdf](https://ehelse.no/Documents/Nasjonal%20e-helsestrategi%20og%20handlingsplan/Nasjonal%20e-helsestrategi%202017-2022%20(PDF).pdf)

Direktoratet for e-helse. 2018. *Nasjonal styringsmodell.* ehelse.no. [Internett] 15 06 2018 <https://ehelse.no/nasjonal-portefolje/nasjonal-styringsmodell>

Direktoratet for e-helse. 2016. *Referansearkitektur og fellestjenester for helseregistre.* Oslo: Direktoratet for e-helse, 2016

Direktoratet for e-helse. 2017. *Referat fra møte i Nasjonalt e-helsestyre 13.09.17.* 2017. Møtereferat

Direktoratet for e-helse. 2017. *Standard for elektronisk henvisning 2.0.* Oslo: Direktoratet for e-helse, 2017. HIS 80517:2017

Direktoratet for e-helse. 2018. *Termer og definisjoner e-helsestandarder.* Oslo: s.n., 05 01 2018

Direktoratet for e-helse. 2017. *Underveisrapport for Helseanalyseplattformen.* Oslo: Direktoratet for e-helse, 2017. IE-1017

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

Direktoratet for e-helse. 2018. *Vedlegg K Sentrale begreper. Konseptvalgutredning – Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.* Oslo: Direktoratet for e-helse, 2018. IE-1029

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

Direktoratet for e-helse. 2018. *Veikart for realiseringen av målbildet for Én innbygger – én journal.* Oslo: Direktoratet for e-helse, 2018

Direktoratet for e-helse. 2018. *Volven.no.* Oslo: s.n., 2018

Direktoratet for økonomistyring (DFØ). 2018. *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser* Oslo: s.n., 2018. <https://dfo.no/filer/Fagomr%C3%A5der/Utredninger/Veileder-i-samfunnsokonomiske-analyser.pdf>

Drevland, Frode. 2013. *Kostnadsestimering under usikkerhet.* Trondheim: Concept, 2013. ISSN: 1891-5655

European Commission. 2017. *New Interoperability Framework for European Public Services.* Luxembourg: European Commission, 2017

Finansdepartementet. 2017. *Perspektivmeldingen 2017.* [Internett] 2017. <https://www.regjeringen.no/contentassets/aefd9d12738d43078cbc647448bbeca1/no/pdfs/stm201620170029000dddpdfs.pdf>

Finansdepartementet. 2014. *Rundskriv R-109/14.* Regjeringen. [Internett] 30 04 2014. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fin/vedlegg/okstyring/rundskriv/faste/r_109_2014.pdf. R-109/14

Folkehelseinstituttet. 2017. *Folkehelseinstituttet. Oversikt over sentrale helseregistre.* [Internett] 18 04 2017. <https://www.fhi.no/div/datatilgang/om-sentrale-helseregistre/>

Fornyings- og administrasjonsdepartementet. 2007. *Felles IKT-arkitektur i offentlig sektor.* 2007. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fad/vedlegg/ikt-politikk/felles_ikt_arkitektur_off_sektor.pdf

Gartner group. 2005. *Analyse af statens IKT-udgifter. Rapport for Finansministeriet.* Version 4.0. 2005

Helse Midt RHF. 2018. *Helseplattformen – én journal for hele helsetjenesten i Midt-Norge* [Internett] 27 09 2018. <https://helse-midt.no/vart-oppdrag/prosjekter/ehelse/helseplattformen>

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. 2017.

Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF. 2018. *Felles plan – 2018 Neste generasjons PAS/EPJ – Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF* v 0.95 24.10.2018

Helse- og omsorgsdepartementet. 2015. *Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. FOR-2015-07-01-853

Helse- og omsorgsdepartementet. 2014. *HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse.* Oslo: Regjeringen, 2014. I-1160

Helse- og omsorgsdepartementet. 2018. *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven).* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2018. Lovgivning

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

Helse- og omsorgsdepartementet. 2011. *NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg.* Oslo: s.n., 2011. Norges offentlige utredninger. ISSN 0333-2306

Helse- og omsorgsdepartementet. 2015. *Pasient- og brukerrettighetsloven.* 2015

Helse- og omsorgsdepartementet. 2013-2014. *Prop. 72 L (2013-2014) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Pasientjournalloven og helseregisterloven.* Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet, 2013-2014

Helse- og omsorgsdepartementet. 2008-2009. *St.meld. nr. 47 - Samhandlingsreformen 2008-2009.*

Helse- og omsorgsdepartementet. 2018. *Tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse for 2018* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2018. 17/1131-75

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. 2016. *Meld.St. 27 (2015-2016) Digital agenda for Norge.* s.l.: Det kongelige kommunal- og moderniseringsdepartement, 2016 <https://www.regjeringen.no/contentassets/fe3e34b866034b82b9c623c5cec39823/no/pdfs/stm201520160027000dddpdfs.pdf>

Nasjonal e-helsemonitor. *Nasjonal e-helsemonitor.* ehelse.no. [Internett] Direktoratet for e-helse. <https://ehelse.no/e-helsekunnskap/statistikk/nasjonal-e-helsemonitor>

Riksrevisjonen. 2017. *Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene.* Oslo: Riksrevisjonen, 2017. Dokument 3-serien

Plan for utvikling av Felles grunnmur versjon 1.0

Torp, Drevland og Austeng. 2015. *Prosess for kostnadsestimering under usikkerhet*
Trondheim: Concept, 2015. ISBN: 978-82-93253-46-4

8 Vedlegg

8.1 Sentrale begreper

Begrep	Forklaring
Arkitektur	<p>1. En formell beskrivelse eller detaljert plan av et system på komponentnivå, som brukes for å gi retningslinjer for implementering av systemet.</p> <p>2. En struktur som består av komponenter og sammenhengene mellom dem, samt prinsippene og retningslinjene som styrer design og utvikling over tid. (DIFI – Direktoratet for forvaltning og IKT, 2018)</p>
Byggekluss	<p>Ordet byggekloss brukes som en betegnelse på elementer i Felles grunnmur som gjøres tilgjengelige for sektoren, inkludert de forskjellige konkrete tekniske felleskomponentene, innhold og dokumenter som inngår som styringsgrunnlag. De fem overordnede områdene i Felles grunnmur er grupperinger av byggeklosser.</p>
Datadeling	<p>Datadeling er deling av strukturerte data gjennom felles ressurser/tjenester. Datadeling er en ny samhandlingsform som forventes å legge til rette for mer effektiv og helhetlig samhandling gjennom hele pasientforløpet.</p>
Dokumentdeling	<p>Dokumentdeling er en samhandlingsform som omhandler deling av godkjente, lesbare dokumenter, inkludert bilder, gjennom felles infrastruktur/tjenester.</p>
E-helseløsninger	<p>E-helseløsninger inkluderer nasjonale, regionale og lokale løsninger. Inkludert i begrepet er blant annet kjernejournal, e-resept, hels norge.no, behandlingsrettede helseregistre (som EPJ) og andre helseregistre.</p>
E-helsestandard	<p>En e-helsestandard gir regler for elektronisk behandling av opplysninger knyttet til, eller administrasjon av, helsehjelp. Standardisering av innhold, format og felles arkitektur er en forutsetning for å kunne forstå, dele og gjenbruke informasjon og data mellom virksomheter som samhandler elektronisk.</p>
Elektronisk pasientjournal (EPJ)	<p>Elektronisk samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i</p>

	<p>forbindelse med helsehjelp.</p> <p>En elektronisk pasientjournal kan inngå som en del av en pasientjournal som også inneholder opplysninger registrert på andre typer media som papir eller film.</p> <p>I EPJ-standarder benyttes av og til pasientjournal og journal som synonyme for elektronisk pasientjournal der det ikke er fare for misforståelse (Direktoratet for e-helse, 2018).</p>
Felleskomponent	<p>Når flere virksomheter har det samme behovet, kan det være fornuftig å etablere felleskomponenter som løser behovet én gang. Felleskomponenter kan sambrukes eller gjenbrukes i flere IT-løsninger. Det legger til rette for at virksomhetene kan rette oppmerksomheten mot andre oppgaver, fremfor å bruke tid og krefter på å utvikle funksjonalitet andre allerede har laget.</p> <p>Felleskomponenter som utvikles og forvaltes for virksomhetene i en bestemt sektor omtales ofte som sektorielle felleskomponenter og skiller seg fra de nasjonale felleskomponentene (Altinn, ID-porten m.fl.), som er ment for offentlig sektor som helhet.</p>
Felles grunndata	<p>Felles grunndata består av opplysninger om helsepersonell, organisasjon, tjenester, behandlingssteder, adresser, m.m. Felles grunndata er nødvendig for å etablere sikker og helhetlig samhandling mellom aktørene.</p>
Felles plan neste generasjon PAS/EPJ	<p>Foretaksmøtene i 2017 ba Helse Sør Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF om å «Sørge for en felles plan og koordinert utvikling av elektronisk pasientjournal (EPJ) og pasientadministrative system (PAS), blant annet for å danne grunnlag for felles realisering av «En innbygger – en journal».</p> <p>I planen har foretakene skisserte overordnede felles målsettinger med tilhørende prosjektaktiviteter. Det langsiktige målet er å arbeide mot en felles samordnet PAS/EPJ for de tre regionene, slik at de får god samhandling med primærhelsetjenesten i tråd med målsettingene i Én innbygger – én journal (Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF, 2017).</p>
Felles grunnmur	<p>Felles grunnmur er navnet på de felles byggeklossene som virksomhetene benytter for samhandling og digitalisering. Felles grunnmur legger til rette for enhetlige tjenester rettet mot innbyggere og helsepersonell. Grunnmuren består av fem grupper av byggeklosser: kodeverk og terminologi, felles grunndata, felleskomponenter, felles infrastruktur og felles krav og retningslinjer.</p>

<p>Helsedataprogrammet</p>	<p>Helsedataprogrammet eies av Direktoratet for e-helse.</p> <p>Helsedataprogrammet skal bidra til bedre utnyttelse, høyere kvalitet, enklere innrapportering og sikrere håndtering av data i de nasjonale helseregistrene. Helsedataprogrammet er en videreføring og et implementeringsbidrag til Nasjonal helseregisterstrategi 2010-2020, og bygger på erfaringer og felles behov dokumentert gjennom Nasjonalt helseregisterprosjekt (NHRP).</p>
<p>Helseopplysninger</p>	<p>Taushetsbelagte opplysninger i henhold til helsepersonelloven § 21 og andre opplysninger og vurderinger om helseforhold, eller av betydning for helseforhold, som kan knyttes til en enkeltperson (Direktoratet for e-helse, 2018).</p> <p><i>Se også Personopplysninger og Sensitive Personopplysninger.</i></p>
<p>Helseplattformen</p>	<p>Helseplattformen eies av Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune.</p> <p>Helseplattformen skal anskaffe og innføre en ny, felles pasientjournal (PAS/EPJ) ved sykehus og kommuner i hele Midt-Norge. Journalen setter pasienten i sentrum på alle nivåer i helsetjenesten.</p> <p>Det er første gang det etableres en felles løsning for kommune- og spesialisthelsetjeneste, fastleger og avtalespesialister. Gjennom Helseplattformen er Midt-Norge regional utprøvsarena for det nasjonale målbildet Én innbygger – én journal. (Helse Midt RHF, 2018).</p>
<p>Henvisning 2.0</p>	<p>Revisjon fra henvisningsmelding 1.0 til 2.0 er gjennomført for at meldingen skal understøtte Pasient- og brukerrettighetsloven. Utvidelsen av meldingen dekker behovet for opplysninger knyttet til henvisning mellom helseforetak og internt i spesialisthelsetjenesten, videre-henvisning og henvisning til videre behandling/undersøkelser (Direktoratet for e-helse, 2017)</p>
<p>Interessent</p>	<p>Et individ, team eller organisasjon (eller grupper av slike) som har hensyn som må ivaretas, knyttet til resultatet av arkitekturen. (DIFI)</p>
<p>Klassifikasjon</p>	<p>Klassifikasjon er kodeverk som er hierarkisk oppbygget av klasser, hvor klassene (kategoriene) på samme hierarkiske nivå er gjensidig eksklusive. Klassifikasjon benyttes til tider også for større kodeverk og kodeverk som ikke har gjennomført gjensidig eksklusivitet mellom klasser på samme hierarkiske nivå (ICD-10 er et eksempel på det siste) (Direktoratet for e-</p>

	helse, 2018).
Kodeverk og terminologi	Kodeverk og terminologier brukes for å standardisere innholdet ved registrering i pasientjournalen og ved administrativ oppfølging av pasientbehandlingen. Dette betyr at helsefaglige opplysninger skal kunne dokumenteres, formidles, forstås og brukes på en entydig måte av de involverte partene.
Kodeverk	Et kodeverk er en samling av begreper eller en klassifikasjon hvor hver tilhørende begrepsdefinisjon er tilknyttet en unik kode innenfor samlingen eller klassifikasjonen. Helsefaglige kodeverk er utgangspunktet for bedre helsedata. Kodene gjør at vi kan følge med på befolkningens helse, oppdage og endre sykdomsmønstre og fordele ressurser i helse- og omsorgstjenesten. (Direktoratet for e-helse, 2018). <i>Se også Kodeverk og terminologi og Klassifikasjon.</i>
Nasjonale helseregistre	Sentrale helseregistre er etablert for å ivareta landsomfattende helseoppgaver. Registerne benyttes i første rekke til helseanalyse, helsestatistikk, kvalitetsforbedring av helsetjenester, forskning, administrasjon, styring og beredskap. Eksempler på nasjonale (sentrale) helseregistre er Medisinsk fødselsregister, Dødsårsaksregisteret, Norsk Pasientregister, Kreftregisteret med flere. Det foreligger totalt 18 helseregistre som er kategorisert som sentrale. (Folkehelseinstituttet, 2017)
Helhetlig samhandling og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester	I tilknytning til Én innbygger – en journal er det gjort konseptvalgutredning for felles løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Anbefalingen er konsept med helhetlig samhandling og felles journal for den kommunal helse- og omsorgstjeneste. Dette dekker behov knyttet til klinisk dokumentasjon og pasient- og brukeradministrasjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste, samt behov for samhandling med øvrige helsetjeneste helse- og øvrige kommunale tjenester.
Pasientadministrativt system (PAS)	En betegnelse på systemer som støtter administrasjon av helsehjelp. Dette inkluderer funksjonalitet for pasientidentitet og demografi, logistikk rundt pasientene, timebestilling, henvisning, planlegging av behandling, utskrivning, økonomi o.l. Når begrepet brukes innen kommunal helse- og omsorgstjeneste inkluderer det saksbehandling for pasientrettede tjenester og pasientrettet avviksbehandling. (Direktoratet for e-helse, 2018).
Personopplysninger	Personopplysninger er alle opplysninger og vurderinger som kan knyttes til en enkeltperson. Typiske personopplysninger er

	<p>navn, adresse, telefonnummer, e-postadresse og fødselsnummer. Biometri, bilder og lydopptak der personer kan gjenkjennes faller også under personopplysninger (Datatilsynet, 2018).</p>
Referansearkitektur	<p>Referansearkitektur er beste praksis for hvordan man løser avgrensede, men gjentakende problemstillinger. En referansearkitektur beskriver de logiske strukturene og begrepsapparatet som gjelder innenfor et spesifikt område på et overordnet nivå. Referansearkitekturen kan også gi eksempler på logiske tjenester, komponenter og hvordan interaksjonen skal foregå mellom disse.</p>
Samhandling	<p>Med samhandling menes all form for kontakt, samarbeid og informasjonsutveksling i en virksomhet eller på tvers av flere virksomheter, som inngår i, eller støtter opp under, oppfølging av innbyggerne. Hensikten med samhandling er å sikre at tjenester kan ytes effektivt når flere aktører er involvert, og at samhandlingen fortsetter uhindret selv om innbygger har kontakt med ulike aktører i helse- og omsorgssektoren.</p> <p>Felles for all samhandling er at det krever en tydelig oppgavefordeling mellom aktørene og at ansvaret for oppfølging av innbygger overføres effektivt.</p> <p>I samhandlingen utveksles informasjon, faglige spørsmål stilles og besvares og det inngås avtaler om hvem som skal gjøre hva. Samhandling i helsetjenesten utføres for eksempel når fastlegen henviser en pasient til sykehuset, når tildelingskontoret og hjemmebaserte tjenester tar imot en pasient som skrives ut fra sykehjemmet eller når helsepersonell søker NAV om hjelpemidler til innbygger. (Direktoratet for e-helse, 2018)</p>
Samhandlingsløsning	<p>IT-løsninger som støtter samhandling. Disse kan bestå av flere IT-løsninger som kommuniserer med hverandre og dermed tilbyr funksjonalitet som ikke den enkelte løsningen kan tilby hver for seg.</p>
Samhandlingsevne	<p>Evne/kapabilitet personer, systemer og virksomheter har til å utføre samhandling.</p>
Sektor	<p>Sektor peker på det avgrensede samfunnsområdet helse- og omsorgssektoren. Sektor inkluderer alle aktører som yter helsetjenester, som kommuner, fastleger, spesialisthelsetjenesten, private helsetjenester og privatpraktiserende behandlere i offentlig og privat sektor, m.m.</p>
Sensitive	<p>En rekke kategorier av personopplysninger er i lovgivningen</p>

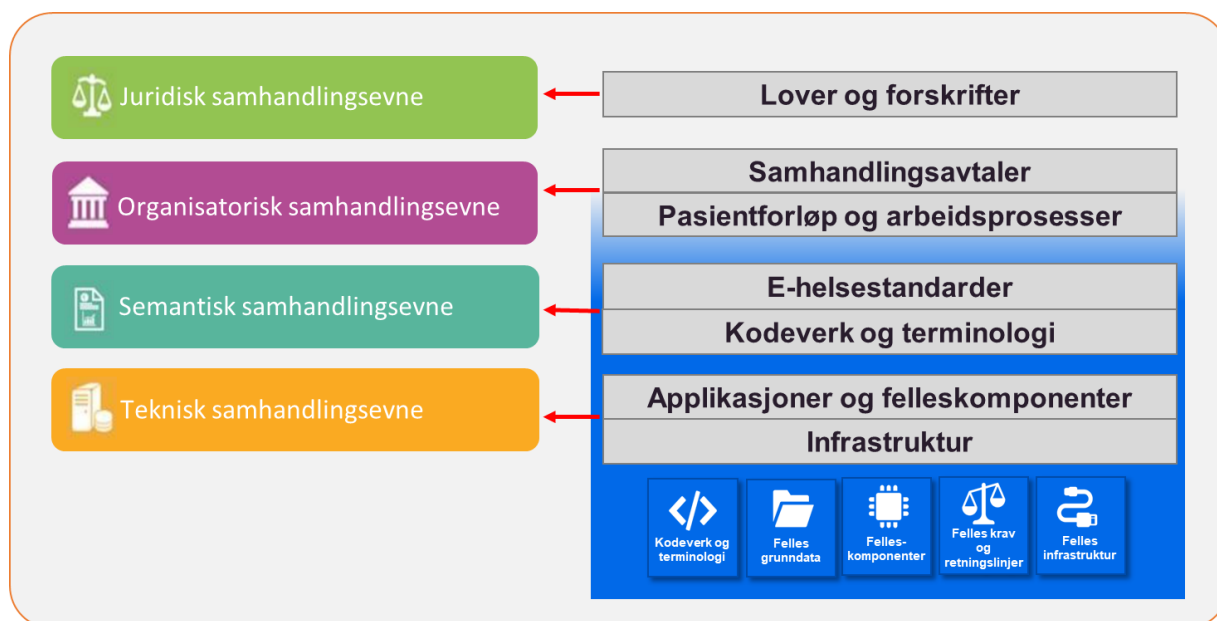
<p>personopplysninger</p>	<p>definert som å ha økt sensitivitet. Eksempler på dette er opplysninger om rasemessig eller etnisk opprinnelse, religionstilhørighet, genetiske opplysninger og helseopplysninger (Datatilsynet, 2018)</p> <p><i>Se også Personopplysninger</i></p>
<p>Sluttbruker</p>	<p>Sluttbrukere i helse- og omsorgssektoren inkluderer blant annet innbyggere, helsepersonell, administrativt personell, forskere osv.</p> <p>I denne rapporten er en sluttbruker en person som opptre i en spesifikk rolle i en kontekst og som benytter e-helseløsninger. Sluttbruker forstås her som personer med en helsefaglig, administrativ eller forskerrolle som benytter seg av e-helseløsninger.</p>
<p>Terminologi</p>	<p>Terminologier er samlinger av begrepsdefinisjoner innenfor ulike fagfelt. Disse er publisert i definisjonskataloger. (Direktoratet for e-helse, 2018)</p> <p><i>Se også Kodeverk og terminologi.</i></p>
<p>Tjenestebasert adressering</p>	<p>Adresseringsmetode hvor det adresseres til og fra kommunikasjonsparter som representerer tjenester. (Direktoratet for e-helse, 2018)</p>
<p>Tverrsektoriell</p>	<p>Tverrsektorielt peker på samfunnsområder utover helse- og omsorgssektoren. Eksempler er andre offentlige instanser som Skatteetaten, herunder Folkeregisteret, Altinn, ID-porten m.m.</p> <p><i>Se også Sektor.</i></p>
<p>Økosystem for e-helseløsninger</p>	<p>Et økosystem beskriver et samfunn med flere levende organismer, deres fysiske miljø og alle relasjoner som inngår som del av dette miljøet. Begrepet brukes i IKT til å beskrive et system av flere elementer og aktører som har et avhengighetsforhold, men som også kan ses som delvis uavhengige aktører.</p> <p>Økosystemet beskriver ikke bare aktørene i systemet, men også hvilke prosesser som eksisterer mellom elementene, som for eksempel finansiering, styring og kontrollprosesser. En ofte brukt undertype av IKT-økosystemer er plattformøkosystemer, men det finnes flere varianter.</p>

8.2 Norsk arkitekturrammeverk for samhandling

Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) legger *European Interoperability Framework (EIF)*³⁸ til grunn for *Norsk arkitekturrammeverk for samhandling*³⁹ i offentlig sektor. Rammeverket skal bidra til samhandling på tvers av sektorer og landegrensler.

EIF er et rammeverk for å forbedre forvaltning og styring av samhandlingsaktiviteter, etablere forhold på tvers av virksomheter, effektivisere prosesser for å underbygge digitale tjenester og for å sikre at eksisterende og ny lovgivning ikke er til hinder for samhandlingstiltak.

EIF beskriver fire lag som alle er nødvendige for å oppnå god samhandlingsevne (interoperabilitet).



Figur 10 EIF-modellen er lagt til grunn i Norsk arkitekturrammeverk for samhandling (venstre side), samt modellen relatert til e-helse og Felles grunnmur.

Nedenfor følger Difis definisjoner på de fire lagene samt styring og forvaltning, og en praktisk tolkning med utgangspunkt i e-helse.

Definisjon Difi

Juridisk samhandlingsevne skal sikre at organisasjoner som arbeider under ulike lovgivninger kan samhandle. For at organisasjoner på tvers i forvaltningen kan utvikle og bruke like tjenester og funksjonalitet så må det rettslige grunnlaget for samhandling mellom aktørene være på

Praktisk tolkning e-helse

Juridisk samhandlingsevne forutsetter et rettslig grunnlag for samhandling mellom forskjellige virksomheter og kan omfatte juridiske krav til både innhold, prosesser og løsninger. Tidligere forbud mot deling av helseopplysninger mellom virksomheter ble opphevet ved lovendringer i 2015. Helselovgivningen gir

³⁸ European Commission. 2017. New Interoperability Framework for European Public Services.

³⁹ DIFI – Direktoratet for forvaltning og IKT. 2018. Norsk arkitekturrammeverk for samhandling.

plass.

Organisatorisk samhandlingsevne

omhandler hvordan organisasjonen styres og samhandler i praksis. Hvilke styrings- og budsjettmodeller virksomheten følger. Hvilke samhandlingsmodeller og avtaler virksomheten har med andre forvaltningsorganer knyttet til felles forvaltning er også sentrale elementer som har betydning for det organisatoriske samhandlingsområdet.

Semantisk samhandlingsevne sikrer at formål og mening med informasjon er bevart og forstått gjennom en utveksling. Dette innebærer felles begrepsdefinisjoner. Det er ønskelig å bruke samme terminologi og mening/semantikk for innhold av data/informasjon som utveksles. Semantisk samhandling omfatter meningen til dataelementer, relasjonen mellom dem og formatet informasjonen utveksles på.

Teknisk samhandlingsevne sikrer at ulike systemer kan « snakke sammen ». Dette krever teknisk standardisering, noe som i dag blant annet blir understøttet av forskrift om IT-standarder i offentlig forvaltning. Område dekker forhold knyttet til applikasjon, data, teknologi og sikkerhet.

Styring og forvaltning av integrerte offentlige tjenester går på tvers av samtlige samhandlingslag. Med styring og forvaltning mener vi oppfølging av rammeverk, organisatoriske strukturer, roller og ansvar, retningslinjer, avtaler og annet som bidrar til samhandling på nasjonalt nivå.

særregler for behandling av helseopplysninger, i tillegg gjelder personopplysningsloven og -forordningen. Deling av helseopplysninger krever hjemmel for utlevering og hjemmel for å motta og behandle opplysningene. Lover og forskrifter bør utformes for å legge til rette for effektiv elektronisk samhandling mellom virksomheter, omsorgsnivåer, helsepersonell og innbyggere. For flere av tiltakene vil det trolig være behov for å etablere rettsgrunnlag for den behandling av personopplysninger som det legges opp til, for eksempel etablering av et nasjonalt dokumentregister.

Organisatorisk samhandlingsevne beskriver hvordan helsetjenesten er organisert og utfører sitt oppdrag. Her ligger også hvordan omsorgsnivåer skal samarbeide, beskrivelse av behandlingsforløp, helsefaglig standardisering, veiledninger, retningslinjer og andre prosessbeskrivelser. Eksempler er henvisningsforløpet, rekvirering av legemidler og pakkeforløp for kreft. Avtaler, slik som *Norm for informasjonssikkerhet*, hører også til her.

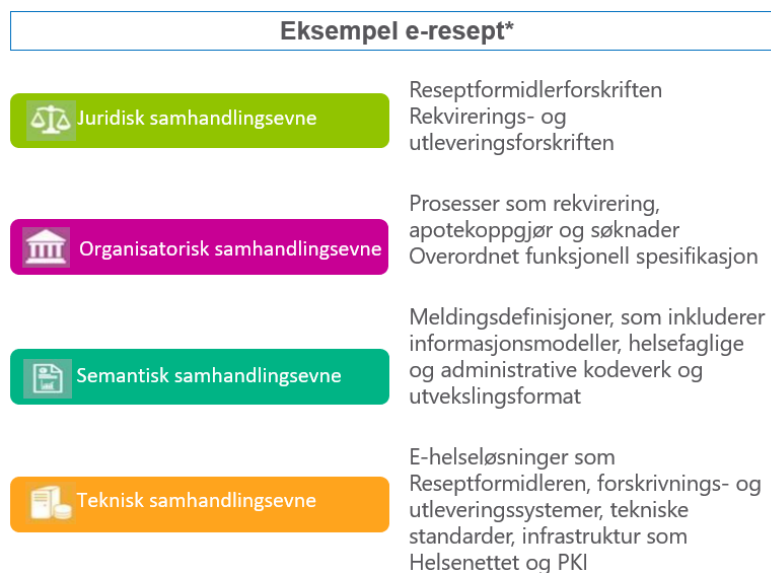
Semantisk samhandlingsevne inkluderer helsefaglige kodeverk og terminologier, administrative kodeverk, felles informasjonsmodeller, e-helsestandarder, utvekslingsformater og andre semantiske standarder.

Teknisk samhandlingsevne deles gjerne opp i ytterligere to lag – applikasjoner og IT-infrastruktur. Applikasjoner som understøtter elektronisk samhandling består av fagsystemer og andre e-helseløsninger, inkludert felleskomponenter og sikkerhet. IT-infrastruktur er bredbånd og grunnleggende løsninger for kommunikasjon. Krav til arkitekturer og tekniske standarder er en viktig forutsetning for teknisk samhandling.

Styring og forvaltning av samhandlingslagene er delt mellom flere aktører i helsesektoren. Direktoratet for e-helse har et ansvar for forvaltning av samhandlingsarkitekturen mellom virksomheter og et spesielt ansvar for semantisk og teknisk samhandlingsevne. Andre er Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, kommunene og helseforetak med flere.

De øverste lagene legger premisser for lagene under. Juridisk og organisatorisk samhandlingsevne er grunnleggende forutsetninger for semantisk og teknisk samhandlingsevne.

Under følger et eksempel der e-resept er plassert inn i EIF-modellen:



*Elementer som er tatt med er ikke uttømmende

Figur 11 EIF-modellen med e-resept som eksempel

8.3 Prosess

Utarbeidelsen av Plan for utvikling av Felles grunnmur har blitt gjennomført i følgende steg:

1. Behovsanalyse for samhandling og Felles grunnmur
2. Strategisk innretning og definisjon av Felles grunnmur
3. Kartlegging og beskrivelse av byggeklosser i Felles grunnmur
4. Definisjon av mål, tiltak og plan
5. Kartlegging av realiseringsbehov
6. Kost-/nyttevurdering

Arbeidet har involvert de sentrale aktørene i helse - og omsorgssektoren, og har i hovedsak benyttet nasjonal styringsmodell for e-helse til innspill og forankring. I tillegg har det blitt gjennomført møter med strategiske prosjekter/programmer og utvalgte interessenter.

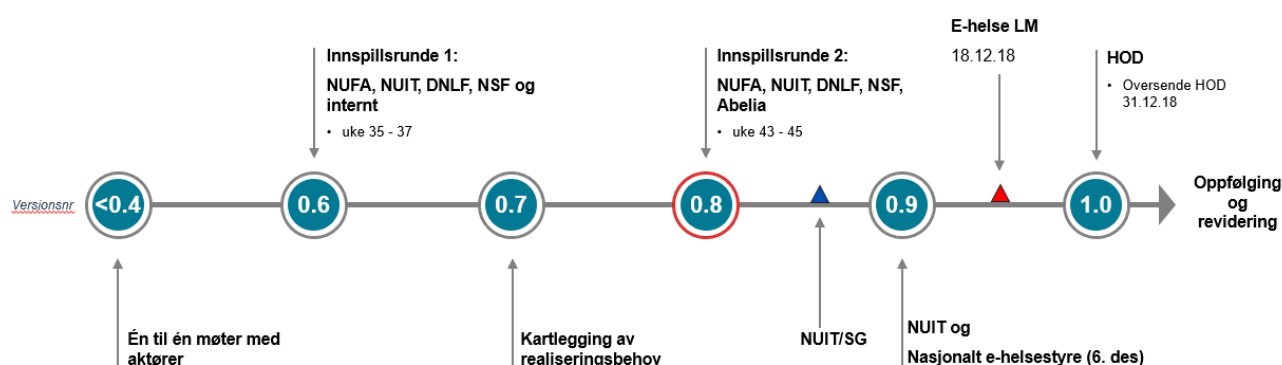
Proessen er gjennomført i tett samarbeid med konseptvalgutredning for felles journal- og samhandlingsløsning for kommunene. Tabellen nedenfor gir en oversikt over arbeids- og forankringsmøter som er gjennomført i 2018 i forbindelse med Plan for utvikling av Felles grunnmur.

Oversikt over gjennomførte møter	
Aktør	Dato
Helhetlig samhandling og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester	30.01.2018
Helhetlig samhandling og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester	22.01.2018
Helhetlig samhandling og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester	05.02.2018
Helhetlig samhandling og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester	08.02.2018
Helhetlig samhandling og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester	12.02.2018
Nasjonal IKT Strategiråd	15.02.2018
Helhetlig samhandling og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester	16.02.2018
Helhetlig samhandling og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester	09.03.2018
Helhetlig samhandling og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester	12.03.2018
Arbeidsmøte med helse- og omsorgssektoren	10.04.2018
Helhetlig samhandling og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester	11.04.2018

Helseplattformen	12.04.2018
NUFA	25.04.2018
NUFA	27.04.2018
Referansegruppemøte	27.04.2018
Referansegruppemøte	02.05.2018
Helhetlig samhandling og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester	03.05.2018
Arbeidsmøte med helse- og omsorgssektoren	04.05.2018
Program Kodeverk og terminologi	07.05.2018
Norsk Helsenet	07.05.2018
Program Kodeverk og terminologi	23.05.2018
NUIT	30.05.2018
Helseplattformen	11.06.2018
Helsedataprogrammet	12.06.2018
Nasjonalt e-helsestyre	22.06.2018
Legeforeningen	20.08.2018
Helse- og omsorgsdepartementet	22.08.2018
Nasjonalt IKT fagforum for arkitektur	23.08.2018
Sykepleierforbundet	23.08.2018
Helhetlig samhandling og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester	24.08.2018
Arbeidsmøte med helse- og omsorgssektoren	29.08.2018
NUFA	05.09.2018
Helhetlig samhandling og felles journal for kommunale helse- og omsorgstjenester	11.09.2018
DIS og helsenorge.no	12.09.2018
Nasjonalt e-helsestyre	12.09.2018
Helsedataprogrammet	17.09.2018
Felles plan for neste generasjon PAS/EPJ	17.09.2018
Leverandørmøte i EPJ-løftet	18.09.2018
Helseplattformen	24.09.2018
Norsk Helsenet NHN	24.09.2018
Digitaliseringsrådet	27.09.2018
Pasientens legemiddelliste	08.10.2018
Pasientens legemiddelliste	09.10.2018
Helse Sør-Øst	11.10.2018

EPJ-løftet	12.10.2018
Nasjonal IKT	15.10.2018
KS Arkitektforum	15.10.2018
Folkehelseinstituttet	16.10.2018
Helsedirektoratet	16.10.2018
Helse- og omsorgsdepartementet	17.10.2018
Helse Sør-Øst	23.10.2018
Norsk Helsenett	25.10.2018
NUFA	07.11.2018
NUIT	21.11.2018
Universitetet i Oslo, IFI	05.12.2018
Nasjonalt e-helsestyre	06.12.2018

Tidslinjen med innspillsrunder



Figur 12 Tidslinje inkludert innspillsrunder

Til	Møte 2/19
Dato	24.04.2019
Saksnummer	17/19
Type	Orientering

Fra	Helse Sør-Øst RHF
Saksbehandler	Per Meinich

Regionale utviklingsplaner

Forslag til vedtak

Saken tas til orientering

Hensikt med saken

Å orientere NUFA / Direktoratet for e-helse om de regionale helseforetakenes utviklingsplaner samt og de avhengigheter disse har til leveranser fra direktoratet for e-helse

Bakgrunn

Det er stor aktivitet på e-helseområdet, og det pågår aktiviteter i mange akser, ikke minst nasjonalt og regionalt. Direktoratet har uttrykt et ønske om å bli orientert om regionenes utviklingsplaner, likheter og ulikheter, og avhengigheter til direktoratets aktiviteter/leveranser.

Nasjonal helse- og sykehusplan etablerer prioriteringer innenfor området. De regionale helseforetakene har gitt innspill til, og i betydelig grad bidratt til, utviklingen av planen. Regionenes planer og prioriteringer reflekterer dette, men regionenes utgangspunkt er likevel i noen grad forskjellige, og de regionale utviklingsplanene reflekterer dette.

I møtet vil det bli gitt en presentasjon av prioriterte områder i nasjonal plan, de regionale utviklingsplanene, samt regionenes innspill til e-hesledirektoratet knyttet til de nødvendige prosesser og leveranser som er nødvendige for at planene skal la seg realisere.

Til Møte 2/19
Dato 24.04.2019
Saksnummer 18/19
Type Drøfting

Fra Inga Nordberg
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

Nasjonal områdestyring av e-helse

Forslag til vedtak

NUFA ber Direktoratet for e-helse ta innspill fremkommet i møtet med i videre arbeid med å definere og etablere områder innenfor nasjonal forvaltningsstyringsprosess

Hensikt med saken

Få innspill på inndeling i områder innenfor nasjonal forvaltningsstyringsprosess.

Bakgrunn

Nasjonal styringsmodell for e-helse er etablert av Direktoratet for e-helse for å styrke gjennomføringsevnen av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren og for å bidra til sterkere nasjonal styring. Styringsmodellen skal sikre sterk forankring av nasjonale valg innen e-helse på tvers i helse- og omsorgssektoren. Den skal også bidra til en koordinert gjennomføring slik at gevinster i større grad kan hentes ut.

Nasjonal styringsmodell har tre utvalg; Nasjonalt e-helsestyre, Prioriteringsutvalget (NUIT) og Fagutvalget (NUFA). For sentrale nasjonale løsninger er det i tillegg etablert produktstyrer som anbefaler målbidde og veikart, prioriterer større endringsbehov og foreslår nye prosjekter til nasjonal e-helseportefølje.

De nasjonale utvalgene er understøttet av tre prosesser på nasjonalt nivå; strategi, porteføljestyling og forvaltningsstyring. Prosessene sørger for felles strategisk retning for e-helse samt koordinering og forankring i sektoren. Nasjonal arkitekturstyring understøtter de tre nasjonale prosessene.



Prosessene har gradvis blitt etablert og profesjonalisert. Forvaltningsstyringsprosessen er i dag den minst modne av prosessene. Det er definert enkelte nasjonale løsninger med tilhørende sektorsammensatte produktstyrer, men det er ikke gjennomført en helhetlig vurdering av omfanget.

Formålet med forvaltningsstyringsprosessen er å oppnå god og sektorforankret styring i forvaltningen av nasjonale løsninger, og å sikre at forvaltningen blir ivaretatt ut fra en helhetlig prioritering, uavhengig av hvem som er eier. De nasjonale utvalgene tilrår nasjonal strategi, prioriteringer og strategiske veivalg for e-helse, som gir rammebetingelser for forvaltningsstyringen.

Alle nasjonale løsningene som skal forvaltes av nasjonal tjenesteleverandør og/eller være samfinansiert, skal ha relevante sektorsammensatte styrer ¹. For at ivareta dette, foreslås det å etablere sektorsammensatte styrer for områder, som videreutvikling av dagens produktstyrer som kun omfatter enkeltløsninger. Områdestyrer gir en mer helhetlig styring og koordinering enn dagens praksis med etablering av produktstyrer for hver enkelt løsning. Områdestyrer bidrar også til mer effektiv tidsbruk for sektoren, som skal delta i styrene. Et område kan omfatte flere nasjonale løsninger, tjenester, plattformer etc. som hører sammen og gir en helhet, for eksempel i en verdikjede. Områdestyringen skal omfatte alle e-helsetiltak innenfor et område, uavhengig av eier.

Legemiddelområdet er et godt eksempel på et område. Direktoratet for e-helse har i tildelingsbrevet for 2019 fått i oppdrag å "Sørge for en overordnet koordinering av e-helsetiltak på legemiddelområdet. Helsedirektoratet, Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene og KS skal involveres i arbeidet".

Det foreslås at hvert område skal ha en ansvarlig i Direktoratet for e-helse som skal ha det overordnede strategiske ansvaret for området. Dette inkluderer å anbefale strategisk retning for området i forbindelse med videreutvikling av nasjonal e-helsestrategi, og ivareta den langsiktige utviklingen av området på vegne av sektoren. Sektorsammensatte områdestyrer skal sørge for at sektoren har medbestemmelse i prioriteringsbeslutninger innenfor området.

På et overordnet nivå foreslås områdestyrets mandat til å være:

- Anbefale strategisk retning for området, i tråd med nasjonal e-helsestrategi og strategisk plan
- Prioritere sektorens behov for forvaltning/videreutvikling innenfor overordnede rammer gitt av nasjonal styringsmodell
- Prioritere større utviklingstiltak for området, og foreslå dette som nye prosjekt i nasjonal e-helseportefølje; til behandling i porteføljestyingsprosessen.

¹ [Beslutningsunderlag for ny Beslutningsunderlag for ny e-helseorganisering og nasjonal tjenesteleverandør](#) og [Ny e-helseorganisering - tydeliggjøring av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse](#)

Direktoratet for e-helse ønsker i møtet å få innspill på hensiktsmessig inndeling i områder. Legemiddelområdet er allerede nevnt som et eksempel. De nasjonale løsningene hels norge, e-resept, Kjernejournal og Grunndataplatfformen er forslått overført til nasjonal tjenesteleverandør, og må plasseres inn i områdene som foreslås.

Til Møte 2/19
Dato 24.04.2019
Saksnummer 19/19
Type Orientering

Fra Karl Vestli
Saksbehandler Espen Møller

Medisinsk avstandsoppfølging

Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering og ber Helsedirektoratet, Statens legemiddelverk og Direktoratet for e-helse ta med seg innspill i det videre arbeidet.

Hensikt med saken

Hovedformålet med saken er å orientere om foreløpig rapport vedrørende nasjonal tilrettelegging for medisinsk avstandsoppfølging som oversendes HOD 25. april, samt å orientere om videre organisering av arbeidet. Fokuset vil være på identifiserte problemstillinger vedrørende informasjonsflyt, informasjonssikkerhet, personvern og tekniske løsninger for medisinsk avstandsoppfølging.

Rapporten vil sendes til NUFA etter at den er overlevert til HOD.

Bakgrunn

Statens legemiddelverk, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet mottok i september 2018 et likelydende oppdrag om å utrede nasjonale tilretteleggingstiltak for å støtte opp under implementering og spredning av medisinsk avstandsoppfølging i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Oppdraget har sitt utgangspunkt i departementets arbeid med nasjonal helse- og sykehusplan. Helsedirektoratet koordinerer oppdraget.

Arbeidet vil pågå ut 2019 og det vil bli gitt anbefalinger og skissert gjennomføringsløp for nasjonal tilrettelegging. Utredningen tar utgangspunkt i spesialist- og primærhelsetjenestens pågående aktiviteter og planer for medisinsk avstandsoppfølging.

Etatene leverte i desember 2019 en samlet plan for utredning (L1). Leveransen nå (L2) er basert på innspill fra et bredt spekter av interessenter. I rapporten er disse vurdert og det er beskrevet hovedproblemstillinger og aktiviteter for å identifisere hvordan myndighetene kan legge til rette for implementering og spredning av medisinsk avstandsoppfølging. I det videre løp mot neste leveranse i slutten av juni (L3) legges det opp til å begrense utredningsomfanget og konkretisere behovene ved å ta utgangspunkt i utvalgte tjenestemodeller for medisinsk avstandsoppfølging. Sluttrapport er planlagt levert i desember

Vedtak på tilsluttende saker

Sak	Tema	Vedtaksformulering
5/19	Medisinsk avstandsoppfølging	NUFA tar saken til orientering og ber Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Statens Legemiddelverk om å ta med innspill i det videre arbeidet med detaljering av plan for medisinsk avstandsoppfølging

Til Møte 2/19
Dato 24.04.2019
Saksnummer 20/19
Type Drøftingssak

Fra Inga Nordberg
Saksbehandler Kjersti Skavik

Felles språk i helse- og omsorgssektoren – målbilde og veikart 2019-2023

Forslag til vedtak

NUFA er orientert om definisjonen av felles språk, innretning på målbilde og hovedtiltakene i veikartet. Innspill fra NUFA tas med i det videre arbeidet med dokumentet.

Hensikt med saken

I 2018 ble det etablert en visjon for et økosystem for terminologi – Felles språk. Dette innebar blant annet å ta i bruk SNOMED CT. Denne visjonen er bredt forankret i sektoren og ble behandlet i NUFA april 2018. Nå utarbeides et målbilde veikart som konkretiserer arbeidet for å nå visjonen. Dette arbeidet er organisert i program Kodeverk og Terminologi. Programmet ønsker innspill til arbeidet.

Felles språk i helse- og omsorgssektoren

Helse- og omsorgsdepartementet har i tildelingsbrevet for 2019 bedt direktoratet om å styrke myndighetsrollen innenfor flere områder i 2019, hvor helsefaglig terminologi og kodeverk er blant disse. Helsefaglig kodeverk og terminologi (herunder SNOMED CT) er blitt høyt prioritert av de angitte områder for direktoratets arbeid i 2019. Direktoratet 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".

Pågående arbeid med målbilde og veikart i samarbeid og dialog med sektoren

Involvering og forankring av sektoren har og vil fortsatt være sentralt i det pågående arbeidet med målbilde og veikart. Visjonen om et nasjonalt økosystem av SNOMED CT, administrative- og helsefaglige kodeverk samt helse- og kvalitetsregistervariabler er drøftet med sektoren. Konseptbeskrivelsen for Terminologi i EPJ er drøftet i foraene i den nasjonale styringsmodellen og den har vært på innspillsrunde i sektoren. Programstyret er gjennom 2018 involvert i prosessen gjennom programstyremøter. Videre er sentrale initiativ som Helseplattformen, En innbygger – en journal og Helsedataprogrammet inkludert gjennom ulike prosesser. Arbeidet med målbilde og veikart ferdigstilles i 2019.

[Vedlegg 6_Sak 20-19_NUFA snakker felles språk](#)

Innretning og disposisjon på dokumentet samt overordnet introduksjon per kapittel

Bakgrunn

Det er flere rammebetingelser og sentrale beslutninger som ligger til grunn for dokumentet målbylde og veikart for kodeverk og terminologi i helse- og omsorgssektoren.

Hovedmålet om å modernisere IKT-plattformen og arbeide for en *felles journalløsning for hele helse- og omsorgssektoren* ligger til grunn. Direktoratet utarbeidet i 2016 en rapport om SNOMED CT med en anbefaling om nasjonalt medlemskap i SNOMED International. Beslutning om innmelding ble tatt i 2016, og medlemskap etablert i 2017. Dette markerte starten på en 3-årig utforskningsperiode som konkluderte med at det er viktig med en helhetlig vurdering av terminologi, kodeverk og registervariabler på tvers av forvaltningsnivå og fagområder [...]. Våren 2018 ble det utarbeidet en konseptbeskrivelse for bruk av terminologi i EPJ med påfølgende innspillsrunde høsten 2018.

Konseptbeskrivelsen er forløperen for det som senere omtales som visjon i dokumentet. Direktoratet besluttet i 2018 å benytte SNOMED CT som felles standardisert terminologi i Norge med støtte fra NEHS. Direktoratet har også fått føringer for arbeidet med felles språk (SNOMED CT) i tildelingsbrevet for 2019.

Dagens situasjon og behov

Helsevesenets behov har utløst en rekke nasjonale og regionale initiativ som *Én innbygger – én journal*, Helseplattformen, Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgssektor, Helsedataprogrammet og legemiddelområdet. Disse initiativene har igjen et behov for og forutsetter et felles språk og mulighet for semantisk samhandling for å levere gevinster.

Helsepersonell har behov for at data registreres én gang, på et klinisk relevant språk, på riktig nivå og at data kan innhentes automatisk der det er mulig. Helsefaglige opplysninger skal kunne dokumenteres, formidles, forstås og brukes på en entydig måte av involverte parter, både til registrering i pasientjournal og ved administrativ oppfølging av pasientbehandlingen.

Behov for fleksibilitet i valg av løsninger, økende grad av samhandling og interoperabilitet mellom systemer, funksjoner, forvaltningsnivå og profesjoner krever en felles standardisert terminologi.

Felles språk, internasjonale trender og erfaring

Med Felles språk menes en *helsefaglig terminologi* som skal anvendes til *strukturert dokumentasjon* av informasjon knyttet til helsehjelp, samt *relasjonene* som binder den til andre *kodeverk og registervariabler*. Informasjon som benyttes i *pasientforløp* skal kunne *gjenbrukes* etter å ha vært registrert *én gang*, og de forskjellige terminologier og kodeverk skal benyttes til det *formål de er tiltenkt*.

Det gis en introduksjon til SNOMED CT etterfulgt av terminologi og klassifikasjoner samt terminologi i informasjonsmodeller.

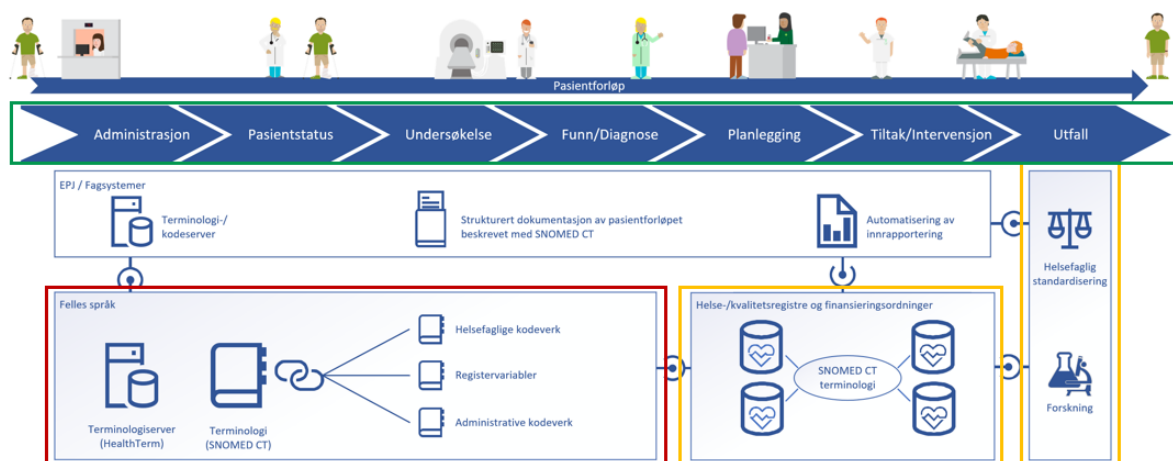
Videre vises det til erfaringer med bruk av SNOMED CT i elektronisk pasientjournal (EPJ) fra et nasjonalt og internasjonalt perspektiv. Risiko er beskrevet med utgangspunkt i innhold og utvikling av SNOMED CT, omfanget av oversettelse til norsk, flere aspekter av mapping samt avhengighet til informasjonsmodeller. Det er også identifisert tiltak for å imøtekomme disse aspektene.

Målbylde

Målbylde for Felles språk beskriver den ønskede framtidssituasjonen.

Målbildet beskriver et nasjonalt forvaltet språk basert på et system av terminologi, administrative kodeverk, klassifiseringskodeverk og registervariabler der elementene er relatert til hverandre med SNOMED CT som bindeledd. Innholdet i systemet utveksles gjennom standardiserte grensesnitt.

Målbildet innebærer at EPJ-løsninger og fagsystemer benytter én felles standardisert terminologi med relasjoner til relevante kodeverk etter behov. Kombinert med informasjonsmodeller vil terminologien kunne brukes i overføring av informasjon mellom forskjellige systemer i helsetjenesten og til helse- og kvalitetsregistre. Strukturert dokumentasjon understøtter bedre prosess- og beslutningstøtte og høyere grad av automatisk innrapportering. Felles språk støtter strukturert lagring og håndtering av data i helse- og kvalitetsregistre, samt bruk av strukturerte data i finansieringsordninger og forskning.



Målbildet beskrives med utgangspunkt i hver av de tre hoveddelene vist i figuren over

- Felles språk basert på terminologi, kodeverk og registervariabler (rød innramming)
 - Felles språk en samling kodeverk og registervariabler, med forskjellige formål, som kobles med terminologi og blir tilgjengelig gjennom standardiserte grensesnitt. Ord (termer) som benyttes vil være knyttet til et begrep, som igjen vil være knyttet til relevante koder, både direkte og via relasjoner i terminologien. Felles språk bygges med felles standardisert terminologi for å gi enhetlig støtte for håndtering av terminologi og kodeverk til EPJ-løsninger og fagsystemer.
 - Her beskrives målbildet for elementene som Felles språk bygger på.

- Felles språk anvendt i pasientforløp (grønn innramming)
 - Ved hjelp av en modell for pasientforløpet beskrives målbilde for Felles språk slik det kan inngå i arbeidsprosesser i pasientbehandlingen som støttes av EPJ. Målbildet inneholder overordnede Felles språk beskrivelser av hvordan Felles språk kan bli brukt i pasientforløpet og i EPJ-løsningene. Ytterligere detaljering er planlagt utarbeidet i forbindelse med etablering og innføring av Felles språk.

- Modellen for pasientforløpet er en videreutviklet versjon av en standard for funksjonelle modeller for EPJ, utgitt av Health Level Seven International (HL7). HL7 er en uavhengig bransjeorganisasjon som forvalter en rekke standarder knyttet til digital utveksling av helsefaglig informasjon. Arbeidet er gjort av Direktoratet for e-helse og Helseplattformen. Hensikten med å benytte denne modellen er å sikre at innholdet i dokumentet kan benyttes og forstås på tvers av EPJ-leverandører.
- Her beskrives målbildet for hvert av stegene i den generiske modellen.
- Felles språk til sekundærformål (gul innramming)
 - Primærdokumentasjon bør skje på et så detaljert nivå som nødvendig, og ved bruk av standardisert terminologi. EPJ løsningene og andre fagsystemer behøver ikke utnytte alle relasjonene og logikken i Felles språk for at dokumentasjon av klinisk aktivitet ved hjelp av SNOMED CT skal være nyttig. Informasjon som er registrert ved bruk av SNOMED CT kan i etterkant gjenbrukes til sekundærformål basert på relasjoner og logikk i Felles språk.
 - Her beskrives målbildet for mulige anvendelser for helse- og kvalitetsregistre og finansieringsordninger samt for kunnskaps- og beslutningsstøtte, kvalitet og helsefaglig standardisering

Veikart

Felles språk er basert på to hovedtiltak med flere leveranser som er nødvendig for å realisere målbildet. Det er gjort en beskrivelse av de leveranser som er inkludert i hvert av de to hovedtiltakene i veikartet.

Under følger en oppsummering av hva som omfattes av hvert av de to tiltakene.

1. Etablere grunnlag for felles språk

Dette grunnlaget består av terminologien SNOMED CT, administrative og helsefaglige kodeverk og helse- og kvalitetsregistervariabler. Etablering av dette grunnlaget inkluderer oversettelse og norsk utvidelse av SNOMED CT, kobling til kodeverk og registervariabler og etterfølgende harmonisering av disse.

2. Forvaltning av felles språk

Dette tiltaket innebærer å sikre nasjonal forankring, samt etablere prosesser for videre harmonisering av registervariabler, administrative og helsefaglige kodeverk. Videre er det nødvendig å etablere et redaktøransvar og en styringsmodell med beslutningsstruktur for fastsettelse av hvordan SNOMED CT skal benyttes og videreutvikles i sektoren.

Satsingen på kodeverk og terminologi skal sikre at det etableres et grunnlag for felles språk samt et tilhørende forvaltningsapparat. Det er aktørene i sektoren som skal innføre Felles språk. Med utgangspunkt i vedtatte eller foreslåtte nasjonale og regionale initiativ er det planlagt for en trinnvis realisering av tiltakene som beskrevet under

- Trinn 1 – Helseplattformen, Helse Midt-Norge (spesialist- og primærhelsetjenesten)
- Trinn 2 – Nasjonale e-helseløsninger
- Trinn 3 – Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste (primærhelsetjenesten)

- Trinn 4 – Spesialisthelsetjenesten Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord
- Trinn 5 – Private helseaktører og andre ikke omfattet av foregående trinn

Forventet nytteverdi

Felles språk gir både direkte og indirekte nytteverdier som presenteres i dette kapittelet. *Direkte nytte* innebærer at sektoren sparer penger ved å ta i bruk en standardisert terminologi som kan gjenbrukes i sektoren. Helseplattformen vil eksempelvis kunne spare penger ved å ta i bruk Felles språk fremfor å oversette og mappe en intern terminologi. Det samme vil gjelde aktører som regionale helseforetak og kommunesektoren hvis de velger å ta i bruk Felles språk. *Indirekte nytte* vil være effekter som spart tid, bedre helse for pasient og samfunnsgeoder. Dette realiseres av aktørene i sektoren og forutsetter nye systemer som implementerer Felles språk.

- **Spart tid**
 - Felles språk vil gi et felles grunnlag for å dokumentere klinisk aktivitet i strukturert form ved å registrere informasjonen én gang basert på SNOMED CT. Videre vil medisinske koder, takstkoder og andre tilsvarende klassifikasjoner til dels kunne avledes automatisk. Felles språk vil også kunne redusere tid som brukes til normalisering og strukturering av helsedata i forskning, samt redusert tidsbruk for administrasjon av helsedata.
- **Bedre helse**
 - Felles språk som informasjonsbærer i pasientforløpet i PAS/EPJ vil, sammen med arbeidet med helsefaglig standardisering, bidra til etablering av standardiserte, tverrfaglige behandlingsplaner og strukturert journal. Dette vil kunne bidra til mindre uønsket klinisk variasjon og redusere omfang av feil, svikt og skader.
 - Bruk av Felles språk er av stor betydning for hvordan tekstbasert kommunikasjonen med pasienten kan fungere i fremtidens helsevesen. Det skal være enkelt for pasienten å sette seg inn funn, diagnoser og gjøre valg relatert til eget pasientforløp, for eksempel lese journaldokumenter via Helsenorge.no. Det vil være mulig å velge synonymer basert på norsk som er enklere for innbyggere å forstå enn de termene som benyttes av helsepersonell som ofte er basert på latin/gresk.
- **Innovasjon i helsetjenesten**
 - Standardisering og strukturering av data er en forutsetning for å lykkes med nye teknologier som språkteknologiske verktøy, kunstig intelligens (AI), maskinlæring, "population health management", presisjonsmedisin og avansert logistikk. Standardisering og strukturering av data vil også bidra til økt grad av innovasjon ved å utnytte og gjenbruke løsninger som utvikles i andre land.

Forankring i sektoren

Forankring av Felles språk i sektoren er sentralt. I samarbeid med aktørene i sektoren pågår det et arbeid med forankringsstrategi som beskriver aktører og arenaer for etablering, videreutvikling og faglig forankring av innholdet som vil resultere i versjonene 1, 2 og 3 av Felles språk. Videre skal strategien omtale hvordan en bredere faglig forankrings- og innspillrunde skal gjennomføres i regi av direktoratet,

samt hvordan involvering av ressurser fra helse- og omsorgssektoren skal involveres i arbeidet. Denne strategien er planlagt ferdigstilt første halvår i 2019.

Til Møte 25.04.19
Dato 10.04.2019
Saksnummer 21/19
Type Til orientering og drøfting

Fra Direktoratet for e-helse, Divisjon Strategi
Saksbehandler Michelle Jensen

Psykisk helse og digitale verktøy

Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering og ber Direktoratet for e-helse ta med innspill fra møtet i videre arbeid.

Hensikt med dagen

Tema for dag to av NUFA-møtet april 2019 er psykisk helse og digitale verktøy. Området har høy politisk prioritet, men er ikke løftet i nasjonal strategi for e-helse. For å forstå de strategiske utfordringene og muligheter for digitalisering på området, vurderes psykisk helse som et mulig tema for Utviklingstrekkrapport 2020. Formålet med møtet er å gi NUFA mulighet til å gi innspill til videre utredning og analyse av feltet, og i hvilken grad dette feltet bør løftes tydeligere i fremtidige tilpasninger av strategi og handlingsplan.

Med bakgrunn i innledningene om psykisk helse og digitale verktøy, ønsker Direktoratet for e-helse å legge opp til en diskusjon i utvalget i NUFA om muligheter og behov for nasjonal strategisk innsats på dette området.

Bakgrunn

Prioriteringen av behandlingstilbudet til mennesker med psykiske helseutfordringer et sentralt mål i regjeringens helsepolitikk. Det arbeides med fokus på tidlig innsats, bedre behandling og forebygging.

Psykiske lidelser er utbredt i den norske befolkningen¹. Lidelsene bidrar til betydelig helsetap. I tillegg til å ha store personlige omkostninger for dem som rammes og deres pårørende, har lidelsene ofte også store samfunnsmessige og økonomiske omkostninger i form av tapt produktivitet, tapte skatteinntekter og økte trygdeutgifter².

¹ Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten (nettutgaven). Tilgjengelig på nett <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>

² Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelig på nett <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf>

Mange står i kø for utredning og det er stor variasjon i ventetid for helsehjelp³. Samtidig er det blant befolkningen er økte forventinger om helsehjelp der du er og at helsetjenester blir mer tilgjengelig⁴. Teknologisk utvikling gjør at vi kan møte dette på nye måter gjennom bruk av e-helse. Utvikling av nettbasert helseinformasjon og helsetjenester på nett har vært med å legge grunnlag for den nye pasientrollen. Tilgang til egne helseopplysninger og selvbetjeningsverktøy blir ansett som viktige virkemidler for å gi brukerne en enklere hverdag og medvirkning i egen behandling. Innenfor psykisk helse kan dette gi nye muligheter for arbeid med forebygging, behandling og tilbakefall. Eksempelvis kan behandlingstilbudet økes for å gi hjelp til flere og redusere ventetid ved å tilby terapi over internett. Bruk av data som er samlet inn om pasientene og behandlingen kan bidra til å styrke behandlingstilbudet.

Digitale verktøy i psykisk helse

Begrepet *psykisk e-helse* refererer til bruk av internett og relaterte teknologier til å levere informasjon om psykisk helse og teknologiske verktøy for behandling⁵. Det handler ikke om administrasjon, slik som ved digital informasjonsdeling og elektronisk journal, men om tiltak som fokuserer direkte på det psykiske funksjonsnivået hos brukeren⁶. Det kan være flere bruksområder og metoder, eksempelvis:

- Snakke- og videotjenester for dialog mellom helsepersonell og bruker
- Informasjonsportaler om psykisk helse
- Informasjonsvideoer om psykisk helse brukt i behandling
- Støttegrupper, forum og sosiale nettverk på internett hvor brukere kan finne informasjon, støtte og dialog med brukere i samme situasjon som dem selv
- Blogger og podcaster med informasjon om psykisk helse
- Digitale spill til bruk i forebygging og behandling
- Simulering og programmer med virtuell virkelighet og mikset virkelighet til bruk i behandling
- Sensorer til bruk i kartlegging og oppfølging av brukere
- Roboter til bruk i behandling

Sintef's årlige rapportering om kommunalt helse- og rusarbeid viser at de fleste kommuner ser stort potensial for økt bruk av digitale løsninger i psykisk helsearbeid⁷. Evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) pekte på at mennesker med milde til moderate psykiske lidelser var en av gruppene det var viktig å ha fokus på i det videre arbeidet⁸. Overfor disse brukerne ligger det aller største potensialet i å utvikle digitale lavterskeltilbud som veiledet selvhjelp via internett, til forebygging og behandling for milde til moderate lidelser. Veiledet selvhjelp benyttes i dag som behandlingstilbud i flere

³ Helsedirektoratet. Pakkeforløp for psykisk helse og rus. <https://helsedirektoratet.no/fokehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>

⁴Regjeringen. NOU 2017: 16 Palliasjon til alvorlig syke og døende. Tilgjengelig på nett <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/sec3>

⁵ GZC Nederland. Dutch Association of Mental Health and Addiction Care.

⁶ Nasjonalt kompetansesenter for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse 2017.

⁷ SINTEF 2018. Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. Tilgjengelig på nett https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/endelig_kommunalt-psykisk-helse-rusarbeid-2018.pdf

⁸ Regjeringen 2017. Regjeringens strategi for god psykisk helse "Mestre hele livet" (2017-2022). Tilgjengelig på nett https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f57af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

kommuner (blant annet gjennom Rask psykisk helsehjelp⁹). Det synes å være en økt grad av implementering av dette nasjonalt.

Agenda

Helsedirektoratet ved Anette Jørve Ingjer vil innlede kort med en orientering om organisering av oppfølging for personer med psykiske helseproblemer.

Direktoratet for e-helse vil orientere om status for prosjektet Digitale verktøy i psykisk helse. Helsedirektoratet fikk i 2015 i oppdrag å bistå til at det etableres internettassistert behandling for mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser. For å svare på oppdraget etablerte Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse et forprosjekt som skal se på muligheten for innføring av digitale verktøy innen psykisk helse. Prosjektet foreslår en læringsportal hvor brukeren får veiledet selvhjelp eller internettbasert oppfølging og behandling med oppfølging av behandler i primærhelsetjenesten. Dette vil kunne gi flere tilbud som gjør brukere bedre i stand til å mestre egen livssituasjon. Følgforskning er en viktig del av prosjektet.

Arne Repål fra Sykehuset i Vestfold vil orientere om eMeistring og innføring av internettassistert behandling i spesialisthelsetjenesten. Nylig ble internettassistert behandling gjennom løsningen eMeistring mot depresjon, angst og panikkklidelse godkjent til bruk over hele Norge av Beslutningsforum.

Gruppearbeid

Regjeringens strategi for god psykisk helse "Mestre hele livet" (2017-2022) har som et av sine mål å styrke pasientens helse- og omsorgstjeneste¹⁰. Dette vil innebære utvikling av nye arbeidsmåter, bedre brukerinntilflytelse og bedre tilgjengelighet for psykisk helsehjelp. Det er derfor relevant å se nærmere på hvordan bruk av e-helse kan støtte opp under dette og hvordan ny teknologi kan komme mennesker med psykiske lidelser til gode.

Da det er betydelige variasjoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten når det gjelder behandlingstilbud ved den enkelte enhet, og hvilken behandling som tilbys¹¹, er det relevant å diskutere behov og muligheter for nasjonal strategisk innsats på digitale verktøy innen psykisk helse.

Diskusjonen vil dreies om disse fire undertemaene under hovedtemaet psykisk helse og digitale verktøy, og vi ber utvalget forberede innspill innenfor disse:

1. Styring
2. Helsefaglig
3. Innbygger
4. Arkitektur og teknologi

⁹ Helsedirektoratet 2012. Rask psykisk helsehjelp. <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/rask-psykisk-helsehjelp>

¹⁰ Regjeringen 2017. Regjeringens strategi for god psykisk helse "Mestre hele livet" (2017-2022). Tilgjengelig på nett https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

¹¹ Regjeringen 2017. Regjeringens strategi for god psykisk helse "Mestre hele livet" (2017-2022). Tilgjengelig på nett https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

Torsdag 25. april 2019								
TEMA: Psykisk helse								
Saksnr.	Tittel	Sakstype	Sakseier	Holder presentasjonen	Start	Varighet	Slutt	
	Velkommen • Velkommen		Karl Vestli	Karl Vestli	08:30	00:15	08:45	
21/19	Innledning til tema psykisk helse • Hvorfor dette temaet?			Michelle Jensen	08:45	00:20	09:05	
	Inspirasjon og faglig påfyll • Organisering av oppfølging for personer med psykiske helseproblemer • Presentasjon av "Digitale verktøy i psykisk helse - konseptoversikt"	Orientering	Karl Vestli	Anette Jørve Ingjer, Helsedirektoratet	09:05	00:10	09:15	
				Ole Kristian Losvik, Direktoratet for e-helse	09:15	00:45	10:00	
	Pause • Internettassistert behandling - eMeistring	Orientering	Karl Vestli	Arne Repål, Sykehuset Vestfold	10:00	00:15	10:15	
						10:15	01:00	11:15
	Lunsj Utvalgets innspill til strategiarbeidet på psykisk helse • Gruppearbeid	Drøfting	Karl Vestli		11:15	00:45	12:00	
	Pause						12:00	01:00
22/19	Strategiprosessen - orientering om pågående arbeid		Karl Vestli		13:00	00:10	13:10	
23/19	Utviklingstrekkrapporten 2020		Karl Vestli	Karoline Gårdsmoen	13:10	00:30	13:40	
	Slutt dag 2 ca kl 14:30			Direktoratet for e-helse	13:40	00:30	14:10	
					14:10			

Til Møte 2/19
Dato 24.04.2019
Saksnummer 16/19
Type Orientering

Fra Per Olav Skjesol
Saksbehandler Per Olav Skjesol

Plan for arbeid med veileder for tidligfaseplanlegging store IKT-prosjekt i RHF

Forslag til vedtak

NUFA tar saken til orientering

Hensikt med saken

Orientere NUFA om gjennomført arbeid knyttet til *Veileder tidligfaseplanlegging – IKT-prosjekter* og innholdet i denne.

Bakgrunn

De fire regionale helseforetakene fikk i foretaksmøte i januar 2018 i oppdrag å utarbeide en veileder for tidligfaseplanlegging i store IKT-prosjekt. Formålet med veilederen er å gi en felles anbefalt planprosess for tidligfaseplanlegging knyttet til store IKT-investeringstiltak i alle de fire regionale helseforetakene. Veilederen er spesielt skrevet for å ivareta behovet for underlag knyttet til lånesøknad om investeringer av IKT-prosjekter over 500 mill. kroner – og skal brukes ved slike prosjekter. Veilederen kan brukes for alle investeringstiltak uavhengig av størrelse, men omfanget av utredninger må tilpasses type tiltak og forventet størrelse på investeringene.

Veilederen er utformet av en arbeidsgruppe med representanter fra alle helseregioner, NIKT, tillitsvalgte og fra aktuelle kompetansemiljø. Helse- og omsorgsdepartementet har deltatt som observatør.

Saken behandles i de 4 RHF styrene.

Hovedpunkter

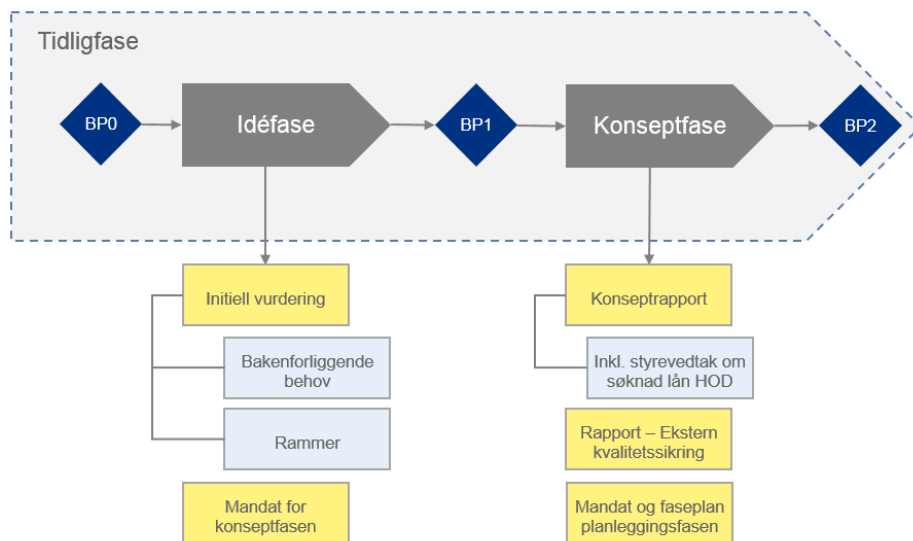
I tidligfasen - bestående av idéfase og konseptfase - inngår en beslutningsprosess som skal sikre at det gjøres reelle valg mellom alternative løsninger basert på kvalitetssikret kunnskap om konsekvenser av valgene. Plan- og beslutningsprosessen skal være effektiv og målrettet.

Tidligfasen starter med avklaring av rammebetingelsene og søk etter alternative løsninger på et problem/behov. Resultatet kan være konkrete planer for endringer i virksomheten og/eller investeringer i nye IKT-tjenester.

Det er knyttet beslutningspunkt til overgangene mellom fasene. Beslutningsansvar på de enkelte punktene er gitt av de regionale helseforetakenes styringssystemer. Fra behov/idé oppstår til endelig beslutning om gjennomføring skal følgende gjennomføres:

- 1) Idéfase inkludert BPO – Beslutningspunkt 0 - Idéfasen må inneholde beskrivelse av behovet og utarbeidelse av mandat for konseptfasen.
- 2) BP1 – Godkjenne mandat og beslutte oppstart av konseptfase. Sikre forankring, finansiering av konseptfasen, utnevne eier og leder for konseptfasen og nødvendig tilgang på interessenter, ressurser og kompetanse. Initiell vurdering av gevinster og risiko skal foreligge.
- 3) Konseptfase - Sikre at et tiltak vil være riktig bruk av virksomhetens ressurser for å tilfredsstille et definert behov. Dette gjøres ved å utrede alternative konsepter og velge det som er mest egnet. Hvis flere virksomheter er omfattet av tiltaket, må disse inngå i vurderingen.
- 4) Gjennomføre risiko og sårbarhetsanalyser med tilhørende vurdering av restrisiko, vurdering av informasjonssikkerhet og personvern, beskrivelse av arkitekturvurderinger og kostnadsanalyse for investeringstiltak. I tillegg skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring (EKS) med tilhørende finansiell usikkerhetsanalyse av tiltak med forventet kostnad på 500 MNOK eller mer. Rapport fra EKS sammen med konseptrapporten, utgjør grunnlaget for beslutning om gjennomføring av tiltaket og vil inngå i departementets vurderinger av tilgang til lånefinansiering.
- 5) BP2 - Godkjenning av anbefalt konsept og beslutning om lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet (lånesøknad baseres på konseptrapport, rapport fra ekstern kvalitetssikring og referat fra styremøtet hvor beslutning om lånesøknad foreligger).

Veilederen inneholder for øvrig krav og rammer for interessentanalyse, behovsanalyse, målbeskrivelse, alternativvurdering, gevinstrealiseringsplan, juridiske rammer, informasjonssikkerhet og fremtidig forvaltning. Veilederen har minimumskrav, og den enkelte helseregion kan stille krav om ytterligere beslutningsunderlag eller føringer.



Vedtak på tilsluttende saker

Sak	Tema	Vedtaksformulering
NR/ÅÅ		
...		

Sett inn rader ved behov

**Veileder tidligfaseplanlegging –
IKT-prosjekter**

Godkjent av AD-ene i RHF-ene 5. februar 2019

Innhold

1.0	Formål, virkeområde og oppbygging	3
1.1	Formål for denne veilederen	3
1.2	Virkeområdet for veilederen.....	3
2.0	Etablert styringssystem fra Helse- og omsorgsdepartementet.....	4
3.0	Tidligfasen.....	5
3.1	Innhold i tidligfasen	5
3.2	Hovedleveranser per fase	6
3.3	Avgrensning av investeringstiltaket	6
4.0	Idéfasen	7
4.1	Formål idéfasen	7
4.2	Innhold i idéfasen	7
5.0	Konseptfasen	8
5.1	Formål konseptfasen	8
5.2	Innhold i konseptfasen.....	8
5.3	Ekstern kvalitetssikring – konseptvalg	17
5.4	Beslutninger ved enden av konseptfasen (BP2).....	17
5.5	Oppbygging av konseptrapport	17
5.6	Faseplan for planleggingsfasen.....	18
	Vedlegg.....	19
A.	Definisjoner.....	19
B.	Relevante referanser benyttet i veilederen	20
C.	Mal for konseptrapport	20

1.0 Formål, virkeområde og oppbygging

1.1 Formål for denne veilederen

Formålet med veilederen er å gi en felles anbefalt planprosess for tidligfaseplanlegging knyttet til store IKT-investeringstiltak i alle de fire regionale helseforetakene (Helse Sør-Øst, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Nord). Tidligfasen defineres som tiden fra nytt behov/idé identifiseres, samt gjennomføring av idé- og konseptfase. Veilederen skal bidra til en effektiv og målrettet planprosess, og legge til rette for en felles plattform for innhold og struktur i plandokumenter og beslutningsunderlag for de regionale helseforetakene og andre involverte parter.

Veilederen skal bidra til god kvalitet i gjennomføring av tidligfasen og sikre at det riktige tiltaket med riktig innhold velges, og er i tråd med nasjonale og interregionale/regionale utviklingsplaner og teknologistrategi. I tillegg skal veilederen bidra til å gi et godt fundament for oppstart av planleggingsfasen og videre gjennomføring av valgt konsept.

Denne veilederen gir anbefalinger for arbeidet i tidligfase, men er ikke ment som en uttømmende liste over forhold som må ivaretas. Veilederen skal benyttes for alle IKT-investeringstiltak over 500 mill. kroner.

Figur 1.1 illustrerer fasene i tidligfasen og beslutningspunktene mellom fasene.



Figur 1.1: Faser og beslutningspunkter i tidligfasen

1.2 Virkeområdet for veilederen

Alle tiltak er ulike med tanke på innhold, kompleksitet og varighet. Veilederen er spesielt skrevet for å ivareta behovet for underlag knyttet til lånesøknad om investeringer av IKT-prosjekter over 500 mill. kroner – og skal brukes ved slike prosjekter. Veilederen kan brukes for alle investeringstiltak uavhengig av størrelse, men omfanget av utredninger må tilpasses type tiltak og forventet størrelse på investeringene. Avgrensning av bruken vil være regulert av det regionale helseforetakets styringssystem og fullmakt struktur.

Eier av tiltaket og prosjekt- eller programorganisasjon må avveie ulike hensyn og finne en balansert tilnærming som passer for det aktuelle tiltaket. Noen ganger kan det være behov for å utrede temaer

som ikke er nevnt i veilederen. Andre ganger kan man klare seg med en forenklet tilnærming hvor f.eks. faser, steg og utredninger utelates eller slås sammen. Det viktige er å begrunne de valg man har tatt i sin tilnærming til det konkrete tiltaket man jobber med.

For å ivareta dagens prosesser og sørge for en smidig tilpasning baserer veilederen seg på allerede etablerte rammeverk for tidligfasevurdering og prosjektgjennomføring i de fire ulike regionale helseforetakene. I tillegg benyttes elementer fra [Prosjektveiviseren](#) fra Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) i stor grad. Veilederen er inspirert av tilsvarende [tidligfaseveileder](#) for sykehusutbygging med tanke på overordnet plan og prosess, men innhold er tilpasset IKT-tjenester. Finansdepartementets [veiledere](#) knyttet til KS-ordningen er også lagt til grunn i enkelte elementer i veilederen.

De regionale helseforetakene har sin egen prosjekt- og program-metodikk med tilhørende malverk som bør benyttes.

2.0 Etablert styringssystem fra Helse- og omsorgsdepartementet

Store IKT-investeringer er en tid- og ressurskrevende prosess som krever betydelig planlegging. Investeringene må forankres i gjeldende virksomhetsstrategi, utviklingsplaner og tilhørende teknologiplaner. De skal også være forankret i helsepolitiske målsettinger, nasjonale styringsgrunnlag og nasjonale e-helsestrategier. Det er spesielt viktig at aktuelle investeringstiltak vurderes opp mot realistiske økonomiske rammer både regionalt og nasjonalt.

Helseforetaksmodellen legger til grunn at de regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for investeringer og drift i sykehusene. Eierstyringen skal utøves i foretaksmøter, jf. §16 i Lov om helseforetak m.m (helseforetaksloven). I tidligfasen i IKT-investeringer er følgende punkter spesielt relevante:

- De regionale helseforetakene har beslutningskompetanse til å prioritere og planlegge de ulike investeringsprosjektene i regionen, samt igangsette enkeltprosjekter.
- En viktig forutsetning for å kunne plassere beslutningskompetanse i de regionale helseforetakene, er at de regionale helseforetakene innpasser prosjektene innenfor helhetlige, faglige og økonomiske rammer, slik at framtidige kostnader kan håndteres når investeringen er ferdigstilt.
- KS1 og KS2-metoden som gjelder statlige investeringer over 750 MNOK, gjelder ikke for de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at helseforetakene skal ha minst like gode kvalitetssikringssystemer som andre statlige investeringsprosjekter. Det skal for investeringer med forventet kostnad over 500 MNOK gjennomføres ekstern kvalitetssikring av konseptvalg (EKS).

- Helseforetakene har ingen generell foreleggelsesplikt for de enkelte prosjektene. Som del av styringsdialogen skal det for store prosjekter (med forventet prosjektkostnad over 500 MNOK) foreligge en konseptrapport og EKS, som sammen med de regionale helseforetakenes vurderinger, legges fram for departementet. Dette danner grunnlag for en eventuell lånesøknad for prosjektet.

3.0 Tidligfasen

Tidligfasen består av idéfase og konseptfase. Disse skal avklare om et identifisert behov helt eller delvis skal løses ved å gjennomføre et tiltak som omfatter investeringer knyttet til anskaffelse, innføring eller endring av IKT-tjenester eller -system.

3.1 Innhold i tidligfasen

I tidligfasen inngår en beslutningsprosess som skal sikre at det gjøres reelle valg mellom alternative løsninger basert på kvalitetssikret kunnskap om konsekvenser av valgene. Plan- og beslutningsprosessen skal være effektiv og målrettet.

Tidligfasen starter med avklaring av rammebetingelsene og søk etter alternative løsninger på et problem/behov. Resultatet kan være konkrete planer for endringer i virksomheten og/eller investeringer i nye IKT-tjenester.

Det er knyttet beslutningspunkt til overgangene mellom fasene. Utredninger og analyser i hver fase gir beslutningsgrunnlaget. Beslutningsansvar på de enkelte punktene er gitt av de regionale helseforetakenes styringssystemer.

Nedenfor følger stegvis forklaring til overordnet innhold (figur 1.1) fra behov/idé oppstår til endelig beslutning om gjennomføring:

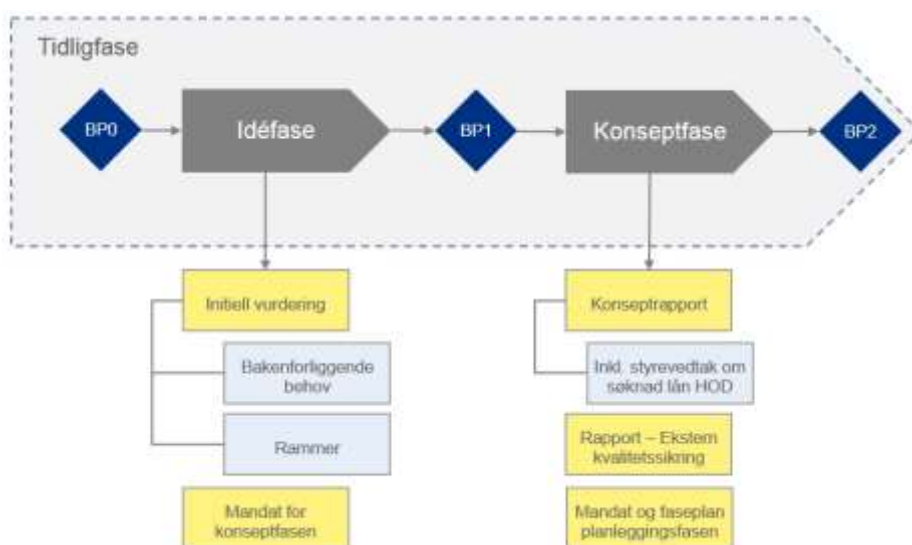
- 1) Idéfase inkludert BP0 – Beslutte behandling av problem/behov/tiltak. Idéfasen må inneholde beskrivelse av problem/behov og utarbeidelse av mandat for konseptfasen.
- 2) BP1 – Godkjenne mandat og beslutte oppstart av konseptfase. Sikre strategisk forankring, sikre finansiering til konseptfasen, utnevne eier og leder for konseptfasen og sikre nødvendig tilgang på nøkkelinteressenter, ressurser og kompetanse. Initiell vurdering av gevinster og risiko skal foreligge ved BP1.
- 3) Konseptfase - Sikre at et tiltak vil være riktig bruk av virksomhetens ressurser for å tilfredsstille et definert behov (eller løsning på problem). Dette gjøres ved å utrede alternative konsepter og velge det som er mest egnet. Hvis flere virksomheter er omfattet av tiltaket, må disse inngå i vurderingen.
- 4) Det skal gjennomføres risiko og sårbarhetsanalyser med tilhørende vurdering av restrisiko, vurdering av informasjonssikkerhet og personvern, beskrivelse av arkitekturvurderinger og kostnadsanalyse for investeringstiltak. I tillegg skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring

(EKS) med tilhørende finansiell usikkerhetsanalyse av tiltak med forventet kostnad på 500 MNOK eller mer. Rapport fra EKS sammen med konseptrapporten, utgjør grunnlaget for beslutning om gjennomføring av tiltaket og vil inngå i departementets vurderinger av tilgang til lånefinansiering.

- 5) BP2 - Godkjenning av anbefalt konsept og beslutning om lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet (lånesøknad baseres på konseptrapport, rapport fra ekstern kvalitetssikring og referat fra styremøtet hvor beslutning om lånesøknad foreligger).

3.2 Hovedleveranser per fase

Ved ferdigstillelse av ulike faser og som grunnlag til de ulike beslutningspunktene, skal det foreligge enkelte hovedleveranser som danner beslutningsgrunnlaget for videreføring av investeringstiltaket. De gule boksene i figur 3.2 viser en sammenstilling av leveranser som skal produseres for hver fase. Delområder innenfor konseptrapporten produseres i henhold til egen prosjektmetodikk i de ulike regionene.



Figur 3.2: Sammenstilling av hvilke leveranser som skal produseres per fase (gule bokser)

3.3 Avgrensning av investeringstiltaket

En utviklingsplan eller en prosjektportefølje vil omfatte flere prosjekter som er prioritert innenfor de rammene som langtidsbudsjettet gir. IKT-prosjekter inneholder ofte avhengigheter mellom prosjektene både funksjonelt, teknisk og økonomisk.

Langtidsbudsjettene justeres årlig i tråd med utvikling og nye forutsetninger. Det hender at prosjekter utsettes, og at det gjøres omprioriteringer for å gi rom for nye tiltak. Derfor er det viktig at en beskriver eventuelle avhengigheter mellom tiltakene og hvilken betydning realiseringen (ikke realisering) av ett prosjekt har for de øvrige.

Investeringer knyttet til IKT inneholder ofte stor usikkerhet i tidligfasen. For å få en vurdering av om det alternativet man har valgt er det optimale, bør det vurderes å gjennomføre EKS selv om investeringstiltaket alene ikke overskrider 500MNOK.

I de tilfeller der andre investeringer (eksisterende og planlagte) vil påvirke investeringen, eller i de tilfeller der investeringen vil påvirke andre investeringer, skal investeringens avhengigheter og grensesnitt drøftes med interne og med eksterne parter.

4.0 Idéfasen

4.1 Formål idéfasen

Idéfasen starter når det gjennom beslutningspunkt 0 (BP0) og gjennom utviklingsplan og teknologistrategi er bestemt at det skal gjøres noe med et behov eller identifisert problem. Formålet med idéfasen er å identifisere og registrere behov, problemer eller idéer til tiltak som det kan være aktuelt å starte en konseptutredning på.

4.2 Innhold i idéfasen

Idéfasen skal presisere behovet og identifisere mulige, prinsipielle løsningsalternativer for å gi en helhetlig oversikt. En skal vurdere hvilke alternativ som er viktigst for virksomheten å utrede videre. I idéfasen skal det utarbeides et mandat for konseptfasen som skal behandles i BP1.

Den overordnede hensikten med mandatet er å gi en tydelig beskrivelse av behovet som skal utredes, hvilke endringer tiltaket skal skape, og hvilke rammebetingelser som gjelder for konseptfasen. Mandatet for konseptfasen vil være grunnlaget for utvikling av prosjektforslaget, og bør inneholde følgende:

- Bakgrunn og hensikt med et investeringstiltak (hvilke behov skal dekkes og hvilke endringer tiltaket skal skape i forhold til opplevd utfordringer med dagens situasjon)
- Føringer og rammer for et nytt investeringstiltak (avhengigheter, nødvendige anskaffelser, politiske føringer, føringer knyttet til virksomhetsarkitektur, avklaring hjemmelsgrunnlag for ønsket databehandling, rammer mm.)
- Foreløpige identifisert nytteverdi og gevinster ved investeringstiltaket, antatte kostnader, samt berørte arbeidsprosesser (involvering av linje og sluttbrukere)
- Erfaring og nyttig informasjon
- Kort beskrivelse av konseptfasen (organisering og ansvar, resultater, kostnader, tidsramme, ressursbehov mm.)

5.0 Konseptfasen

5.1 Formål konseptfasen

Oppstart av konseptfasen bygger på et godkjent mandat. Mandatet skal presisere hvilke foreløpige identifiserte alternativer som skal utredes. Formålet med konseptfasen er å verifisere at et investeringstiltak vil være riktig bruk av virksomhetens ressurser, vurdere kost/nytte og andre konsekvenser tiltaket vil innebære.

Behov for endringer i organisasjon og virksomhetsprosesser for at de forventede gevinstene skal kunne realiseres, må identifiseres.

Dette gjøres gjennom å utrede og fremskaffe et faglig godt grunnlag som gir tilstrekkelig sikkerhet for valg av det alternativet som best oppfyller målene innenfor de rammene som er definert i styringsdokumentet.

5.2 Innhold i konseptfasen

Konseptfasen starter med planlegging av arbeidet og definering av leveranseprodukter, inkludert detaljeringsgrad av disse.

I konseptfasen skal alternativene (inklusive nullalternativet) utredes og dokumenteres til et felles og likt nivå, slik at det skal være mulig å gjøre reelle sammenligninger mellom alternativene. Regjeringen har definert en instruks for minimumskrav til statlig tiltak, og kan finnes [her](#). Etter at alternativene er vurdert og rangert ut fra felles kriterier, skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring (EKS) på tiltak med forventet kostnad over 500 MNOK. Gjennomføring av EKS kan føre til endringer, og gjennom prosessen skjer det en tilpassing av kapasitet og kvalitet til rammene.

Utredningene sammenfattes i en konseptrapport, som grunnlag for å beslutte hvilket konsept (alternativ) som skal bearbeides videre i en planleggingsfase (beslutning BP2), og gi grunnlag for lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet.

Større investeringstiltak organiseres og styres ofte som et program under porteføljestyringen. Et program er ikke det samme som et stort prosjekt, da et program er en samling av prosjekter med et felles overordnet mål. Forskjellen ligger i at prosjektleveransene er produkter/leveranser, mens en i et program styrer programmets prosjekter og følger opp programmets samlede gevinster. Det må derfor tas stilling til om investeringstiltaket skal defineres, organiseres og styres som et program eller prosjekt.

Felles for begge former er at det bør opprettes en organisasjonsstruktur som gir klare styringslinjer med kompetente og beslutningsdyktige styringsorganer, som etablerer og tar i bruk risikostyringssystem som sikrer at korrekt og relevant informasjon når frem til beslutningsorganer og videreføres til neste fase.

5.2.1 Interessentanalyse

Et investeringstiltak har ofte viktige grenseflater mot personer, fagmiljøer, organisasjoner og eksisterende løsninger både internt og eksternt. Disse interessentene vil påvirke tiltaket gjennom utforming og styring av investeringen, eller i gjennomføring og resultatpåvirkning.

Gjennom kartlegging/interessentanalyse vil en identifisere de viktigste interessentene, og gjennom involvering og medvirkning av disse, øke sannsynligheten for en vellykket investering.

Interessenters medvirkning og en oppdatert interessentanalyse er viktig i alle fasene til et prosjekt. I konseptfasen bør en ha fokus på interessenter som kan bidra til å:

- Kartlegge de reelle behovene og dermed gi grunnlag for en god behovsanalyse
- Identifisere og vurdere mulige konsepter som kan ivareta behovene
- Kartlegge og vurdere usikkerheter ved de ulike konseptene
- Sikre forankringen av et mulig investeringstiltak

Aktuelle interessenter skal identifiseres, klassifiseres og rollebeskrives. I enkelte tilfeller vil det være motstridende behov mellom ulike interessenter. Det er viktig at disse konfliktene drøftes så tidlig som mulig for å unngå negativitet og motarbeidelse av selve prosjektet og tilhørende behov. De mest sentrale behovene skal ha prioritet ved situasjoner der en ikke kommer til enighet.

5.2.2 Behovsanalyse

Behovsanalysen skal bidra til å identifisere og definere behov for tiltaket eller nye tjenester. I behovsanalysen oppfordres det å skille på behov knyttet til normative behov, interessenters behov og etterspørselsorienterte behov.

- Normative behov: Behov basert på lover, forskrifter, politiske mål, strategiske beslutninger, prinsipper, retningslinjer og andre føringer.
- Interessenters behov: Behov de ulike interessentene har i forhold til problemstillingen.
- Etterspørselsorienterte behov: Behov som følge av hvordan eksterne drivere vil påvirke tiltakets innretning og evne til å kunne bære endringer i helse- og omsorgssektoren. (Eksempler på dette er nye behandlingsformer og teknologisk utvikling og trender som vil påvirke oss enten vi vil eller ikke.)

Aktuelle eksisterende og fremtidig behov skal defineres. En skal beskrive i hvilken grad disse behov dekkes dersom en velger å ikke gjennomføre et prosjekt (nullalternativ). Behovene skal rangeres og prioriteres etter kritikalitet og gevinstpotensial.

Behovsanalysen benyttes videre som underlag i utarbeidelse av samfunn- og effektmål, overordnede krav, samt hvilke endringer (prosess, organisasjon og IKT) og gevinster (kvalitet, kostnadsreduksjon og effektivitet) en kan forvente gjennom en eventuell investering.

5.2.2.1 Nåsituasjon

Beskrivelsen bør inneholde hvilke begrensninger dagens løsning/tjeneste gir for brukere, samt sette investeringstiltaket i kontekst i forhold til ønsket og fremtidig situasjon. Dette er et viktig punkt i forhold til forståelsen av nødvendigheten for å igangsette et tiltak og i vurderingen av aktuelle konsept.

Beskrivelse av nåsituasjon bør ta utgangspunkt i de tre områdene beskrevet i foregående underkapittel (normative-, interessenters- og etterspørselsorienterte forhold). Det vil si at dagens situasjon beskrives ut fra normative forhold, de ulike interessenters perspektiver, og sett opp mot eksterne påvirkningsfaktorer og trender. I denne prosessen er det fordelaktig å beskrive hvilke endringsprosesser og prinsipper rundt endringsledelse som gjør seg gjeldende.

5.2.2.2 Involvering av andre aktører

Investeringstiltak som vurderes gjennomført bør avstemmes med de andre regionale helseforetakene og underliggende styrer i aktuelle helseforetak må involveres. Det forutsettes dialog med nærliggende aktører som eksempelvis Direktoratet for e-helse og Nasjonal IKT. Involvering og dialog med relevante aktører skal målrettes etter prosjektets karakter.

Enkelte av helseforetakenes IKT- og digitaliseringsprosjekter involverer kommunal sektor eller statlige organer. Mange av de potensielle gevinstene skal tas ut i kommunene. Kommunenes sentralforbund og Difi har samarbeidet om å utarbeide en sjekkliste for involvering av kommunesektoren. Sjekklisten finnes [her](#).

Det bør i tillegg sikres tilstrekkelig involvering av tillitsvalgte og vernetjenesten. Endringer ved innføring av nye tiltak medfører som oftest endring i ansattes arbeidsprosesser, arbeidshverdag og arbeidsmiljø. I henhold til Hovedavtalenes §29 skal det ved etablering av prosjekter sikres reell innflytelse og anledning til å uttale seg om sammensetning og mandat.

5.2.3 Målbeskrivelse

Hensikten med formulering og definering av mål er å beskrive en ønsket fremtidig tilstand, og effekt tiltaket skal bidra til å oppnå. Målene må ses i sammenheng med behovene som er identifisert og kartlagt, og de tre måltypene (samfunns-, effekt- og resultatmål) må sees i sammenheng med hverandre. Målene danner grunnlaget for videre krav- og alternativanalyser.

Finansdepartementet sin definisjon på de tre ulike målgruppene bør legges til grunn i målutarbeidelsen:

- Samfunns mål er et uttrykk for den nytte eller verdiskaping som et investeringstiltak skal føre til for samfunnet. Samfunns målet skal vise eiers intensjon og ambisjon med tiltaket
- Effektmål er et uttrykk for den direkte effekten av tiltaket, for eksempel den virkningen/ effekten tiltaket skal føre til for brukerne. Effektmålene skal være avledet av samfunns målet
- Resultatmål angir de konkrete indikatorer/måltall og egenskaper som skal være oppnådd ved realiseringen/leveransen av tiltaket/prosjektet. Resultatmålene måles ved prosjektets ferdigstillelse

5.2.4 Overordnet gevinstrealiseringsplan

Identifiserte mål resulterer i potensielle gevinster på ulike nivå. Hensikten er å beskrive hvilke gevinster virksomheten kan oppnå ved å gjennomføre investeringstiltaket med utgangspunkt i foregående punkt, 5.2.3, gjennom en gevinstrealiseringsplan.

Det er viktig å danne seg et bilde av potensielle gevinster og tilhørende brukergrupper til de aktuelle gevinstene. Det bør allerede i konseptfasen vies tilstrekkelig tid knyttet til gevinstkoordinering og – realisering, samt involvering av nøkkelpersoner der gevinstene i hovedsak skal realiseres – fra helseforetakenes linjeorganisasjon og nærliggende virksomheter, for eksempel kommunal sektor. Denne type involvering bidrar til økt kjennskap til både problem- og målbeskrivelse før BP2 (beslutte aktuelt konsept) og økt eierskap i linjeledelsen på et tidlig tidspunkt.

Gevinstene bør grupperes i tre underliggende typer:

- Kvalitetsgevinster – gevinster som medfører økt kvalitet på ett eller flere områder, bør defineres ved å tallfeste størrelser med tilhørende beskrivelse
- Effektiviseringsgevinster – defineres i kroner og tall
- Gevinster for øvrige aktører – gevinster er typisk besparelse og kvalitetsgevinster for kommuner og statsforetak

Direktoratet for økonomistyring (DFØ) har utarbeidet en [veileder](#) som bør benyttes i arbeidet med gevinstrealisering.

5.2.5 Juridisk vurdering

En bør vurdere om de ulike alternativene ivaretar juridiske rammer på en tilfredsstillende måte.

De fleste tiltak knyttet til IKT i offentlig sektor vil på en eller annen måte påvirkes av rettslige reguleringer eller hensyn som må tas i forbindelse med etterlevelse av lover og forskrifter. Det er derfor viktig å kartlegge de rettslige rammene for investeringstiltaket, herunder hvilke lover og forskrifter gjelder for området, samt hvilke utfordringer og konsekvenser dette kan innebære.

Hjemmelsgrunnlag for ønsket databehandling må avklares og fremlegges ved større beslutningspunkt.

Et tiltak kan også ha etiske konsekvenser som nødvendigvis ikke er omfattet av juridiske vurderinger eller som ligger tett opp til juridiske vurderinger. Hvis det er tilfelle, må det beskrives og vurderes.

5.2.6 Forvaltning

Det bør tas stilling til og beskrives hvordan fremtidig forvaltning av de ulike alternativene vurderes ivaretatt. Herunder gjennomføre konseptuelle vurderinger og avklaringer på hvem som bør gis ansvaret for drift og forvaltning av løsningen/tjenesten når den er på plass.

5.2.7 Overordnet kravdokument

Med bakgrunn i de kartlagte behovene og de utarbeidede målene, skal de overordnede kravene for investeringen utledes. Klare krav, som er tydelig avledet fra målene, og således fra behovene, skal benyttes til å velge rett konsept.

Overordnet kravdokument bør ta utgangspunkt i tidligere utarbeidede dokumenter med den hensikt å definere krav som muliggjør en utsiling av urealistiske alternative konsepter, oppklare eventuelle uforenlige krav og en enklere sammenligning mellom alternativene. Gjennom å klassifisere kravene som *skal-/bør-krav* vil det være mulig å forkaste alternativer som ikke oppfyller de absolutte *skal-kravene*, på et tidlig stadium.

5.2.7.1 Overordnede krav

Utarbeidelse av de overordnede kravene bør ta utgangspunkt i identifiserte behov, interessentanalysen, nåsituasjon og fremtidig tiltenkt situasjon. Med basis i dette skal overordnede funksjonelle, tekniske og sikkerhetsmessig krav defineres. De overordnede kravene vil sikre de mest nødvendige og grunnleggende behov. Kravenes hensikt er å bidra til å velge mellom ulike alternativer, og bør dermed ikke være for detaljerte, og må ikke forveksles med detaljert kravspesifikasjon som utarbeides i planleggingsfasen. Unødvendig detaljering på dette stadiet kan skape for stor binding mot en spesifikk løsning, og kan medføre valg av løsning som totalt sett ikke er det virksomheten er best tjent med – alle relevante forhold medregnet.

Det bør før utarbeidelse av krav foreligge en god forståelse for nye tjenester inkludert trender og teknologisk utvikling, prosesser og produkter av tiltaket som skal tas i bruk, samt hvem som blir berørt av endringene og hvem som blir ansvarlig for å gjennomføre endringene i linjen. Dette er en forutsetning for at krav og kravspesifikasjonen blir utarbeidet i henhold til tenkt fremtidig løsning og sikre at valgt konsept er det rette valget for å realisere de ønskede gevinstene.

5.2.7.2 Overordnet arkitekturbeskrivelse

Hvert konsept bør inneholde en kort og overordnet beskrivelse av alle lagene i arkitekturen, det vil si både forretningslaget (organisasjons, prosesser, roller, tjenester, m.m.), informasjon/data, applikasjon og teknologi for å kunne gjøre en vurdering blant de ulike konseptene.

Spesialisthelsetjenesten har gjennom Nasjonal IKT blitt enige om et sett arkitekturprinsipper¹ som skal legges til grunn for alle prosjekter og aktiviteter som involverer IKT i spesialisthelsetjenesten. (Prinsippene bygger på nasjonale [arkitekturprinsipper](#) offentlige virksomheter må forholde seg til). For hvert investeringstiltak, må prinsippene konkretiseres i form av krav som de ulike konseptalternativene vurderes opp mot.

Man bør også beskrive hvilke eksisterende målbilder og standarder som er relevante, og beskrive krav knyttet til å være i samsvar med disse. Hvis det ikke eksisterer et målbilde, må det etableres i denne fasen. Manglende standarder og standardisering bør også beskrives.

5.2.7.3 Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) og informasjonssikkerhet

Det skal gjennomføres innledende risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) av de ulike alternativene, inkludert identifisert og fremlagt hjemmelsgrunnlag for behandling av personopplysninger.

Vurderingene av de ulike alternativene er med på å avdekke hvilke forhold som kan føre til uønskede hendelser og/eller utgjøre trusler mot virksomheten ved iverksettelse av ulike alternativer. Videre er hensikten å diskvalifisere alternativer som:

- Ikke oppfyller gjeldende lovverk, forskrifter og sikkerhetsprinsipper
- Med stor sannsynlighet vil introdusere uakseptabel risiko ved gjennomføring og implementasjon
- Er uhensiktsmessig kostbar å tilpasse for å oppnå en godkjent ROS

Risikoanalysen skal inneholde tiltak og vurdering av om restrisiko er akseptabel når tiltak er gjennomført.

Det skal også gjennomføres en vurdering av informasjonssikkerhet i henhold til Norm for informasjonssikkerhet ([Normen](#)).

Prosjektleder og personvernrådgiver/personvernombud i det regionale helseforetaket skal i samarbeid med berørte helseforetak gjennomføre en vurdering av personvern (Initiell Data Protection Impact Assessment (DPIA), i henhold til GDPR artikkel 35.

¹ Arkitekturprinsipper for spesialisthelsetjenesten: <https://kilden.sykehusene.no/display/AR/Prinsipper>

5.2.7.4 Klassifisering og prioritering av krav

De definerte overordnede kravene skal klassifiseres som *skal-krav* eller *bør-krav*. Skal-krav er krav som må oppfylles for et fullverdig konsept, mens bør-krav er krav som delvis må oppfylles. Alle bør-kravene skal gis en prioritering og nummerering.

5.2.8 Alternativanalysen

Konseptfasen skal inneholde en alternativanalyse der formålet er å definere minimum to alternative konsepter i tillegg til nullalternativet. Det skal for alle alternativer gjennomføres en nytte-/kostnadsanalyse med tilhørende usikkerhetsanalyse per konseptalternativ. Alternativanalysen er et viktig bidrag i beslutningsunderlaget til valg av endelig konsept.

5.2.8.1 Alternative konsepter

De ulike alternativene skal beskrives på et overordnet nivå før man gjør første grovsortering og utelukker visse alternative konsepter.

Gjennom en slik grovsortering vil man få en oversikt over konseptalternativer som i første omgang oppfyller alle skal-krav, og dernest visse bør-krav. På alle alternativer (minimum to alternativer) som oppfyller alle skal-krav fra overordnet kravdokument skal det gjennomføres en kostnads- og usikkerhetsanalyse.

Et nullalternativ skal utredes og framstilles sammenlignbart med øvrige alternativer. Et nullalternativ forstås i denne sammenheng som referansen som de øvrige tiltakene skal sammenlignes med. Hensikten med nullalternativet er å sikre et best mulig beslutningsunderlag. Nullalternativet er å ikke gjennomføre noen av de aktuelle konseptene (alternativene), men videreføre dagens løsning. Dette innebærer de vedlikeholdskostnader og oppgraderingene som er nødvendig for at alternativet skal være reelt. Det foreligger en [veileder](#) til nullalternativet som er utarbeidet av Finansdepartementet som bør benyttes.

5.2.8.2 Nytte-/kostnadsanalyse

Hovedformålet med nytte- og kostnadsanalysen er å klarlegge og synliggjøre konsekvensene av alternative tiltak før beslutninger fattes. Kostnader (investering- og eierskapskostnader), knyttet til investeringen og virkningene for brukere som blir berørt, skal vurderes for alle aktuelle konsepter.

Det er viktig å verdsette kostnadene ved tiltaket, samtidig som nyttevirkningene må beskrives på en mest mulig presis måte. Nyttevirkingen kan være både økonomiske og kvalitetsmessige, og måles i kvalitative og kvantitative størrelser. Dette vil være et viktig bidrag i grunnlaget for en sammenligning av aktuelle konsepter og påfølgende godkjenning av anbefalt konsept.

For å kunne gjøre en reell sammenligning av de ulike alternativene er det nødvendig å se på både innledende estimater knyttet til investeringskostnader og eierskapskostnader (forvaltning- drifts og vedlikeholdskostnader). Denne metoden defineres som Total Cost of Ownership (TCO), og bidrar til at man får oversikt over estimert total kostnaden og informasjon om forskjeller i kostnader.

For å kvalitetssikre at kostnadsrammen ligger innenfor helseforetakets finansielle handlingsrom, skal det gjennomføres en finansiell usikkerhetsanalyse for de ulike alternativene. Detaljert informasjon om den finansielle usikkerhetsanalysen finnes i vedlegg C – *Mal for konseptrapport, kap 10.4 Kostnadsestimater med usikkerhetsvurderinger.*

5.2.8.3 Finansiering

Utviklingsplanen, IKT-prosjektporteføljen og langtidsbudsjettet viser investeringstiltakets avhengigheter til andre prosjekter og til det finansielle handlingsrommet. Dette gir grunnlag for prioriteringer av ulike tiltak innenfor det regionale helseforetakets planer. Virksomheten vil selv finansiere kostnader knyttet til idé-, konsept- og planleggingsfase. Veileder skal benyttes når kostnader ut over disse fasene overstiger 500 millioner kroner.

I beskrivelsen av finansieringen av det enkelte tiltak skal følgende tas med:

- Plan for hvordan investeringstiltaket skal finansieres (egenfinansiering i det regionale helseforetaket, lånefinansiering, annen finansiering).
- Vurdering av hvordan prosjektet kan innpasses innenfor det regionale helseforetakets finansielle handlingsrom inkludert drift og forvaltning.

I tilfeller der investeringstiltaket omfatter flere regioner, kommuner eller aktører skal det være en felles lånesøknad med vedlagt styrevedtak/beslutning pr aktør. Grunnlaget for lånebeløpet kan omfatte både direkte investeringer og investeringsrelaterte driftskostnader. Med investeringer menes de beløp som vil medgå til selve anskaffelsene. Med investeringsrelaterte driftskostnader regnes alle ekstraordinære driftskostnader som påløper som konsekvens av investeringstiltak så lenge anskaffelse, utvikling og innføring av IKT-løsningene pågår og som helseforetak ellers ikke ville ha hatt. Dette kan for eksempel være tjenestekjøp/konsulent-innleie for å planlegge/drive anskaffelses- og innføringsarbeidet, kostnader for frikjøp av ressurser fra helseforetakene, eventuelle støtteanskaffelser, leieutgifter til midlertidige prosjektlokaler, mm.

5.2.9 Vurdering av helseforetakets økonomisk bæreevne

Gjennomføringen av et større investeringstiltak vil ha vesentlig påvirkning på helseforetakets økonomiske bæreevne. Formålet med de økonomiske beregningene er å:

- Sikre at tiltaket er i henhold til overordnet strategi
- Sannsynliggjøre at det er mulig å finansiere tiltaket i det planlagte tidsrommet
- Rangere alternativer for å sikre riktig prioritering av investeringstiltak

- Dokumentere overfor beslutningstakere at helseforetaket kan bære de økonomiske konsekvensene i etterkant av tiltaket

Økonomisk bæreevne

Det er ikke alltid et IKT-investeringstiltak har tilstrekkelig økonomisk bæreevne. Derfor må også helseforetakenes samlede økonomiske bæreevne tas med i vurderingene.

Økonomisk bæreevne oppnås når helseforetaket har evne til å håndtere sine økonomiske forpliktelser ovenfor investeringstiltakets levetid. Følgende bør derfor analyseres:

- Prosjektets nåverdi er lik eller større enn null
- Likviditetsstrøm fra driften overstiger avdrag og renter av prosjektets finansiering
- Foretaket har likviditet til å opprettholde planlagt virksomhetsnivå, samt gjennomføre tilstrekkelige reinvesteringer og vedlikehold
- Eventuelle behov for mellomfinansiering for eksterne parter etter ferdigstilt prosjekt er innenfor helseforetakets bæreevne samt regionalt handlingsrom

Analyser

For å sikre riktige prioriteringer og beslutninger må kostnadsestimater (investerings og driftskostnader) for tiltaket må analyseres i forhold til økonomisk bæreevne.

Kostnader må inkludere kostnader til selve tiltaket og følgekostnader for det. Bortfall av kostnader på eksisterende løsninger skal også inngå. Vurderingen må gjøres i forhold til likviditet og økonomiske rammer for drift og investeringer i langtidsbudsjetter. Kostnader må vurderes opp mot økonomisk bæreevne både i RHF og relevante HF. Det skal utarbeides en finansieringsplan for tiltaket.

Metodikken for økonomiske analyser er gjennomgående for alle faser i tidligfasen. Presisjonsnivået øker, og risikoen synker, gradvis fram mot beslutning om gjennomføring (BP3).

Så snart helseforetaket har definert et større investeringstiltak, skal dette innarbeides i den årlige **prosessen** for økonomisk langtidsplan i helseregionen.

5.2.10 Anskaffelsesstrategi

En anskaffelsesstrategi (innkjøpsstrategi) skal gi svaret på hva som er det viktigste man må gjøre for å få gode anskaffelser i virksomheten. Difi har utarbeidet en [veileder](#) for anskaffelsesstrategi som kan brukes som inspirasjon.

5.2.11 Sammenstilling og anbefaling

Etter gjennomført nytte-/kostnads- og usikkerhetsanalyse av aktuelle alternativer skal disse sammenstilles og konkluderes. Sammenstilling skal gi et godt bilde av aktuelle alternativer, som er en naturlig del av beslutningsunderlaget for endelig valgt konsept.

Sammenstillingen bør inneholde kostnader, risikoer, gevinster og hvor godt de ulike alternativene oppfyller de overordnede kravene. Det oppfordres her til å gi de ulike alternativene en beskrivende vurdering, der de sammenlignes, vurderes og scores i forhold til kravoppfyllelse, noe som gjør prosessen for endelig valg av konsept ryddig og enkel.

5.3 Ekstern kvalitetssikring – konseptvalg

For investeringstiltak med en forventet kostnad på over 500 MNOK skal det gjennomføres en selvstendig ekstern kvalitetssikring (EKS). Det er viktig å påpeke at også investeringer med en forventet kostnad under 500 MNOK i visse tilfeller bør inneholde både intern og ekstern kvalitetssikring. IKT-investeringstiltak har ofte iboende høy kompleksitet og usikkerhet, og den øvre grensen må ikke sees på som absolutt og må vurderes i hvert enkelt tilfelle.

Grunnlaget for den eksterne kvalitetssikringen vil være de utredningene som er gjennomført i konseptfasen, og som er dokumentert i konseptrapporten med underliggende delutredninger.

EKS skal sikre at de utredninger som er gjennomført, på en tilfredsstillende måte har ivarett overordnede målsetning med prosjektet.

5.4 Beslutninger ved enden av konseptfasen (BP2)

Ved beslutningspunkt 2 (BP2) behandles konseptrapporten og ekstern kvalitetssikrers rapport, og det tas et endelig valg for hvilket konsept (alternativ) som skal bearbeides videre i en planleggingsfase og gi grunnlag for eventuell lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet.

Konseptrapporten og faseplanen for planleggingsfasen skal besluttes av det regionale helseforetaket, i tråd med det regionale helseforetakets styringssystem og fullmaksstruktur.

5.5 Oppbygging av konseptrapport

Konseptfasen avsluttes med en konseptrapport som beskriver de ulike løsningsalternativene, samt evaluering og valg av løsning. (Vedlegg C - viser eksempel på mal for oppbygging av konseptrapport).

5.6 Faseplan for planleggingsfasen

I løpet av konseptfasen skal det utarbeides en faseplan for planleggingsfasen. Faseplanen vil kunne være på et overordnet nivå gitt at investeringstiltaket normalt sett ennå ikke er etablert. Faseplanen må som regel revideres og detaljeres ved oppstart av planleggingsfasen.

En faseplan bør inneholde følgende elementer:

- Leveranser og erfaringer fra forrige fase
 - Godkjente og utestående leveranser/produkter
 - Evaluering av forrige fase (eksempelvis måloppnåelse, prosjektstyring etc.)
- Planlagte leveranser/produkter i fasen
- Milepæler i fasen
- Organisering og ressursbehov
- Aktivitetsplan med tilhørende beskrivelser
- Budsjett og toleranserammer for fasen
- Prosjektstyring og rapporteringsmekanismer for fasen

Faseplanen skal fungere som et viktig plandokument under fasens gjennomføring og oppfølging. Det er derfor viktig at faseplanen er tilstrekkelig detaljert til å oppfylle dette formålet, og viser hvordan og når fasens mål skal oppnås.

Vedlegg

A. Definisjoner

Tidligfase: Tidligfasen er en fellesbetegnelse på de faser som fra et behov blir fremmet til det besluttes å gå til planleggingsfase. Tidligfasen avgrenses i denne veilederen som perioden fra og med godkjent mandat for oppstart av idéfase (BP0) til om med godkjent beslutning om oppstart planleggingsfase (BP2).

Investeringstiltak: Finansielt virkemiddel for å planlegge, iverksette og gjennomføre et konkret tiltak. Investeringstiltaket defineres ved en overordnet strategisk beskrivelse av hva en ønsker å oppnå og en økonomisk størrelsesorden. Dette kan igjen resultere i et *prosjekt* eller i et *program* – veilederen har derfor valgt å samle begrepene prosjekt og program under fellesbetegnelsen *investeringstiltak*.

Kostnadsramme: Kostnadsrammen angir hvor mye beslutningstakerne har satt av for å finansiere prosjektet. Denne størrelsen inneholder en usikkerhetsavsetning.

Levetidskostnader (Total Cost of Ownership – TCO): Hvor mye investeringstiltaket totalt koster (foventet kostnad) når man tar med indirekte og direkte kostnader → *Investeringskostnad + Driftskostnad + Forvaltningskostnad (8år)*

Utviklingsplan og IKT-strategi: Veilederen opererer med begge begrepene siden de ulike regionale helseforetakene benytter ulike begreper. Definisjonen omhandler de regionale helseforetakenes langsiktige planer knyttet til nye tjenester, herunder IKT.

Nullalternativ: Nullalternativet er å ikke gjennomføre noen av de aktuelle konseptene (alternativene), men videreføre dagens løsning. Dette innebærer de vedlikeholdsinvesteringene og oppgraderingene som er nødvendig for at alternativet skal være reelt.

Interessenter: Personer eller organisasjoner som medvirker til (aktører) eller kan bli påvirket av et investeringstiltak, direkte eller indirekte.

Bruker: De som skal motta og aktivt bruke det produktet eller den tjenesten som tiltaket fremskaffer.

Eier: Fagansvarlig i virksomheten(e)

Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS): En systematisk fremgangsmåte for å utlede potensielt tap gjennom en kartlegging av mulige uønskede hendelser og skadeomfanget av disse. Her inngår anslag eller beregning av sannsynligheten for at en uønsket hendelse skal inntreffe, og beregning eller anslag av hva som blir konsekvensen av hendelsen.

Rammebetingelse: Overordnede betingelser og begrensninger, gitt av andre enn prosjekteier.

B. Relevante referanser benyttet i veilederen

- [Prosjektveiviseren](#) - Difi
- [Tidligfaseveileder](#) - Sykehusbygg
- [Relevante veiledere](#) - Finansdepartementet/Concept
- [Instruks for minimumskrav til statlige investeringstiltak](#) - Regjeringen
- [Sjekkliste for involvering av kommunesektoren](#) - Difi
- [Veileder gevinstrealisering](#) - DFØ
- [Arkitekturprinsipper](#) - Spesialisthelsetjenesten/Nasjonale IKT
- [Nasjonale arkitekturprinsipper](#) - Difi
- [Veileder nullalternativet](#) - Finansdepartementet
- [Veileder anskaffelsesstrategi](#) - Difi

C. Mal for konseptrapport

Se eget vedlegg